

Stressens ansikte

Patientens upplevelse av stress under intensivvårdstiden

FÖRFATTARE	Gisela Andblad Katarina Johansson
PROGRAM/KURS	Fristående kurs, 15 högskolepoäng/ OM5120, Examensarbete för kandidat i Omvårdnad VT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Magdalena Erichsen
EXAMINATOR	Ann Bengtson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Vi vill först och främst rikta ett stort tack till vår entusiasmerande och engagerade handledare Magdalena Erichsen för professionell handledning och all uppmuntran hon givit oss under arbetets gång. Vi vill även tacka våra familjer och arbetskamrater för stöttning och goda råd samt Christina Grivans för sakkunnig granskning.

Titel (svensk):	Stressens ansikte - patientens upplevelse av stress under intensivvårdstiden
Titel (engelsk):	The face of stress – the patient’s experience of stress during intensive care
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Fristående kurs kursbeteckning: OM5120, Examensarbete för kandidat i Omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	19 sidor
Författare:	Gisela Andblad Katarina Johansson
Handledare:	Magdalena Erichsen
Examinator:	Ann Bengtson

SAMMANFATTNING

Det är väl känt både empiriskt och belagt i forskning att patienter på intensivvårdsavdelning är stressade under vårdtiden. Syftet med denna litteraturstudie var att identifiera stressorer hos patienter på intensivvårdsavdelningen, belysa om det fanns skillnader i sjuksköterskans bedömning av stressutlösande faktorer och vad patienterna beskrev som stress samt exemplifiera vad sjuksköterskan kunde göra för att minska stressorerna. Artiklar söktes i databaserna PubMed, Cinahl samt manuellt. Vid bearbetning av artiklarna användes en deduktiv metod varvid stressorerna delades upp i intrapersonella, interpersonella och extrapersonella stressorer enligt Neumans teoretiska modell. I resultatet framkom upplevelser av både psykisk och fysisk natur. Känslor av skräck, panik, att inte ha kontroll och rädsla för att dö var vanliga. Många patienter talade om skrämmande upplevelser och hallucinationer. Smärta nämndes i samtliga artiklar och törst visade sig vara ett problem för patienterna som sjuksköterskorna tenderade att underskatta. Att vårdas i respirator med endotrakealtub hörde till de mest obehagliga upplevelserna. I resultatet framkom även att sjuksköterskorna genomgående rankade stressorerna högre än patienterna. Stressen minskade vid personlig omvårdnad och med information som var väl balanserad, kompletterad eller klargjord och uppföljd. Anhörigas närvaro reducerade patienternas upplevelse av stress. Det är viktigt med uppföljning i efterförloppet för att patienterna ska kunna bearbeta sina upplevelser.

Keywords: identifying stressors, intensive care, perception, patient, nurse

INNEHÅLL

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Historik	1
Stress	1
Sömn	2
Att vara patient på intensivvårdsavdelning	2
Omvårdnad	4
Teoretisk ram	5
SYFTE	5
METOD	6
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	6
ANALYSMETOD	7
RESULTAT	7
ATT BESKRIVA VAD PATIENTER PÅ INTENSIVVÅRDSAVDELNING UPPLEVER SOM STRESSUTLÖSANDE FAKTORER	7
Intrapersonella stressorer	7
Interpersonella stressorer	9
Extrapersonella stressorer	10
ATT BELYSA OM DET FINNS SKILLNADER MELLAN VAD PATIENTEN UPPLEVER OCH VAD SJUKSKÖTERSKAN ANSER VARA STRESSUTLÖSANDE FAKTORER	10
Intrapersonella stressorer	10
Interpersonella stressorer	11
Extrapersonella stressorer	11
EXEMPLIFIERA VAD SJUKSKÖTERSKAN KAN GÖRA FÖR ATT IDENTIFIERA, REDUCERA OCH FÖREBYGGA STRESSUTLÖSANDE FAKTORER	11
Intrapersonella stressorer	11
Interpersonella stressorer	11
DISKUSSION	12
METODDISKUSSION	12
RESULTATDISKUSSION	13
SLUTSATS	16
REFERENSER	18
BILAGOR	
1 Artikelpresentation	
2 Stressprojekt	

INTRODUKTION

INLEDNING

Intensivvårdsavdelningen (IVA) är en högteknologisk miljö där patienten vårdas för en svår/livshotande skada eller sjukdom. Patienten kan påverkas av många olika faktorer i miljön, till exempel variationer av olika ljud och ljus från diverse ljuskällor och medicinsk apparatur. Smärta, oro och andra obehag samt svårighet att skapa en dygnsrytm på grund av personalens behov av olika kontroller kan vara andra faktorer som har en negativ inverkan.

Under många års arbete med patienter på en neurointensivvårdsavdelning (NIVA) har vårt intresse väckts för vad vi som sjuksköterskor kan göra för att identifiera, reducera och förebygga stressutlösande faktorer. Problemet blir ytterligare komplext då hjärnans kemi och funktion på olika sätt är påverkad och patienten under vårdtiden inte kan uttrycka vad de upplever och oftast har störd minnesfunktion i efterförloppet.

BAKGRUND

Historik

Den förste som beskrev adrenalinets, noradrenalinets och det sympatiska nervsystemets roll, ”fight or flight”, var Cannon i början av 1900-talet (1). Stressteorins fader Hans Selye arbetade vidare på Cannons idéer. Han beskrev ett ospecificerat syndrom hos skadade djur som ledde till död på grund av binjurebarkskollaps och glukokortikoidernas betydelse och därmed dess livsavgörande betydelse när organismen utsätts för yttre hot (1-4). Stressreaktioner framkallas inte bara av fysiskt och psykiskt lidande utan även av tanken på dem (1).

Den moderna stressforskningen menar att samma påfrestning ger olika reaktioner hos skilda individer. Stressen ses som en dynamisk process beroende på hur individen tolkar innebörden. Man kan idag registrera stress på många olika sätt genom att mäta till exempel blodtryck, hjärtfunktion och muskelspänning. Olika stresshormoner kan också mätas i urin, saliv och blod (3, 5).

Stress

Ordet stress/stressad har många likartade betydelser. Det betyder till exempel kroppens reaktion på psykisk och fysisk påfrestning, överansträngning, spänning, oro, jäkt samt stark själspänning (3, 6, 7).

Rubbningar i kroppens inre miljö utlöser en stressreaktion. Stressorer kan vara nästan vad som helst till exempel smärta, vrede, rädsla, syrebrist, infektion, hunger, kyla, hetta, upphörd dygnsrytm, immobilisering, ljud, buller, giftiga ämnen och operation. Stresstålighet varierar mellan olika individer och är oftast nedsatt vid svår sjukdom (8, 9). Aktivering av kroppens stresssystem är på kort sikt en livsviktig funktion och fungerar som ett skydd för individen. Samma stressreaktioner som hjälpte våra förfäder vid kamp eller flykt framkallas även hos nutidsmänniskan (3). Långvarig hög stressnivå kan däremot ge skador i kroppen bland annat i form av högt blodtryck, hjärtinfarkt, hjärnblödning samt minska kroppens motståndskraft (1, 3, 10, 11).

Vid akut stress är det många organsystem som påverkas. Det sker en snabb mobilisering av kroppens energireserver. Kognitiva förmågor, blodtryck, puls ökar och immunsystemet aktiveras. Det sker en insöndring av stresshormoner och kroppen sätts i beredskap. Andra delar till exempel matsmältning, fortplantning och smärtkänslighet bortprioriteras (1, 4, 11).

Begreppen homeostas och allostas används ofta i litteratur som behandlar stress. Homeostas består av mekanismer som strävar efter att hålla kroppen i jämvikt beträffande bland annat temperatur, blodtryck, pH- och syrgasvärde. Vid förändringar i miljön strävar individen efter att anpassa sig och uppnå homeostas, detta kallas allostas (1, 11).

Nervsystemen, det endokrina systemet och immunsystemet, kommunicerar inbördes med varandra. De två viktigaste systemen i kroppen för att hantera stress är sympathetic-adeno-medullary (SAM) och hypothalamic-pituitary-adenocortical (HPA). SAM styrs av det sympatiska nervsystemet och sköter insöndring av adrenalin och noradrenalin från binjuremärgen. SAM kallas också för "fight or flight" och ger ökad stridsberedskap. HPA är det hypofysstyrda systemet som gör att binjurebarken insöndrar glukokortikoider, bland annat kortisol. Denna insöndring har stora variationer vid olika tidpunkter på dygnet och påverkas av personens aktivitet. Vid utdragen stress dominerar HPA-systemet som också representerar nederlagsreaktion och brist på kontroll (1-5, 9, 11).

Vid alla typer av påfrestning ökar adrenalininsöndringen oavsett om det är positiva eller negativa upplevelser. Om påfrestningen snabbt avvärs återgår adrenalinet till normala nivåer (3). Långvarig stress ger bibehållen hög kortisolnivå som kan leda till fetma, okänslighet för insulin, överproduktion av insulin, diabetes, depression, förhöjt blodtryck och förhöjt kolesterol (1, 2, 11). Det kan också försvaga immunsystemet och ge påverkan på CNS (4). Om kortisolinsöndringen däremot är otillräcklig kan människan gå under vid en stressituation (9).

Sömn

Sömnen fungerar som stressens motsats och antagonist. Sömnen reparerar och återställer. Under sömnen sker en insöndring av anabola hormoner (uppbyggande hormoner, till exempel tillväxthormon) och en minskning av katabola hormoner (nedbrytande hormoner, till exempel kortisol) (11, 12).

Celik (13) har gjort en studie på en intensivvårdsavdelning i Turkiet där man tittade på hur många gånger patienten stördes per natt. De kom fram till att flest störningsmoment var mellan klockan 02.00 – 05.00, betonade vikten av att bara göra det nödvändigaste med patienten nattetid samt använda utvärderingsprotokoll individuellt för varje patients sömnmönster (13).

Att vara patient på intensivvårdavdelning

I Nationalencyklopedin (3) beskrivs IVA som övervakning av patienter med inträffad eller hotande svikt av livsfunktionerna. Den bedrivs på speciella avdelningar med specialutbildad personal, hög personaltäthet, avancerad medicinsk teknik och behandling samt kontinuerlig övervakning (3).

Att vårdas som patient på IVA är påfrestande och innebär att man utsätts för ett flertal stressorer samtidigt. Miljön är okänd för patient och anhöriga. Patienten är i allmänhet svårt sjuk och kan ha svårighet att kommunicera och röra sig. Stress uppstår när patienten förlorar mening i situationen (14-17). Det finns ett flertal studier där man beskriver hur stressig intensivvårdsmiljön är för den personal som arbetar där med många olika stimuli och skiftande krav (18, 19). Vi anser då det vara ett rimligt antagande att tro att denna miljö också i stor utsträckning påverkar den svårt sjuke som vårdas där.

Intensivvård under en tid med svår/livshotande sjukdom leder i många fall till konfusionstillstånd, IVA-syndrom, som i förlängningen kan ge ett posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) med stor påverkan på patientens tillfrisknandeprocess och fortsatta livsföring. På IVA är det viktigt för sjuksköterskan att reducera patientens oro och rädsla genom att underlätta kommunikationen, förklara händelser upprepade gånger, vara en länk till verkligheten och ge ett känslomässigt stöd vid sidan av den farmakologiska behandlingen. Detta för att kunna förebygga att PTSD utvecklas. Man pekar på vikten av uppföljning av patienter på IVA för att kunna undvika att traumatiska minnen påverkar livet för all framtid (14, 20).

Mona Ringdahl (21) har i sin avhandling beskrivit sina resultat med traumapatienters minnen i form av hallucinationer och mardrömmar från intensivvårdstiden och hur dessa påverkar patienten efter utskrivning från sjukhus. Patienter som har dessa minnen upplever en lägre livskvalitet med högre nivåer av oro och depressioner både i det korta och långa perspektivet. Upplevelser av rädsla, panik och smärta på IVA är mer förekommande hos unga svårt skadade patienter med många komplikationer och lång sövnings- och respiratortid (21).

Att vårdas i respirator med en andningstub i halsen kan vara en traumatisk händelse för patienten med upplevelser av otrygghet, smärta, obehag av slemsekretion och sugning i tuben, svårigheter att kommunicera, sömnstörningar/mardrömmar samt känslor av panik, oro och rädsla. Även upp till fyra år efteråt kunde dessa känslor återkallas vid samtal med före detta patienter (22). Eftersom de flesta patienter på IVA under kortare eller längre tidsperiod respiratorbehandlas är detta en viktig faktor som man kan anta leder till stress hos patienten.

I en högteknologisk miljö finns det behov av att man har en helhetssyn i omvårdnaden för att man ska få en balans mellan subjektivitet och objektivitet. Patienten upplever sig själv som ett observationsobjekt där tekniken tar överhanden och personalen har svårt att se patientens subjektiva och individuella behov. Det faktiska dödshotet överskuggar allting för patienten vid svår sjukdom (23). I Wilkins (19) artikel beskriver sjuksköterskorna på IVA att kärnan i omvårdnad för dem består av kompetenta fysiologiska och tekniska åtgärder samt att tillgodose patientens känslomässiga behov (19).

Fredriksen och Ringsberg (16) beskriver ingående i sin review-artikel den stress som patienten upplever på IVA. Detta yttrar sig i form av kroppsliga reaktioner som svettning, ökad hjärtfrekvens, hyperventilation och rastlöshet men också psykiska reaktioner som förlust av kontroll och mening samt stress kopplat till teknisk utrustning och olika procedurer. Man redogör även för stressfaktorer kopplat till patientens kropp,

rummet patienten vistas i och betydelsen av relationer till människor som vistas i dess närhet (16).

Omvårdnaden runt patienten kan också bidra till att öka energiförbrukningen. Oro, smärta, mobilisering, sjukgymnastik, hyperventilation, ökat andningsarbete, feber och vissa läkemedel är sådana exempel. Sederig, smärtlindring och hypoventilation minskar energiförbrukningen (24).

Ballard (25) designade 1981 ett instrument för att kunna bestämma vilka faktorer som orsakar stress hos patienter på IVA. Hon menar att det är känt sedan mycket länge att patienter på IVA blir stressade men att det är oklart vilka faktorer som orsakar denna reaktion. Instrumentet innehåller 45 olika faktorer som kan förväntas utlösa stress, där patienten också får gradera hur stressande de upplevs. De mest stressutlösande faktorerna konstateras vara; att sitta fast med slangar/tuber, att ha ont, uppleva törst, sakna sin make/maka och att vara tvungen att ha på sig syrgasmask. Hon påpekar att stress konsumerar energi, tröttnar ut och tär på kroppen och påverkar därmed tillfrisknandeprocessen (25).

Omvårdnad

Sjuksköterskans arbete består enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor av tre huvudområden; omvårdnadens teori och praktik, forskning, utveckling och utbildning samt ledarskap. Vårdens ska genomsyras av helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt (26).

”Vårdarbete innebär ständiga möten med enskilda människor. Patienter behöver vårdarens insatser på många olika sätt. Därför krävs såväl faktakunskaper som engagemang. Men vi sviker ändå dem vi möter, om vi därvid inte beaktar att människan är en helhet med fysiska, psykiska, sociala och andliga behov” (8) (s 3).

”Inom disciplinen omvårdnad utvecklas kunskaper om hälsa, ett gott liv trots sjukdom eller funktionshinder och om fridfull och värdig död . Omvårdnad utgår från behov och problem relaterade till hälsa och ohälsa och till det dagliga livet, men också människans resurser och förmåga att hantera problem. I omvårdnad är det inte ohälsa/sjukdom/funktionshinder i sig, utan människors reaktioner och tolkning av sin sjukdom som är i fokus. Centralt i omvårdnad är en nära relation mellan sjuksköterska, patient och närstående och grupper” (27) (s 2).

Berg (28) refererar i sin avhandling till ett flertal empiriska studier. Hon skriver om relationen mellan sjuksköterskan och patienten och hur patienten blir till ett objekt i organisationen och den högteknologiska vård som bedrivs idag. Detta leder till lidande och maktlöshet hos patienten.

Patienten behöver ses som ett subjekt med personlig erfarenhet. Patienter med långvariga sjukdomar blir ofta experter på sina sjukdomar och vill ha kontroll över sin sjukdom vilken kan vara svårt om den personliga erfarenheten inte uppmärksammas. Patienten behöver få träffa samma sjuksköterskor för att få en personlig vård och för att bygga upp en relation där patienten blir bekräftad och sedd i sitt lidande. Denna relation är unik och ingår i sjuksköterskans dagliga omvårdnad. Relationen möjliggör att

patienten blir sedd som en unik person, får uppleva lindring i sitt lidande och att sjuksköterskan får en helhetssyn som främjar hälsa (28).

Teoretisk ram

Omvårdnateoretiker Betty Neuman (29) utgår från ett holistiskt perspektiv baserat på systemteoretiskt tänkande. Hon reflekterar över naturens levande organismer som ett öppet system som interagerar med varandra och med omgivningen. Olika discipliners kunskaper sammanfogas med hennes egen filosofi. Neuman anser att livet är ett samspel mellan balans och obalans i organismen. Organismen försöker anpassa sig för att tillgodose sina behov och detta sker i en process som är dynamisk och fortlöpande. Om processen fallerar leder det till sjukdom och om organismen inte kan kompensera för detta kan det leda till död.

I sin modell fokuserar Neuman på en individ, en grupp eller ett samhälle. Hon talar också om fem variabler som påverkar människan; fysiologiska, psykologiska, sociokulturella, utvecklingsmässiga och andliga. Tyngdpunkten ligger på preventiva åtgärder som hon kallar ”prevention as intervention” (förebyggande interventioner). Neuman föreslår tre nivåer av interventioner: primär, sekundär och tertiär. Primär intervention genomförs när stressorer misstänks. När stressorerna har identifierats och bekräftats utförs sekundär intervention det vill säga man åtgärdar de stressorer som identifierats. I den tertiära interventionen förebygger man så att stressorerna inte ska återkomma.

Neuman talar om stress relaterade till vårdsituationer och använder sig av Selye´s definition på stress, det vill säga det kroppsliga ospecifika svaret när en individ utsätts för stress och kravet på anpassning ökar. Stressorer beskrivs som spänningsskapande stimuli som leder till stress. Modellen redogör för tre typer av stressorer: intrapersonella (till exempel: smärta, törst, oro, sömnbrist) interpersonella (okända människor, kommunikation) samt extrapersonella (miljö, ekonomi). Individen skyddar sig med hjälp av tre cirklar. Den yttre cirkeln är flexibel och fungerar som buffert mot stressorer. Den påverkas av mängden sömn, nutritionsstatus samt kvalitet och kvantitet av stress som individen upplever. Om denna linje fallerar att skydda individen, aktiveras den normala skyddslinjen. Denna cirkel är den normala och representerar individens välbefinnandenivå. Om den påverkas förändras kroppens balans vilket kan leda till ohälsa. Den tredje linjen är den sista gränsen som skyddar individens grundläggande struktur. Samtliga skyddslinjer kan rekonstrueras och byggas upp igen, men om detta inte sker leder det till energiförlust som till slut kan resultera i död (29).

Det torde därför vara av största vikt för sjuksköterskan att rätt kunna identifiera vad som utlöser stress hos patienten på IVA, allt för att i förlängningen kunna förebygga och reducera upplevelsen av stress.

SYFTE

Att beskriva vad patienten på IVA upplever som stressutlösande faktorer.

Att belysa om det finns skillnader mellan vad patienten upplever och vad sjuksköterskan anser vara stressutlösande faktorer.

Exemplifiera vad sjuksköterskan kan göra för att identifiera, reducera och förebygga stressutlösande faktorer.

METOD

Den systematiska sökningen av material till denna litteraturstudie har utförts i databaserna PubMed, Cinahl samt via manuell sökning (Tabell 1) och består slutligen av 10 stycken vetenskapliga artiklar. Sökorden som använts är: Stress + patient + ICU + nurse, reduce + stress + ICU + patient, stress + patient + ICU + nurse och response to stressors + ICU + patient. Ingen tidsbegränsning gjordes i sökningen. Artiklarna som valdes ut skulle handla om patienters upplevelse av stress på IVA, samt om möjligt även eventuella skillnader mellan vad sjuksköterskan anser vara stressutlösande faktorer för patienten och vad patienten själv upplever. Vår förhoppning var också att vi i dessa artiklar skulle finna exempel på vad sjuksköterskan kan göra för att identifiera, reducera och förebygga stressutlösande faktorer. Flertalet artiklar var skrivna under 2000-talet, men vi valde ändå att inkludera tre stycken från slutet av 90- talet då många av de senare författarna refererar till dessa i sina egna arbeten. De artiklar som handlade om barn, anhörigas och personalens självupplevda stress valdes bort samt artiklar som inte var skrivna på engelska. Vi valde medvetet både kvantitativa och kvalitativa artiklar för att bäst kunna belysa våra frågeställningar och få en bred förståelse/kunskap kring ämnet.

Tabell 1. Sökord och antal vetenskapliga artiklar som framkom vid litteratursökningen

Datum för sökning	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Granskade	Använda artiklars ref.nr
2009-02-20	PubMed	stress + patient + ICU + nurse	Inga	46	8	34
2009-03-16	PubMed	reduce + stress + ICU + patient	Inga	48	3	40, 37
2009-05-05	Cinahl	stress + patient + ICU + nurse	Peer review	41	1	34
2009-05-05	PubMed	response to stressors + ICU + patient		2	2	
2009-02-20-2010-01-30	Manuell sökning					32, 33, 35, 36, 38, 39, 41

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Etiska överväganden bör göras innan en litteraturstudie påbörjas (30). Vid all forskning ska man försöka att återge en så sanningsenlig bild som möjligt av det som undersöks. Det finns etiska principer för vetenskaplig forskning enligt American Psychological Association (APA), som går ut på att bidra till riktighet och noggrannhet i vetenskaplig kunskap och att skydda upphovsrätten. Det är också av stor vikt att skydda de som deltar i studier. Man måste respektera deras integritet och visa hänsyn och ansvar till exempel genom god information om frivilligt deltagande, rätten att avbryta studien och att bevara alla uppgifter konfidentiellt (31). Fyra av de inkluderade artiklarna redogör för att de var godkända av en etisk kommitté (30, 32-35). I åtta av artiklarna är det

beskrivet mer ingående vilka etiska överväganden författarna har gjort (30, 31, 33, 34, 36-41).

ANALYSMETOD

I en första sökning lästes artiklarnas sammanfattning igenom för att se om de passade in i litteraturstudiens syfte. De valda artiklarna granskades kritiskt och lästes igenom grundligt flera gånger. Vi använde oss av en deduktiv metod. Hypotetisk deduktiv metod begrundar kunskap uppifrån och ned. Teoretiska påståenden begrundas logiskt utifrån antagna premisser. Hypotetisk deduktiv metod är alltså en modell för systematiskt uppbyggande och efterprövning av teori (42). Vi valde därför att använda de teoretiska begreppen i Neumans modell vars indelning i olika stressorer är sannolika inom intensivvården (29). Resultatet presenteras således under följande rubriker: intrapersonella, interpersonella och extrapersonella stressorer.

RESULTAT

Presentationen av resultatet kommer att ske utifrån varje delsyfte och vår deduktiva ansats.

ATT BESKRIVA VAD PATIENTER PÅ INTENSIVVÅRDSAVIDELNING UPPLEVER SOM STRESSUTLÖSANDE FAKTORER

Intrapersonella stressorer

Granberg (32) redogör i sin artikel för hur patienter före inskrivning på IVA beskriver känslor av "att bli galen", få ett "nervöst sammanbrott" relaterat till sjukdom/skada. Upplevelser av outhärdlig smärta, total förlust av kroppskontroll, att indirekt inte ha någon kontroll över existensen, omständighet och omgivning (32).

En tredjedel av patienterna i Rotondis (35) studie känner skräck och panik från IVA-tiden. Dessa upplevelser orsakade extrema besvär hos nästan alla bland annat i form av sömnsvårigheter så som svårigheter att somna och att vakna mitt i natten även känslor av chock på grund av tuben och rädsla för att bli lämnad ensam (35).

Rotondi beskriver att de mest stressfulla upplevelserna under tiden på IVA är att känna sig spänd och inte ha kontroll (35). Stressen av att inte ha kontroll över sig själv beskrivs även i två andra studier (33, 40). Det finns också beskrivet att patienterna har mardrömslika minnen från IVA om till exempel tub, slangar, att ha blivit nedhållen, drogad och att personalen har försökt döda patienten. En man berättar att han hölls fången, fastkedjad och nästan naken i en stor säng av en "bov". Boven ville att han skulle uträtta saker som patienten vägrade utföra. Boven tog då en skruvmejsel och skruvade upp den i näsan på honom (39).

Många patienter i artiklarna berättar om skrämmande upplevelser. Känslor av panik, rädsla för att dö (34, 37, 38), inte kunna andas (38) och att sova (39). Allt detta är enligt forskarna relaterat till dödsångest. "En patient minns en röst som säger; -Hans blodtryck sjunker, det är 60, 57, 55. En annan röst säger; -Tala om för mig när det är 50 och vi lägger av" (39) (s789). Brist på sömn och vila bidrar till patientens rädsla och

oro (38). De har också en rädsla för att inte vakna mer eller att åter vakna med en tub i halsen (32). Vissa patienter upplever desorientering och förvirring ihop med rädsla. Konstiga drömmar, hallucinationer och förvirring leder till intensiv rädsla (38).

Andra fenomen som kan öka rädsla och spänning är konstiga och skrämmande upplevelser. Exempel är extubationsprocedurer, förändrade kroppsuppfattning och fragmentariska minnen. Extubation kan upplevas som en fruktansvärd händelse med känslor av panik och fruktan förknippade med att inte få luft och kunna andas själv. En ung kvinnlig patient berättar om att hon trodde att hon skulle drunkna vid extubationstillfället. Hon tror sig bli knuffad ned i en pool och har huvudet alldeles ovanför vattenytan. Vattnet rinner efter väggarna och stiger sakta. Personalen övertygar henne i välvilja om att de snart ska hjälpa henne att ta bort tuben, det vill säga vad hon själv upplever som den enda möjligheten att få luft (32).

I Russels (39) kvalitativa och kvantitativa artikel, bestående av frågeformulär och intervjuer, beskrivs att patienten känner sig utan röst på grund av intubation. Andra patienter som skulle kunna prata gör det inte på grund av rädsla, brist på information och medbestämmande (39). När patienten vaknar upp känner han/hon tomhet och utmattningsmen men kan ändå inte sova, kroppen fungerar inte som den brukar (32, 33, 37, 40). Att försöka ta kontrollen över kroppen igen upplevs som skrämmande (32).

Patienterna beskriver brist på privat sfär och värdighet (39). Man känner oro för att inte veta hur lång vårdtiden blir på IVA (34). Att inte minnas vad som hänt, om det är dag eller natt (32) eller att inte veta vilken tid det är blir också en källa till stress (37). Upplevelser av att inte kunna göra något själv och att man måste be om hjälp leder till hjälplöshet, depression och utsatthet (41). Wåhlin (41) beskriver också att patienten inte vill känna sig ansvarig för den medicinska delen av vården, till exempel ordinationer (41). Pang (34) redogör däremot för i sin studie att patienten ibland kan känna sig pressade att utstå behandlingen som erbjuds (34).

Majoriteten av studierna belyser att smärta hos patienten på IVA är en vanlig orsak till stress (33, 34, 37, 39, 40). Vissa patienter berättar om intensiva minnen av smärta (36), men det finns i en annan artikel även beskrivet att smärta och andra fysiska obehag som till exempel värme, kyla, obekvämlig ställning i sängen inte är ett problem för patienten (38).

Rotondi (35) har gjort en studie där han fått fram att upplevelsen av stress ofta är kopplad till endotrakealtuben. Detta innebär att inte kunna prata eller svälja, känna smärta och oro av tuben (35). Obehag av att ha tuben i mun och hals finns även beskrivet i andra artiklar (33, 34, 37). Många patienter upplever törst (33, 35, 37, 40). Andra stressfyllda upplevelser under tiden på IVA är att inte kunna röra sig (39), sitta fast med slangar (33, 37, 40) samt obekvämlig säng och kudde (37).

Det finns även beskrivet att faktorer som kan påverka upplevelsen av stress är oro för privatekonomin (34) och att känna sig ensam utan sina anhöriga (39). Välbefinnande under IVA-tiden definierar patienterna som ett tillstånd av lugn utan oro och smärta (36).

Adamsson (36) visar att ett kritiskt sjukdomsförlopp har en fortsatt påverkan gällande psykisk stress sex månader efter utskrivning från IVA. Effekterna varierar stort mellan

individerna med reaktioner som undvikande, ängslan/fruktan, kraftlöshet, oro och depression. Några var ändå ganska positiva och accepterade händelsen (36).

Interpersonella stressorer

Patientens sårbarhet är relaterad till extremt psykiskt och känslomässigt beroende till personalen då patienten inte kan tillgodose sina egna basala behov. Ibland beror detta på att han/hon inte kan kommunicera och uttrycka sina behov (38, 41). En kvinnlig patient berättar att personalen inte såg hennes behov om hon inte påkallade deras uppmärksamhet. De kunde vara avvisande och hon kände då att hon besvärade när hon bad om hjälp. Det är således viktigt för patienten att ha inflytande i den personliga omvårdnaden till exempel med hygien och läge i sängen (41).

Pang (34) och Cornock (37) tar också upp att bristfällig kommunikation leder till stress (34, 37). När patienten inte vet vad som ska hända och när vården blir avpersonifierad, det vill säga när patienten ses som ett objekt (till exempel vid ronderna), samt deras behov inte kan tillgodoses leder detta till en skadlig upplevelse med osäkerhet, otrygghet, rädsla och oro (38). Ofullständig information ger oro och förtvivlan. Patienten orkar/kan inte fråga själv (41). Att prata över huvudet på patient och anhöriga samt ge undermålig information vid sängen ger rädsla (39). Bristfällig information kan även leda till att patienten "ger upp" och "tappar livsgnistan" (41).

Vid uppvaknandet är patienten känslomässigt instabil och känslig för attityder, humör, sinnesstämningar och beteende hos personalen (32, 41). Om personalen är stressad och osäker överförs detta till patienten, men en lugn och säker personal inger säkerhet. Det skapas en positiv atmosfär när personalen visar humor (41). Vid personalbyte kan patientens känsla av trygghet antingen öka eller minska på grund av att vissa sjuksköterskor väcker känslor av otrygghet och obehag, medan andra får dem att känna sig säkra och trygga. En patient berättar om en särskild sjuksköterska som hon känner trygghet med. När sjuksköterskan lämnar rummet för sin rast tycker patienten att hela rummet förändras. Hon kan inte vila förrän sjuksköterskan är tillbaka igen. Fenomen som kan öka rädsla och spänning är en icke vårdande relation från personalen (32). I Russells (39) studie finns exempel på patienter som upplever att sjuksköterskan är "dålig". Patienterna kan uppleva sin situation olika beroende på hur personalen agerar genom att skuldbelägga eller stötta vid till exempel suicidförsök. En annan patient beskriver att sjuksköterskan inte får glömma att det är människor man vårdar med olika behov, "*det är inte ett nio till fem jobb på en fabrik med metall. Det är livet*" (39) (s787). Patientens oro kan öka på grund av medpatienters svåra tillstånd och leda till ökad rädsla (32).

Patient och anhöriga vill känna sig delaktiga i teamet (41). Familjen är den livlina som leder till trygghet och kontakt med verkligheten (32, 38). Frånvaro av anhöriga gör att patienten känner sig ensam (39) medan deras närvaro ökar upplevelsen av säkerhet (38). Patienten känner sig tryggare när anhöriga håller patientens hand men det upplevs inte på samma sätt när personalen gör detta då det är deras "jobb" (41). När anhöriga är närvarande kan patienten slappna av. Det är mycket viktigt med fria besökstider (38). Wåhlins (41) studie beskriver att personalen inte alltid är positiva till besök av anhöriga men pekar också på att anhörigas närvaro är av stor betydelse för tillfrisknandet och ger patienten livsvilja (41).

Extrapersonella stressorer

I Russels (39) artikel finns patientbeskrivningar av intensivvårdsmiljön som en krigszon, en fabrik eller yttre rymden. Det är många höga ljud av larmklockor, larmande maskiner, gråtande anhöriga och medpatienter som skriker i timmar. Det är människor överallt, starkt ljus och kallt i rummet (39). I flera kvantitativa artiklar rankas stressorer som orsakas av ljud till exempel att höra larm från maskiner och ljudsignaler högt av patienterna (33, 34, 40). Ljud- och ljusförmimmelser leder till sömnsvårigheter och ger irritation och utmattning (38).

Det finns upplevelser av otäcka lukter från till exempel syrgas, brännande prober (syrgasmätare), oljud från andra patients utrustning (32) och obehag av att se andra patients behandlingar (33). Fenomen som kan öka rädsla och spänning är teknisk apparatur. Om ingen förklaring ges till vad som är syftet till användning av den medicinsktekniska utrustningen blir patienten frustrerad, rädd, orolig och aggressiv (32). Vissa patienter upplever kontinuerlig övervakning som stressande, samtidigt som andra känner sig trygga och litar på personalen och dess expertis (39). Det förekommer också beskrivningar av att patienter upplever det negativt att inte kunna påverka placeringen av sängen i rummet. Det kan bli stressande om det till exempel är ensamt eller för bullrigt (41).

ATT BELYSA OM DET FINNS SKILLNADER MELLAN VAD PATIENTEN UPPLEVER OCH VAD SJUKSKÖTERSKAN ANSER VARA STRESSUTLÖSANDE FAKTORER

Patienterna och sjuksköterskorna har till stor del likartade upplevelser av vad som utlöser stress under intensivvårdstiden. De tre kvantitativa artiklarna (34, 37, 40) som gör en jämförelse mellan patients upplevelser och vad sjuksköterskorna tror att patienterna upplever av stressorer i intensivvårdsmiljön använder sig av ett mätinstrument, Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale (ICUESS) (25). Instrumentet innehåller 45 stycken olika faktorer som kan antas utlösa stress hos patienten. Varje faktor kan också graderas enligt en annan skala Environmental Stressor Questionnaire (ESQ) (37), för att man ska kunna mäta hur stressande upplevelsen är. Skalan omfattar en gradering från 0-4; 0 = inte applicerbart, 1 = inte alls stressande, 2 = mild stressande, 3 = moderat stressande, 4 = mycket stressande (8,9,10).

Intrapersonella stressorer

Vad patienten upplever som stressutlösande faktorer:

Smärta (34, 37, 40)

Ha tuber i mun och hals (34, 37)

Törst (37, 40)

Sitta fast med slangar (37, 40)

Inte kunna sova (37, 40)

Rädsla för att dö (37)

Oroliga för att inte veta hur länge de ska ligga på IVA (34)

Inte veta vilken tid det är (37)

Känna sig pressade att utstå behandling (34)

Obekvämt i sängen (37)

Vad sjuksköterskan anser vara stressutlösande faktorer för patienten:

Smärta (34, 37, 40)

Ha tuber i näsa och mun (34, 37, 40)

Bli stucken med nålar (34, 37, 40)

Sitta fast med slangar (40)

Inte kunna sova (37)

Rädsla för att dö (34, 37)

Inte ha kontroll över sig själv (34, 37)

Inte veta var du är (37)

Känna sig pressad att utstå/genomgå behandling (34)

Inte få behandling (37)

Interpersonella stressorer

Vad patienten upplever som stressutlösande faktorer:

Inte kunna kommunicera (34, 37)

Inte få behandlingen förklarad (34)

Vad sjuksköterskan anser vara stressutlösande faktorer för patienten:

Inte kunna kommunicera (34, 37)

Extrapersonella stressorer

Vad patienten upplever som stressutlösande faktorer:

Obekanta ljud/höra larm (34, 40)

Vad sjuksköterskan anser vara stressutlösande faktorer:

Obekanta ljud/höra larm (34, 37, 40)

Ha konstiga maskiner runt dig (34, 40)

Gemensamt för samtliga kategorier är att sjuksköterskorna rankar stressorerna högre än vad patienterna gör enligt ESQ. Patienterna rankar stressorerna från inte stressande till mildt stressande och sjuksköterskorna från moderat till mycket stressande (34, 37, 40).

EXEMPLIFIERA VAD SJUKSKÖTERSKAN KAN GÖRA FÖR ATT IDENTIFIERA, REDUCERA OCH FÖREBYGGA STRESSUTLÖSANDE FAKTORER

Intrapersonella stressorer

När personalen utför personlig omvårdnad och tillgodoser behoven minskar stressen. Stressen minskar också vid omvårdnad utöver det vanliga som vid till exempel hårtvätt och nagelvård (38, 41). Det är viktigt att personal och anhörig får patienten att känna sig värdefull och visa detta med till exempel personlig fysisk beröring (39, 41).

Interpersonella stressorer

När patienterna vet vad som ska hända med dem minskar stressen (38). Information är viktigt och den ska vara väl balanserad, kompletterad eller klargjord och uppföljd. Denna information kan innebära förståelse av symptom, behandling, sammanhang, och

förberedelse för förändring (41). När personalen bekräftar och förklarar för patienten ger det känslomässig trygghet (39). Oron minskar också om personalen kan orientera patienten i tillvaron och reda ut tankar och känslor (32), samt om patienten litar på att personalen tar hand om dem, speciellt gällande deras tillstånd och tillfrisknande (38).

Australiensiska forskare har funnit att stressupplevelsen minskar om sjuksköterskan ger personlig vård och ser patienten som en individ och inte ett objekt (38). Patienten kan känna sig tröstad av personal som visar empati genom fysisk beröring (39). Andra fenomen som kan minska rädsla och spänning är en vårdande relation både från anhöriga och från personal (32). Det är viktigt påminna patienten om att han/hon är betydelsefull för familjen (41).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva vad patienten upplever som stressutlösande faktorer under intensivvårdstiden. Vår intention var också att belysa om det fanns skillnader mellan vad patienten upplever och vad sjuksköterskan anser vara stressutlösande faktorer samt ge exempel på vad sjuksköterskan kan göra för att identifiera, reducera och förebygga stressutlösande faktorer.

Stress hos patienter på IVA är ett känt problem, trots det var artikel mängden vid sökningarna i databaserna PubMed och Cinahl relativt begränsade. Eftersom flera artiklar hittades genom manuell sökning kan vi i efterhand fundera på om vi kunde ha använt oss av andra sökord.

Vi valde medvetet både kvalitativa och kvantitativa artiklar för att vi skulle skapa oss en så heltäckande bild som möjligt av området. Vår åsikt är att dessa kompletterade varandra genom att på olika sätt beskriva stressproblematiken kring patienten på IVA. Kvalitativa metoder ger en mer djupgående kunskap om den enskilda individens upplevelse, medan kvantitativa metoder kan ge en större generaliserbarhet genom ett mer omfattande material. Artiklarna hade också en stor global spridning vilket bidrog till en ökad trovärdighet.

Vi anser att vårt första syfte som avsåg att beskriva vad patienten upplevde som stressutlösande faktorer besvarades i samtliga artiklar såväl kvantitativa som kvalitativa. Det andra syftet som beskrev jämförelsen mellan patienter och sjuksköterskor besvarades i tre kvantitativa artiklar (34, 37, 40). Endast fyra artiklar beskrev i sitt resultat vad sjuksköterskan kunde göra för att identifiera och reducera stress hos patienterna (32, 38, 39, 41). Samtliga artiklar hade i sina diskussionsdelar förslag på interventioner för reduktion av stress under intensivvårdstiden. Författarna till artiklarna har enligt vår uppfattning uppnått sina syften.

När vi använde oss av en deduktiv metod upplevde vi vid analys av resultatet att begreppen föll på plats. Neumans (29) teoretiska begrepp kändes mycket naturliga att använda då de var lätta att applicera inom IVA.

RESULTATDISKUSSION

Neuman (29) menar att livet är ett samspel mellan balans och obalans i organismen. Vid svår sjukdom råder ett förhållande av obalans. Individen försöker anpassa sig och kan inte detta uppfyllas kan det leda till död. Ett stort begrepp i Neumans teori är ”prevention as intervention”. Hon menar att det är viktigt att arbeta med förebyggande intervention genom att identifiera, åtgärda och förebygga olika stressorer i patientens miljö. Stressorer påverkar individen negativt på väg mot ett tillfrisknande (25, 29).

Faktorer som handlar om upplevelser inom individen, det vill säga de intrapersonella, upptar en dominerande del av tiden på IVA. De vanligast förekommande stressorerna av både fysisk och psykisk karaktär är smärta (25, 33, 34, 36, 37, 39, 41), törst (25, 33, 35, 37, 40), sömnstörningar (35, 37-40), besvär av tub (25, 32, 34, 35, 37) och slangar (25, 33, 37, 40), att inte kunna prata och svälja (35), att inte ha kontroll (33, 35, 40) samt skrämmande upplevelser som hallucinationer, mardrömmar (38, 39), skräck och panik, en rädsla vid extubationsprocedurer (32) och för att dö (23, 32, 34, 35, 37-39).

Samtliga artiklar i resultatet beskriver att ha en tub i halsen som en av de främsta orsakerna till stress (32-41). Det är en traumatisk upplevelse som skapar obehag hos flertalet patienter i form av smärta, illamående, kväljningar i samband med bortsugning av slem från tub och svalg samt oförmåga att prata (22). Att inte kunna tala och uttrycka sig skapar panik och fruktan hos många patienter (39). Det är personalens uppgift att frekvent informera patienten om att detta tillstånd endast är tillfälligt och att han/hon kommer att kunna prata och använda sin röst igen när tuben avlägsnats. Vid extubationstillfället är det viktigt att patienten känner sig trygg med personalen och att tydlig och upprepad information ges eftersom patienten ofta är påverkad av sedering och kan ha svårt att ta till sig informationen. Vid långvarig respiratorvård brukar man anlägga en trakeotomi för att underlätta för patienten. Då kan patienten vara vaken och ändå få hjälp med andningen.

Smärta upplevs av många patienter, men det som framkommer i vissa artiklar är att sjuksköterskorna skattar smärta högre enligt ESQ (se sidan 10) än vad patienterna gör (34, 37, 40). I de fall patienten kan kommunicera på något vis försöker vi att använda oss av smärtskalor. Den möjlighet vi idag har på IVA att värdera smärta för patienter som vårdas i respirator eller är medvetandesänkta är genom att observera puls, blodtryck, andningsfrekvens, ansiktsmimik och rörelsemönster. Dock är det önskvärt med ökad kunskap kring smärtskattning och smärtlindring då vi i vårt praktiska arbete ibland kan se brister inom detta område.

Det är anmärkningsvärt att notera att sjuksköterskorna rankade törst så lågt jämfört med patienterna (34, 37, 40). En trolig förklaring är att sjuksköterskorna inte är så bra på att tillgodose det behovet då hon/han tror att det inte är ett stort problem, speciellt om patienten är sederad, intuberad och vårdas i respirator. På NIVA är rutinen att göra munvård tre gånger/dygn. Patientens tänder borstas och munnen torkas ur med vatten, munvatten samt smörjs med olja. Om patienten har syrgasmask måste fuktning av munnen ske mycket ofta för att motverka törst och uttorkning av munslemhinnan. Man har nyligen försökt att öka personalens kunskap angående munhygien med hjälp av utbildning av en tandhygienist som är väl insatt kring problematiken vid allvarlig sjukdom.

Det är svårt att skapa en dygnsrytm på IVA eftersom vården bedrivs dygnet runt och tillståndet oftast är akut för patienten med behov av olika åtgärder. Detta leder till sömnbrist (35, 37-40) som kan resultera i förvirring, så kallat IVA-syndrom och PTSD (14, 20). Neuman menar att bristen på sömn minskar patientens tolerans mot olika stressorer. Detta sker genom att den yttre flexibla skyddslinjen, som utgör en buffert mot stress, påverkas (29). Att dämpa belysningen nattetid och försöka skapa en lugn sovmiljö är grundförutsättningen för att patienten ska kunna komma till ro. Det finns en risk med att använda sedering i låg dos för att patienten ska kunna slappna av och sova, då detta kan ge hallucinationer och mardrömmar. Enligt vår erfarenhet som sjuksköterskor inom intensivvården kan det vara en god hjälp att förse patienten med öronproppar nattetid för att minska störande ljud. Vi samtycker med Celik (13) som i sin artikel påpekar att det är av största vikt att försöka minimera och samordna vårdinsatserna kring patienten för att skapa längre sammanhängande sömnperioder. Att inte veta vad som hänt och att vara desorienterad i tid och rum är enligt två författare också svårt att hantera för patienten (32, 37). Personalen måste fortlöpande orientera patienten i tid och rum samt klargöra händelseförloppet för att reducera oro, förvirring och därmed upplevelsen av stress.

Wåhlin (41) beskriver som vi redovisat i vårt resultat att patienten inte vill känna sig ansvarig för den medicinska vården. Det finns en risk att personalen "tar över" helt vid svår sjukdom, men vår uppfattning är att sjuksköterskan istället måste försöka att ta till vara patientens egna inneboende resurser och ge honom/henne inflytande och delaktighet i den personliga omvårdnaden i möjligaste mån. Man fokuserar då på patientens förmågor istället för oförmågor och bevarar autonomin.

Interpersonella faktorer som bristfällig kommunikation (34, 37, 38, 41) och information (34, 39, 41) ökar patientens upplevelse av stress. Då det ofta finns svårigheter att kommunicera ställer det stora krav på lyhördhet och empatisk förmåga hos den personal som arbetar runt en svårt sjuk patient, detta för att kunna tillgodose både uttalade och outtalade behov. Det finns alltid en risk att personalen "pratar förbi" patienten. Informationen måste anpassas individuellt och ges i små portioner vid upprepade tillfällen eftersom det oftast är svårt att utvärdera vad patienten förstår och kan tillgodogöra sig. Detta gäller även anhöriga som befinner sig i chock och kris. Vikten av att ägna tillräckligt med tid och ansträngning åt detta kan inte nog betonas då det enligt vår mening kan minska upplevelsen av stress högst avsevärt för både patient och anhöriga. Patienten är sårbar och helt beroende av andra. Detta leder till ökad känslighet för personalens attityder och sinnesstämningar (32). En vårdande relation menar vi bygger på respekt och handlar om att skapa trygghet så att patienten kan känna tillit, där sjuksköterskan ser patienten som ett subjekt med unika behov i motsats till objektifiering (23, 28, 38). Personliga omvårdnadsåtgärder som hårvård, fotvård, massage kan bidra till att patienten känner sig som en "hel människa" och inte bara en diagnos.

Det finns väl beskrivet i flertalet av artiklarna hur betydelsefulla de anhöriga är för patienten som vårdas på IVA (32, 38, 39, 41). Deras omsorg och fysiska närvaro utgjorde en "livlina" och viljan att orka överleva hämtades där. Många patienter beskriver att den enda gången de kunde slappna av och vila/sova var när anhöriga satt där och höll dem i handen (32, 38, 39, 41). Genom ett personligt bemötande av de anhöriga kan man också stärka patienten och ge båda parter en ökad upplevelse av trygghet. När anhöriga inte är närvarande är det viktigt att vi som personal påminner

patienten om hans/hennes betydelse för de närstående genom att tala om livet utanför sjukhuset. Det kan också vara betydelsefullt att sätta upp till exempel foton, teckningar eller andra saker som har ett stort personligt värde för den sjuke.

På NIVA är det fria besökstider men har sedan en tid tillbaka infört en vilopaus under dagen då patienten bara undantagsvis har någon anhörig hos sig. Personalen försöker också under denna tid att låta patienten vara ifred för att minska stimuli och stress då detta är extra viktigt för patienter med cerebrala sjukdomar eller skador. Vårt arbete har givit oss ny insikt och andra tankar kring detta och kanske är det så att sjuksköterskan istället ska vägleda anhöriga i hur de ska agera, det vill säga tydligt förklara vikten av lugn och ro under vilostunden om de önskar att vara kvar hos patienten. De kan vara mer passiva, sitta tysta och hålla patienten i handen. Det är enligt vår mening av stor vikt att man fortlöpande utvärderar sina omvårdnadsinsatser kring patienten och klart definierar för vems skull man utför en åtgärd. Det kan ibland vara förståeligt att personalen känner det ansträngande eller pressande att arbeta med anhöriga ständigt närvarande. Vi får dock inte glömma att anhöriga är vår största resurs för att vi ska kunna ge en individuellt anpassad vård och för att vi ska kunna ge den sjuke bästa möjliga förutsättningar att komma tillbaka till ett fungerande liv igen. Det sjuksköterskorna istället behöver för att kunna utvecklas i sin profession är kontinuerlig handledning i hur man kan hantera olika vårdssituationer på bästa sätt.

De extrapersonella faktorerna i miljön har också en stor påverkan, som till exempel höga ljud, larmande klockor, skrikande/gråtande anhöriga och patienter, starkt ljus, värme/kyla, teknisk apparatur (33, 34, 39, 41). Dessa faktorer upplever vi ibland som svåra att åtgärda då det finns begränsningar i den fysiska miljön och mycket av de ljud som finns är till för att göra sjuksköterskan uppmärksam på förändringar i patientens tillstånd. Man bör dock alltid tänka på att det finns möjlighet att minska ljudvolymen för olika larm utan att för den skull på något sätt äventyra patientens säkerhet.

Bristen på privat sfär är stor (39) och en strävan att skydda patientens integritet måste alltid finnas. I en etikgrupp har vi arbetat aktivt med olika frågor som berör detta bland annat genom att använda ”vikväggar” av olika slag så att man kan skapa avskildhet för patienten vid omvårdnadsinsatser samt att sätta upp skyltar som påminner om att man alltid ska knacka på dörren och få bekräftat att man kan gå in. Det kan naturligtvis låta som en självklarhet men med hög aktivitet och många olika personer inblandade glöms detta mycket lätt bort. Ett önskemål i framtiden är naturligtvis också att det ska finnas enkelrum för de patienter som är i behov av detta. Trots att vi arbetar på en nybyggd och mycket fin intensivvårdsavdelning finns idag inte den möjligheten. En anledning är säkerligen den ökade kostnad som det skulle leda till med behov av ökad personalbemanning.

Till de intressanta fynden i artiklarna är att upplevelsen av stress när man vårdas på IVA är ganska likartad oberoende av var man bor i världen trots att det säkerligen förekommer stora variationer i hur vården bedrivs. Människans basala behov kan därför konstateras vara universella. Vissa skillnader kunde ändå ses. Hos patienter på IVA i Kina (34) fanns en överordnad oro för att dö vilket sjuksköterskorna också uppfattade genom att de rankade denna stressor högst. Det fanns även en oro över den privata ekonomin vilket kan vara kopplat till deras socioekonomiska förutsättningar. Den ekonomiska aspekten redovisas inte som en stressutlösande faktor i någon annan artikel.

De flesta studier angående stress hos patienter som vårdas på IVA är genomförda i efterförloppet/efter vårddagen, där patienten tillfrågats angående upplevd stress/stressutlösande faktorer. Ingen studie fanns att finna där man under vårddagen observerat och dokumenterat tecken på stress eller mer objektivt gjort mätningar samt påvisat vilka vårdinsatser som eventuellt skulle kunna reducera dessa reaktioner hos patienterna. Inga artiklar berörde specifikt patienter på neurointensivvårdsavdelning. På NIVA, Sahlgrenska universitetssjukhuset, har man precis startat ett forskningsprojekt där man observerar och dokumenterar tecken på stress i form av bland annat stigande blodtryck, ökad puls och andningsfrekvens samt mäter kortisolnivåer i saliv (Bilaga 2). Projektet innefattar ett samarbete med neurorehabiliteringen för att kunna göra en koppling och se om patientens stressnivåer har betydelse för outcome. Vi tycker att det hade varit intressant att i framtiden göra en studie där man gör riktade åtgärder mot de stressutlösande faktorer som är vanligast förekommande för att se om man kan minska stressen hos patienten på IVA och därmed kanske förbättra förutsättningarna för tillfrisknandet. En viktig del för att öka sjuksköterskans kunskap och medvetenhet om stress och stressutlösande faktorer är att man både ute i verksamheten och inom intensivvårdutbildningen lyfter problematiken kring detta komplexa område.

Vi anser att med tanke på hur dåligt många patienter mår lång tid efter utskrivningen från IVA (21, 36, 39) är det viktigt med uppföljning och bearbetning av upplevelsorna, mycket på grund av skrämmande minnen, vanföreställningar, mardrömmar med mera (21, 32, 34, 35, 39). Detta kunde lära patienten att leva med sina upplevelser, förebygga PTSD och därmed ge dem en bättre livskvalitet efter IVA-tiden (14, 20). En personlig dagbok som följer patienten under hela vårddagen är för många ett bra redskap. Det kan hjälpa patienten att bringa ordning i det kaos av händelser, tankar och känslor som följer i efterförloppet av ett livshotande tillstånd och hot om existens. Att ha förlorat kontrollen över sitt liv en tid upplevs av många patienter som svårt att hantera (32). Vissa intensivvårdavdelningar erbjuder i dag ett uppföljningssamtal för att hjälpa patienten att gå vidare. Där kan patienten få se rummet/miljön man vårdades i och personalen kan svara på frågor och klargöra saker. Man har då också möjlighet att vid behov kunna lotsa vidare för annan hjälp som till exempel fortsatt samtalsstöd och bearbetning. I dagsläget har vi inte möjlighet till detta då det är mycket tidskrävande och personalresurserna otillräckliga. Ibland kommer ändå patienterna spontant tillbaka för ett besök och det ger också personalen viktig feedback.

SLUTSATS

Under arbetets gång har vi blivit stärkta i vår uppfattning om att stress hos patienten på IVA är ett svårt problem med många dimensioner som kan påverka patienten lång tid efter utskrivningen från IVA. Vår kunskap och medvetenhet har ökat om vad patienten verkligen upplever och att det finns skillnader i vad vi uppfattar och vad patienten upplever som stress. Sjuksköterskan har ett stort ansvar och en mycket viktig roll i att rätt försöka identifiera, åtgärda och arbeta preventivt för att motverka stressutlösande faktorer. Detta ser vi som en fortsatt stor utmaning för specialistsjuksköterskor inom intensivvård i framtiden att med evidensbaserad kunskap och klinisk kompetens försöka öka välbefinnandet för dessa sjuka patienter.

REFERENSLISTA

1. Sapolsky RM, Rundgren P. Varför zebror inte får magsår. Stockholm: Natur och kultur; 2003.
2. Währborg P, Ilste A. Stress och den nya ohälsan. 2., [rev. och utök.] utg. ed. Stockholm: Natur och kultur; 2009.
3. NE.se [Elektronisk resurs]. Malmö: Nationalencyklopedin; 2000.
4. Ekman R, Arnetz BB, Ahmad A, Wilhelmsson J. Stress : individen, samhället, organisationen, molekylerna. In: Olsson T, Sapolsky RM, editors. Kortisol och stressrelaterad ohälsa. 2., [rev.] uppl. ed. Stockholm: Liber; 2005. p. 345.
5. Grivans C. Vad är stress och hur kan vi mäta det? Föreläsning Sahlgrenska universitetssjukhuset; 2008.
6. Ord för ord Svenska synonymer och uttryck. Stockholm: Nordstedts tryckeri; 1977.
7. Svenska akademins ordlista över svenska språket. Stockholm: Nordstedts förlag; 1998.
8. Selin M, Erlandsson M. I behov av intensiv vård. Stockholm: Natur och kultur; 1984.
9. Nienstedt W, Franson P, Kvist U. Människans fysiologi och anatomi: med histologi och fysiologisk kemi. Stockholm: Esselte studium; 1980.
10. Borsini T. Omvårdnads kunskap. 1. uppl. ed. Stockholm: Liber; 1987.
11. Lundberg U, Wentz G. Stressad hjärna, stressad kropp: om sambanden mellan psykisk stress och kroppslig ohälsa. [Ny utg.] ed. Stockholm: Wahlström & Widstrand; 2005.
12. Ekman R, Arnetz BB, Ahmad A, Wilhelmsson J. Stress: individen, samhället, organisationen, molekylerna. In: Åkerstedt T, Kecklund G, editors. Stress och sömn. 2., [rev.] uppl. ed. Stockholm: Liber; 2005. p. 233.
13. Celik S, Oztekin D, Akyolcu N, Issever H. Sleep disturbance: the patient care activities applied at the night shift in the intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2005 Jan;14(1):102-6.
14. Baxter A. Posttraumatic stress disorder and the intensive care unit patient: implications for staff and advanced practice critical care nurses. *Dimens Crit Care Nurs*. 2004 Jul-Aug;23(4):145-50; quiz 51-2.
15. Dybwik K, Ahlström L. Respiratorbehandling. Stockholm: Universitetsforl.; 1997.

16. Fredriksen ST, Ringsberg KC. Living the situation stress-experiences among intensive care patients. *Intensive Crit Care Nurs.* 2007 Jun;23(3):124-31.
17. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer; 1984.
18. Foxall MJ, Zimmerman L, Standley R, Bene B. A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. *J Adv Nurs.* 1990 May;15(5):577-84.
19. Wilkin K, Slevin E. The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *J Clin Nurs.* 2004 Jan;13(1):50-9.
20. Corrigan I, Samuelson KA, Fridlund B, Thome B. The meaning of posttraumatic stress-reactions following critical illness or injury and intensive care treatment. *Intensive Crit Care Nurs.* 2007 Aug;23(4):206-15.
21. Ringdal M, Plos K, Ortenwall P, Bergbom I. Memories and health-related quality of life after intensive care: A follow-up study*. *Crit Care Med.* 2009 Sep 28.
22. Bergbom-Engberg I, Haljamae H. Assessment of patients' experience of discomforts during respirator therapy. *Crit Care Med.* 1989 Oct;17(10):1068-72.
23. Almerud S, Alapack RJ, Fridlund B, Ekebergh M. Of vigilance and invisibility--being a patient in technologically intense environments. *Nurs Crit Care.* 2007 May-Jun;12(3):151-8.
24. Renck H, Andrén-Sandberg Å. *Svikt av vitala funktioner: bakgrund, diagnos och tidig behandling av kirurgiska patienter. 2., [omarb. och rev.] uppl. / ed.* Torekov: Aniva; 1995.
25. Ballard KS. Identification of environmental stressors for patients in a surgical intensive care unit. *Issues Ment Health Nurs.* 1981 Jan-Jun;3(1-2):89-108.
26. Socialstyrelsen. *Socialstyrelsens allmänna råd; Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor.* Stockholm: Socialstyrelsen; 1995:5. p. 64-9.
27. Göteborgs Universitet SA, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. *Definition på omvårdnad.* 2009.
28. Berg L. *Vårdande relation i dagliga möten: en studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor i medicinsk vård.* Göteborg: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet; 2006.
29. Neuman BM, Fawcett J. *The Neuman systems model. 4. ed.* Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall; 2002.

30. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. 1. utg. ed. Stockholm: Natur och kultur; 2003.
31. Nyberg R. Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet. 4., [bearb.] uppl. ed. Lund: Studentlitteratur; 2000.
32. Granberg A, Bergbom Engberg I, Lundberg D. Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I. *Intensive Crit Care Nurs.* 1998 Dec;14(6):294-307.
33. Hweidi IM. Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2007 Feb;44(2):227-35.
34. Pang PS, Suen LK. Stressors in the ICU: a comparison of patients' and nurses' perceptions. *J Clin Nurs.* 2008 Oct;17(20):2681-9.
35. Rotondi AJ, Chelluri L, Sirio C, Mendelsohn A, Schulz R, Belle S, et al. Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Crit Care Med.* 2002 Apr;30(4):746-52.
36. Adamson H, Murgu M, Boyle M, Kerr S, Crawford M, Elliott D. Memories of intensive care and experiences of survivors of a critical illness: an interview study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2004 Oct;20(5):257-63.
37. Cornock MA. Stress and the intensive care patient: perceptions of patients and nurses. *J Adv Nurs.* 1998 Mar;27(3):518-27.
38. McKinley S, Nagy S, Stein-Parbury J, Bramwell M, Hudson J. Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive Crit Care Nurs.* 2002 Feb;18(1):27-36.
39. Russell S. An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *J Adv Nurs.* 1999 Apr;29(4):783-91.
40. So HM, Chan DS. Perception of stressors by patients and nurses of critical care units in Hong Kong. *Int J Nurs Stud.* 2004 Jan;41(1):77-84.
41. Wahlin I, Ek AC, Idvall E. Patient empowerment in intensive care--an interview study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2006 Dec;22(6):370-7.
42. Thomassen M. Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag. Oslo: Gyldendal akademisk; 2006.

Bilaga 1 - Artikelpresentation

Ref. nr	Författare	Titel	Tidskrift	År	Land	Syfte	Metod	Urval	Antal referenser
32	Granberg A, Bergbom Engberg I, Lundberg D	Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I	Intensive Crit Care Nurs	1998	Sverige	Beskriva och ge djupare insikt av patienters upplevelser och minnesbilder, både under och efter deras tid på IVA.	Kvalitativ metod med en hermeneutisk bas.	19 patienter som vårdats i respirator och stannat minst 36 h på IVA. Exklusionskriterier: alkohol och narkotikamissbruk, allvarliga psykiska tillstånd, hjärtåterupplivade patienter med dålig utgång, primär medvetslöshet, ej svensktalande, > 16 år samt de som hade familjemedlemmar som tidigare utsatts för trauma.	42
33	Hweidi, I.M.	Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: a questionnaire survey	International Journal of Nursing Studies	2007	Jordanien	Att identifiera psykiska och fysiska stressorer för Jordanska patienter på IVA och undersöka om patienters olika karakteristiska påvekar deras uppfattning av stressorer.	Kvantitativ Frågeformulär ICUESS samt ESQ användes.	165 patienter från tre olika sjukhus. Vårdtid > 24 h på IVA och kunna tala arabiska. Exklusionskriterier: neurologiska bortfall, psykiatrisk anamnes eller tidigare vårdats på IVA.	27

Ref. nr	Författare	Titel	Tidskrift	År	Land	Syfte	Metod	Urval	Antal referenser
34	Pang, P.S. and L.K. Suen	Stressors in the ICU: a comparison of patients' and nurses' perceptions	Journal of Clinical Nursing	2008	Kina	Jämföra patientupplevda stressorer med vad sjuksköterskorna upplever stressar patienter på IVA.	Kvantitativ, jämförande och beskrivande design.	Patienter och sjuksköterskor från ett sjukhus. Patienten ska ha vårdats > 24 h på IVA och ha uppfyllt högsta värde på Glasgow coma scale.	22
35	Rotondi, A.J., et al.	Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit	Critical Care Medicine	2002	USA	Beskriva stressfyllda upplevelser hos vuxna patienter som vårdats i respirator på IVA	Kvantitativ. Frågeformulär med 32 olika frågor som berörde stressfulla upplevelser i samband med ventilatorvård.	100 patienter som haft respirator > 48 h, engelsktalande, ej oklara.	25
36	Adamson H, Murgo M, Boyle M, Kerr S, Crawford M, Elliott D	Memories of intensive care and experiences of survivors of a critical illness: an interview study	Intensive Crit Care Nurs	2004	Australien	Undersöka patienters minnen från IVA 6 månader efter utskrivning och utforska hur upplevelsen av svår sjukdom påverkar tillfrisknandet	Kvalitativ, semistrukturerad intervju.	6 patienter, engelsktalande, överlevt en svår sjukdom, inskriven på IVA > 48 h, boende i närheten av sjukhuset.	46

Ref. nr	Författare	Titel	Tidskrift	År	Land	Syfte	Metod	Urval	Antal referenser
37	Cornock, M.A	Stress and the intensive care patient: perceptions of patients and nurses	Journal of Advanced Nursing	1998	England	Undersöka hur sjuksköterskor och patienter uppfattar stressorerna som patienten möter på en IVA.	Kvantitativ. Frågeformulär ICUESS samt ESQ användes.	71 patienter och 71 sjuksköterskor från två intensivvårdsavdelningar. Patienten skulle ha vårdats i respirator och kunna tala engelska. Exklusionskriterier: neurologiska bortfall eller psykiatrisk anamnes.	9
38	McKinley S, Nagy S, Stein-Parbury J, Bramwell M, Hudson J	Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care	Intensive Crit Care Nurs	2002	Australien	Öka förståelsen kring patientens upplevelse av att vara en svårt sjuk patient på IVA.	Kvalitativ Djupintervju i grupp	14 före detta IVA patienter som vårdats på allmän eller neurokirurgisk IVA, engelsktalande, i fysisk kondition samt boende i närheten av sjukhuset för att kunna delta i samtalen.	46
39	Russell, S.	An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit	Journal of Advanced Nursing	1999	Australien	Undersöka patienters upplevelser och minnen från IVA	Kvalitativ och kvantitativ. Frågeformulär och intervjuer ur ett bio, psyko och socialt perspektiv.	298 patienter från ett sjukhus. 212 besvarade frågeformulär, 86 intervjuades.	25

Ref. nr	Författare	Titel	Tidskrift	År	Land	Syfte	Metod	Urval	Antal referenser
40	So, H.M. and D.S. Chan	Perception of stressors by patients and nurses of critical care units in Hong Kong	International Journal of Nursing Studies	2004	Kina	Identifiera patienters upplevelser av stressorer på IVA, identifiera vad IVA-sjuksköterskan tror stressar patienten samt jämföra skillnader mellan dessa två grupper.	Kvantitativ Jämförande beskrivande design, använder mätinstrumenten ICUESS och ESQ.	50 kinestalande patienter som vårdats > 24 h på IVA samt 92 sjuksköterkor. Exklusionskriterier: neurologiska bortfall eller psykiatrisk anamnes.	23
41	Wählin, I., A.C. Ek, and E. Idvall	Patient empowerment in intensive care--an interview study	Intensive and Critical Care Nursing	2006	Sverige	Beskriva patientens självbestämmande i en vårdssituation på IVA.	Kvalitativ Öppna intervjuer analyserade enligt empirisk, fenomenologisk, psykologisk metod	11 patienter från två IVA-avdelningar på två olika sjukhus som vårdats > 3 dagar på IVA, > 18 år och svensktalande	31

Bilaga 2

Stressprojekt

Provtagningschema för Saliv-Cortisol

Dag 0 =datum för olycka/sjukdomsdebut. Prov tas sedan dag 3,5,8,10 och 12

Ange klockslag och signatur när provet är taget.

OBS!Fyll i vid varje provtagningsstillfälle om patienten varit med om något speciellt strax innan provtagningen tex vändning/sugning osv. Upplever du att pat varit stressad? Beskriv på vilket sätt. Påverkan på t ex blodtryck, puls, andning eller i form av shivering, stresspiller, svettning, motorisk oro osv.

Datum **första möjliga dag** för provtagning

kl sign Händelser strax före provtagning och observationer

02.00		
07.00		
14.00		
21.00		

Datum **3**

kl sign Händelser före och observationer

02.00		
07.00		
14.00		
21.00		

VÄND !

Datum **dag 5**

kl	sign	Händelser före och observationer
02.00		
07.00		
14.00		
21.00		

Datum **dag 8**

kl	sign	Händelser före och observationer
02.00		
07.00		
14.00		
21.00		

Datum **dag 10**

kl	sign	Händelser före och observationer
02.00		
07.00		
14.00		
21.00		

Datum **dag 12**

kl sign Händelser före och observationer

02.00		
07.00		
14.00		
21.00		