



# [Kvíði sjúklinga á bráðamóttökum]

[Fræðilegt yfirlit]

[RAGNA BJÖRG ÁRSÆLSDÓTTIR]

[LOKAVERKEFNI TIL BS PRÓFS ]  
[Í HJÚKRUNARFRÆÐI (12 EININGAR)]

[LEIÐBEINANDI: ÞORSTEINN JÓNSSON, AÐJÚNKTI]

JÚNÍ 2010



**HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD**  
HÁSKÓLI ÍSLANDS

### Þakkarorð

Ég vil þakka þeim sem aðstoðuðu mig við skrif og uppsetningu ritgerðarinnar. Sérstaklega við ég þakka foreldrum mínum sem hafa stutt mig af öllu hjarta síðastliðin 4 ár og kennt mér að allt taki enda um síðir. Ég vil þakka Viðari Valgeirssyni fyrir að hafa stutt mig í gegnum öll þau uppgjafatímabil sem fylgja lokaverkefnisvinnu. Aukalega vil ég þakka Ingibjörgu Rósu Björnsdóttur fyrir enska þýðingu á útdrætti.

## Útdráttur

Eru sjúklingar kvíðnir við komu á bráðamóttökur? Ritgerðin er fræðilegt yfirlit á stöðu þekkingar á kvíða sjúklinga á bráðamóttökum. Bráðamóttökur hafa vissa sérstöðu miðað við aðrar bráðadeildir þar sem þær eru opnar allan sólarhringinn með aðgengi sjúklinga að sérhæfðri þjónustu. Leitað er að svara við þremur rannsóknarspurningum: 1) Hvert er algengi þess að sjúklingar finni fyrir kvíða við komu á bráðamóttökur?; 2) Hvernig er hægt að minnka kvíða sjúklinga við komu á bráðamóttökur?; 3) Hver er ávinningur þess að minnka kvíða sjúklinga á bráðamóttökum? Fáar rannsóknir hafa verið framkvæmdar með það að markmiði að rannsaka kvíða sjúklinga á bráðamóttökum.

Niðurstöður leiða í ljós að kvíði sjúklinga á bráðamóttökum er algengur og að töluvert vanti uppá að heilbrigðisstarfólk meti markvisst kvíða sjúklinga og beiti aðferðum til þess að minnka kvíða sjúklinga. Rannsóknir sýna að upplýsingagjöf til sjúklinga á bráðamóttökum varðandi biðtíma, meðferðir og niðurstöður rannsókna sé ábótavant og kvíða megi oft rekja til ófullnægjandi upplýsingagjafar. Þá hefur komið fram að bætt upplýsingagjöf geti minnkað kvíða og aukið ánægju sjúklinga með þjónustu. Mikilvægt er að fræða heilbrigðisstarfsfólk um algengi kvíða hjá sjúklingum sem leita á bráðamóttökur og áhrif mikilvægi upplýsingagjafar á kvíða.

Lykilorð: Kvíði, bráðamóttaka, sjúklingar, upplýsingar þarfir

## Abstract

Are patients in emergency departments (*ED*) anxious? This is a literature review on patients' knowledge on anxiety in EDs. EDs hold a certain status compared to other emergency-aimed departments where they are always open and patients have access to specialized treatments. Three thesis questions will be answered: 1) How frequent is it that patients feel anxiety on arrival in EDs? 2) What can be done to reduce patients' anxiety on ED arrival? 3) What can be gained from reducing patients' anxiety in the ED? Researches that aim at looking into patients' anxiety at ED are few.

The results show that patients' anxiety ED is common and that there is considerable lack of assessment of patients' anxiety and interventions, carried out by medical staff. Researches show that lack of information, regarding waiting time, treatments and test-results to the patients in EDs can elevate patients' anxiety. It has also been shown that an improved information flow can reduce anxiety and increase the patients' content about the service they receive. It is important to educate medical-staff about frequency of anxiety amongst patients that seek treatment in EDs as well as the importance of good information in order to reduce it.

Keywords: Anxiety, emergency department, patients, information, needs.



## Efnisyfirlit

Þakkarorð.....	iii
Útdráttur.....	iv
Abstract.....	v
Efnisyfirlit.....	vii
Inngangur.....	1
Aðferð.....	2
Hugtök.....	4
Kvíði.....	4
Streita.....	5
Tilfinningar.....	6
Þarfir sjúklinga út frá Þarfakenningu Maslow.....	7
Fræðilegt yfirlit.....	9
Bráðamóttökur.....	9
Störf hjúkrunarfræðinga á bráðamóttökum.....	10

Sýn hjúkrunarfræðinga á störf þeirra á bráðamóttökum.....	11
Sjúklingar á bráðamóttökum og kvíði.....	14
Kvíði sjúklinga vegna komu á bráðamóttökur.....	15
Kvíðavaldandi þættir við komu á bráðamóttökur.....	16
Kvíði sjúklinga á biðstofum.....	19
Kvíðasjúklingar á bráðamóttökum.....	22
Kvíðnir sjúklingar og brjóstverkir.....	24
Kvíði og verkir.....	26
Aldraðir á bráðamóttökum.....	27
Mat hjúkrunarfræðinga á kvíða sjúklinga.....	29
Samskipti á bráðamóttökum.....	30
Upplýsingar á bráðamóttökum.....	33
Umræður.....	39
Lokaorð.....	45
Heimildaskrá.....	46



## Inngangur

Tilgangur þessa lokaverkefnis er að kanna stöðu þekkingar á kvíða sjúklinga á bráðamóttökum með fræðilegu yfirliti. Skoðað verður hve algengt það sé að sjúklingar finni fyrir kvíða á bráðamóttökum, hvernig hægt sé að minnka kvíða sjúklinga á bráðamóttökum og hvaða ávinningur muni hljóttast við að minnka kvíða sjúklinga á bráðamóttökum.

Í upphafi heimildaleitar kom í ljós að fáir rannsakendur hafa leitast við að rannsaka kvíða sjúklinga á bráðamóttökum og var því fræðilegri heimildaleit fljótlega beint í þá átt skoða kvíða sjúklinga á bráðamóttökum út frá stærra sjónarhorni en lagt var upp með í byrjun. Í stað þess að skoða einungis hvort að sjúklingar væru kvíðnir á bráðamóttökum eða ekki var kvíði sjúklinga þar skoðaður í samhengi við kvíða vegna kvíðasjúkdóms, biðtíma á bráðamóttökum, aldurs sjúklinga, samskipti við heilbrigðisstarfólk og upplýsingar á bráðamóttökum.

Fræðilega yfirlitið mun leiða í ljós að það eru margir þættir sem hafa áhrif á kvíða sjúklinga á bráðamóttökum en sterkust tengsl voru á milli aukins kvíða sjúklinga og skorts á upplýsingum (Corbett, White og Wittlake, 2000; Krishel og Baraff, 1993; Lewis og Woodside, 1992; Nilsson, Skovdahl, Palmblad og Wimo, 2004; Sørлие, Torjuul, Ross og Kihlgren, 2006; Watt, Wertzler og Brannan, 2005; Yoon og Sonneveld, 2010).

## Aðferð

Settar voru fram þrjár rannsóknarspurningar sem leitast er við að svara í fræðilegu yfirliti og umræðum. Rannsóknarspurningarnar voru:

1. Hvert er algengi þess að sjúklingar finni fyrir kvíða við komu á bráðamóttökur?
2. Hvernig er hægt að minnka kvíða sjúklinga við komu á bráðamóttökur?
3. Hvaða ávinningur hlýst af því að minnka kvíða sjúklinga á bráðamóttökur?

Heimildaöflun fór fram frá september 2009 fram í apríl 2010. Gagnasöfnin sem leitað var í voru öll rafræn og stuðst var við PubMed, Cinahl, Ovid, Science Direct auk Google Scholar. Leitin var afmörkuð við leitarorðin kvíði (*anxiety*), streita (*stress*), tilfinningar (*emotions*), skynjun (*feeling*), ótti (*fear*), upplifun (*experience*) og bráðamóttaka (*Emergency department, Accident and emergency department*). Ekki voru allar greinar aðgengilegar í opnum rafrænum söfnum og voru þær greinar pantaðar í gegnum bókasafn Landspítala Háskólasjúkrahúss. Tungumálhöft höfðu heimildaleit þar sem nokkrar rannsóknargreinar voru á erlendum tungumálum sem höfundur hafði ekki þekkingu á t.d. japönsku, portúgölsku og þýsku.

Greinar voru valdar þannig að byrjað var að skoða titil þeirra og útdráttur lesinn. Ef útdráttur gaf til kynna að efni greina tengdist leitarorðum og rannsóknarspurningum voru þær fluttar inn í Sente sem er forrit fyrir heimildavinnslu. Heimildaforritið var notað við úrvinnslu heimildanna, strika yfir áherslur og skrifa punkta og athugasemdir samhliða lestri greinarinnar.

Við lestur allra greina var skimað yfir heimildalista og þannig fundust nokkrar greinar sem ekki höfðu komið upp leitum í rafrænum gagnasöfnum með útvöldum leitarorðum. Þegar lestur

heimildalista og leitir í rafrænum gagnasöfnum hættu að sýna nýjar greinar sem tengdust efni ritgerðarinnar var söfnun heimilda hætt og unnið úr þeim heimildum sem fundust höfðu. Leitað var reglulega að leitarorðunum samfara vinnslu og skrifum ritgerðarinnar og skiluðu þær leitir nokkrum rannsóknar- og yfirlitsgreinum.

Heimildaleit sýndi fram á takmarkanir varðandi rannsóknir sem gerðar hafa verið um efnið. Vegna fárra rannsóknargreina sem fundust um efnið, *kvíða sjúklunga á bráðamóttökum og* notkunar frumheimilda var ekki unnt að takmarka heimildanotkun við nýlegar heimildir en leitað var að nýjustu heimildunum í þeim tilfellum sem það var í hægt til þess að reyna að sýna á sem réttmætastan hátt stöðu þekkingar og rannsókna á málefninu í dag.

## Hugtök

Nokkur hugtök sem eru notuð í fræðilega yfirlitinu, þarfnast skýringa. Skýringarnar eru settar til þess að auðvelda skilning á efninu. Lykilhugtök eru *kvíði*, *streita*, *tilfinningar* og *þarfir* en þau eru notuð til þess að varpa ljósi á upplifanir sjúklinga sem leita á bráðamóttökum.

### *Kvíði*

Kvíði er yfirgripsmikið hugtak með marga undirflokka sem byggjast á margvíslegum skilgreiningum út frá mismunandi sjónarhornum t.d. frá hjúkrun, læknisfræði og sálfræði. Út frá heimildaöflun fyrir ritgerðina er ljóst að hugtakið kvíði felur mun meira í sér en orðið sjálft gefur til kynna. Margir sjúklingar telja sig ekki kvíðna á bráðamóttökum en eru þrátt fyrir það oft kvíðnir fyrir einhverjum hluta væntanlegrar meðferðar eins og kemur fram í rannsókn Byrne og Heyman (1997).

Fræðimenn hafa tekist á við það verkefni í gegnum tíðina að reyna að skilgreina kvíða en elstu skilgreiningarnar má rekja til Freud frá árinu 1926 (Brenner, 1953).

Kvíði getur valdið ýmsum líkamlegum einkennum. Líkamleg einkenni einstaklinga í aðstæðum þar hann finnur fyrir kvíða geta verið: hraður hjartsláttur, munnþurrkur og sviti í lófum (Hall, 1955).

Freud taldi að einstaklingur sé ekki kvíðinn nema að hann finni fyrir kvíða. Einstaklingurinn þarf þó ekki að vita af hverju kvíðinn stafir til þess að vera kvíðinn. Í því

samhengi bar Freud kvíða saman við sársauka og sagði að til þess að einstaklingur sé með verki þá þurfi hann að finna fyrir verkjum, þó svo að hann viti ekki af hverju verkurinn stafar (Hall, 1955).

Til þess að reyna að lýsa hvernig tilfinning kvíði er sagði Freud að kvíði væri sambærilegur ótta. Freud vildi þó ekki skilgreina kvíða sem ótta þar sem hann taldi að ótti gæti einungis stafað af utanaðkomandi þáttum eins og þegar einstaklingur hræðist kóngulær. Freud vildi meina að kvíði stafaði af ótta sem kæmi innan frá líkt og það að vera hræddur við að deyja (Hall, 1955). Kvíði er einhverskonar viðvörunarkerfi einstaklings sem fer af stað þegar einstaklingur skynjar sig í hættu. Með öðrum orðum má segja að með þeim tilfinningum sem fara af stað við kvíða skynjar einstaklingurinn sig í líklegri hættu og getur þá með sínum ráðum reynt að afstýra hættunni eða skaðanum sem blasir við. Ekki eru allir jafn hæfir til þess að bregðast við yfirvofandi hættu sem kvíðinn stafar af og ekki valda sömu atvik eða aðstæður kvíða hjá öllum. Að því gefnu má ekki meta einstaklinga sem eina heild með tilliti til kvíða þeirra og upplifana (Hall, 1955).

### *Streita*

Lazarus og Folkman (1984) benda á að kvíði og streita séu tvö hugtök sem tengjast mjög náið. Rannsakendur hafa reynt að útskýra hugtakið *streita* með að lýsa því sem yfirhugtaki sem almenningur fór að nota í staðinn fyrir önnur hugtök eins og kvíða, togstreitu (*conflict*), vonleysi (*frustration*), áhyggjur (*emotional disturbance*), sálrænt áfall (*tauma*),

firringu (*alienation*) og siðvillu (*anomie*) (Lazarus og Folkman, 1984).

Streita er tiltölulega nýtt hugtak miðað við kvíða og var ekki samþykkt sem sálræn greining út frá sálfræði fyrr en árið 1944. Fram að því hafði hugtakið kvíði verið notað til þess að lýsa því sem streita lýsir núna.

Lazarus og Folkman (1984) segja í bók sinni *Stress, Appraisal and Coping* að óvæntar upptakomur hversdagsins valdi streitu hjá flestöllum. Dæmi um þess konar upptakomur er þegar einstaklingur sem er of seinn í vinnu finnur ekki lykllana af bílnum eða kemst að því að það er sprungið dekk á bílnum. Streita vegna óvæntra upptakoma er streita sem flestir einstaklingar geta átt við án mikilla vandamála (Lazarus og Folkman, 1984). Sú streita sem einstaklingar upplifa, önnur en vegna óvæntra upptakoma hversdagsins, er streita vegna aðstæðna og getur hún vakið upp mikla hræðslu. Í kjölfarið geta viðbrögð einstaklingsins orðið ýkt eða minni en einstaklingurinn myndi yfirleitt sýna. Sem dæmi getur einstaklingur sem veikist skyndilega tjáð sterka löngun til þess að berjast á móti veikindunum, kennt sjálfum sér um veikindin eða sýnt algera uppgjöf gagnvart veikindunum (Lazarus og Folkman, 1984).

### *Tilfinningar*

Gross og Muños (1995) reyndu í grein sinni um tilfinningastjórnun og geðheilsu að skilgreina hvað tilfinning væri. Þeir komust að því að engin nákvæm skilgreining á hugtakinu tilfinning væri til en reyndu að varpa ljósi á tilfinningar með því að greina hverjar

grunntilfinningarnar væru. Þeir komust að því að þær væru: ánægja, reiði, andstyggð, ótti og sorg.

Það er almennt viðurkennt að miklar tilfinningar verða til við það að veikjast og/eða leggjast inn sjúkrahús. Þó er lítið um rannsóknir sem hafa rannsakað tilfinningar og helstu upplifaðar tilfinninga sem sjúklingar upplifa í kjölfarið innlagnar á sjúkrahús (Lazarus og Folkman, 1984). Bowman (2001) segir að þó svo að tilfinningar sjúklinga séu viðurkenndar og rannsóknir sýni fram á að sjúklingar sýni tilfinningar við innlögn á sjúkrahús eru fáar heimildir til um hvaða tilfinningar það séu sem sjúklingar upplifa. Hann veltir að lokum þeirri spurningu fram hvort að tilfinningar sjúklinga séu svo huglæggar að erfitt sé að greina allar hliðar þeirra með tilliti til þess að reyna að útskýra þær og skilja (2001). Algengar tilfinningar sjúklinga á sjúkrahúsum í rannsókn Bowman (2001) geta birst í vanlíðan og sjúklingar geta verið allt frá því að vera hræddir, þar sem þeir finna að lífi sínu sé ógnað, finna fyrir kvíða eða streitu og í það að finna til ótta vegna meðferða eða greiningar á sjúkdómi

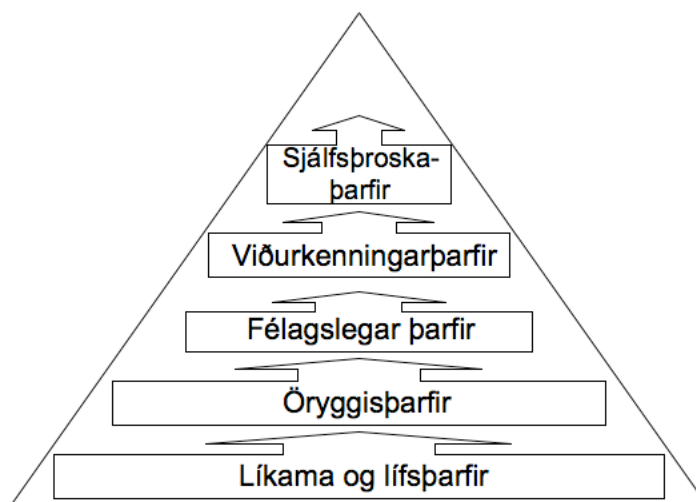
#### *Þarfir sjúklinga út frá Þarfakenningu Maslow*

Þarfakenning Maslow er mikið notuð innan hjúkrunar til þess að skilgreina þarfir sjúklinga (Kozier, 2008). Í kenningunni kemur fram að grunnþarfir einstaklinga séu sameiginlegar öllum þó svo að sérstakar óskir tengdar þörfum séu misjafnar. Þarfir einstaklinga eru byggðar upp sem stigun eftir mikilvægi einstaklingsþarfa. Neðst í píramíðanum eru grunnþarfir einstaklinga og efst í honum eru flóknari þarfir. Til þess að einstaklingar komist efst í píramíðann þarf að uppfylla allar þarfir þar fyrir neðan. Samkvæmt kenningunni þarf

einstaklingur að fá líkams- og lífsþörfum uppfyllt eins og næringu og vatn, til þess að að komast á næsta stig þarfapíramíðans sem er þörf fyrir öryggi. Í grein Maslow (1943) þar sem hann kynnir þarfakenninguna greinir hann frá því að ef einstakling skortir mat, öryggi, ástúð og aðstæður fyrir sjálfþroska þá muni hann af öllum þessum þáttum þarfnast matar. Á þennan máta byggir Maslow (1943) ástæður fyrir þessari stigun píramíðans.

Samkvæmt neðsta þrepi í þarfapíramíða Maslow eru grunnþarfir einstaklinga Líkams- og lífsþarfir (næring, vökvi, hvíld og þjálfun). Þrepið fyrir ofan grunnþarfir er þrep öryggisþarfa, eða þarfir fyrir skjól, starfsöryggi og fleira (Maslow, 1943). Rannsókn sem greindi þarfir aldraðra á bráðamóttöku út frá þarfapíramíða Maslow flokkaði þarfir sjúklinga fyrir útskýringar og upplýsingar, verkjastillingu og eftirtekt frá starfsfólki sem öryggisþarfir (Nydén, Petersson og Nyström, 2003). Hægt er að aðlaga

þarfakenningu Maslow að þörfum sjúklinga á bráðamóttökum og greina hvaða stig þarfa sjúklingar fáí uppfyllt og hvaða þættir hindri að þeir komist ofar í þarfapíramíðann.



Mynd 1. Þarfapíramíði Maslow (Poston, 2009).



## Fræðilegt yfirlit

### *Bráðamóttökur*

Bráðamóttökur sjúkrahúsa (*Emergency department og Accident and Emergency department*) hafa nokkra sérstöðu fram yfir aðrar sjúkra- og bráðadeildir. Bráðamóttökur eru opnar allan sólarhringinn og geta einstaklingar leitað á bráðamóttökur án nokkurs fyrirvara og fengið þá þjónustu sem þeir þurfa án þess að hafa verið vísað á bráðamóttökuna af lækni eða öðrum (Richardson og Hwang, 2001). Bráðamóttökur bjóða einnig upp á aðgang að sérhæfðu heilbrigðisstarfsfólki og sérhæfðum meðferðum hvort sem sjúklingar séu bráðveikir eða slasaðir (Landspítali Háskólasjúkrahús, e.d.).

Bráðamóttökur taka við miklum fjölda sjúklinga ár hvert og til að mynda tóku bráðamóttökur Landspítala Háskólasjúkrahúss á móti 94.687 þúsund sjúklingum árið 2009 með að jafnaði 259 heimsóknir sjúklinga hverjum degi og bráðamóttökur í Bandaríkjunum taka samanlagt á móti ríflega 119 milljónum sjúklinga ár hvert (Jón Baldvin Halldórsson og Elísabet Guðmundsdóttir, 2010; Pitts, Niska, Xu og Burt, 2008). Bráðamóttökur eru því mikilvægur og stór hluti starfsemi sjúkrahúsa þar sem margir sjúklinga sækja í þjónustu. Oft á tíðum eru komur sjúklinga á bráðamóttöku þeirra fyrstu kynni af spítalaumhverfi og getur sú reynsla verið kvíða- og streituvaldandi (Byrne og Heyman, 1997a; Richardson og Hwang, 2001).

### *Störf hjúkrunarfræðinga á bráðamóttökum*

Álag er á hjúkrunarfræðinga tengt hraða umhverfis atburðarása bráðamóttakna og verða hjúkrunarfræðingar á bráðamóttökum ósjaldan að sinna slösuðum sjúklingum eða bráðveikum sem koma inn á bráðamóttökurnar án mikils fyrirvara. Í hröðum atburðarrásum á bráðamóttökum getur verið erfitt fyrir hjúkrunarfræðinga að sameina alla þá þætti sem leiða til góðrar hjúkrunar (Sigríður Halldórsdóttir, 2006). Rannsókn sem leitaðist við að skoða umhyggju hjúkrunarfræðinga í garð slasaðra sjúklinga sýndi fram á að það vanti oft mikið uppá að andlegum þáttum sjúklinga sé mætt af hjúkrunarfræðingum og þess í stað einbeiti hjúkrunarfræðingar sér meira að líkamlegum þörfum sjúklinga og tækilegum þáttum en að þeim andlegu (Wiman og Wikblad, 2004). Nái hjúkrunarfræðingur, þrátt fyrir álagið sem hröð atburðarás veldur, að sameina alla þá þætti sem sjúklingurinn þarfnast í hjúkrun tekst honum að veita sjúklingnum faglega umhyggju (Sigríður Halldórsdóttir, 2006). Til þess að skýra nánar *faglega umhyggju* útskýrir Sigríður Halldórsdóttir (2006) hjúkrunargreininguna í grein sinni árið 2006:

Hjúkrunarfræðingar standa frammi fyrir því flókna verkefni að sameina marga þætti í eina heild í góðri hjúkrun. Þegar þetta tekst fær sjúklingurinn faglega umhyggju sem felur í sér þá fagvisku sem hjúkrunarfræðingurinn býr yfir, þá fræðilegu þekkingu, færni og tækni sem þörf er á við þær aðstæður sem skjólstæðingurinn býr við. Hjúkrunarfræðingurinn hefur náð að leggja rækt við sjálfan sig og nær að sýna skjólstæðingnum umhyggju og hefur uppbyggjandi samskipti við hann og jákvæða tengingu (bls 5).

Umhyggja er mikilvægur þáttur í störfum hjúkrunarfræðinga og þurfa hjúkrunarfræðingar á bráðamóttökum að veita sjúklingum góða hjúkrun með umhyggju að leiðarljósi, en þetta er

stefnan í hjúkrun allra sjúklinga, sama í hvaða umhverfi eða aðstæðum þeir kunni að vera. Til þess að hjúkrunarfræðingar geti borið umhyggju í garð skjólstæðinga sinna þurfa þeir að hafa eftirfarandi þætti í huga:

Hjúkrunarfræðingurinn ber umhyggju fyrir sjálfum sér, skjólstæðingnum, aðstandendum hans og samstarfsfólki

Lætur sér *raunverulega annt* um sjálfan sig, skjólstæðing sinn (sem manneskju og sem skjólstæðing) og samstarfsfólk.

Er *hlýr, opinn og næmur* á sjálfan sig og aðra, t.d. næmur á líðan og þarfir skjólstæðinga og aðstandendur þeirra.

Er *siðferðilega ábyrgur* og ber *virðingu* fyrir sjálfum sér og öðrum.

Er meðvitaður um *aðstæður skjólstæðingsins* og tekur tillit til *ólíks menningarbakgrunns* skjólstæðinga og *sérstöðu* þeirra.

Er *til staðar* fyrir skjólstæðinginn og fær um að veita honum *óskipta athygli*

Er til staðar í *samræðu*, í því að hlusta og bregðast við

Er til staðar við ýmsar *aðstæður*, líkamlega og tilfinningalega

Er *óhræddur* við erfiðar tilfinningar og þjáningu annarra og getur t.d. *stutt* aðra í sorg.

Hefur *einlægán áhuga* á hjúkrun og hefur *hugrekki* til að gefa af sjálfum sér sem faglegur hjúkrunarfræðingur og vera þannig *þátttakandi* í lífi annarra.

Getur unnið úr erfiðum tilfinningum og aðstæðum og kann að nýta sér handleiðslu þegar við á. (Sigríður Halldórsdóttir, 2006, bls 6)

*Sýn hjúkrunarfræðinga á störf þeirra á bráðamóttökum.*

Byrne og Heyman (1997b) reyndu að varpa ljósi á af hverju hjúkrunarfræðingar velji

bráðamóttökur sem sitt starfsumhverfi. Samkvæmt niðurstöðum þeirra voru helstu ástæður að hjúkrunarfræðingarnir töldu umhverfið og sjúklingana vera „spennandi“ og að þeir vildu jafnframt upplifa eitthvað sem myndi reyna á hæfni þeirra á hverri vakt. Þrátt fyrir að spenna í starfsumhverfi og krefjandi meðferð sjúklinga hafi átt stærsta þáttinn í vali þeirra á starfsvettvangi, greindu hjúkrunarfræðingarnir frá því að starfið væri ekki eins spennandi og þeir héldu í upphafi og í raun væri spennan sem þeir upplifðu aðeins lítill hluti af þeirra daglega starfi.

Hjúkrunarfræðingar telja að sjúklingum finnist að gæði hjúkrunar (góð klínísk vinnubrögð og þekking á nýjustu tækni) sé mikilvægasti þáttur hjúkrunar. Niðurstöður rannsókna hafa þó sýnt fram á að sýn sjúklinga sé ekki sú sama og hjúkrunarfræðinga og telja sjúklingar að góð hjúkrun sé þegar hjúkrunarfræðingar veiti þeim upplýsingar um framvindu, sýni umhyggju, áhuga og hlusti á áhyggjur þeirra (Pytel, Fielden, Meyer og Albert, 2009; Sørli, Torjuul, Ross og Kihlgren, 2006; Watt, Wertzler og Brannan, 2005). Í þessum rannsóknum kemur auk þess fram að sjúklingar telji það áriðandi og mikilvægan þátt í starfi hjúkrunarfræðinga að þeir mæti þörfum þeirra tengdum andlegum þáttum fremur en að þeir einbeiti sér að líkamlegum þáttum sjúklinga á meðan hjúkrunarfræðingar telja mikilvægast að bjóða upp á hjúkrun sem leggi áherslu á verkþætti og tækni.

Íslensk rannsókn sem Gyða Baldursdóttir og Helga Jónsdóttir (2002) framkvæmdu á bráðamóttöku Landspítala háskólasjúkrahúss varpaði ljósi á svipaða þætti og rannsókn Pytel og félagar (2009) en hún greindi þá þætti sem sjúklingar töldu mikilvægasta í umhyggju hjúkrunarfræðinga. Þar var 300 sjúklingum auk hjúkrunarfræðinga í þægindaúrtaki boðin

Þátttaka í rannsókninni og spurningarlisti sendur heim til þeirra eftir útskrift sjúklinganna. Sjúklingar voru beðnir um að meta hvaða faglegu umhyggju hjúkrunarfræðinga þeir mátu mikilvægasta. Niðurstöður rannsóknarinnar voru að íslenskir sjúklingar mátu mikilvægustu atriði í faglegri umhyggju hjúkrunarfræðinga sem:

- Viti hvað þeir eru að gera
- Viti hvernig nota eigi sprautur og nálar
- Viti hvernig á að meðhöndla tæki
- Svari spurningum skírt
- Meðhöndli mig sem einstakling
- Gefi mér lyf og meðferðir á réttum tíma
- Geri það sem þeir segjast ætla að gera
- Veri vingjarnlegur og hugulsamur
- Fylgist náið með ástandi mínu

(Gyða Baldursdóttir og Helga Jónsdóttir, 2002, bls 71).

Þessar niðurstöður eru ólíkar niðurstöðum erlendra rannsókna sem vitnað er í hér framar og eru ástæður þess ekki skýrar. Möguleiki er á að umhverfi bráðamóttakna á Íslandi og erlendis sé ólíkt auk þess að aðferðir við gerð rannsókna eru ólíkar.

Hjúkrunarfræðingar á bráðamóttökum starfa í umhverfi sem sýnt hefur verið fram á að geti valdið streitu starfsfólks (Hawley, 1992). Þeir þættir sem valda hvað mestri streitu starfsfólks bráðamóttakna voru greindir í rannsóknum Hawley (1992) og Helps (1997) og voru það þættir eins og þegar hjúkrunarfræðingur þarf að standa frammi fyrir fjölskyldum sem eru að upplifa mikla erfiðleika, þegar hjúkrunarfræðingur annast marga sjúklinga á einni vakt og þegar

hjúkrunarfræðingar verða að vinna mörg verk vegna álags á vöktum og undirmönnunar (Hawley, 1992). Fleiri þættir sem eru algengir í umhverfi hjúkrunarfræðinga á bráðamóttökum sem eru streituvaldandi. Þar má til dæmis nefna líkamsárásir, látin börn og samskipti við annað heilbrigðisfólk nokkrir af þeim (Helps, 1997). Samkvæmt rannsókn Helps (1997) eru helstu áhrif streituvaldandi um verfis á hjúkrunarfræðinga þau að hjúkrunarfræðingar sem upplifa mikla streitu í starfi eru í hættu á að kulna í starfi.

### *Sjúklingar á bráðamóttökum og kvíði*

Gagnaleit að nýjum eða nýlegum rannsóknum sem vörpuðu ljósi á algengi kvíða hjá sjúklingum á bráðamóttökum skilaði engum árangri (Nirenberg o. fl., 2009). Leit að rannsóknum sem hafa skoðað þætti í umhverfi bráðamóttaka og kvíðavaldandi þáttum þar tengdum skilaði litlum árangri. Ein rannsókn fannst sem skoðaði kvíðavaldandi þætti á biðstofum bráðamóttaka (Yoon og Sonneveld, 2010). Engin íslensk rannsókn fannst um þessi efni.

Nokkrar misyfirgripsmiklar rannsóknir hafa verið framkvæmdar með það að leiðarljósi að reyna að skilja tilfinningar og kvíða sjúklinga á legudeildum sjúkrahúsa, með sérstaklega áherslu á einstaka sjúklingahópa. (Eifert o. fl., 2000; Eken o. fl., 2008; Kirmayer, Groleau, Looper og Dao, 2004; Roberts, Early og Lamb, 1990).

### *Kvíði sjúklinga vegna komu á bráðamóttökur*

Rannsakendur eru almennt á sama máli um að koma á bráðamóttökur sé lífsreynsla sem sjúklingar skynji oft kvíðafulla (*anxiety*), tilfinningaríka (*emotional*), streituvaldandi (*stressful*), og skelfilega (*frightening*) (Byrne og Heyman, 1997a; Early og Redfering, 1979; Hostutler, Taft og Snyder, 1999; Lazarus og Folkman, 1984; Pytel o. fl., 2009; Sjöling, Nordahl, Olofsson og Asplund, 2003; Watt o. fl., 2005).

Í rannsókn frá árinu 1979 töldu Early og Redfering að kvíði og vanlíðan sjúklinga væri vangreint vandamál á bráðamóttökum. Þeir töldu einnig að vandamál tengd kvíða væri algengari og væri jafnvel stærri umfangs en heilbrigðisstarfsfólk geri sér grein fyrir. Fáar aðrar rannsóknir hafa skoðað umfang þessa, ef einhverjar (Early og Redfering, 1979). Nokkrar rannsóknir greina þó frá niðurstöðum sem gefa til kynna að kvíði á bráðamóttökum sé algengur og er því vandamálið enn tiltölulega vanrannsakað og í kjölfarið jafnvel vangreint. Sem dæmi eru ekki til neinær nýlegar tölur yfir það hve stór hluti sjúklinga á bráðamóttökum finni fyrir kvíða.

Lewis og Woodside (1992) greindu frá því að 55% sjúklinga í sýndu merki miðlungs eða mikils kvíða. Í rannsókn á 96 sjúklingum sem var birt árið 1997 voru allir nema tveir sjúklingar kvíðnir yfir einhverjum þætti rannsókna eða atburða sem heimsóknin á bráðamóttöku hafði í för með sér (Byrne og Heyman, 1997a). Samhliða þessum niðurstöðum, fundust engar rannsóknir sem studdu það að sjúklingar upplifðu ekki kvíða og streitu við komu á bráðamóttökur (Byrne og Heyman, 1997a; Byrne og Heyman, 1997b; Watt o. fl., 2005).

Sjúklingar sem leita á bráðamóttökur sækja gjarnan í þjónustuna án mikils fyrirvara vegna snöggs aðdraganda veikinda og slysa og velja það sjaldnast að þurfa á þjónustunni að halda (Hostutler o. fl., 1999). Vegna stutts aðdraganda eða ástæðu heimsóknar eru sjúklingar oft kvíðnir og hræddir en auk þess eru margar aðstæður inni á bráðamóttökum sem auka kvíða, vanlíðan, streitu og ótta. Þar má nefna ókunnugt umhverfi bráðamóttakna, mannmergð og það að umgangast aðra veika einstaklinga (Hostutler o. fl., 1999).

#### *Kvíðavaldandi þættir við komu á bráðamóttöku*

Eins og fjallað er um hér framar eru sjúklingar sem koma á bráðamóttökum oft kvíðnir, viðkvæmir, áhyggjufullir, hræddir og í tilfinningalegu uppnámi. Lýsingar sjúklinga á upplifun sinni og tilfinningum við komu á bráðamóttöku eru einstaklingsbundnar, aðstæðubundnar og bundnar bráðleika sjúkdóms og ástandi sjúklingsins. Sjúklingar hafa lýst því að þeir séu dauðskelkaðir (*dead scared*) af hræðslu, hafi miklar áhyggjur af því hvernig framtíðin muni verða og að þeir séu kvíðnir yfir greiningum sjúkdóms og alvarleika einkenna (Byrne og Heyman, 1997a; Early og Redfering, 1979; Ekwall, Gerdtz og Manias, 2009; Hostutler o. fl., 1999; Jay, 1996; Marchesi o. fl., 2004; McMillan, Younge og others, 1986; Sørliie o. fl., 2006).

Þó svo að niðurstöður rannsókna gefi til kynna að koma á bráðamóttöku sé kvíðavaldandi þá fannst aðeins ein rannsókn sem rannsakaði tengsl fyrri sjúkdómsgreininga, bráðleika vandamála og kvíða. Það er hvort sjúklingar á bráðamóttökum sem væru ekki með fyrri (eldri) greiningar á líkamlegum áverkum, veikindum eða andlegum sjúkdómum væru kvíðnari en þeir



sem væru með versnun á sjúkdómi sem hafði áður verið greindur (Early og Redfering, 1979). Niðurstöður rannsóknarinnar styðja tilgátu Early og Redfering (1979) að sjúklingar með nýleg og áður ógreind vandamál/sjúkdóma sem leita á bráðamóttöku sýni aukinn kvíða. Þeir sjúklingar sem höfðu áður greindan sjúkdóm eða vandamál voru einnig með aukinn kvíða og ályktuðu rannsakendur að ástand sjúklinga sé ekki sterkur þáttur í að meta ástæðu kvíða sjúklinga á bráðamóttökum heldur að komur sjúklinga á bráðamóttökur séu kvíðavaldandi sama hver aðdragandi komunnar sé (Early og Redfering, 1979).

Við heimildaleit fannst rannsókn sem beindi sjónum sínum að því að greina uppsprettu kvíða fólks sem leitar til bráðamóttöku (Byrne og Heyman, 1997a). Rannsóknin fór fram á tveimur bráðamóttökum og tóku 96 sjúklingar þátt í henni. Rannsóknin var meginleg og svöruðu sjúklingar atriðalista með 29 hugsanlegum uppsprettum kvíða. Þeir voru beðnir um að merkja við viðeigandi stig kvíða sem þeir fyndu við hverju atriði á listanum. Stigin sem í boði voru: A: á ekki við; B: alls ekki kvíðinn; C: svolítið kvíðinn; D: miðlungs kvíðinn; E: mjög kvíðinn. Einnig voru sjúklingarnir spurðir hvort að þeir væru á einhvern hátt áhyggjufullir yfir komunni á bráðamóttökuna (Byrne og Heyman, 1997a). Rannsakendur vöktu athygli á því að aðeins 35 af 96 sjúklinganna svöruðu því játandi að þeir væru á einhvern hátt áhyggjufullir (*worried*) vegna komunnar á bráðamóttökuna. Við frekari úrvinnslu gagna kom í ljós að 59 þeirra sjúklinga sem töldu sig ekki vera áhyggjufulla yfir komu á bráðamóttökuna merktu við að þeir væru kvíðnir yfir einhverjum 29 þáttanna á atriðalistanum. Það voru því einungis 2 sjúklingar af þeim 96 sem hvorki töldu sig áhyggjufulla yfir komunni né voru kvíðnir vegna einhvers þáttar á atriðalistanum. Meðaltal atriðafjöldna hjá þessum hópi voru 5 atriði sem var

hærri tíðni en rannsakendurnir höfðu búist við (Byrne og Heyman, 1997a). Samantekt niðurstaðna rannsóknarinnar var að nær allir sjúklingar sem tóku þátt tjáðu sig kvíðna á einhvern hátt yfir einhverju atriðanna á listanum, hvort sem að þeir höfðu talið sig áhyggjufulla fyrir komuna á bráðamóttöku eða ekki (Byrne og Heyman, 1997a). Þau 5 atriði sem flestir merktu við að þeir væru miðlungs kvíðnir eða mjög kvíðnir yfir vegna komu á bráðamóttaka voru:

- Að geta ekki stundað sínar venjulegu athafnir
- Þurfa að ganga í gegnum óþægilegar meðferðir
- Vera með verki
- Vita ekki hvaða amar að þér
- Vita ekki hvað muni eiga sér stað/fara fram á deildinni

(Byrne og Heyman, 1997a, bls 292).

Byrne og Heyman (1997a) töldu að margir þessara þátta sem sjúklingunum kvíða væru sjúklingum óumflýjanlegir vegna komu á bráðamóttökur en lögðu áherslur á að hjúkrunarfræðingar þyftu að huga betur að tilfinningum sjúklinga í ljósi þeirrar þekkingar að þó sjúklingar segist ekki vera kvíðnir fyrir atburðum eða viðburðum þá sé það ekki alltaf raunin (Byrne og Heyman, 1997a).

Rannsókn frá árinu 2008 reyndi að nota blóðþrýstingsmælingar til þess að greina kvíða sjúklinga á bráðamóttökum. Sjúklingar sem voru með að minnsta kosti tvær háar blóðþrýstingsmælingar á bráðamóttöku (hærri en 140 í efri mörkum og 90 í neðri mörkum) og enga fyrri greiningu um háþrýsting var boðið að taka þátt rannsókninni. Alls voru 156 sjúklingar sem tóku þátt og var kvíði þeirra metinn með *Spielberger State anxiety scale*. Þessir sjúklingar

fóru heim með sjálfvirkan blóðþrýstingsmæli, mældu sig tvisvar sinnum á dag í eina viku og skiluðu svo blóðþrýstingsmælinum aftur til rannsakenda til frekari úrvinnslu. Niðurstöðurnar sýndu lítil bein tengsl við kvíðaupplifun sjúklinganna og hækkaðs blóðsþrýstings á bráðamóttöku og voru 51% þeirra sem voru með háan blóðþrýsting í 2 mælingum á bráðamóttöku einnig með háþrýsting í mælingunum heima. Rannsakendur ályktuðu að ekki væri hægt að styðjast við blóðþrýsting sjúklinga til að greina kvíða þeirra og eru þær niðurstöður í samræmi við aðra rannsókn (Backer, Decker og Ackerson, 2003). Rannsakendur benda þó á að líklegt sé að ástæða hækkaðs blóðþrýstings einhverra sjúklinga á bráðamóttökunum hafi verið vegna kvíða þó svo að ekki hafi verið unnt að sannreyna gildi blóðþrýstingsmælinga til greiningar á kvíða (Backer o. fl., 2003; Tanabe o. fl., 2008).

### *Kvíði sjúklinga í biðstofum*

Ný rannsókn leitaðist við að rannsaka kvíða sjúklinga á biðstofum ásamt því að reyna að skilja upplifun og tilfinningalegar þarfir sjúklinga á biðstofunum. Með skoðun á atferli 12 sjúklinga og aðstandenda þeirra telja rannsakendur sig hafa varpað ljósi á þætti sem valdi kvíða þessara sjúklinga á meðan þeir bíði á biðstofum bráðamóttaka. Niðurstöður sýndu þrjá þætti sem taldir voru hafa mest áhrif á tilfinningar og kvíða sjúklinga. Þeir þættir voru hræðsla, óvissa og gremja. Hræðslu sjúklinga mátti rekja til þess að þeir vissu ekki hve alvarlega þeir væru slasaðir eða veikir, af hverju það þyrfti að gera vissar rannsóknir og hvað myndi gerast næst. Óvissu sjúklinga mátti rekja til þess að þeir vissu ekki hvenær þeir fengu aðstoð og hve lengi þeir þyrftu

að bíða. Að lokum var gremja sjúklinganna rakin til þess að sjúklingar telji bráðleika sinn yfirleitt vera meiri en annarra sjúklinga og sjúklingum gramdist það því þegar aðrir sjúklingar voru kallaðir inn á undan þeim sjálfum (Yoon og Sonneveld, 2010). Rannsakendurnir komust að því að ánægja sjúklinganna með biðtímann á biðstofunni byggðist á því hve lengi þeir skynjuðu biðtímann í stað þess hve langur hann raunverulega var. Aukalega kom fram að sjúklingarnir gerðu kröfur um að fá upplýsingar um biðtíma eftir aðstoð/þjónustu. Þættir sem greindir voru og valda kvíða sjúklinga vegna þjónustu á bráðamóttökum voru: óvissa, ruglingur varðandi meðferð og tortryggni gagnvart starfsfólki (Yoon og Sonneveld, 2010).

Út frá niðurstöðum rannsóknarinnar þróuðu Yoon og Sonneveld (2010) þjónustu sem hægt væri að bjóða upp á biðstofum bráðamóttaka með það að takmarki að minnka kvíða sjúklinga. Þjónustan hefur ekki verið prófuð á bráðamóttökum en samanstendur af gagnvirkri upplýsingaþjónustu fyrir sjúklinga í gegnum sjónrænan upplýsingamiðil. Virkni þessa miðils er sú að þegar sjúklingar hafa skráð sig inn á bráðamóttöku fá þeir að velja sér tákmynd persónu (gíraffa, apa, ljón o.s.frv). Tákmyndin sem sjúklingurinn velur sér er prentuð út á armband sem sjúklingurinn er beðinn um að setja um úlnið sér. Á meðan hann bíður á biðstofunni getur hann fylgst með útlínum annarra tákmynda, ásamt sinni eigin, varpað upp á vegg í biðstofunni þar sem tákmyndirnar mynda biðröð. Aðrar tákmyndir á veggnum eru þá þær tákmyndir sem aðrir sjúklingar hafa valið sér. Þegar sjúklingur hefur borið kennsl á sína tákmynd getur hann fylgst með því hve langan tíma það tekur fyrir sjúklinga að komast að og hve langt það er þangað til að hann kemst að, án þess þó að geta greint á milli hvaða sjúklingur hefur hvaða tákmynd. Ef sú staða kemur upp að alvarlega veikur/slasaður sjúklingur komi inn og þurfi tafarlausa aðstoð þá

er það sýnt á veggnum með þeim hætti að táknmynd, rauð á lit, kemur inn í biðröðina og fær að fara framfyrir. Með þessum hætti gera Yoon og Sonneveld (2010) ráð fyrir að kvíði sjúklinga á biðstofum muni minnka þar sem sjúklingar fá frekari skilning á ástæðu þess að þeir séu að bíða, hve lengi þeir séu að bíða og af hverju aðrir fá aðstoð á undan þeim.

Önnur rannsókn sem prófaði aðferðir til þess að minnka kvíða skoðaði áhrif viðbótarmeðferða til þess að minnka kvíða fullorðinna einstaklinga sem aðstandenda barna á biðstofum bráðamóttaka. Viðbótarmeðferðirnar sem prufaðar voru í biðstofum voru tónlist (með takt uppá 60 slög á mínútu) og ilmolíur. Marktækur munur var á kvíðastigi aðstandenda á þeim dögum sem tónlistin var spiluð en enginn marktækur munur fannst á kvíðastigi aðstandenda þegar ilmolíur voru notaðar (Holm og Fitzmaurice, 2008). Samfara þessum niðurstöðum setja Holm og Fitzmaurice (2008) fram þá tillögu að spila ætti tónlist á biðstofum bráðamóttaka. Í flestum tilfellum er þá boðið upp á það að sjúklingar velji sér tónlist til að hlusta á og fái heyrnartól til afnota til þess að hlusta á tónlistina. Ljóst er að sjúklingar á biðstofum bráðamóttakna hafa ekki aðstæður til að hlusta á tónlist í heyrnartólum þar sem þeir þurfa að heyra þegar þeir eru kallaðir upp af heilbrigðisstarfsfólki deildarinnar. Tónlist í biðstofum getur valdið sumum ónæði á meðan öðrum finnist tónlistin þægileg. Það þarf því að taka mjög upplýsta ákvörðun um hvort að tónlistarmeðferð eigi við á biðstofum bráðamóttakna þrátt fyrir að niðurstöður sýni fram á að kvíði kvíðinna sjúklinga minnki (Holm og Fitzmaurice, 2008).

Umhverfi biðstofu hefur áhrif á líðan fólks. Rannsókn sýnir að þeir sem töldu biðstofuna á bráðamóttöku vera óþægilega, ljóta eða illa þrifna voru einnig óánægðir með heildarþjónustu á

bráðamóttöku og greindu frá vanlíðan með heimsóknina (Chuppe o.fl., 2009). Það eru því fjölbreyttir þættir sem geta aukið kvíða sjúklinga á bráðamóttökum.

### *Kvíðasjúklingar á bráðamóttökum*

Fjöldi sjúklinga sem leita á bráðamóttökur með kvíðasjúkdóma er töluverður. Í skýrslu sem sýnir prósentuhlutfall greindra geðsjúkdóma sjúklinga sem leituðu aðstoðar bráðamóttakna í Bandaríkjunum á árunum 1992-2001 voru 16% þeirra með greindan kvíða eða greindust með kvíða á bráðamóttökunni (Larkin, Claassen, Emond, Pelletier og Camargo, 2005). Í rannsókn sem Nirenberg og félagar birtu árið 2009 kom í ljós að af 1797 sjúklingum sem tekið var viðtal við tjáðu 66% þeirra að þeir fyndu fyrir kvíða oftár en tvisvar sinnum í viku. Aðrar rannsóknir hafa komið fram með svipaðar tölur eða að u.þ.b. 20-60% sjúklinga sem að leita til bráðamóttakna, með mismunandi vandamál, séu með undirliggjandi kvíðasjúkdóm (Dahlén og Janson, 2002; Eken o. fl., 2008; Marchesi o. fl., 2004; Theadom, Dupont og Byron, 2006)

Andleg og líkamleg heilsa fólks tengist sterkum böndum. Veikist fólk af líkamlegum sjúkdómi fylgja oft andleg veikindi. Eins er það ef fólk veikist af andlegum sjúkdómi þá fylgja oft líkamleg einkenni með og í þeim tilfellum eru þau einkenni kölluð sállíkamleg einkenni. Kvíði ásamt sállíkamlegum einkennum er algeng ástæða þess að sjúklingar leiti til bráðamóttakna (Eken o. fl., 2008). Sjúklingar sem þjást af kvíðasjúkdómi geta fundið fyrir líkamlegum einkennum út frá sínum andlega sjúkdómi svo sem eins og brjóstverki, höfuðverki og kviðverki. Sjúklingar með kvíðasjúkdóma sem leita á bráðamóttökur og sýna einhverskonar

líkamleg einkenni sjúkdóms eða verkja, geta talið að þau einkenni sem þeir finna fyrir gefi til kynna að sé lífi þeirra og heilsu séu ógnað og telji í kjölfarið að þeir séu komnir með, eða séu að þróa með sér lífsógnandi sjúkdóm (Theadom o. fl., 2006).

Algengar tilfinningar kvíðasjúklinga sem finna fyrir einhverskonar sállíkamlegum einkennum í tengslum við sjúkdóminn eru hræðsla og hjálparleysi gagnvart einkennunum. Viðbrögð sjúklinganna við tilfinningunum verða til þess að þeir kjósa að leita aðstoðar á bráðamóttökum (Theadome, Dupont og Byron, 2006).

Olsson og Hangasi (2001) komust að þeirri niðurstöðu í rannsókn sinni að sjúklingar sem sækja títt í þjónustu bráðamóttakna reyni eftir fremsta megni að vera heima sem lengst og takast sjálfir á við þá erfiðleika sem þeir skynja lífsógnandi áður en þeir leita eftir hjálp en á endanum sé það tilfinningin um að vera hjálparvana og það að líða eins og þeir séu ósjálfbjarga sem knýr þá ákvörðun að leita aðstoðar á bráðamóttökum. Aðrir hafa komið fram með þá kenningu að því kvíðnari sem einstaklingurinn er því fyrr fari hann að meta ástand sitt sem mjög brátt, lífsógnandi og alvarlegt og þess vegna leiti hann á bráðamóttökum í stað þess að hafa samband við fagaðila á heilsugæslustöð, heimilislækni sinn eða leiti eftir öðrum leiðum til að fá aðstoð (Ahl, Nyström og Jansson, 2006; Rieffe, Oosterveld, Wijkel og Wiefferink, 1999) Kvíðnir sjúklingar auka eftirspurn eftir þjónustu á bráðamóttökum með tíðum komum auk þess sem álag á bráðamóttökurnar eykst (Theadom, Dupon og Byron, 2006).

### *Kvíðnir sjúklingar og brjóstverkir.*

Ein af algengustu ástæðum komu sjúklinga á bráðamóttökur eru brjóstverkir (McCaig og Burt, 2004; Nawar, Niska og Xu, 2007).

Kvíði sjúklinga sem leita á bráðamóttökur með brjóstverki af óþekktum uppruna, öðrum en hjartverk og hefur töluvert verið rannsakaður og hafa rannsóknir sýnt fram á að tengsl eru á milli þessara verkja og geðsjúkdóma. Talið er að í allt að 78% tilfella sem sjúklingar koma inn með brjóstverki megi rekja þá til andlegra vandamála eða einkenna sem eigi uppruna sinn að rekja til kvíðasjúkdóms (Eslick, Coulshed og Talley, 2005). Aðrar rannsóknir hafa greint frá algengi kvíða hjá hjartasjúklingum og talið er að allt að einn af hverjum fimm hjartasjúklingum þjáist af kvíða (Early og Redfering, 1979; Eken o. fl., 2008).

Rannsakendur telja að töluverður fjöldi þeirra sjúklinga sem leiti á bráðamóttökur vegna brjóstverkja séu með brjóstverki vegna sálíkamlegra einkenna kvíðasjúkdóms og við greiningu á bráðamóttökum eru tveir af hverjum þremur sem leita aðstoðar vegna brjóstverkja greindir með brjóstverki af öðrum uppruna en frá hjarta. (Solinas o. fl., 2003). Brjóstverkjasjúklingar með kvíða að undirlagi verða, svipað og aðrir kvíðasjúklingar, meira kvíðnir en ella ef þeir finna fyrir mildum einkennum/verkjum frá brjóstakassa. Við brjóstverkinn fer sjúklingurinn að einblína á óþægindin og við það eykst kvíði sem veldur því að hann ákveður leita aðstoðar heilbrigðisþjónustu (Eifert o. fl., 2000). Lausnin sem sjúklingar leita eftir með því að leita til heilbrigðisþjónustunnar er staðfestingin á að ekkert lífshættulegt sé að koma fyrir þá. Í kjölfar þess að kvíðnir sjúklingar leiti oftár á bráðamóttökur fellur til kostnaður sem kostar samfélagið háar upphæðir á hverju ári. Þessar upphæðir væri hægt væri að minnka með réttri greiningu á



kvíða sjúklinganna með það fyrir augum að þeir fái frekari aðstoð til að stjórna kvíðaeinkennum og fækka þ.a.l komum þeirra á bráðamóttökur (Eifert ofl., 2000).

Rannsakendum hefur reynst erfitt að greina hvað liggi að baki hárrí títíni kvíða hjá fólki með brjóstverki. Reynt hefur verið kvíða til þess að greina hvort að undirliggjandi sjúkdómsvaldur á brjóstverk sé kvíði svo hefja megi viðeigandi meðferð sem fyrst og stytta tíma, kostnað og óþægindi sem hljóttast af óþarfa rannsóknum (Soares-Filho ofl., 2009; Eifert ofl., 2000). Rannsókn sem unnin var árið 2009 af Soares-Filho og fleirum (2009) reyndi að flokka niður brjóstverki af óþekktum uppruna og brjóstverki með uppruna frá hjarta eftir kvíðastigi einstaklinga. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að ekki reyndist unnt að greina í sundur brjóstverki af óþekktum uppruna frá hjartverkjum með því að mæla kvíða sjúklinga. Rannsakendurnir töldu þó að það væri mikill hagur í því að geta greint brjóstverki af óþekktum uppruna frá hjartverkjum með það takmark fyrir augum að hefja viðeigandi meðferð við kvíða sjúklingsins sem fyrst (Soares-Filho o. fl., 2009). Nokkrir áhættuþættir hafa verið greindir í þeim sjúklingahópi sem leitar til bráðamóttaka með brjóstverki af óþekktum uppruna og er það sérstaklega streita tengd því að vera innflytjandi, vera í ábyrgðarmiklu starfi, vera kvíðinn að upplagi (lyndiskvíði), vera með þunglyndi, upplifa streita vegna vinnu, upplifa álag í sambandi við maka og eiga erfiða aðlögun í samfélagi (Fagring o. fl., 2008; Nirenberg o. fl., 2009).

Rannsakendur telja það mjög mikilvægt að kvíði sjúklinga sem leita á bráðamóttökur með brjóstverki verði greindur svo að sjúklingar útskrifist ekki frá bráðamóttökum án þess að fá svör um hvað hafi valdið verkjunum (Eifert o.fl., 2000; Soares-Filho o.fl., 2009). Takist að greina sjúklinginn með kvíða við komu á bráðamóttöku og ef hægt væri að gera ráð fyrir að

kvíðinn sé orsakavaldur af brjóstverknum væri hægt að vinna út frá þeirri greiningu í framhaldinu (Soares- Folho, 2009). Snemmgreining á kvíða og/eða streitu sem aðal vandamáli sjúklings myndi koma af stað ferli þar sem viðeigandi meðferð gæti hafist og með því stýtt tímann sem sjúklingur er óviss með sjúkdómsástand sitt. Með greiningu á kvíða sjúklinga má ætla að lífsgæði þeirra aukist í framhaldinu og að kostnaður vegna tíðra heimsókna á bráðamóttökur minnki (Eifert ofl., 2000).

### *Kvíði og verkir*

Rannsóknir hafa sýnt fram á að kvíðnir sjúklingar geti upplifað meiri verki en aðrir sjúklingar (Yoon og Sonneveld, 2010; Sjöling o.fl., 2003; Fast og Newton, 2008; Miller og Newton, 2006; Oktay o.fl., 2008). Sjúklingar sem leita á bráðamóttökur eru oft með verki og þess vegna er mikilvægt að gera grein fyrir tengslum milli kvíða og verkja (Watt o. fl., 2005). Þegar einstaklingur lendir í slysi og finnur í kjölfarið fyrir verkjum sem leiða einstaklinginn að þeirri ályktun að áverkinn sé það mikill að hann verði að leita á bráðamóttöku, er líklegt að sá einstaklingur sé mjög meðvitaður um áverkann og verkina sem honum fylgja.

Rannsóknir hafa hingað til ekki getað skýrt frá tengslunum á milli kvíða og aukinnar sársaukaskynjunar þó svo að marktæk tengsl hafi komið fram í rannsóknum og sýni að þeir einstaklingar sem eru almennt kvíðnir upplifi tíðari verki og meiri sársauka. (Oktay o. fl., 2008). Það má sjá í rannsókn sem skoðaði hvort sjúklingar sem fengu aukna fræðslu fyrir valaðgerðir

upplifðu minni kvíða og í kjölfarið minni verki eftir aðgerðir en aðrir sjúklingar sem fengu ekki auka fræðslu (Sjöling o. fl., 2003).

### *Aldraðir á bráðamóttökum*

Áætlað er að fjölgun aldraðra í heiminum haldi áfram stigvaxandi eins og síðustu ár og er gert ráð fyrir að aldraðir, eða fólk eldra en 65 ára verði orðið 10% af allri heimsbyggðinni árið 2025 miðað við 5% árið 1950 (WHO, 2001). Um allan heim eru aldraðir sjúklingar meirihluti þeirra sem leita á bráðamóttökur og leggjast inn á spítala (McCaig og Burt, 2004; Nawar o. fl., 2007). Viðbrögð, tilfinningar og þarfir aldraðra við komu á bráðamóttökur og við innlagnir hefur verið skoðað í nokkrum rannsóknum (Nilsson, Skovdahl, Palmblad og Wimo, 2004; Nydén o. fl., 2003; Sørlie o. fl., 2006).

Rannsókn frá 2000 greinir frá því að kvíðaeinkenni og kvíðaupplifanir eldra fólks séu mun algengari en áður hefur verið talið og auk þess hefur verið sýnt fram á að einkenni kvíða geti komið fram á annan hátt og af öðrum ástæðum en hjá yngri sjúklingum (Kogan, Edelstein og McKee, 2000). Til dæmis er eldra fólk hrætt við valda einstaklingum í kringum sig aukinni fyrirhöfn þegar það veikist og hefur auknar áhyggjur af versnandi heilsu. Aðrir þættir en vitrænir hafa verið greindir sem valdar að því að eldra fólk sé í auknum mæli kvíðið en það yngra og sýna rannsóknir að líkleg ástæða liggi í efnaboðskiptum líkamans, nánar tiltekið noradrenalinbirgðum. Töluvert meira magn er af noradrenalíni í taugakerfi aldraðra og getur það valdið aukinni losun líkamans á efninu sem viðbragð ósjálfráða taugakerfisins við álagi. Vegna aukinna birgða af

noredranlíni þarf minna áreiti en hjá yngra fólki til þess að noradrenalín losni sem getur þá valdið því að eldra fólk upplifi kvíða við fleiri aðstæður en yngra fólk (Appenzeller, 1994).

Neikvæðar tilfinningar sem eldra fólk upplifir við komu á bráðamóttöku eru nokkrar. Í eigindlegri rannsókn þar sem viðtöl voru tekin við 20 einstaklinga inni á bráðamóttöku var reynt að skýra frá aðstæðunum sem sjúklingar 75 ára og eldri upplifa, auk þess sem tilfinningarnar sem sjúklingarnir upplifðu á bráðamóttökunni voru greindar (Nilsson o. fl., 2004). Við komu á bráðamóttöku fannst sjúklingum vera lítið um næði og sátu þeir oft á tíðum á stólum eða lágu á sjúkrabekkjum á göngum deildanna innan um aðra sjúklinga. Stundum voru sjúklingar látnir bíða inni í skoðunarherbergjum á hörðum bekkjum sem þeim verkjaði undan við að liggja á og björt lýsing herbergjanna skar þá í augun. Á göngum bráðamóttakna er oft mikið um að vera en það skapaði kvíða sjúklinganna þar sem starfsfólk gekk fram og til baka, aðrir sjúklingar gengu um eða voru keyrðir í rúmum á milli stofa eða í rannsóknir og aðstandendur annarra sjúklinga stóðu og ræddu saman fyrir framan stofur þeirra sjúklinga sem þeir fylgdu. Þetta er lýsing á aðstæðum sem sjúklingar og aðstandendur lýstu í rannsókn Nilsson og félaga (2004).

Sjúklingarnir í rannsókn Nilsson o.fl. (2004) sem lýst var hér að ofan greindu frá því að þeim liði eins og þeir væru týndir í umhverfi spítalans og töldu spítalann flókinn og stóran. Algengt var að aldraðir tjáðu hræðslu yfir því að verða yfirgefnir á bráðamóttökunni. Nokkrir sjúklinganna í rannsókninni greindu frá því að þeim hefði fundist öruggara að fá að bíða eftir aðstoð á gangi bráðamóttökunnar í stað þess að bíða í lokuðu skoðunarherbergi og lýstu því að það væri vegna þess að kæmi eitthvað uppá myndist þeim betra að hafa einhverja möguleika á að

láta vita af sér og sjást en voru hræddir um að ef enginn kæmi í langan tíma og liti eftir þeim þá fengju þeir ekki aðstoð ef eitthvað kæmi fyrir (Nydén o. fl., 2003).

Ástæður fyrir því að eldri sjúklingar finna fyrir hræðslu á bráðamóttöku voru nokkrar samkvæmt Nilsson og félögum (2004):

- Þeir hræddust það að þeir fengju ekki verkjalyf við verkjum sem þeir höfðu
- Þeir voru hræddir um að gleymast inná bráðamóttökunni
- Þeir voru hræddir við að falla fram úr rúminu eða ná ekki í bjölluna ef eitthvað kæmi upp á
- Þeir voru hræddir við að vera skildir eftir í lokaðri stofu á meðan þeir hefðu brjóstverki.

(bls 174).

Svipað kom fram í rannsókn Nydén og félaga (2004) en þar greindu sjúklingar frá því að þeir fyndu fyrir hræðslu þegar hjúkrunarfræðingar yfirgæfu þá og þeir væru í framhaldinu einir inni í skoðunarherbergi. Sjúklingarnir voru við það tilneyddir til þess að treysta á að það yrði í lagi að vera einn og án eftirlits.

### *Mat hjúkrunarfræðinga á kvíða sjúklinga*

Mat hjúkrunarfræðinga á kvíða sjúklinga á bráðamóttökum hefur ekki verið rannsakað. Tvær rannsóknir sem skoðuðu mat gjörgæsluhjúkrunarfræðinga á kvíða sjúklinga á gjörgæsludeildum fundust við heimildaleit og verða niðurstöður þeirra notaðar til þess að varpa einhverju ljósi á hverskonar þætti hjúkrunarfræðingar meta hjá sjúklingum í bráðumhverfi líku því sem getur skapast á gjörgæslu.

Rannsókn sem var gerð meðal 783 gjörgæsluhjúkrunarfræðinga í Bandaríkjunum sýndi að um það bil 71% þeirra hjúkrunarfræðinga sem tóku þátt fannst mjög mikilvægt að meta kvíða sjúklinga sem liggja á gjörgæsludeild (Frazier o. fl., 2002; Moser o. fl., 2003). Hjúkrunarfræðingar greindu frá því að aðferðir þeirra til þess að greina kvíða sjúklinga væru að athuga hvort sjúklingurinn væri í andlegu uppnámi og staldra við ef sjúklingurinn myndi tjá sig kvíðinn (Frazier o. fl., 2002). Frazier og félagar (2002) fjölluðu sérstaklega um hættuna sem skapast ef hjúkrunarfræðingar meta kvíða sjúklinganna einungis út frá tjáðum kvíða eða andlegu uppnámi sjúklings í ljósi þess að sjúklingar sýna kvíða ekki alltaf á þann hátt. Hættan sem skapast er sú að með þessu vanmati hjúkrunarfræðinga munu margir sjúklingar ekki fá greiningu á kvíða og í kjölfarið fái sjúklingar takmarkaða aðstoð til að minnka kvíðann. Rannsakendurnir leggja því áherslu á að til þess að sjúklingar fái rétt mat þurfi að mæla kvíðann á réttmætan hátt, þar sem gagnreynd þekking verði notuð sem og með því að fræða þá um einkenni kvíða hjá sjúklingum (Frazier o. fl., 2002; Moser o. fl., 2003).

### *Samskipti á bráðamóttökum*

Samskipti milli heilbrigðisstarfsfólks bráðamóttakna geta farið fram í stuttum samræðum milli hjúkrunarfræðings, læknis og/eða sjúklings. Fram hefur komið að sjúklingar upplifi hraða samskiptanna á bráðamóttökum á þann hátt að þeir fái ekki tíma til að tjá sig og finnist eins og þeir eigi eftir að útskýra betur hvað ami að þeim og hvernig þeim líður þegar þeir eru aftur orðnir einir og heilbrigðisstarfsmaðurinn farinn aftur. Vegna stuttra samskipta sem eiga sér í sífellu stað á bráðamóttökum verður heilbrigðisstarfsfólk af því tækifæri að ræða við sjúklingana um ótta þeirra vegna sjúkdóms og annarra tilvistarhugsana (Sørliie o. fl., 2006).

Sjúklingar hafa greint frá því að samskiptaleyzi og samskiptahættir við starfsfólk bráðamóttaka geti verið valdur að kvíða (Nairn, Whotton, Marshal, Roberts og Swann, 2004). Samskipti, talsmáti og orðalag starfsfólks bráðamóttakna sín á milli eða við sjúklinga er oft framandi og flókið fyrir sjúklinga og getur valdið þeim áhyggjum og skapað óvissu. Vegna þessarar óvissu geta sjúklingar haft fleiri spurningar en þeir voru með áður en samtalið fór fram (Dahlén og Janson, 2002). Hjúkrunarfræðingar og læknar nota oft sérhæfð heilbrigðistengd orð til að útskýra fyrir sjúklingum hvernig framkvæma eigi aðgerðir eða íhlutanir án þess að fullvissa sig um að sjúklingurinn skilji upplýsingarnar. Til þess að sjúklingar skilji þær upplýsingar sem þeim eru gefnar er nauðsynlegt að þeir skilji orðin sem eru notuð og upplýsingarnar sem eru gefnar (Pytel o. fl., 2009) Misskilningur og óvissa getur komið upp þegar sjúklingar reyna að skilja hvað starfsfólkið er að tala um eða hvað sé að fara fram á og veldur það sjúklingnum áhyggjum og streitu (Jay, 1996). Rannsóknir styðja þær kenningar rannsakenda að góð samskipti milli starfsfólks bráðamóttakna og sjúklinga sé mikilvægur þáttur í að mæta þörfum þeirra og

góð samskipti auðveldi sjúklingum og starfsfólki að skilja sjónarmið hvors annars (Watt o. fl., 2005).

Samskipti milli hjúkrunarfræðinga og sjúklinga á bráðamóttökum voru rannsökuð í nýlegri bandarískri rannsókn og var reynt að skoða hvort að það væri samræmi á milli þeirra þarfa sem sjúklingar höfðu í samskiptum við hjúkrunarfræðingana og þeirra þarfa sem hjúkrunarfræðingar mátu að sjúklingar hefðu í samskiptum þeirra á milli (Pytel o. fl., 2009). Nokkrir þættir eru til staðar á bráðamóttökum sem eru hamlandi í samskiptum milli sjúklinga og hjúkrunarfræðinga. Dæmi um það eru hávaði, kvíði sjúklinga, óvissa um framkvæmd rannsókna og tungumálaerfiðleikar (Pytel o. fl., 2009). Af þeim tíu samskiptaþörfum sem sjúklingar í rannsókninni töldu mikilvægastar voru átta af þeim þær sömu og hjúkrunarfræðingar töldu vera mikilvægustu samskiptaþarfirnar. Tvö atriði stönguðust á (Pytel o. fl., 2009). Þessi tvö atriði voru þau að hjúkrunarfræðingar töldu það mikilvægara en sjúklingar að þeir myndu tjá sig með lágstemmdri röddu (*calm voice*) og að þeir myndu ekki áætla hver félagslega staða sjúklinganna væri. Sjúklingar og hjúkrunarfræðingar voru sammála um að mikilvægustu samskiptin væru þegar hjúkrunarfræðingur léti sjúklinga vita hvaða rannsóknir og próf væri búið að framkvæma (Pytel o. fl., 2009). Önnur mikilvæg samskipti sem sjúklingar og hjúkrunarfræðingar töldu að þyrftu að fara fram til að þörfum sjúklinga yrði mætt voru að:

- Hjúkrunarfræðingar svari spurningum þínum
- Hjúkrunarfræðingar láti sig varða um áhyggjur þínar
- Hjúkrunarfræðingar sýni þér virðingu
- Hjúkrunarfræðingar sýni samúð og umhyggju



- Hjúkrunarfræðingar tali á þann máta sem þú skilur
- Hjúkrunarfræðingar noti hugtök sem þú skilur
- Hjúkrunarfræðingar gefi þér nýjustu upplýsingar á því sem er að gerast
- Hjúkrunarfræðingar virðist hafa tíma til að hlusta á það sem þú hefur að segja og að hjúkrunarfræðingar bjóði upp á huggun

(Pytel o. fl., 2009, bls 408).

Pytel og félagar (2010) voru sammála um það að væri þessum 10 atriðum um samskiptaþarfir mætt af hjúkrunarfræðingum myndi líðan sjúklinga vera betri (Pytel o. fl., 2009).

Sjúklingar sem tóku þátt í eigindlegri rannsókn greindu frá því að þegar þeir leiti til bráðamóttakna væru þeir oft kvíðnir, hræddir og með verki. Vegna þessara tilfinninga töldu sjúklingarnir það vera mjög mikilvægt að samskipti þeirra við heilbrigðisstarfsfólk deildarinnar væru góð og upplýsingar skýrar (Watt o. fl., 2005). Sjúklingar gera kröfur og ætlast til að starfsfólk bráðamóttakna komi fram við þá sem einstaklinga, bjóði upp á huggun og hlusti á áhyggjur þeirra. Einnig ætlast sjúklingar til að þeir fái upplýsingar um hvað sé að gerast hverju sinni í ferli þeirra í gegnum deildina, þ.e. svör úr rannsóknum, bið eftir rannsóknum o.s.frv. (Watt o. fl., 2005).

Kvíðnir sjúklingar eru ekki færir um að meðtaka mikið magn mikilvægra upplýsinga og einnig getur líkamlegt ástand þeirra haft áhrif á þá getu vegna slyss eða veikinda (Jay, 1996). Vegna þessa takmarkana þarf starfsfólk að taka sérstakt tillit til þess að fram fari skilmerkileg og

skýr samskipti þar sem lagt sé upp úr því að sjúklingar skilji hvað skuli fara fram, hvað eigi sér stað og hvað sé framundan (Watt o.fl., 2005).

### *Upplýsingar á bráðamóttökum*

Þörf sjúklinga fyrir upplýsingar á bráðamóttökum er mikil og hefur töluvert verið rannsökuð í samhengi við ánægju sjúklinga með þjónustu á bráðamóttökum. Sýnt hefur verið fram á að það séu tengsl á milli ánægju sjúklinga, kvíða og vanlíðanar þó svo að ástæða tengslanna sé enn óljós (Cross, Goodacre, O'Cathain og Arnold, 2005; Ekwall o. fl., 2009; Hostutler o. fl., 1999; Krishel og Baraff, 1993; Lewis og Woodside, 1992; McMillan o. fl., 1986; Rahmqvist, 2001; Sørliie o. fl., 2006).

Nydén og félagar (2003) komust að því að aldraðir og ungir sjúklingar hafa ólíkar þarfir fyrir upplýsingar. Þarfir yngri sjúklinga fyrir upplýsingar eru meiri en þeirra eldri sem sækja bráðamóttökur (Sørliie ofl., 2006). Yngri sjúklingar hafa greint frá að þegar þeir leiti á bráðamóttöku í lífsógnandi ástandi (að þeirra mati) þá hafi þeir mikla þörf fyrir að spyrja spurninga, fá upplýsingar og krefjast í kjölfarið afdráttarlausra svara. Svörin sem sjúklingarnir krefjast eru oftast en ekki upplýsingar sem heilbrigðisstarfsfólk er ekki tilbúið að gefa eða hefur ekki upplýsingar um snemma í meðferð sjúklingsins (Sørliie ofl., 2006).

Sjúklingar hafa þörf fyrir að fá svör við spurningum sem brenna á þeim eins og hve lengi þeir þurfi að bíða, hvað ami að þeim, hvaða niðurstöður hafa komið úr rannsóknum, hvernig

meðferðin muni fara fram o.s.frv (Lewis og Woodside, 1992; Sørliie o. fl., 2006). Snemma í meðferð sjúklings er oft lítið vitað hvaða framhald verði á rannsóknum eða hver ástæðan sé fyrir því að sjúklingur sýni þau sjúkdómseinkenni sem hann hefur. Einstaklingar geta fyllst mikilli hræðslu varðandi ástand sitt þegar þeir vita ekki hvað er að þeim og fá sjúklingar ekki svör við spurningum sem þeir telja mjög mikilvægar upplifa þeir tilfinningar eins og öryggisleysi, hræðslu og ótta vegna óvissu (Sørliie ofl., 2006). (Sørliie ofl., 2006).

Aðstandendur sjúklinga sem leita á bráðamóttökur eru oft í hlutverki helsta stuðningsaðila við sjúklinginn jafnt og á öðrum deildum sjúkrahúsa. Rannsókn sem birt var árið 2009 skoðaði tengsl kvíða og ánægju aðstandanda sjúklinga sem leituðu á bráðamóttökur (Ekwall, Gerdtz og Manias). Þar kom fram að ánægja aðstandanda með þjónustu og upplýsingar tengdist marktækt kvíðastigi aðstandendanna. Í annarri rannsókn þar sem skoðaðir voru þættir sem myndu valda auknum kvíða aðstandenda við komu á bráðamóttökur kom í ljós að aðstandendur sjúklinga með áverka, taugaeinkenni, hjartavandamál og öndunarfæravandamál voru almennt kvíðnari en aðstandendur annarra sjúklingahópa. Einnig hafði biðtími eftir þjónustu, kvíði sjúklingsins og það að þekkja ekki til bráðamóttökunnar áhrif á aukinn kvíða aðstandenda (Kawakami, Matsuoka og Taki, 2004).

Í rannsókn Ekwall og féлага (2009) voru vel upplýstir aðstandendur minna kvíðnir við útskrift heldur þeir voru við komu á bráðamóttökuna og Kawakami, Matsuoka og Taki (2004) bentu á það væri þörf á því að aðstandendur og sjúklingar fengju markvissari upplýsingar en almennt væru gefnar á bráðamóttökum. Ekwall og félagar (2009) bentu í framhaldi á mikilvægi þess að skilja að það endi ekki allar komur sjúklinga á bráðamóttökur á jákvæðan hátt og því

megi gera ráð fyrir að kvíðastig sjúklinga og aðstandenda fari eftir útkomum á framvindu sjúklingsins, sjúkdómsgreiningu og meðferð.

Bandarísk rannsókn frá árinu 1993 beindi sjónum sínum að því að skoða hvernig aukin fræðsla við komu á bráðamóttökur hefði áhrif á upplifun sjúklinga af komu á slíkar deildir (Krishel og Baraff, 1993). Fræðslan var í formi bæklinga sem sjúklingar fengu við innskrift. Upplýsingar í bæklingnum fjölluðu um áætlaðan biðtíma, hverskonar sjúkdómstílfellum bráðamóttakan sinni, hvernig forflokunarkerfi deildarinnar virkaði og hverskonar ferli sjúklingurinn mætti eiga von á að ganga í gegnum á bráðamóttökunni. Marktækur munur var ánægju þeirra sjúklinga sem fengu auka fræðslu við komu á bráðamóttöku og öðrum sjúklingum sem fengu hefðbundna móttöku og fræðslu við komu. Tengsl á milli kvíða og ánægju komu fram í rannsókn Krishel og Baraff (1993) þegar 54% þeirra 100 einstaklinga sem fengu auka fræðslu við komu voru ánægðir með það hvernig starfsfólki tókst til að minnka kvíða þeirra á móti 24% hinna 100 sem fengu ekki auka fræðslu. Almennt voru þeir sem fengu auka fræðslu ánægðari með komuna á bráðamóttökuna en það voru 64% á móti 35% (Krishel og Baraff, 1993). Sömu niðurstöður fengust í rannsókn frá 2000 þar sem sjúklingar fengu upplýsingar um starfsemi bráðamóttöku með því að horfa á myndband við komu. Þeir sjúklingar sem horfðu á myndbandið voru marktækt minna kvíðnir en þeir sem fengu engar auka upplýsingar um starfsemi bráðamóttökunnar (Corbett, White og Wittlake, 2000).

Margir sjúklingar vita ekki hvernig starfsemi bráðamóttakna fari fram og eru sjúklingar oft ómeðvitaðir um að sjúkrabílar komi með sjúklinga á sama tíma og tekið er á móti sjúklingum sem leita bráðamóttakna í gegnum móttökur. Þessi misskilningur getur orsakað að sjúklingar í

móttöku haldi að engir sjúklingar séu teknir inn til meðferðar á löngum tímabilum sem eykur á þá þörf að fræða sjúklinga um hvernig starfsemi bráðamóttakna fari fram (Cross o.fl., 2005).

Í flóknu og umfangsmiklu starfsumhverfi bráðamóttakna getur sjúklingum fundist að þeir gleymist. Sænsk rannsókn sýndi fram á það að sjúklingar sem voru reiðir út í langan biðtíma eftir þjónustu voru að mestu leyti reiðir vegna ónógra upplýsinga sem þeir höfðu fengið um lengd biðtímans eða slæmra samskipta við starfsmenn deildarinnar (Akerstrom, 1997). Í aðstæðum þar sem sjúklingar upplifa sig sem yfirgefna og finnst að aðrir séu teknir framfyrir þá eru tilfinningar sjúklingsins mjög neikvæðar í garð þjónustunnar og finnst að bortið sé á á virðingu þeirra og reisu (Akerstorm, 1997).

Sjúklingar sem tóku þátt í rannsókn Cross og féлага (2005) lýstu því að þeim þætti óþægilegt að vita ekki hvað væri að gerast bak við luktur dyr bráðamóttökunnar, vita ekki af hverju sumir fengu skjóttari þjónustu en þeir sjálfir og af hverju það virtist stundum líta út fyrir það að engum sjúklingi væri hleypt inn til meðferðar í lengri tíma. Akerstrom (1997) tengdi þessar tilfinningar við ónóga upplýsingagjöf til sjúklingsins. Í annarri rannsókn kom fram að sjúklingar upplifðu neikvæðar tilfinningar eins og að vera pirraður og eirðarlaus þegar þeir þyrftu að bíða og fengu ekki að vita af hverju biðin stafaði eða gátu ekki haft áhrif á biðtímann sem slíkan (Nílsson o. fl., 2004). Sjúklingum er almennt illa við að bíða eftir þjónustu og þeim er enn verra við það að bíða þegar þeir eru kvíðnir (McMillan o. fl., 1986). Aðrir hafa sýnt fram á að upplýsingaleysi um framvindu og gang sjúklingsins á bráðamóttökum valdi sjúklingnum óvissu, áhyggjum og öðrum neikvæðum tilfinningum (Cross o. fl., 2005).

Rannsakað hefur verið hverjar væntingar sjúklinga séu þegar þeir leiti aðstoðar á bráðamóttökum. Væntingar sjúklings við komu á bráðamóttökuna hafa allmikið að segja um upplifun hans af komunni. Væntingar sjúklinga til bráðamóttakna og ánægja sjúklinga við komu á bráðamóttökum er ekki einn og sami hluturinn og ekki má rugla þeim saman (Watt o. fl., 2005). Þegar fólk leitar til bráðamóttakna gerir það ráð fyrir því að á meðan það dvelji á deildinni þurfi það að bíða eftir ýmsum hlutum. Hvort að væntingar sjúklinganna til biðar séu uppfylltar fer eftir því hvað þeir telja vera viðeigandi langa bið og hve langa þeir skynji biðina (Cross o. fl., 2005; Krishel og Baraff, 1993; Watt o. fl., 2005).

Sjúklingar hafa þörf fyrir að vita hvað þeir þurfi að bíða lengi eftir þjónustu, rannsóknum eða niðurstöðum og af hverju þeir eru að bíða (Nydén o. fl., 2003; Yoon og Sonneveld, 2010). Sé þessara þarfa sjúklinga ekki mætt getur það haft áhrif á líðan og sjúklingar tjá aukinn kvíða og vanlíðan (Cross o. fl., 2005; McMillan o. fl., 1986).

## Umræður

Í fræðilega yfirlitinu er greint frá þáttum sem rannsakaðir hafa verið út frá kvíða sjúklinga á bráðamóttökum og stöðu þekkingar sem til er um efni því tengdu. Ljóst er að efnið sem til er um þetta afmarkaða viðfangsefni, *kvíða sjúklinga á bráðamóttökum* er ekki ærið og þess vegna er einnig reynt að varpa ljósi á flesta þætti sem tengjast kvíða sjúklinga á bráðamóttökum.

Í upphafi ritgerðarinnar var þremur rannsóknarspurningum velt fram:

1. Hvert er algengi þess að sjúklingar finni fyrir kvíða við komu á bráðamóttökur?
2. Hvernig er hægt að minnka kvíða sjúklinga við komu á bráðamóttökur?
3. Hvaða ávinningur hlýst af því að minnka kvíða sjúklinga á bráðamóttökur?

Í fræðilega yfirlitinu er algengi kvíða sjúklinga á bráðamóttökum gerð ágæt skil og greint frá því að út frá niðurstöðum rannsókna verði að telja að kvíði sjúklinga á bráðamóttökum sé algengt vandamál og jafnvel algengara en heilbrigðisstarfsfólk og rannsakendur geri sér grein fyrir (Byrne og Heyman, 1997a; Dahlén og Janson, 2002; Early og Redfering, 1979; Ekwall o. fl., 2009). Festir sjúklingar sem leita á bráðamóttökur eru með aukinn kvíða miðað við þeirra venjulega kvíðaástand sem gerir það enn mikilvægara að beina sjónum heilbrigðisstarfsfólks frekar að því en nú er gert og veita hjúkrun sem tekur tillit til kvíða sjúklinga (Early og Redfering, 1979). Ætla má að aðrir sjúklingar en einungis þeir sem leiti aðstoðar á bráðamóttökum finni fyrir kvíða vegna sjúkrahúsdvalar, áverka eða veikinda. Að því gefnu er mikil nauðsyn fyrir allt heilbrigðisstarfólk, ekki bara heilbrigðisstarfólks bráðamóttakna, að veita þjónustu þar sem áhersla er lögð á að minnka kvíða sjúklinganna.

Tíðni kvíða sjúklinga á bráðamóttökum er vanrannsakaður og þarf að auka þekkingu á þessu sviði svo hægt sé að gera sér betri grein fyrir umfangi vandans. Sé algengi kvíða sjúklinga eins mikið og rannsóknir gefa til kynna er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar hugi enn frekar að andlegri hliðum og tilfinningum sjúklinganna í stað þess að því að einblína of mikið á bráð vandamál/einkenni og líkamlega þætti (Wiman og Wikblad, 2004). Auk þess þurfa hjúkrunarfræðingar að gefa sér lengri tíma með sjúklingum til þess að meta þarfir þeirra fyrir aukinn andlegan stuðning eða upplýsingar (Byrne og Heyman, 1997a). Ef heilbrigðisstarfsfólk væri meðvitaðra um upplýsingaþarfir sjúklinga, mat á andlegum hliðum og tilfinningum og dvelji lengur hjá sjúklingum er líklegt að á sama tíma væri þörfum sjúklinga fyrir samskipti við heilbrigðisstarfsfólk, upplýsingar og nánd betur mætt.

Þrátt fyrir víðtekinn lestur rannsókna og fræðigreina um kvíða sjúklinga á bráðamóttökum og öðrum bráðadeildum eru rannsakendur ekki á einu máli hvaða meðferðum skuli beita eða hvaða aðferðir skuli nota til þess að minnka kvíða sjúklinga og lítil gagnreynd þekking er til staðar. Rannsóknir sýna að upplýsingar og fræðsla til sjúklinga um starfsemi bráðamóttakna, hvort sem er með fræðslubæklingum, myndböndum eða annarskonar sjónrænum miðlum minnki kvíða sjúklinga (Corbett o. fl., 2000; Krishel og Baraff, 1993; Yoon og Sonneveld, 2010). Áhugvert væri að sjá staðlaðar upplýsingar eða fræðslu í boði fyrir sjúklinga sem leita sér aðstoðar á bráðamóttökum á Íslandi um starfsemi þeirra og rannsaka hvort að kvíði sjúklinga minnki hér líkt og fyrrgreindar rannsóknir sýndu fram á.

Sjúklingar gera ráð fyrir og hafa þörf fyrir að fá upplýsingar varðandi meðferð og niðurstöður rannsókna þegar þeir liggja inná bráðamóttökum. Rannsakendur greina frá því að



skortur á upplýsingum varðandi meðferðir, rannsóknarsvör og biðtíma valdi auknum kvíða hjá sjúklingum og aðstandendum (Pytel o. fl., 2009). Kvíðasjúklingar sækjast svo ennfremur (vegna kvíðans) í að fá upplýsingar varðandi meðferðir og annað sem á sér stað á sjúkrahúsum og varðar þeirra heilsu. Því er mikilvægt að upplýsingar séu fyrir hendi þegar sjúklingar finna til þarfar fyrir upplýsingar eða að sjúklingar geti leitað til einhvers sem getur svarað spurningum þeirra (Sørhie o. fl., 2006; Uzun o.fl., 2008). Raunin er sú á bráðamóttökum að upplýsingagjöf er í höndum heilbrigðisstarfólks sem hefur engar skýrar reglur fyrirliggjandi sem segja því hvers konar eða hvaða upplýsingar skal gefa, hvenær og hvernig og vantar betri uppbyggingu eða skipulagt verklag varðandi hver gefi hvaða upplýsingar, hvenær skuli gefa þær og hvernig (Watt o. fl., 2005).

Sjúklingar hafa greint frá því að þegar þeir sækjast sjálfir eftir upplýsingum fá þeir gjarnan mismunandi svör. Það má oftast en ekki rekja til þess að sjúklingar séu kannski, vegna aukinnar upplýsingaþarfar, ekki að spyrja rétta aðila spurninganna. Misbrestir í upplýsingagjöf valda óþarfa streitu fyrir sjúklinginn (Sørhie o. fl., 2006).

Biðtími hefur áhrif á kvíðastig sjúklinga og sjúklingar upplifa mikinn kvíða og hræðslu þegar þeir þurfa og vita ekki hvað er framundan (Watt o. fl., 2005). Helsta umkvörtunarefni sjúklinga varðandi upplýsingaleyfi á bráðmóttökum er hve lengi þeir megi búast við að bíða og af hverju biðin stafi (Cross o. fl., 2005; Lewis og Woodside, 1992). Rannsóknir sýna að upplifaður eða skynjaður langur biðtími veldur meiri kvíða en raunverulegur biðtími og upplýsingar sem sjúklingar vilja fá eru að vita hver væntanlegur biðtími sé eftir rannsóknum, meðferðum og þjónustu á bráðamóttökum. Ráð til þess að stytta skynjaðan biðtíma, eða gera

skynjaðan biðtíma sjúklinga nær hinum raunverulega biðtíma er að auka upplýsingar sem sjúklingar fá varðandi áætlaðan biðtíma ásamt útskýringum eftir hverju sé verið að bíða og hvers vegna (Lewis og Woodside, 1992; Pytel o. fl., 2009; Watt o. fl., 2005).

Út frá rannsóknum er ljóst að kvíði sjúklinga tengist ánægju þeirra með komu á bráðamóttökum og öfugt (Ekwall o. fl., 2009; Rahmqvist, 2001; Sørliie o. fl., 2006). Ávinningur bráðamóttakna af því að stuðla að aðferðum og meðferðum sem minnka kvíða sjúklinganna er því sá að sjúklingar verði ánægðari með þjónustuna.

Samkvæmt þarfakenningu Maslow er grunnþörfum mannsins skipt upp 5 stig þar sem lægsta stig þarfa eru grunnþarfir einstaklinga en þær eru lífs- og líkamsþarfir (sjá mynd 1). Rannsókn sem skoðaði þarfir eldra fólks á bráðamóttökum út frá kenningu Maslow sýndi fram á það að í flestum tilfellum sé lífs og líkamsþörfum sjúklinga sinnt á bráðamóttökum þó að það sé nokkuð misjafnt hve vel það sé gert. Í rannsókninni kom auk þess fram að mikill misbrestur var á hvort fólk fengi fullnægjandi upplýsingar og útskýringar á bráðamóttökum. Að því gefnu voru niðurstöður rannsakerendanna þær að aldraðir sjúklingar á bráðamóttökum kæmust almennt ekki ofar í píramíðann en upp á annað stig þar sem öryggisþörfum sjúklinganna væri ekki uppfyllt (Nydén o. fl., 2003). Þær ályktanir mætti draga út frá niðurstöðum Nydén og félaga (2003) að það sama eigi við um aðra sjúklinga á bráðamóttökum og þar af leiðandi sé líklegt að grunnþörfum einstaklinga á bráðamóttökum sé almennt ekki nógu vel mætt.

Ávinningur þess að minnka kvíða, streitu og neikvæðar tilfinningar sjúklinga á bráðamóttökum er tengdur nokkrum mikilvægum þáttum upplifunar sjúklinga á bráðamóttökum.

Sýnt hefur verið að ef sjúklingar eru lítið kvíðnir eru þeir ánægðari með þjónustu, finni fyrir öryggi, líði betur og upplifi minni verki (Jay, 1996; Muris, Vlaeyen og Meesters, 2001; Nairn o. fl., 2004; Oktay o. fl., 2008; Olsson og Hansagi, 2001; Rahmqvist, 2001; Theadom o. fl., 2006). Annarskonar ávinningur getur hlotist af því að beina sjónum að kvíða sjúklinga þar sem árlega eru margar komur á bráðamóttökum vegna kvíðasjúkdóms (Muris o. fl., 2001; Olsson og Hansagi, 2001). Olsson og Hansagi (2003) bentu á að það mætti fækka tíðum komum kvíðasjúklinga á bráðamóttökum með því og gefa þeim sem leita títt á bráðamóttökum sérstakan gaum með því að skoða sjúkrasögu heildrænt og skoða ástæður tíðra koma þeirra á bráðamóttökum frá víðara samhengi. Með ýtarlegri upplýsingatöku væri heilbrigðisstarfsfólk að reyna að greina kvíða sjúklinga markvissara á bráðamóttökum. Því fyrr sem kvíðasjúkdómur þeirra einstaklinga sem leita oft á bráðamóttökum greinist því fyrr myndi óþarfa kostnaður í heilbrigðiskerfinu vegna tíðra koma þessa einstaklinga minnka töluvert og er því ávinningurinn út frá því sjónarmiði mikill auk þess sem að greining á kvíða getur haft ávinning tengdum betri líðan sjúklinga (Olsson og Hansagi, 2001).

Svipaður ávinningur hlýst af því að greina sjúklinga með brjóstverki af óþekktum uppruna frá sjúklingum með hjartverki (Soares-Filho o. fl., 2009). Kvíðastig sjúklinga með brjóstverki af óþekktum uppruna og sjúklinga með hjartverki er svipað og þó að ekki hafi fundist hentugt mælitæki til þess að greina þessa tvo sjúklingahópa í sundur. Mikilvægt að reyna að skoða sögu sjúklinganna heildrænt og greina kvíða þeirra sem eru með brjóstverki af óþekktum uppruna tengdum kvíðasjúkdómi/kvíða eins og annarra sjúklinga með kvíðasjúkdóm/kvíða og sállíkamleg einkenni. (Eifert o. fl., 2000; Soares-Filho o. fl., 2009). Fagring og félagar (2008) héldu því fram

að með kvíðastillandi meðferð utan heilbrigðisstofnana og lífstílsbreytingum væri hægt að fækka komum sjúklinga sem leituðu oft á bráðamóttökum með brjóstverki af óþekktum uppruna.

Við lestur á rannsóknum sem til erum um störf hjúkrunarfræðinga gagnvart kvíða sjúklinga á bráðamóttökum er ljóst að hjúkrunarfræðingar þurfa að setja meiri áherslu á andlegar þarfir sjúklinga sem leita sér aðstoðar á bráðamóttökum í stað þess að einblína of mikið á líkamleg einkenni þeirra. Bæta þarf upplýsingagjöf til sjúklinga og litlar upplýsingar liggja fyrir um hvers konar aðferðum sé hægt að beita til þess að minnka kvíða, streitu og neikvæðar tilfinningar sjúklinga sem hjúkrunarfræðingar sinna á hverjum degi innan bráðamóttaka. Þörf er fyrir aukna þekkingu á kvíða sjúklinga á bráðamóttökum og rannsóknum til að styðja þekkinguna.

### Lokaorð

Ferli þessarar ritgerðarvinnu var mjög áhugavert og kenndi mér mikið. Ég hafði til að mynda gert ráð fyrir að kvíði sjúklinga á bráðamóttökum væri vel rannsakaður þáttur í heimsóknum sjúklinga á bráðamóttökum og voru allir þeir heilbrigðisstarfsmenn sem ég ræddi við á Bráðamóttöku Landspítala Háskólasjúkrahúss sammála mér í því að sjúklingar væru oft mjög kvíðnir á bráðamóttökunni. Það kom mér því nokkuð á óvart hve vanrannsakað þetta efni var.

Í upphafi vinnunnar við ritgerðina hafði ég ákveðnar hugmyndir um hvað það væri sem myndi valda kvíða sjúklinga á bráðamóttökum. Ég taldi líklegast að það væru þættir í umhverfinu sem myndu valda sjúklingum kvíða, eins og margir læknar og hjúkrunarfræðingar og sérstök lykt sjúkrahúsa. Ég taldi líka líklegt að sjúklingar sem væru kvíðnir og hræddir um að greinast með alvarlegan sjúkdóm. Það kom mér því nokkuð á óvart að þær rannsóknir sem ég kynnti mér hafi leitt það í ljós að skortur á upplýsingum vegi þyngst af þeim þáttum sem valda kvíða sjúklinga á bráðamóttökum.

Ég álít að gerð þessa lokaverkefnis hafi gefið mér góða sýn inni þarfir sjúklinga á bráðamóttökum sem mun nýtast mér í framtíðarstörfum. Ég hef einnig áhuga á að kannaður yrði kvíði sjúklinga á bráðamóttökum á Íslandi þar sem ég hef sýnt fram á að kvíði sjúklinga þar sé algengur. Auk þess væri áhugavert að sjá hvernig sjúklingar á bráðamóttökum á Íslandi meti þær upplýsingar sem þeim eru gefnar varðandi biðtíma, meðferð og útkomu úr rannsóknum og athuga hvort að eitthvað sé hægt að bæta varðandi upplýsingagjöf til sjúklinga.

## Heimildaskrá

Ahl, C., Nyström, M., og Jansson, L. (2006). Making up one's mind: Patients' experiences of calling an ambulance. *Accident and Emergency Nursing*, 14(1), 11-19.

Akerstrom, M. (1997). Waiting: A source of hostile interaction in an emergency clinic. *Qualitative Health Research*, 7(4), 55-64.

Appenzeller, O. (1994). Aging, stress, and autonomic control. M. L. Albert og J. E. Knoefel (ritstjórar), *Clinical neurology of aging*. New York: Oxford University Press.

Backer, H. D., Decker, L., og Ackerson, L. (2003). Reproducibility of increased blood pressure during an emergency department or urgent care visit. *Annals of Emergency Medicine*, 41(4), 507-512.

Brenner, C. (1953). An addendum to Freud's theory of anxiety. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 18-24.

Byrne, G. og Heyman, G. (1997a). Patient anxiety in the accident and emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 289-295.

- Byrne, G. og Heyman, R. (1997b). Understanding nurses communication with patients in A og E departments using a symbolic interactionist perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 93-100.
- Corbett, S. W., White, P. D., og Wittlake, W. A. (2000). Benefits of an informational videotape for emergency department patients. *The American Journal of Emergency Medicine*, 18(1), 67-71.
- Cross, E., Goodacre, S., O'Cathain, A., og Arnold, J. (2005). Rationing in the emergency department: The good, the bad, and the unacceptable. *Emergency Medicine Journal*, 22(3), 171-176.
- Dahlén, I. og Janson, C. (2002). Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. *Chest*, 122(5), 1633-1637.
- Early, G. L. og Redfering, D. L. (1979). Anxiety in ambulatory emergency patients. *Journal of the American College of Emergency Physicians*, 8(9), 350-352.
- Eifert, G. H., Thompson, R. N., Zvolensky, M. J., Edwards, K., Frazer, N. L., Haddad, J. W., o.fl. (2000). The cardiac anxiety questionnaire: Development and preliminary validity. *Behaviour Research and Therapy*, 38(10), 1039-1053.

Eken, C., Oktay, C., Bacanlı, A., Gulen, B., Koparan, C., Ugras, S. S., o. fl. (2008). Anxiety and depressive disorders in patients presenting with chest pain to the emergency department: A comparison between cardiac and non-cardiac origin. *The Journal of Emergency Medicine*, 4(6), 1-7.

Ekwall, A., Gerdtz, M., og Manias, E. (2009). Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency department care: Perspectives of accompanying persons. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 3489-3497.

Eslick, G. D., Coulshed, D. S., og Talley, N. J. (2005). Diagnosis and treatment of noncardiac chest pain. *Nature Clinical Practice Gastroenterology og Hepatology*, 2(10), 463-472.

Fagring, A. J., Kjellgren, K. I., Rosengren, A., Lissner, L., Manhem, K., og Welin, C. (2008). Depression, anxiety, stress, social interaction and health-related quality of life in men and women with unexplained chest pain. *BMC Public Health*, 8, 165-173.

Frazier, S. K., Moser, D. K., Riegel, B., McKinley, S., Blakely, W., Kim, K. A., o. fl. (2002). Critical care nurses' assessment of patients' anxiety: Reliance on physiological and behavioral parameters. *American Journal of Critical Care*, 11(1), 57.

Goldwag, R., Berg, A., Yuval, D., og Benbassat, J. (2002). Predictors of patient dissatisfaction with emergency care. *The Israel Medical Association Journal*, 4(8), 603-606.



Hall, C. S. (1955). Freud's concept of anxiety. *Pastoral Psychology*, 6(2), 43-48.

Hawley, M. P. (1992). Sources of stress for emergency nurses in four urban canadian emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*, 18(3), 211-216.

Helps, S. (1997). Experiences of stress in accident and emergency nurses. *Accident and Emergency Nursing*, 5(1), 48-53.

Holm, L. og Fitzmaurice, L. (2008). Emergency department waiting room stress: Can music or aromatherapy improve anxiety scores? *Pediatric Emergency Care*, 24(12), 836-838.

Hostutler, J. J., Taft, S. H., og Snyder, C. (1999). Patient needs in the emergency department: Nurses' and patients' perceptions. *Journal of Nursing Administration*, 29(1), 43-62.

Jay, R. (1996). Reassuring and reducing anxiety in seriously injured patients: A study of accident and emergency interventions. *Accident and Emergency Nursing*, 4(3), 125-131.

Jón Baldvin Halldórsson og Elísabet Guðmundsdóttir. (2010, April). *Ársskýrsla landspítala 2009*. Reykjavík: Prentmet.

- Kawakami, C., Matsuoka, M., og Taki, K. (2004). A study on the factors influencing the anxiety of family members in the emergency department. *Fukuoka Igaku Zasshi*, 95(3), 73-79.
- Kirmayer, L. J., Groleau, D., Looper, K. J., og Dao, M. D. (2004). Explaining medically unexplained symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(10), 663-672.
- Kozier, B. (2008). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, practice*. New York: Prentice Hall.
- Krishel, S. og Baraff, L. J. (1993). Effect of emergency department information on patient satisfaction. *Annals of Emergency Medicine*, 22(3), 568-572.
- Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d). *Bráðadeild G-2*. Sótt 27. apríl 2010 af <http://lsh.is/Pages/14546>
- Larkin, G. L., Claassen, C. A., Emond, J. A., Pelletier, A. J., og Camargo, C. A. (2005). Trends in US emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. *Psychiatric Services*, 56(6), 671-677.
- Lazarus, R. S. og Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.

- Lewis, K. E. og Woodside, R. E. (1992). Patient satisfaction with care in the emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 17(8), 959-964.
- Marchesi, C., Brusamonti, E., Borghi, C., Giannini, A., Di Ruvo, R., Minneo, F., o. fl. (2004). Anxiety and depressive disorders in an emergency department ward of a general hospital: A control study. *British Medical Journal*, 21(2), 175-179.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- McCaig, L. F. og Burt, C. W. (2004). National hospital ambulatory medical care survey: 2002 emergency department summary. *Advance Data*, 3, 1-35.
- McMillan, J. R., Younge, S., og others (1986). Satisfaction with hospital emergency department as a function of patient triage. *Health Care Management Review*, 11(3), 21-32.
- Moser, D. K., Chung, M. L., McKinley, S., Riegel, B., An, K., Cherrington, C. C., o. fl. (2003). Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. *Intensive og Critical Care Nursing*, 19(5), 276-288.
- Muris, P., Vlaeyen, J., og Meesters, C. (2001). The relationship between anxiety sensitivity and fear of pain in healthy adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39(11), 1357-1368.

- Nairn, S., Whotton, E., Marshal, C., Roberts, M., og Swann, G. (2004). The patient experience in emergency departments: A review of the literature. *Accident and Emergency Nursing*, 12(3), 159-165.
- Nawar, E. W., Niska, R. W., og Xu, J. (2007). National hospital ambulatory medical care survey: 2005 emergency department summary. *CDC - Emergency*, 110, 4-32.
- Nilsson, M., Skovdahl, K., Palmblad, B., og Wimo, A. (2004). Older patients awaiting emergency department treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 169-176.
- Nirenberg, T. D., Baird, J., Harrington, M., Mello, M. J., Woolard, R., og Longabaugh, R. (2009). A cross-sectional study of the self-report of stress among emergency department patients. *Journal of Emergencies, Trauma and Shock*, 2(3), 155-158.
- Nydén, K., Petersson, M., og Nyström, M. (2003). Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments - obstacles to an active role in decision making. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), 268-274.
- Oktay, C., Eken, C., Ozbek, K., Ankun, G., Eray, O., og Avci, A. B. (2008). Pain perception of patients predisposed to anxiety and depressive disorders in emergency department. *Pain Management Nursing*, 9(4), 150-155.

- Olsson, M. og Hansagi, H. (2001). Repeated use of the emergency department: Qualitative study of the patient's perspective. *British Medical Journal*, 18(6), 430-434.
- Pitts, S., Niska, R. W., Xu, J., og Burt, C. W. (2008). National hospital ambulatory medical care survey: 2006 emergency department summary. *National Health Statistic Reports*, 7, 1-40.
- Poston, B. (2009). Maslow's hierarchy of needs. *The Surgical Technologist*, 347-353.
- Pytel, C., Fielden, N. M., Meyer, K. H., og Albert, N. (2009). Nurse-Patient/visitor communication in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 35(5), 406-411.
- Rahmqvist, M. (2001). Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: A model for comparisons of care units. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(5), 385-390.
- Richardson, L. D. og Hwang, U. (2001). Assess to care: A review of the emergency medicine literature. *Academic Emergency Medicine*, 8(11), 1030-1036.
- Rieffe, C., Oosterveld, P., Wijkel, D., og Wiefferink, C. (1999). Reasons why patients bypass their GP to visit a hospital emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 7(4), 217-225.

Roberts, R. S., Early, G. L., og Lamb, J. (1990). Anxiety levels and cancer fear in patients admitted for elective operations. *Southern Medical Journal*, 83(10), 1128-1130.

Sigríður Halldórsdóttir. (2006). Hjúkrun sem fagleg umhyggja: Kynning á hjúkrunarkenningu. *Tímarit Hjúkrunarfræðinga*, 1(1), 2-11.

Sjöling, M., Nordahl, G., Olofsson, N., og Asplund, K. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling*, 51, 169-176.

Soares-Filho, G. L., Freire, R. C., Biancha, K., Pacheco, T., Volschan, A., Valença, A. M., o. fl. (2009). Use of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a cardiac emergency room: Chest pain unit. *Clinics (São Paulo, Brazil)*, 64(3), 209-214.

Solinas, L., Raucci, R., Terrazzino, S., Moscariello, F., Pertoldi, F., Vajto, S., o. fl. (2003). Prevalence, clinical characteristics, resource utilization and outcome of patients with acute chest pain in the emergency department. A multicenter, prospective, observational study in north-eastern Italy. *Italian Heart Journal*, 4, 318-324.

- Sørli, V., Torjuul, K., Ross, A., og Kihlgren, M. (2006). Satisfied patients are also vulnerable patients--narratives from an acute care ward. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1240-1246.
- Tanabe, P., Persell, S. D., Adams, J. G., McCormick, J. C., Martinovich, Z., og Baker, D. W. (2008). Increased blood pressure in the emergency department: Pain, anxiety, or undiagnosed hypertension? *Annals of Emergency Medicine*, 51(3), 221-229.
- Theadom, A., Dupont, S., og Byron, K. (2006). Functional somatic symptoms in accident and emergency - an exploratory study. *Accident and Emergency Nursing*, 14(3), 171-177.
- Uzun, S., Vural, H., Uzun, M., og Yokusoglu, M. (2008). State and trait anxiety levels before coronary angiography. *Journal of Clinical Nursing*, 17(5), 602-607.
- Watt, D., Wertzler, W., og Brannan, G. (2005). Patient expectations of emergency department care: Phase i-a focus group study. *Canadian Journal of Emergency Medical Care*, 7(1), 12-16.
- WHO (2001). Ageing and health: Achieving health across the life span. *World Health Organization, Geneva*, 26, 1-27.

Wiman, E. og Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), 422-429.

Yoon, J. K. og Sonneveld, M. (2010). Anxiety of patients in the waiting room of the emergency department [rafræn útgáfa]. *Proceedings of the Fourth International Conference on Tangible, Embedded, and Embodied Interaction*, 279-286.