



Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa

Sjuksköterskans reaktioner och bearbetning av traumatiska händelser uppkomna i arbetet

Emma Adolfsson
Jenny Cornelius

Examinationsuppgift C-uppsats
Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Maj 2010 Termin 6 VT-10

Handledare: Amina Jama Mahmud
Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa
371 79 Karlskrona

SJUJSKÖTERSANS REAKTIONER OCH BEARBETNING AV TRAUMATISKA HÄNDELSE UPPKOMMA I ARBETET

EMMA ADOLFSSON
JENNY CORNELIUS

Adolfsson, E & Cornelius, J. Sjuksköterskans bearbetning och reaktioner av traumatiska händelser uppkomna i arbetet. En litteraturstudie. *Examensarbete på kandidatnivå i vårdvetenskap 15 högskolepoäng*. Blekinge Tekniska Högskola, Sektionen för hälsa, 2010.

SAMMANFATTNING

Sjuksköterskornas arbetsvardag bestod av att ofta möta lidande och död hos sina patienter. De behövde i sitt arbete strategier för att hantera sina psykiska och känslomässiga reaktioner. Syftet med arbetet var att undersöka sjuksköterskans reaktioner och bearbetningsmetoder av traumatiska händelser uppkomna i arbetet. Metoden var litteraturstudie. Artiklarna analyserades enligt Evidence Based Nursing (EBN) gjord av Flemming (1998). Resultatet visade att sjuksköterskor reagerade på olika sätt och använde sig av varierande bearbetningsmetoder. Slutsatsen blev att bearbetningsmetoder efterfrågades och var väldigt viktigt för att undvika konsekvenser för sin hälsa.

Nyckelord: sjuksköterska, traumatiska händelser, reaktioner, bearbetning och hantering.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
Traumatisk händelse	1
<i>Reaktionsfaser</i>	2
<i>Bearbetning</i>	2
Sjuksköterskans arbete	3
SYFTE	3
METOD	3
Datainsamling och urval	3
Analys	4
RESULTAT	5
Reaktioner på traumatiska händelser	6
<i>Kognitiva, känslomässiga, fysiska och destruktiva reaktioner</i>	6
Strategier för att bearbeta traumatiska händelser	7
<i>Känslomässiga och kognitiva strategier</i>	7
<i>Sociala stödsystem</i>	8
<i>Utbildning</i>	8
DISKUSSION	9
Metoddiskussion	9
Resultatdiskussion	10
SLUTSATS	11
REFERENSER	13
BILAGEFÖRTECKNING	15

INTRODUKTION

I sjuksköterskans arbete uppkommer det inte sällan situationer och händelser som kan upplevas som traumatiska och svåra att bearbeta. Upplevelsen av en traumatisk händelse innebär i regel en stor känslomässig påfrestning, man behöver inte ens själv ha varit i centrum för händelsen utan det kan räcka med att ha bevittnat eller fått berättat för sig om något skakande och enligt Schwarz (2005) behöver då sjuksköterskan ha professionell bearbetning för att undvika konsekvenser av till exempel utbrändhet i framtiden. Det är dock inte ofta sjuksköterskorna söker hjälp med bearbetning då det tror att det kommer att uppfattas som en personlig svaghet och att det kommer att påverka deras karriär. I stället tränger de undan upplevelserna och försöker gå vidare på egen hand (Schwarz, 2005). Som sjuksköterska har man naturligtvis en mycket stor insikt i betydelsen av att sköta sin egen hälsa både fysiskt och inte minst psykiskt, men enligt Arbetskyddsstyrelsen (1998) är det ändå inte ovanligt att psykisk stress hos vårdpersonal i förlängningen leder till arbetsskada. Sedan 1997 har arbetssjukdomar orsakade av psykisk stress och arbetsbelastning ökat markant och står idag för 60 % av de inrapporterade faktorerna till Arbetsmiljöverket (Arbetsmiljöverket, 2010). Studier visar att tre fjärdedelar av sjuksköterskor som drabbas av traumatiska händelser i arbetet upplever att de får bestående men (Niiyama, Okamura, Kohama, Taniguchi, Sounohara & Nagao 2009). Denna uppgift fångade vårt intresse att studera hur sjuksköterskans möjlighet att ta sig igenom dessa händelser ser ut på en arbetsplats där högt tempo, stress och lidande är en del av vardagen. Många av artiklarna har baserats på den prehospitala sjukvårdspersonalens berättelse, då de flesta traumatiska händelser drabbar personalen inom akuten och ambulansen (Tutton, Seers & Langstaff 2008). Detta innebär en svårighet för arbetet men författarna till denna litteraturstudie anser det vara viktigt att få fram evidensbaserad forskning som ska kunna vara användbar var man än arbetar som sjuksköterska.

BAKGRUND

Traumatisk händelse

Cullberg (2003) definierar en traumatisk kris som en reaktion på en yttre händelse som gör att hela den fysiska existensen, den sociala identiteten och tryggheten känns hotade och detta utlöses exempelvis vid drabbning av en förlust, en kränkning eller att genomleva en katastrof (Cullberg, 2003). Halpern, Gurevich, Schwartz och Brazcau (2009) beskriver traumatisk händelse som en situation som väcker starka känslomässiga reaktioner som leder till en oförmåga att fungera under arbetet och senare. Olyckor och dödsfall med barn inblandade, brännskadade patienter, självmord och känslomässig inblandning såsom att känna patienten eller vara anhörig till denne framkom som faktorer efter intervjuer med ambulanssjuksköterskor om vad de upplevde vara mest traumatiskt i deras arbete (Halpern et al 2009). Upplevelsen av ett trauma kan vidare delas in i tre grupper enligt Niiyama et al (2009). Den första är den direkta upplevelsen; där man som person själv har deltagit och upplevt trauma som förorsakar en ständig återupplevelse. Den rädsla eller det obehag som man upplevde vid tidpunkten för den faktiska händelsen, exempelvis våldsamhet från patienter, misslyckande med återupplivande av patient, inte ha stöd från sina kollegor eller chef. En andra är att bevittna patientens trauma som kan förorsaka en ständig återupplevelse av den rädsla eller det obehag som man upplevde vid tidpunkten av händelsen de bevittnade, exempel av sådana händelser kan vara att vittna en patient som befinner sig i plågsamt tillstånd eller en vuxen - eller barnpatients död.

Den tredje är att ta del av en upplevelse eller händelse från en patient; upplevelsen av att få ta del av en patients trauma som förorsakar en ständig återupplevelse av den rädsla eller det obehag som man upplevde vid tidpunkten då man fick historien berättad för sig, exempelvis att få höra en berättelse om att ha blivit utnyttjad eller någon annan skakande upplevelse.

Som sjuksköterska utsätts man ofta för det faktum att patientens lidande sätter spår av egen emotionell påverkan och att undvika att bli känslomässigt uttömd och den psykiska stress det medför kan vara svårt (Niiyama et al, 2009).

Reaktionsfaser

Reaktionerna som följer en traumatisk kris bestäms av den grad av skada det innebär för personen och de kan delas in i fyra faser; chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen. Chock- och reaktionsfasen utgör tillsammans den akuta fasen (Cullberg, 2006). I den akuta fasen, även kallad den akuta krisen, kan det hända att den drabbade tillsynes verkar oberörd men under ytan råder det kaos, för någon annan kan reaktionen bli att skrika i panik eller rusa omkring.

Chockfasen brukar gå över efter någon timme eller dag, för att sedan övergå i en reaktionsfas, som enligt Cullberg (2003) innebär att smärtan som orsakats av händelsen här bryter fram i hela sin vidd. Reaktionsfasen är den fas då den som drabbats börja inse vad som ska ske eller har skett, det som har blundats för innan. Det är i denna fas som frågor om ”varför detta hände mig” och att ”det är orättvist att det hände” (Cullberg, 2006). Reaktionsfasen kännetecknas av destruktivt beteende som exempelvis ett behov av att dämpa sin ångest med alkohol eller liknande. Reaktioner som sömnstörningar, aptitstörningar kan också förekomma (Cullberg, 2003).

De reaktioner som sker i kroppen för att möta olika krav som ställs på oss som människor, är naturliga reaktioner. Hur de tar sig uttryck varierar från person till person. Att utsättas för krav behöver i sig inte innebära något negativt för vår hälsa och vårt välbefinnande. Alla människor utsätts någon gång för påfrestningar i sitt arbete och i livet i allmänhet. Om påfrestningarna är förhållandevis kortvariga, med tillfällen till återhämtning, behöver de inte vara till skada för oss. Ibland kan stress förbättra vår prestation och bidra till att vi prövar nya utmaningar och känner glädje i det (Arbetsmiljöverket, 2010).

Bearbetning

När kraven blir övermäktiga, det vill säga när kontrollen, stödet och återhämtningen saknas och vi saknar erfarenhet av eller kunskap om att hantera situationen, kan kroppens mobilisering ge olika effekter för oss. Efter några veckor (upp till månader) går den drabbade in i bearbetningsfasen, som kan pågå väldigt individuellt tidsmässigt och så småningom kommer den att bli ersatt av nyorienteringsfasen, som innebär att antingen är smärtan borta eller åtminstone under kontroll. Ohlson och Arvidsson (2005) har undersökt betydelsen av bearbetning kring upplevelser som kan karaktäriseras som traumatiska för sjukvårdspersonal och funnit att konsekvenserna kunde minska avsevärt om strategiska bearbetningsplaner upprättas på arbetsplatsen. Cullberg (2003) menar att det inte bara är av ondo att gå igenom en traumatisk kris, ibland kan det vara ett tillfälle för människor att få växa och finna ökad styrka och mognad. Enligt Antonovsky (2005) kan personer som kan tillskriva mening i det traumatiska eller från livshändelser, ofta klara bättre av sin situation än personer som inte tillskriver händelserna någon mening. Antonovsky förklarar detta i sitt begrepp ”KASAM” som betyder känsla av sammanhang och som var tänkt som instrument.

Instrumentet skapades för att öka förståelsen av varför en del människor hanterar kriser i livet bättre än andra (Jakobsson, 2008; Jonsson, Segesten & Mattson, 2003). KASAM står för begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet och det ger en förklaringsmodell till varför situationer uppfattades olika av sjuksköterskorna. Begriplighet innebär hur situationer upplevs, t.ex. högt KASAM ger att händelser tas som en utmaning som ska klaras av. Hanterbarhet är att det finns personer i närheten som finns där och ställer upp. En hög känsla av hanterbarhet är att om det händer olyckliga händelser i livet kan personerna hantera dessa och reda ut de, medan låg känsla ger att livet känns orättvist. De människor som finner stark meningsfullhet har alltid något betydelsefullt i livet som har stor betydelse som t.ex. familj, vänner och som kan vara avgörande när de upplevt någon svår händelse. De med låg KASAM och meningsfullhet har ingenting som betyder något och kan inte se någon mening i det som hänt. En hög KASAM innebär en positiv riktning för hälsan men även att personer sätter sig själv högt på alla de tre faktorerna; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Ett lågt KASAM innebär motsatsen till hög (Jonsson, Segesten & Mattson, 2003).

Sjuksköterskans arbete

Patricia Benner (1984) beskriver sjuksköterskan som spindeln i nätet som håller ihop sjukhusvårdens komplicerade system. En sjuksköterska måste, inom vilket område personen än arbetar, förbereda sig på att kunna hantera och förebygga att kriser uppstår och på ett effektivt sätt kunna hantera snabbt skiftande situationer, besitta färdigheter i att välja ut de problem som måste tas om hand, göra snabba prioriteringar och kanske delegera ansvaret till den tillgängliga personalen (Benner, 1984). Det som är viktigt att tänka på är att man är på arbetet och att det som händer på arbetsplatsen bearbetas så att förmågan att gå till arbetet infinner sig även nästa dag (Wikström, 2006). Det finns vissa gånger som sjuksköterskan inte reflekterar över sina känslor utan bara agera som t.ex. i en traumatisk händelse där insatsen sker mekaniskt och andra gånger ställs de inför etiska problem som de måste reflektera över (Benner, 1984). Det är viktigt för en sjuksköterska att uppleva att de gjort rätt, detta ger en utgångspunkt sjuksköterskans yrkesmässiga kompetens till att ge rätt vård till varje patient och möta dem i deras tillstånd och situation. En sjuksköterska gör etiska ställningstaganden dagligen, ofta utan att vara medveten om det. Detta kan inte göras om det finns obearbetade känslor (Dahlberg, Fagerberg, Nyström, Segesten, & Suserud, 2003).

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans reaktioner och bearbetning av traumatiska händelser uppkomna i arbetet.

METOD

Datainsamling och urval

Metoden som användes var litteraturstudie. Litteraturstudie kunde jämföras med den kvalitativa forskningsprocessens metod där primärdokument och originalartiklar utgör den data man samlat in (Backman, 2008). Forsberg och Wengström (2003) förklarade att litteraturstudie innebär att vända sig till litteraturen för att utforska det problemområde som valts. Sökning, kritisk granskning och sammanställning gjordes av den information som de insamlade vetenskapliga artiklarna gav. Detta syftade till att bilda en enhet av kunskap från tidigare gjorda studier (Forsberg & Wengström, 2003). De databaser som användes var: PubMed och Cinahl, då de innehåller artiklar med en vårdvetenskaplig approach och uppdaterades regelbundet.

Sökorden som användes var: ambulance (S1), paramedic (S2), EMT (Emergency Medical Technician) (S3), coping (S4), care (S5), nursing (S6), traumatic (S7), critical incident (S8), stressors (S9), reactions (S10), work experience (S11) och critical incident stress (S12) De har kombinerats med booleiska söktermer ”or” och ”and” för att få ett bredare utbud på sökningarna men även en kombination av fritextsökning och indexorden användes för att undvika ett snedvridet urval samt för att täcka in så många artiklar om ämnet som möjligt. För att hitta fler artiklar inom området gjordes även manuella sökningar dels på referenslistor i funna artiklar samt rekommendationer från sökträffar. Sökschemat med träffar ses i följande tabell, sökningar inom parantes är de artiklar som använts.

Tabell 1

Sökord	(S1 or S2 or S3) and (S5 or S6)	(S1 or S2 or S3) and (S5 and S6)	(S7 and S6)	(S4 or S6 or S7)	(S4 or S9 or S10)
Sökning i PubMed	252 (4+1*)	0 (0)	429** (0)	59625** (0)	10 (1)
Sökning i Cinahl	1038** (0)	103 (0)	233 (2)	26 (1)	18 (2)
Sökord	(S11 and S7)	(S8 or S4 or S6)	(S12 or S6)	(S4 and S5 and S7 and S8)	
Sökning i PubMed	59 (0)	5 (0)	11 (1)	10 (1)	
Sökning i Cinahl	10 (2)	25 (1)	8 (3)	1 (0)	

*Sökning från en artikel där vi använde ”related article” för att få fram fler artiklar inom samma ämne. ”Related article” innebar att vid träff på sökorden visades även andra artiklar med liknande innehåll som kunde vara av intresse för läsaren.

**För många träffar för att kontrollera.

När sökningarna gav en hanterbar mängd gjordes den första gallringen av artiklarna genom att titlarna och abstraktet lästes. De artiklar som direkt var ointressanta togs bort. Det var artiklar som inte handlade om traumatiska händelser, bearbetning och sjuksköterskor som valdes bort. Efter detta valdes 19 artiklar ut för läsning. Artiklarna lästes grundligt igenom och kvalitetsbedömdes. När alla artiklarna var genomlästa och granskade valdes elva artiklar ut för analysering i litteraturstudien.

Inklusionskriterier var artiklar publicerade mellan 1999 och 2010 för att hitta så mycket material som möjligt från den senaste forskningen inom området. Inklusionskriterierna var att språket begränsades till svenska och engelska eftersom det är dessa språk som behärskas. Sökning skedde endast på peer-reviewed på de databaser som det var möjligt och artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats ur vårdvetenskapliga tidskrifter. Ytterligare ett kriterium var att artiklarna var skrivna ur en sjuksköterskas perspektiv. De artiklar som valdes efter urvalsprocessen granskades utifrån en kvalitetsbedömning enligt Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006).

Analys

Analysen som valdes var Kate Flemmings (1998) modell, Evidence-Based Nursing (EBN) som baserades på frågeställningar.

En första genomgång av artiklarna visade att två huvudfrågor om ämnet kunde lyftas fram. Dessa berörde reaktioner som utlöstes i samband med trauma i arbetet som sjuksköterska och vilka bearbetningsstrategier som användes bland sjuksköterskor. EBN var en process som byggdes på fem steg men i arbetet användes endast fyra av dessa. Steg ett innebar att det informationsbehovet som var nödvändigt för litteraturstudiens syfte togs från gjorda undersökningar bland sjuksköterskor och omvandlades till fokuserade, strukturerade frågor. Steg två var att dessa utvalda frågor användes som utgångspunkt vid sökningen av litteratur för att finna relevant information från forskningen. Steg tre innebar att svaren blev kritiskt granskade av författarna gällande giltighet och generaliserbarhet. Steg fyra var att de bästa tillgängliga bevisen skulle användas tillsammans med klinisk expertis och patientperspektiv för att planera vårdandet. I steg fem skulle resultatet av frågorna utvärderas genom en process av att själv reflektera, genom revision eller någon form av inbördes utvärdering.

För analysen i detta arbete användes fyra av stegen enligt följande; steg ett: En snabb osystematisk sökning av databaser för att från befintliga studier ”få en bild” om området kunde vara ett sätt att få hjälp till att definiera en forskningsfråga. Samtliga elva artiklars bakgrund som valdes lästes igenom var för sig för att utröna hur sjuksköterskan hanterade traumatiska händelser i arbetet. (Flemming, 1998). Två forskningsfrågor framkom som båda författarna till denna litteraturstudie kunde urskilja; hur sjuksköterskor reagerade och hur de bearbetade de omskrivna reaktionerna på traumatiska händelser i arbetet. För att få en hanterbar volym av forskning att bearbeta med var det enligt Flemming (1998) av största vikt att frågorna utformades utifrån ett passande sätt att söka samtidigt som de skulle reflektera över den specifika situationen och vara aktuella i arbetet. Enligt steg två lästes datamaterialet igenom tillsammans med frågorna i fokus för att finna den information från forskningen som var relevant. De svar som framkom sattes tillsammans med frågorna in i kolumner i en matris som redogörs i bilaga 1 (Flemming, 1998). I steg tre granskades artiklarna och kvalitetsbedömdes enligt Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006). Det fjärde steget innehållande patientperspektiv valdes bort då denna litteraturstudie inte fokuserade direkt på patienten utan sjuksköterskans upplevelser och perspektiv. Tidsbristen påverkade även möjligheten till att rådfråga den ”kliniska expertisen”, det vill säga att till exempel genomföra en empirisk studie med intervjuer av sjuksköterskor för att få uppgifter om deras upplevelser om ämnet. Enligt steg fem utvärderade författarna till det här arbetet det slutliga resultatet i litteraturstudiens diskussion.

RESULTAT

Resultatet byggde på elva artiklar och redovisades utifrån frågeställningarna; Vilka reaktioner är de vanliga som utlöses i samband med en traumatisk händelse? och Vilka strategier finns för att bearbeta traumatiska händelser? De här frågorna kunde omformuleras i två teman med tillhörande underrubriker.

Reaktioner på traumatiska händelser

I analysen framkom det att sjuksköterskan dagligen utsattes för traumatisk stress i sitt arbete. Reaktionerna gav uttryck i kognitiva störningar, känslomässiga problem, fysiska problem och ett destruktivt beteende.

Kognitiva, känslomässiga, fysiska och destruktiva reaktioner

De kognitiva reaktionerna som påträffades i artiklarna var förvirring, koncentrationssvårigheter, mardrömmar, och nedsatt minne (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003; Regehr, Goldberg & Hughes, 2002; Jonsson, Segesten & Mattsson, 2003). Syner, lukter och ljud framkallade de påträngande bilderna som kunde hänga kvar en längre tid och ge obehagliga flashbacks som sjuksköterskorna kunde beskriva in i minsta detalj. De bilder som hade tendens till att dröja sig kvar som längst var framförallt barn som blivit utsatta för våld och personer som hade begått självmord (Laws, 2001; Regehr, Goldberg & Hughes, 2002; Jonsson & Halabi, 2006).

Många känslomässiga reaktioner plågade sjuksköterskorna ständigt efter medverkande i traumatiska händelser. De reaktionerna var empatiska känslor för patienter, påträngande bilder och flashbacks från upplevelsen, förnekelse, skuld, ilska, ångest, emotionell upprördhet och irritation men även undvikande av personliga känslor till patienten och tankar om händelsen de upplevt (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003; Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; All, Cuaderes, Hays, Mannahan & Wallace, 2006; Jonsson, Segesten & Mattsson, 2003; Regehr, Goldberg & Hughes, 2002; Laws, 2001).

De empatiska känslorna som sjuksköterskan kunde få för patienten genom att på något sätt identifiera sig med denne, kunde leda till något som kallades för STS som betyder "secondary traumatic stress" enligt de analyserade studierna. Sjuksköterskan såg likheter med patienten och sig själv, en arbetskamrat eller någon närstående och den starka empatin som då uppkom med patienten väckte starka känslor av sårbarhet och hjälplöshet. Sjuksköterskan upplevde genom patienten samma trauma som denne genomgått (Jonsson & Halabi, 2006; Regehr, Goldberg & Hughes, 2002; Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009). De känslomässiga reaktionerna gav enligt artiklarna fysiska reaktioner. De fysiska reaktionerna som visades var compassion fatigue (trötthet), insomnings problem, sömnlöshet, mardrömmar, gastrointestinala problem, muskelspänningar och hjärtklappning (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003; Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; All, Cuaderes, Hays, Mannahan & Wallace, 2006; Jonsson, Segesten & Mattsson, 2003). Insomningsproblemen, sömnlösheten och mardrömmarna kom för att de hade de plågsamma bilderna på näthinnan och bara tänkte tillbaka på det de hade upplevt (Jonsson, Segesten & Mattsson, 2003). Compassion fatigue uppkom i samband med sömnlöshet. Compassion fatigue beskrevs som en form av utbrändhet där människor som arbetar med omvårdnad är som mest mottagliga. Det förklarades vidare som känslomässig stress från den traumatiska händelsen som upplevts och av att arbeta med människor som upplevt trauma och att det skedde som en följd av en önskan om att hjälpa de traumatiserade personerna (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; All, Cuaderes, Hays, Mannahan & Wallace, 2006).

En sjuksköterska beskriver de känslomässiga och fysiska reaktionerna enligt följande:

That thing that is stuck in my memory is the sound, and the picture of the dead child. I still react when I see a child in that age. I often have nightmares and I dreaming about the same things ... what happened... always the same dream. I can feel it in my body... in my stomach... it's painful (Jonsson & Halabi, 2006, s.93).

Socialt avståndstagande, drogmissbruk, alkoholmissbruk samt ett aggressivt beteende förklarades enligt Caine & Ter-Bagdasarian, 2003 som destruktiva reaktioner. Socialt avståndstagande var en vanligare reaktion hos kvinnorna än hos männen (Gillespie & Kermode 2003).

Om inte reaktionerna togs på allvar och bearbetades i tid så kunde de bli långsiktiga effekter som till exempel att de tog till alkoholen som bedövning och bearbetning. Därför var det extra viktigt med bearbetning (Regehr, Goldberg & Hughes, 2002).

I just basically burned out and fell into a pot of booze. Then I quit because it was killing me, killing my family, killing my work (Regehr, Goldberg & Hughes, 2002, s.508)

Strategier för att bearbeta traumatiska händelser

Sjuksköterskan behövde en strategi för att kunna bearbeta reaktionerna som följer en traumatisk händelse. Det framkom i studierna att kognitiva strategier kunde byggas på att sjuksköterskorna förnekade att händelsen ägt rum. Känsломässiga strategier var främst att humorn fungerade som redskap för hantering och det sociala innebar stödsystem som till exempel debriefing, prata med familjen, arbetspartnern, arbetskollegorna eller en nära vän. Debriefing är en bearbetningsform där syftet är att minska de stressreaktioner som uppkommer efter att ha upplevt ett trauma och påskynda återhämtningsprocessen. Man går även igenom om patienten är i behov av ytterligare hjälp. (Regehr, Goldberg & Hughes, 2002; Jonsson & Halabi, 2006; Laposa & Alden, 2003). Det viktigaste med debriefing är att hindra uppkomsten av stress i ett tidigt stadium och det ska tidigast ske efter 24-72 timmar, för att enligt forskningen tar det cirka 24 timmar för en person innan reaktioner på en händelse kan tas upp för bearbetning (Mitchell, Sakraida & Kameg, 2003). Studierna visade att utbildningsnivå, längd på anställningstid, kön, personliga egenskaper och om de tidigare utsatts för trauma har betydelse för bearbetningen (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003; Jonsson & Segesten, 2002, Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009).

Känsломässiga och kognitiva strategier

Användningen av humor - svart humor (var ett sätt att skämta om det dramatiska eller tragiska så det verkade humoristiskt) och galghumor (förmågan att se det roliga i situationen trots att de mådde dåligt) visade sig framför allt vara mycket utbredd bland sjuksköterskorna för att underlätta arbetet i känsломässigt negativa situationer (Scott, 2007; Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Ahl, Hjalte, Johansson, Wireklint- Sundström, Jonsson & Suserud, 2005). Deltagarna beskrev dock att de ibland kunde känna att den skämtsamma atmosfären blev allt för hård och detta gjorde att många avskräcktes från att visa sina riktiga känslor och oro (Regehr, Goldberg & Hughes, 2002). En annan metod var att medvetet distansera sig själv från patienten för att inte bli för känsломässigt engagerad i patienten eller dennes familj.

Det kunde dock i det långa loppet få konsekvenser för sjuksköterskan i det privata livet. Så här uttryckte en informant;

This tends to make [my] family feel like they don't mean something....That's not the reality of how I feel but that's the way I make them feel and that's tough to bring about that division, when you walk through the front door of your house you're a different person cause you can't turn it on and off, so the coping mechanisms that I've developed for work unfortunately can have a slight negative impact at home because I'm utilizing a coping mechanism that probably shouldn't be utilized in that setting but I can't go back and forth and that's a problem, so that's certainly the downside (Regehr, Goldberg & Hughes, 2002, s.509).

Sociala stödsystem

För att kunna lägga en psykiskt påfrestande händelse bakom sig betonade många sjuksköterskor i studierna hur viktigt det var med det sociala stödet.

Få prata med andra om hur de upplevt situationen gav en chans att behandla intrycken sjuksköterskorna varit med om tillsammans med familj, vänner eller arbetskamrater (Jonsson & Halabi, 2006; Laws, 2001). Laws (2001) studie visade på att majoriteten av sjuksköterskorna fann sin trygghet och sitt stöd hos familjen.

Ibland var det inte möjligheten att få prata av sig som var det viktigaste utan det räckte gott och väl med en kram (Regehr, Goldberg & Hughes, (2002). Likväl beskrev Ahl et al (2005) att när sjuksköterskorna har arbetat länge tillsammans och känner varandra väl så kunde de utveckla en känsla av att automatiskt förstå varandra och de behövde inte använda ord för att förstå att arbetskamraten behövde prata. I Dominguez-Gomez & Rutledges (2009) undersökning framkom det att den mest använda strategin var att ta del av informell eller formell debriefing, för en del sjuksköterskor var det avgörande att tillsammans med sina kollegor gå igenom efter en händelse vad som blev det slutliga resultat av deras insats (Regehr, Goldberg & Hughes, 2002). Diskutera i efterhand med arbetskamraterna om erfarenheter, insikter och känslor kunde även Ahl et al (2005) intyga vara ett sätt att ta sig igenom svåra situationer tillsammans på arbetsplatsen. Efter en händelse diskuterades insatsen igenom. Dela erfarenheter, insikter och känslor var ett sätt att ta sig igenom svåra situationer tillsammans. Sjuksköterskorna samtalade ofta med varandra efter svåra händelser. Detta skedde oftast spontant och oorganiserat – informell debriefing. De märkte ofta på varandra om någon behövde prata. Denna samhörighet uppmuntrade sjuksköterskorna till samtal (Ahl et al 2005).

There is security in the fact that we know each other so well. You don't have to hide the fact if you are not feeling well. You realize that you're not unique compared to the guy you're working with, that we're all the same. This is what we show each other; there's great deal that we dare by showing our feelings so much (Ah, Hjalte, Johansson, Wireklint-Sundström, Jonsson & Suserud, 2005, s.32).

Den formella debriefingen handlade om att under organiserade former få samtala i grupp eller enskilt om det traumatiska sjuksköterskorna gått igenom. En ansvarig terapeut leder den strukturerade debriefingen och syftet var att mildra påföljderna av den traumatiska händelsen och för att snabba på återhämtningsprocessen. Tanken med debriefing var att sjuksköterskan känslomässigt skulle kunna bearbeta händelsen. En form som användes i samband med oväntade traumatiska händelser var Critical Incident Stress Debriefing, CISD. Samtalen skulle äga rum en till tio dagar efter upplevelsen och det följdes nästan alltid av terapi/samtal i enskild form. (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003). I många studier uttrycktes det att organiserad debriefing var ett stort önskemål från sjuksköterskorna, men långt ifrån alla hade möjlighet att tillgå detta (Jonsson & Halabi, 2006; Laws, 2001 & Gillespie & Kermode, 2003).

Utbildning

Många uttryckte i studierna ett önskemål om att lära sig känna igen de tecken och symtom som kunde tyda på förestående svårigheter av bearbetning i samband med traumatisk händelse (Dominguez-Gomez & Rutledges, 2009; Ahl et al, 2005). Genom utbildning kunde sjuksköterskan påverka sin stresshantering i framtida situationer som uppkom i arbetet.

De lärde sig att se stressreaktionen som en normal fysiologisk reaktion. Utbildningen i stresshanteringen innebar tre olika steg där de arbetade med den kognitiva förberedelsen, kompetensutveckling och repetition samt tillämpning av deras nya kunskaper i praktiken (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003).

Däremot framgick det i Ahl et al (2005) att sjuksköterskorna tyckte det räckte med att nya arbetare slussades in i organisationen av de erfarna. De ansåg att utbildningen i stresshantering bestod av erfarenheter av traumatiska händelser.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Inledningsvis var avsikten att ta reda på hur sjuksköterskan bearbetade traumatiska händelser i arbetet. Under genomgången av datamaterialet upptäcktes att det inte fanns många artiklar som fokuserade just på bearbetningen utan det talades även mycket om reaktioner. Därför valdes även detta att beskrivas. Syftet med denna studie var att beskriva vilka reaktioner som vanligen utlöses vid traumatiska upplevelser hos sjuksköterskan, hur de hanterar reaktionerna och vad det finns för strategier för att bearbeta reaktionerna.

Artiklarna som söktes till denna litteraturstudie har sökts via internet. De databaserna som artiklarna är sökta på är Cinahl och PubMed. Det kan finnas en begränsning med att använda endast två databaser men författarna anser att det är relevant material i dessa två databaser för att hitta ett bra urval. Genom sökningarna i databaserna hittades artiklarna som svarade på frågeställningarna. Det är få artiklar som svarar bra på båda frågorna men de flesta svarar bra på den ena eller den andra frågan. Viss värdefull information har hittats genom manuella sökningar. I det första urvalet lästes abstraktet på artiklarna tillsammans för att gemensamt besluta om vilka artiklar som verkade relevanta för området. Därefter lästes alla artiklarna var för sig för att få en bredare synvinkel på innehållen i artiklarna och granskningen gjordes därefter tillsammans.

Studien inleddes med ett urval av enbart kvalitativa artiklar. Resultatet av sökningarna gav många träffar på även kvantitativa artiklar som hade stort värde för studien. Därför väljer författarna att använda både kvalitativa och kvantitativa artiklar som underlag då det här ger en större bredd på resultatet eftersom många artiklar grundas på mätbara undersökningar bland sjuksköterskor.

I litteraturstudien används en analysmetod som inte är så känd av många. Det här innebär en svårighet då det inte finns så mycket information om hur den ska användas. Eftersom analysen bygger på att det redan från början finns fastställda frågor är resultatet väldigt styrt av det. Det gjorde att författarna fick använda sig av stor frihet i tolkningen av artiklarnas svar. EBN är utformat för att göra det enklare för sjuksköterskor att i sitt stressade arbete kunna hålla sig uppdaterade på aktuell forskning. Därigenom kan de kartlägga bästa tillgängliga bevis när det gäller kliniska hälso-och sjukvårdsbeslut. Beslutet att välja bort steg fyra ur EBN medför möjligen en begränsning av informationskällor och en svaghet för det här arbetet. Det här steget påtalar en rådfrågan från klinisk expertis, men tiden för att kunna genomföra intervjuer räcker inte till.

Säkerligen kan en studie med empirisk utformning ge en bredare och mer djupgående bild av sjuksköterskornas reaktioner och bearbetning av traumatiska händelser än en litteraturstudie. I framtida forskning om det här ämnet bör grundliga intervjuer göras

med sjuksköterskorna för att ta till vara på deras åsikter och erfarenheter. Även patientperspektivet, som valdes bort då det inte svarar mot studiens syfte, kan i framtiden bli viktigt att ta upp som vinkel till hur vården påverkas när sjuksköterskan lider av obearbetade känslor från traumatiska händelser.

Även språket innebär en svårighet i tolkningen av artiklarna med översättningen från engelska till svenska. Den svenska motsvarigheten till fackliga engelska begrepp är svåra att finna, därför föreligger det eventuellt risk för feltolkningar.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att traumatiska händelser drabbar sjuksköterskor oavsett var de arbetar, men att risken är störst inom den prehospitala vården (Ahl et al, 2005). Sjuksköterskorna reagerar olika på stressen av att uppleva en traumatisk händelse. Detta kräver enligt resultatet bearbetning för att undvika uppkomsten av fysiska och psykiska men i framtiden. Reaktionerna som framkom är kognitiva, känslomässiga, fysiska och destruktiva. Dessa reaktioner påverkar bearbetningen i stor utsträckning (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003; All, Cuaderes, Hays, Mannahan & Wallace, 2006).

Antonovsky (2005) och Cullberg (2006) användes som teoretisk referensram för att deras teorier passar bra in i det problem som valdes att undersökas. De beskriver ett samband mellan reaktioner och bearbetningsstrategier som kan knytas till sjuksköterskors upplevelser i samband med traumatiska händelser i arbetet. De reaktioner som framkom i resultatet stämmer väl överens med de försvarsmekanismer som Cullberg (2006) beskriver som reaktioner efter en traumatisk händelse. De reaktioner som nämns i den akuta krisen efter en traumatisk händelse är till exempel förnekelse, undertryckande, unrepression och bortträngning. Förnekelse innebär att vara medveten om en hotande situationen och allvaret i den men sjuksköterskorna undertrycker dess verkliga betydelse och vägrar inse vilka konsekvenser den kan ge (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003). Undertryckande (suppression) är en medveten handling för att anpassa sig till omgivningens krav om att inte visa till exempel oro. Det som händer är att de försöker ta sig samman, tänka på något annat eller vara duktig för att det inte ska bli en besviken och irriterad stämning på exempelvis arbetet (Cullberg, 2006). När sjuksköterskorna undertrycker sina känslor medför det att krisprocessen blir längre (Jonsson, Segesten & Mattsson, 2003). Unrepression (återvändandet av bortträngda minnen) är ofta förekommande i akuta krissituationer (Cullberg, 2006). Detta visar sig i resultatet att de minnen som tidigare upplevts från en traumatisk händelse kommer fram och gör sig påminda. För att undvika att det här sker är det nödvändigt att ha möjligheten till att samtala med andra om sina erfarenheter (Jonsson & Halabi, 2006). Bortträngning är den mest omfattande försvarsmekanismen och reaktionsfasen blir mer komplicerad. Symtomen på bortträngning kan vara minnesförlust, förvirring och förlamningssymtom. Samtliga dessa psykiska reaktioner visar hur en traumatisk händelse kan ändra livet och dess uppfattningar. Den ändrade verkligheten kan uppfattas som lättare att uthärda men det är ingen bra grund att bygga vidare livet på (Cullberg, 2006). Att gå vidare i livet kräver att krisen är väl genomarbetad och resultatet tyder på att det kräver någon form av strategi (Niijama et al, 2009). Antonovsky (2005) beskriver att människor som besitter ett högt KASAM har en större möjlighet att genomgå en traumatisk händelse då de ser det som en utmaning snarare än ett nederlag. Resultatet visar att människor med hög känsla av KASAM använder i högre grad problemfokuserade strategier. Sjuksköterskorna med högt KASAM är flexibla i sina val av strategier och de är duktiga på att uppsöka stöd i sina bearbetningsförsök (Jonsson, Segesten & Mattsson, 2003).

Många artiklar är överrens om att betydelsen av att få socialt stöd under bearbetningen är viktigt. När sjuksköterskorna vänder sig till en vän, familjemedlem eller arbetskamrat känner de större frihet att visa sina känslor som inte alltid behöver vara i ord.

Ett annat sätt för bearbetning och för att påskynda bearbetningsprocessen är så kallad Critical Incident Stress Debriefing, förkortad CISD (Mitchell, Sakraida & Kameg, 2003). Även Caine och Ter-Bagdasarian (2003) tog upp CISD som ett sätt att bearbeta händelsen. Metoden i sig kan dock diskuteras då det enligt Mitchell, Sakraida & Kameg (2003) ska dröja 24 timmar innan händelsen kan tas upp men många sjuksköterskor i studierna påtalar behovet av att omedelbart prata av sig (Regehr, Goldberg & Hughes, 2002; All, Cuaderes, Hays, Mannahan & Wallace, 2006). Enligt Arbetsmiljöverket (2010), är det viktigt med bearbetning då en obearbetad händelse kan påverka inte bara den enskilde arbetstagaren utan kan också få återverkningar på gruppen och i organisationen. Regehr, Goldberg & Hughes (2002), menar att problem uppstå vid bearbetningarna om sjuksköterskorna väljer att känslomässigt distansera sig från patienterna och deras anhöriga för att inte bli för involverad eller påverkad. Detta kan leda till att patienter och sjuksköterskans familj känner sig mindre betydelsefulla.

I artiklarna nämndes inte mycket om vilka faktorer som möjligtvis kan ha påverkan på hur man reagerar vid en traumatisk händelse. Vid bearbetningsprocessen nämns dock att det kan spela roll hur länge anställningen har varit, vilken utbildningsnivå sjuksköterskan har, vilka personliga egenskaper de har och om man tidigare har utsatts för trauma (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003; Jonsson, Segesten & Mattsson 2003; Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009). Vad det gäller anställningstiden skulle det kanske kunna antagas att ju längre sjuksköterskorna har arbetat och haft erfarenhet av traumatiska situationer desto tåligare borde de vara.

Enligt Jonsson, Segesten och Mattsson (2003) rapporteras det däremot att en längre tids utsatthet för traumatiska händelser ger en större bräcklighet.

Vanligtvis minskar den stress som traumatiska upplevelser för med sig, men hos en del individer tenderar den att kvarstå (Niiyama et al, 2009). Niiyama et al (2009) menar att det människan använder sig av för att behärska, tolerera, reducera eller minimera traumatiska händelser med kallas för ”copingstrategier” de har en bekräftat viktig position när det gäller att bearbeta traumatisk stress.

För att kunna hitta och känna igen de faktorer som ger en oavbruten traumatisk stress kan det vara nödvändigt att bestämma copingstrategier som kan förminska eller avbryta den traumatiska stressen hos sjuksköterskor men det är ännu få studier gjorda på området (Niiyama et al, 2009).

SLUTSATS

Under framställningen av studien framkom det att den större delen av forskningen inom ämnet är gjord inom akut- och intensivvård och inte inom den allmänna sjuksköterskans område. Det visade sig att sjuksköterskorna påverkades både fysiskt och psykiskt vid traumatiska händelser i arbetet. Vår tanke var att samma resultat skulle kunna ha getts från en studie baserad på forskning om allmänna sjuksköterskor då även de skulle reagera på en traumatisk händelse.

Det som framkom i studien var att upplevelsen av en traumatisk händelse innebar för sjuksköterskor en stor känslomässig och ibland fysisk påfrestning. Större delen av sjuksköterskorna beskrev att händelserna fick bestående konsekvenser såväl privat som i

arbetet. Det mest traumatiska var dödsfall och olyckor med barn inblandade. Vi har förstått att det är viktigt att på något sätt bearbeta de reaktioner som uppkommer, för att om det inte bearbetas kan sjuksköterskorna få bestående men som varar livet ut. Tankar som väcktes under skrivandets gång och som vore intressant att forska vidare om är hur det påverkar patientens situation/upplevelse om inte sjuksköterskan bearbetar reaktionerna från traumatiska händelser. Det borde även undersökas huruvida det finns något sätt att utbilda sjuksköterskorna för att de ska vara förberedda på traumatiska händelser i sitt yrke. Det är lite forskning gjord inom detta område trots att det efterfrågas mer utbildning och information om stresshantering och bearbetning av sjuksköterskorna. Vår förhoppning är att det i framtiden ska forskas mer om detta ämne.

REFERENSER

- Ahl, C., Hjalte, L., Johansson, C., Wireklint-Sundström, B., Jonsson, A. & Suserud, B-O. (2005). Culture and care in the Swedish ambulance services. *Emergency nurse*, 13 (8), 30-36.
- All, A., Cuaderes, E., Hays, M., Mannahan, C. & Wallace, D. (2006). Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25 (4), 185-193.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och kultur.
- Arbetsmiljöverket (2010) Stress - Ett allt vanligare arbetsmiljöproblem
<http://www.av.se/teman/stress/>
- Arbetskyddsstyrelsen (1998). *Kartläggning av ambulanspersonalens arbetsmiljö*. Rapport nr 7.
- Backman, J. (2008) *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P. (1984) *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Caine, R M. & Ter-Bagdasarian, L. (2003). Early Identification and Management of Critical Incident Stress. *CriticalCareNurse*,. 23, (1), 59-65.
- Cullberg, J. (2003) *Dynamisk psykiatri*. Finland: WS Bookwell.
- Cullberg, J. (2006) *Kris och utveckling*. Finland: WS Bookwell.
- Dahlberg, K., Fagerberg, I., Nyström, M., Segesten, K. & Suserud, B-O. (2003) *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dominguez-Gomez, E. & Rutledge, D. (2009). Prevalence of secondary Traumatic stress among emergency nurses. *Journal of emergency nursing*, 35 (3), 199-204.
- Flemming, K. (1998). Asking answerable questions. *Evidence-Based Nursing*, 1 (2), 36-37.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Falun: Scandbook AB.
- Gillespie, B. & Kermodé, S. (2003). How do perioperative nurses cope with stress? *Contemporary Nurse*, 4 (16), 20-29.
- Halpern, J., Gurevich, M., Schwartz, B. & Brazcau, P. (2009). What makes an incident critical for ambulance workers? Emotional outcomes and implications for intervention. *Work & stress*,. 23 (2), 173-189.
- Jakobsson, U. (2008). KASAM- instrumentets utveckling och psychometriska egenskaper en översikt. *Vård i Norden*, 28 (1), 53-55.

- Jonsson, A. & Halabi, J. (2006). Work related post-traumatic stress as described by Jordanian emergency nurses. *Accident and Emergency Nursing*, 14, 89-96.
- Jonsson, A., Segesten, K. & Mattson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, 20 (1), 79-84.
- Laposa, JM. & Alden, LE. (2003). Posttraumatic stress disorder in the emergency room: exploration of a cognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 49-65.
- Laws, T. (2001). Examining critical care nurses' critical incident stress after in hospital cardiopulmonary resuscitation (CPR). *Australian Critical Care*, 14 (2), 76-81.
- Mitchell, AM., Sakraida, TJ. & Kameg, K. (2003) Critical Incident Stress Debriefing: Implications for Best Practice. *Disaster Management & Response*, 1 (2), 46-51.
- Niiyama, E., Okamura, H., Kohama, A., Taniguchi, T., Sounohara, M. & Nagao, M. (2009) A survey of nurses who experienced trauma in the workplace: influence of coping strategies on traumatic stress. *Stress and Health*, 25, 3-9.
- Ohlson, E. & Arvidsson, B. (2005) Sjuksköterskornas uppfattning av hur processorienterad omvårdnadshandledning kan befrämja deras psykiska hälsa. *Vård i Norden*, 25(2) 32–35.
- Regehr, C., Goldberg, G. & Hughes, J. (2002). Exposure to Human Tragedy, Empathy, and Trauma in Ambulance Paramedics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, (4), 505-513.
- Schwarz, T. (2005) PTSD in Nurses. *American Journal of Nursing*, 105 (3), 13-13.
- Scott, T. (2007). Expression of humour by emergency personnel involved in sudden deathwork. *Mortality*, 12 (4).
- Tutton, E., Seers, K. & Langstaff, D. (2008). Professional nursing culture on a trauma unit: experiences of patients and staff. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 145- 153.
- Wikström, J (2006) *Akutsjukvård Handläggning av patienter med akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

BILAGEFÖRTECKNING

Bilaga 1 Frågeställning enligt EBN	16
Bilaga 2 Artikelöversikt	20

Bilaga 1 Frågeställning enligt EBN

Frågeställning	Regehr, C., Goldberg, G., & Hughes, J. (2002). <i>Exposure to Human Tragedy, Empathy, and Trauma in Ambulance Paramedics.</i>	Scott, T. (2007). <i>Expression of humour by emergency personnel involved in sudden deathwork.</i>	Dominguez-Gomez, E & Rutledge, D. (2009). <i>Prevalence of secondary Traumatic stress among emergency nurses.</i>
Vilka reaktioner är de vanliga som utlöses i samband med en traumatisk händelse?	Påträngande bilder, allmän rädsla, sömnstörningar, starka känslor. Gråtmildhet, mardrömmar och Flashbacks. Finns även långsiktiga reaktioner.	Inget svar	Secondary Traumatic Stress (STS), Compassion Fatigue (CF), upprörda symtom -> irritation, undvikande av t.ex. patienter. ”Ta med arbetet hem”.
Vilka strategier finns för att bearbeta traumatiska händelser?	Veta resultatet av insatsen för att få ett avslut. Gå igenom insatsen -> förbättring. Ta bättre vara på sina egna liv. Tala med stöd system var väldigt viktigt! Många gick hem och kramade sina barn eller make. Pratade med sin arbetspartner. Inom arbetsgruppen -> galghumor.	Användning av humor i traumatiska sammanhang för att underlätta i känslomässiga situationer.	Lämplig rådgivning eller stresshantering. Strategier -> formell eller informell debriefing, vilket ger personal utökad utbildning om CF/STS, utbrändhet och dödsfall utbildning, särskild vård av döende patienter och familjen. Omfatta användning av organisatoriska team-buildnings aktiviteter, humor, läsning och alternativa terapier som motion, massage och meditation.

Frågeställning	All, A, Cuaderes, E, Hays, M, Mannahan, C & Wallace, D. (2006). <i>Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses.</i>	Caine, RM & Ter-Bagdasarian, L. (2003). <i>Early identification and management of critical incident stress.</i>	Ahl, C, Hjalte, L, Johansson, C, Wireklint-Sundström, B, Jonsson, A & Suserud, B-O. (2005). <i>Culture and care in the Swedish ambulance services.</i>
Vilka reaktioner är de vanliga som utlöses i samband med en traumatisk händelse?	Trötthet, oro och frustration de högst rankade svaren.	Högt blodtryck, kronisk värk och huvudvärk. 4 typer av tecken och symtom: kognitiva, fysiska, känslomässiga och beteendemässiga. Kognitiva; förvirring, dålig koncentration, nedsatt minne. Fysiska; trötthet (fatigue), sömnlöshet, gastrointestinala problem, muskelspänningar, förhöjd autonom aktivitet. Känslomässiga; ångest, depression, skuld, ilska och förnekande. Beteendemässiga; socialt avståndstagande, håglöshet, drogmissbruk och ett aggressivt beteende.	Inget svar
Vilka strategier finns för att bearbeta traumatiska händelser?	Konfrontativ coping och problemlösning vanligen använda copingstrategier. Undvikande, flykt. Planerande problemlösning. Söka upp socialt stöd.	CISM och CISD. Critical Incident Stress Management. Critical Incident Stress Debriefing.	Man måste i arbetslagen ha hög toleransnivå för varandras reaktioner och känna varandra väl, viktigt för att klara hanteringen av traumatiska situationer. Nya arbetare slussas in av erfarna. Måste uppleva skiftande situationer för att sedan öka sitt ansvar i utryckningarna. Efter larmen diskuterar de igenom insatsen. Att dela erfarenheter, insikter och känslor kan vara ett sätt att ta sig igenom svåra situationer tillsammans. Sjukvårdarna samtalar ofta med varandra efter svåra händelser. Sker oftast spontant och oorganiserat. De märker ofta på varandra om någon behöver prata. Denna samhörighet uppmuntrar varandra till samtal. Stämningen präglas ofta av samhörighet och respekt.

Frågeställning	Laws, T. (2001). <i>Examining critical care nurses' critical incident stress after in hospital cardiopulmonary resuscitation (CPR).</i>	Gillespie, B & Kermodé, S. (2003). <i>How do perioperative nurses cope with stress?</i>	Laposa, JM & Alden, LE. (2003). <i>Posttraumatic stress disorder in the emergency room: exploration of a cognitive model.</i>
Vilka reaktioner är de vanliga som utlöses i samband med en traumatisk händelse?	Påtvingande tankar och undvikande av personliga känslor till patienten. Undanträngande av händelsen.	Påtvingade oinbjudna tankar och känslor, bilder och idéer. Undandragande, medvetet undvikande av vissa känslor, idéer och situationer. Fler kvinnor än män -> undandragande.	Intensiv rädsla eller hjälplöshet. Emotionell upprördhet när man tänker på händelsen (upprörande känslor). Försöker att inte tänka på, prata om eller ha känslor om upplevelsen (undvikande). Upprörande tankar om händelsen även fast man inte vill tänka på det (intrång).
Vilka strategier finns för att bearbeta traumatiska händelser?	Pratar med familjen och arbetskamraterna, men de tyckte att när man pratade med familjen gav det större stöd. De ville ha möjlighet till debriefing.	Mer än hälften använder sig av arbetskamrater som huvudsakligt stöd. Mer än hälften skulle vara villiga till organiserad debriefing.	Ringa in symtomen tidigt, ta itu med de kognitiva processerna i synnerhet bedömning av trauma, dess följsjukdomar och påträngande minnen.

Frågeställning	Jonsson, A., Segesten, K. & Mattsson, B. (2003). <i>Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel.</i>	Jonsson, A & Halabi, J. (2006). Work related post-traumatic stress as described by Jordanian emergency nurses.
Vilka reaktioner är de vanliga som utlöses i samband med en traumatisk händelse?	Plågsamma drömmar, fysiologiska reaktiviteter (svettning, hjärtklappning), undvikande, bortträngning, sömnsvårigheter, svårigheter att somna, undandragande (socialt), vredesutbrott, koncentrationssvårigheter.	Sjuksköterskorna kände sig ensamma. De kände sig sårbara över att inte kunna göra något för patienten de kunde inte lämna känslorna bakom sig, en önskan om förståelse – vilja tala med någon. Blev påmind hela tiden av alla sina sinnen om det traumatiska, somatiska symtom förekom hos alla respondenterna, panik, mardrömmar och hyper- vaksamhet samt påträngande minnen som uppstod spontant.
Vilka strategier finns för att bearbeta traumatiska händelser?	Inget svar	Att vara tyst och gömma sina känslor, dra sig undan från arbetskamrater, familj och patienter var inte ovanligt. Att få prata med någon; familj, vänner eller arbetskamrater visade sig vara den copingstrategien som betydde mest för personalen.

Bilaga 2 Artikelöversikt

Författare, årtal, titel, tidskrift, land	Syfte	Metod	Resultat	Resultat av kvalitetsbedömning
<p>Regehr, Goldberg & Hughes. 2002. <i>Exposure to Human Tragedy, Empathy, and Trauma in Ambulance Paramedic.</i> American Journal of Orthopsychiatry. USA.</p>	<p>Försöka förstå vilka upplevelser som bland sjukvårdspersonal upplevs som svårast att hantera, vilka konsekvenser det kan ge att utsättas för dessa händelser både på den enskilde och också dennes närstående, strategier för bearbetning samt vilka stöd som kan finnas.</p>	<p>Studien bestod av både en kvantitativ del med enkäter där 86 deltagare fick svara på frågor om exponering för traumatiska händelser, grad av socialt stöd och nivåer av ångest, samt en kvalitativ del där 18 av arbetarna som deltog i den kvantitativa delen av studien tillfrågades om de skulle vara villiga att delta i en intervju för att närmare undersöka deras erfarenheter av exponering av traumatiska händelser.</p>	<p>Deltagarna beskrev att ett barns död, tjänstemans död, nära – döden – upplevelser och en patients död upplevdes som mest traumatiskt. Konsekvenserna blev påträngande bilder, allmän rädsla, sömnstörningar, en förändrad världsbild, starka känslor, gråtmildhet, mardrömmar och flashbacks. Strategier kunde vara att gå igenom insatsen i efterhand för att få ett avslut. Tala med ett stöd system var väldigt viktigt! Många gick hem och kramade sina barn eller make. Pratade med sin arbetspartner. Inom arbetsgruppen kunde man använda sig av galghumor som en copingstrategi. Det visade i studien att högre utbildning gav större tolerans mot stress.</p>	<p>Bra kvalitet.</p>
<p>Scott. 2007. <i>Expression of humour by emergency personnel involved in sudden deathwork.</i> Mortality. England.</p>	<p>Visa på skälen för att använda skratt på räddningsplatsen inte har direkt med humor att göra särskilt i situationer där ingenting roligt som hänt till exempel i plötsliga dödsfall eller situationer som kräver stort lugn och klarhet. Vill visa på motiven för att använda humor då dess uttryck kan underlätta för sjukvårdspersonalens hantering av svåra känslomässiga situationer.</p>	<p>Kvalitativ studie som var en del av en större doktorsavhandling. Intervjuer gjordes med personal på tre olika akutmottagningar på sjukhus i norra England. Niogrupper bestående av tre olika sjuksköterskor på tre akutmottagningar, tre grupper av ambulans- sjukvårdare på deras respektive sjukhus och tre grupper av trafik tjänstemän från ett område som täckte de tre sjukhusen.</p>	<p>Olika kategorier kunde beskriva humor som ett redskap att lösa upp spänningar, bygga kamratskap och forma solidaritet i arbetssituationer som ofta kan vara känslomässigt degenererande. Humor möjliggjorde för räddningspersonalen att kunna hantera situationer av ihållande eller upprepanande plötslig stress. Humor verkade renande och minskade stressen vilket inte bör underskattas som redskap för bearbetning och hantering av svåra upplevelser i arbetet som sjuksköterska. Högre utbildning gav större tolerans mot stress.</p>	<p>Bra kvalitet .</p>

Författare, årtal, titel, tidskrift, land	Syfte	Metod	Resultat	Resultat av kvalitetsbedömning
Dominguez-Gomez, Rutledge. 2009. <i>Prevalence of Secondary Traumatic Stress among Emergency Nurses.</i> USA.	Att undersöka eventuell förekomst av sekundär traumatisk stress (STS) hos akutsjuksköterskor.	En explorativ jämförande studie av kvantitativ karaktär där 67 akutsjuksköterskor från tre allmänna sjukhus svarade på ett frågeformulär om sekundär traumatisk stress.	Ett stort antal av sjuksköterskorna som deltog i studien kunde uppvisa symtom på sekundär traumatisk stress. De sjuksköterskor som deltog i någon form av stresshantering uppvisade minst symtom på att ha drabbats av STS.	Bra kvalitet.
Hays, All, Mannahan, Cuaderes & Wallace. 2006. <i>Reported Stressors and Ways of Coping Utilized by Intensive Care Unit Nurses.</i> USA.	Att identifiera faktorer av stress som sjuksköterskor på en intensivvårdsavdelning upplever som mest förekommande på sin arbetsplats. Identifiera vilken sorts bearbetningsstrategi som användes mest av dessa sjuksköterskor.	En kvantitativ studie. Frågeformulär delades ut till 135 sjuksköterskor fördelade över 7 sjukhus i större städer.	Det visade sig att sjuksköterskorna upplevde brist på personal och frågor som rörde patienters familjer som påverkade stressupplevelsen mest. Som bearbetningsstrategier användes vanligen konfrontativ coping och problemlösning följt av undvikande, flykt och planerande problemlösning samt att söka upp någon form av socialt stöd.	Medel kvalitet.
Caine & Terbagdasarian. 2003. <i>Early identification and management of critical incident stress</i> USA.	Att göra en översikt över vad Critical Incident Stress (CIS) innebär och diskutera hur debriefingmetoden Critical Incident Stress Debriefing (CISD) kan minska de negativa effekterna av en kritisk händelse för sjuksköterskor inom intensiv- och akut-sjukvård.	Fallstudie.	Alla upplever stress. Kostnaderna i samband med behandling av akut stress är förvånansvärt stora både för den enskilde och organisatoriskt. De fysiologiska reaktionerna i samband med akut stress är välkända bland intensivvårdssjuksköterskor men de måste även lära sig känna igen de känslomässiga tecknen på akut stress både hos sig själva och arbetskamraterna.	Medel – bra kvalitet.

Författare, årtal, titel, tidskrift, land	Syfte	Metod	Resultat	Resultat av kvalitetsbedömning
<p>Ahl, Hjalte, Johansson, Wireklint-Sundström, Jonsson & Suserud. 2005. <i>Culture and care in the Swedish ambulance services.</i> Sverige.</p>	<p>Syftet var att undersöka de specifika särskiljande dragen för ambulanssjukvården då få studier gjorts på området.</p>	<p>Studien var kvalitativ, beskrivande och baseras på intervjuer från fem ambulanssjuksköterskor och fem sjuksköterskor från sex olika ambulansstationer.</p>	<p>Personalen på ambulansstationerna ansåg att man måste besitta en speciell sorts karaktär som människa för att klara av den stressiga och ofta svåra miljö man möter i yrket.</p>	<p>Medel kvalitet.</p>
<p>Laws. 2001. <i>Examining critical care nurses' critical incident stress after in hospital cardiopulmonary resuscitation (CPR).</i> Australien.</p>	<p>Kartläggning av vilka strategier för stresshantering som användes av sjuksköterskor som upplevde känslomässig stress före, under och efter att ha utfört hjärt-och-lungräddning.</p>	<p>En beskrivande studie som gjordes med hjälp av enkäter och enskilda intervjuer med intensivvårdssjuksköterskor.</p>	<p>Undvikande av personliga känslor till patienten. Undanträngande av händelsen. Många kände rädsla för att utsättas för personlig fara i samband med hjärt-och-lungräddningen med tanke på användandet av defibrillator.</p>	<p>Medel kvalitet.</p>
<p>Gillespie & Kermod. 2003/2004. <i>How do perioperative nurses cope with stress?</i> Australien.</p>	<p>En undersökning av arbetsrelaterade traumans effekt på operationssjuksköterskor under den operativa perioden samt utröna hur de hanterar de traumatiska faktorerna i sammanhanget</p>	<p>Enkäter som bestod i två delar delades ut till 75 operationssjuksköterskor. Första delen som var kvantitativ bestod av en skala för att mäta konsekvenserna och den andra, kvalitativa delen, bestod av ordagranna skrifter från deltagarna.</p>	<p>46 av de 75 tillfrågade sjuksköterskorna deltog, den största delen var kvinnor. Mer än hälften av dessa använde sig av arbetskamrater som huvudsakligt stöd. Mer än hälften skulle varit villiga till organiserad debriefing.</p>	<p>Medel kvalitet.</p>

Författare, årtal, titel, tidskrift, land	Syfte	Metod	Resultat	Resultat av kvalitetsbedömning
Laposa & Alden. 2003. <i>Posttraumatic stress disorder in the emergency room: exploration of a cognitive model.</i> Kanada.	Det fanns tre syften med studien. För det första att uppskatta förekomsten av Post Traumatic Stress Debriefing (PTSD) bland personalen på akutmottagningar. Det andra målet var att undersöka sambandet mellan PTSD och viktiga kognitiva processer. Det tredje syftet bestod i att undersöka huruvida antal år av erfarenhet i yrket påverkar PTSD.	Kvantitativ. 53 sjuksköterskor på akutmottagningar svarade på frågeformulär. De svarande var till största delen kvinnor.	Alla som deltog i studien hade erfarenhet av direkt upplevelse eller bevitnande av traumatisk händelse i arbetet. De kognitiva reaktionerna var att bli känslomässigt påverkad när man påminns om händelsen, undanträngande eller förnekande av händelsen samt påträngande, oönskade bilder och tankar om händelsen. Längd på anställningen visade ingen märkbar påverkan.	Bra kvalitet.
Jonsson, Segesten & Mattsson. 2003. <i>Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel.</i> Sverige.	Undersöka förekomsten av post-traumatiska stressyndrom bland svensk ambulanspersonal.	Metoden var kvantitativ. 362 ambulansmäns erfarenheter av post-traumatiska stressyndrom kartlades genom användning av den svenska varianten av Antonovskys korta KASAM Skala. För mätning av reaktionerna på traumatiska händelser användes två instrument, Effekterna av Event Scale (IES-15) och Post Traumatic Symptom Scale (PTSS-10).	De stressyndrom som kunde märkas bland personalen var plågsamma drömmar, fysiologiska reaktiviteter (svettning, hjärtklappning), undvikande, bortträngning, sömnsvårigheter, svårigheter att somna, undandragande (socialt), vredesutbrott, koncentrationssvårigheter.	Bra kvalitet.
Jonsson & Halabi. 2006. <i>Work related post-traumatic stress as described by Jordanian emergency nurses.</i> Jordanien.	Att få upp ögonen för och förstå hur akutsjuksköterskor upplever och hanterar traumatiska händelser.	Kvalitativ metod. Alla deltagare i studien fick beskriva på papper om vad de hade för erfarenheter av traumatiska händelser i sina arbeten	Samtliga respondenter sade sig ha erfarenheter av traumatiska händelser som de personligen upplevde som stressande. Man fick sammanlagt in 25 skrivna berättelser om traumatiska händelser.	Bra kvalitet.