



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Akutsjuksköterskans copingstrategier för att undvika att drabbas av stressreaktioner i mötet med trauma

En litteraturstudie

Författare: Malin Lundkvist & Anton Redegard

Handledare: Johanna Norén Jonasson

Kandidatuppsats

Hösten 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Akutsjuksköterskans copingstrategier för att undvika att drabbas av stressreaktioner i mötet med trauma

En litteraturstudie

Författare: Malin Lundkvist & Anton Redegard

Handledare: Johanna Norén Jonasson

Kandidatuppsats

Hösten 2013

Abstrakt

Bakgrund: Sjuksköterskan på akutmottagningen utsätts i sitt arbete för traumatiska händelser som utan lämpliga copingstrategier ger en ökad risk för stressreaktioner som i värsta fall kan utvecklas till sekundär traumatisk stress. **Syfte:** Att belysa olika copingstrategier för sjuksköterskan på akutmottagningen för att hantera traumatiska händelser och undvika stressreaktioner. **Metod:** En litteraturstudie inkluderande 8 studier genom sökning i PubMed och Cinahl som analyserades genom en integrerad analys. **Resultat:** 4 olika teman identifierades: *Socialt stöd, att ha en känsla av professionalism, att använda humor som ett redskap samt att gömma sig för omvärlden.* **Slutsats:** Hur effektiv en strategi är för att undvika stressreaktioner är beroende av individens erfarenheter. Att få dela sina känslor genom socialt stöd, arbeta för en trygg arbetsplats och agera professionellt kan tänkas vara effektiva copingmetoder medan humor och undvikande faktorer kan tänkas vara mindre effektivt.

Nyckelord

Akutmottagning, copingstrategier, stressreaktioner, trauma

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Akutsjuksköterskans ökade utsatthet	3
Traumatisk händelse	3
Stressreaktioner	4
Coping	5
Perspektiv och utgångspunkter	5
Definition av huvudbegrepp	6
Syfte	7
Metod	7
Urval	7
Datainsamling	7
Data analys	9
Forskningsetiska avvägningar	10
Resultat	11
Socialt stöd	11
Att dela och få sina känslor bekräftade	12
Brist på någon som lyssnar	12
Att känna sig trygg	12
Organisatorisk hjälp	12
Att ha en känsla av professionalism	13
Mental förberedelse	13
Problemfokusering	13
Att använda humor som ett redskap	13
Känsloreglering	14
Att gömma sig för omvärlden	14
Undvikande beteende	14
Distractioner	15
Diskussion	15
Diskussion av vald metod	15
Diskussion av framtaget resultat	18
Socialt stöd – en välkänd huvudfaktor	18
Dåligt visat intresse av det sociala stödet – ett problem i skymundan	19
Många stödresurser ger högre KASAM	20
Feedback ger sjuksköterskan möjlighet att gå vidare	20
Rädsla att visa sig sårbar omöjliggör långsiktigt välbefinnande	21
Undvikande coping är en bra lösning på kort sikt	21
Svårighet att bedöma effektivitet av strategi	22
Slutsats och kliniska implikationer	23
Författarnas arbetsfördelning	23
Referenser	25

Introduktion

Problemområde

Arbetet som sjuksköterska på en akutmottagning kan se olika ut från dag till dag, från timme till timme med ett flöde på vårdsökande som inte går att förutse (Göransson, Eldh & Jansson, 2008). Arbetets oförutsägbarhet innebär för sjuksköterskan att utsättas för plötsliga händelser såsom skadade patienter från trafikolyckor, svårt sjuka barn, patienter som svävar mellan liv och död och psykiskt eller fysiskt hot om våld från patienter (Helps, 1997; Socialstyrelsen 2011). Dessa upplevelser och erfarenheter menar man blir en sekundär upplevelse av traumat för sjuksköterskan (Beck, 2011).

Sjuksköterskor som arbetar på akutmottagningar utsätts för ovanstående traumatiska stressorer i högre grad än sjuksköterskor inom andra områden (Browning, Ryan, Thomas, Greenberg & Rolniak, 2007). En studie gjord bland 67 sjuksköterskor på en akutmottagning, visade på att 33 % av deltagarna hade sekundär traumatisk stress (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009). Även utbrändhet är vanligt förekommande jämfört med andra sjukhusavdelningar (Browning, Ryan, Thomas, Greenberg & Rolniak, 2007).

Det finns en risk att sjuksköterskor med stressreaktioner inte kan utföra sina arbetsuppgifter lika effektivt längre vilket eventuellt kan leda till sämre omvårdnad av patienterna (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009). Om en sjuksköterska drabbats av stressreaktioner finns en risk att gå emot Hälso- och sjukvårdslagen som säger att *”Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård”* samt ICN:s etiska kod beträffande att *”sjuksköterskan sköter sin hälsa så att förmågan att ge vård inte äventyras”* (HSL, SFS 1982:763, 2 a§; Svensk sjuksköterskeförening, 2007, s. 5).

För att reducera den stressreaktion som följer ett sekundärt trauma menar Lazarus och Folkman (1991) att realistiska tankar och handlingar, så kallade copingstrategier, kan användas för att lösa problemet eller den uppkomna situationen. Genom en överblick av aktuell forskning kring effektiviteten av olika copingstrategiers påverkan på utvecklandet av stressreaktioner kan föreliggande studie ses som ett verktyg till att säkerställa en mer patientsäker vård på akutmottagningen.

Bakgrund

Akutsjuksköterskans ökade utsatthet

Att vårddyrket är stressigt och påfrestande är ett ämne som legat till grund för vetenskapliga studier. Forskningsområdet är stort där resultat pekar på att stressen kan påverka sjuksköterskan negativt i sitt arbete genom att utmynna i ohälsa.

Att arbeta på en akutmottagning har visat sig kunna innebära en än större stressfaktor jämfört med andra avdelningar på sjukhuset (Healy & Tyrrell, 2011; Hooper et al, 2010). I en studie från en undersökning på en akutmottagning framkom att 51% upplevde stress ofta eller väldigt ofta på sin arbetsplats (Healy & Tyrrell, 2011). Stress kan bero på flertalet olika faktorer (Adeb-Saeedi, 2002; Chang et al, 2006; Healy & Tyrrell, 2011). Exempel på sådana stressorer kan vara att ta hand om patienters lidande, våld och hot från patienter och anhöriga, förekomsten av och hantering av dödssjuka patienter, konflikter mellan vårdpersonal samt en hög arbetsbörda (Adeb-Saeedi, 2002; Chang et al, 2006).

En viktig faktor att ta hänsyn till är på vilket sätt och grad stress påverkar sjuksköterskans hälsa. En del studier visar på en förekomst av sekundär traumatisk stress bland vårdpersonal på akutmottagningar (Beck, 2011; Hooper et al, 2010). Hos sjuksköterskor på en akutmottagning framkom att 82 % av deltagarna visade symtom på utbrändhet och att 86 % visade tecken på sekundär traumatisk stress (Hooper et al, 2010). I en studie av Helps (1997) där erfarenheter av stress hos akutsjuksköterskor undersöktes, visade det sig att en tredjedel av deltagarna var emotionellt utmattade och kände att deras personliga prestationer var låga. Att akutsjuksköterskan visar upp symtom som tyder på resultat av traumatiska och stressfyllda händelser visar på sjuksköterskans utsatta position på akutmottagningen (a.a).

Traumatisk händelse

Trauma betyder sår eller skada och kan ta sig flera olika skepnader och kan drabba en individ både fysiskt och psykiskt. Olika typer kan exempelvis vara katastrofer, olyckor, sexuella övergrepp eller plötslig död. Olika trauman kan kategoriseras utefter hur starka de anses vara men reaktionen på en traumatisk händelse är väldigt individuell och varierar från person till

person. Det kan alltså ses som en subjektiv uppfattning och faktorer som kan påverka utfallet av reaktionerna av en traumatisk händelse är ålder, sociala relationer och tidigare erfarenheter (Ollmark, 2010).

För att det ska räknas som ett trauma behöver inte individen ifråga vara en del utav den traumatiska situationen utan det räcker att vara åskådare till händelsen och beröras i andra hand (Ollmark, 2010). Alla individer kan i princip utsättas för olika sorters trauman men det finns exempel på vissa grupper där risken är högre. Det kan bland annat vara vårdpersonal, poliser och brandmän (Skogstad et al., 2013).

Då individer hamnar i utsatta situationer och exponeras för ett trauma reagerar kroppen likt vid en krissituation och en akut stress kan upplevas. I vissa fall kan detta bli svårhanterligt och utmynna i psykisk ohälsa. Fås inte hjälp i tid kan det leda till exempelvis depression, ångest eller stressreaktioner (Ollmark, 2010).

Stressreaktioner

Stress är ett allmänt känt uttryck men har flertalet olika definitioner. Palmsund, Svensson, Tegbrant & Åborg (2009, s.2) skriver i folkhälsoguidens informationsblad att stress speglar ”*samspelet mellan stimuli och respons*” där stimuli motsvarar en subjektiv upplevd stressor och responsen motsvarar den fysiologiska och psykologiska reaktionen som sker i kroppen. En vidareutveckling talar om stressymtom vilket innefattar de kroppsliga symtom som kan uppkomma efter långvarig exponering för stressorer (Almén, 2007). Jonsson (2005) menar att det finns två olika typer av stressorer, biogeniska samt psykosociala. Likt Palmsund et al. (2009) beskriver Jonsson (2005) att en stressor är en subjektiv upplevelse där individen reagerar utefter ens personliga förutsättningar och beroende på hur stressorn tolkas, startas en reaktion i kroppen eller ej. Då kroppen får ett stresspåslag frisätts adrenalin, noradrenalin och kortisol, vilka är stresshormoner som bland annat ämnar höja energin och koncentrationsförmågan där adrenalin och noradrenalin främst utsöndras vid akuta stressituationer och kortisol vid långvariga stressituationer (Almén, 2007; Palmsund et al., 2009). Det är framför allt de långvariga stressreaktionerna som orsakar stressymtom som yttrar sig i fysisk och psykisk ohälsa, varpå det är av största vikt att kroppen får återhämta sig (a.a.). Avsaknad av återhämtning samt avsaknad av pauser är indikatorer för utveckling av psykisk och fysisk ohälsa (Almén, 2007).

Ett stresspåslag kan antingen vara positivt eller negativt. Utslaget är beroende av hur individen hanterar ett sådant stresspåslag där rätt copingstrategier kan ligga grund till att stressreaktionen reduceras likväl att en felaktigt använd copingstrategi förstör stressreaktionen och därmed ökar risken för stressrelaterad sjukdom (Jonsson, 2005; Palmsund et al., 2009).

Coping

Ett engelskt begrepp som kommit att användas i det svenska språket, främst inom stresshantering, är coping. En svensk översättning på ordet cope ger ord såsom ”*klara det, orka, stå pall eller palla*” (Nordstedts Engelska Ord, 2013). Folkman och Lazarus (1991) förklarar coping som tanke- och beteendemässiga ansträngningar för att hantera yttre eller inre hot som upplevs vara över individens förmåga. Det finns många definitioner kring vad coping är, vilka alla i grund och botten handlar om att hantera påfrestande situationer (Brattberg, 2008). De metoder som används för att hantera en eller flera påfrestande situationer, exempelvis traumatiska händelser, kallas för copingstrategier eller den svenska motsvarigheten bemästringsstrategier (a.a.).

Copingstrategier kan delas in efter vilken typ de är, antingen aktiva eller passiva (Lazarus & Folkman, 1991; Brattberg, 2008). Aktiv coping kan vara exempelvis problemlösning, positiva tankar, söka hjälp av någon annan, konstruktiva lösningar och strategier för att minska eller avlägsna den utlösande stressorn, detta genom medveten hantering. Passiv coping däremot är omedvetet som många gånger handlar om ett inbyggt försvar hos individen för att inte ta skada. Exempel på detta kan vara undvikande beteende från stressorn, ältande av händelsen, dagdrömmande eller missbruk (Brattberg, 2008).

Perspektiv och utgångspunkter

Omvårdnadsprocessen beskrivs som en ”*systematisk problemlösningmodell med syfte att individualisera omvårdnaden*” (Florin, 2009, s. 48). Kirkevold (2000) beskriver att omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee anser att sjuksköterskan som en del i omvårdnadsprocessen bör fundera över om hon/han är förmögen att tillgodose patientens omvårdnadsbehov. Som tidigare nämnts går det i ICN:s etiska kod att utläsa att en god vård

ges av en sjuksköterska i god hälsa, vilket trycker på vikten av att sjuksköterskan har ett psykiskt och fysiskt välmående (Svensk sjuksköterskeförening, 2007).

En modell till att beskriva hur en individ, exempelvis akutsjuksköterskan, hanterar en stressfull situation och bibehåller en god omvårdnad är Antonovskys KASAM. I begreppet KASAM, känsla av sammanhang, ingår tre huvudbegrepp, Begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky, 1991). Begriplighet avser huruvida stimuli anses vara förnuftsmässigt gripbart, hanterbarhet om en individ anser att ens resurser står till förfogande för att hantera ett sådana stimuli samt meningsfullhet, ifall personen upplever att det finns en mening, att det är värt att investera kraft inför ett visst stimuli (a.a.). Antonovsky beskriver att de tre begreppen samspelar med varandra och att de tillsammans kan bidra till en hög KASAM. Då uttrycket sätts i relation till stress menar Antonovsky att en person med hög KASAM innehar resurser att hantera stress samt i större utsträckning har rätt förutsättningar att välja rätt resurs till en specifik stressor. Detta är ej likställt med att individen lyckas hantera en stressor, utan istället en ökad möjlighet, att i längden hantera och undvika stresspåslag för att undvika psykisk eller fysisk ohälsa (a.a.). Likaså har en person med låg KASAM sämre förutsättningar att hantera ett stresspåslag. Om sjuksköterskan har en hög KASAM finns ökade möjligheter att hälso- och sjukvårdslagen efterföljs ur ett stressperspektiv, vilken säger att ”*sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård*”. (HSL, SFS 1982:763, 2 a§;).

Definition av huvudbegrepp

STS, Sekundär traumatisk stress: Kan beskrivas som det stresspåslag som uppkommer av att hjälpa eller att vilja hjälpa traumatiserade eller lidande människor och är en konsekvens av att ta del av någon annan persons trauma. Den sekundära traumatiska stressreaktionen kan yttra sig i huvudsymtom såsom att återuppleva händelsen, att undvika påminnelser av händelsen samt en ihållande känslomässig obalans. Exempel är drömmar, bortträngande av tankar och sömn- och koncentrationssvårigheter (Figley, 1995).

Traumatisk händelse: Utgår från beskrivning på traumatiserande upplevelser enligt följande:

”... händelser som inträffar plötsligt, utan förvarning, och som kan innebära ett hot mot liv, hälsa, fysisk eller psykisk integritet” (Bergh Johannesson, 2007, s. 474).

Syfte

Syftet var att genom en litteraturstudie belysa olika copingstrategier för sjuksköterskor på akutmottagningen för att hantera traumatiska händelser och undvika stressreaktioner.

Metod

Den metodologiska ansatsen var en litteraturstudie, vilket innebär att systematiskt söka, kritiskt granska och sammanställa befintlig litteratur till ett gemensamt resultat (Forsberg & Wengström, 2013) Sökningen inriktade sig mot tidigare resultat inom såväl kvantitativ samt kvalitativ forskning. Detta skedde genom litteratursökning i vetenskapliga databaser med specifika sökord och termer där sökträffarna sedan granskades. Artiklarna kvalitets- och trovärdighetsgranskades genom granskningsprotokoll enligt Röda Korsets Högskola (2005) varpå de poängsattes och rangordnades efter relevans för valt syfte, se matris i bilaga 1.

Urval

Artiklarna som fick ingå i studien skulle ej vara äldre än 10 år, det vill säga publicerade mellan 2003-2013 samt vara skrivna på engelska. I de databaser där peer-reviewed var ett alternativ valdes detta. Artiklarna skulle svara mot syftet att belysa sjuksköterskans copingstrategier för att hantera traumatiska situationer på en akutmottagning.

Inklusionskriterier var att det skulle handla om akutmottagningen, coping, sjuksköterkan och traumatiska händelser. Exklusionskriterier var artiklar som ej nämnde akutmottagningen eller specifikt tog upp vidareutbildningar inom professionen. Vidare exklusionskriterier var även naturkatastrofer och stora sjukhusepidemier.

Datainsamling

Litteratursökningen genomfördes i de vetenskapliga databaserna PubMed och Cinahl. I sökningen användes primärt MeSH-termer för databasen PubMed samt Cinahl headings för databasen Cinahl, detta för att få ett ämnesinriktat utslag av sökningen. Sekundärt användes fritextsökning för att bredda och täcka hela forskningsområdet. Exempel på sökord som

användes var coping, emergency department, trauma och nursing med flera vilka sattes samman i olika kombinationer med hjälp av de booleska söktermerna AND, OR och NOT. Likadana sökkombinationer användes på samtliga databaser för att täcka hela forskningsområdet. Ett sökschema på funna och granskade artiklar skapades och kan ses nedan. För att säkerställa att ett eventuellt bortfall av artiklar skulle minimeras utfördes två säkerhetssökningar under processen. Många litteratursökningar med olika kombinationer av sökorden gav sökträffar av samma relevanta artiklar, varpå de funna artiklarna valts att endast presenteras i en av dessa sökkombinationer.

Tabell 1. Sökschema över genomförd sökning i Cinahl och PubMed 2013-11-14

Databas	Sökord	Antal träffar	Granskade	Urval 1	Urval 2 Valda artiklar
<i>Cinahl</i>					
#1	"Coping"	15 333			
#2	"Trauma"	23 786			
#3	"Nursing"	228 610			
#4	"Palliative care"	15 517			
#5	"Emergency nursing"	4 636			
#6	"Emergency department"	9 043			
#7	#1 AND #2 AND #3 NOT #4	63	63	18	3
#8	#1 AND #5	44	44	16	2
#9	#1 AND #2 AND #6	6	6	1	1
<i>PubMed</i>					
#1	"Adaptation, Psychological" [MeSH]	97 389			
#2	"Emergency Nursing" [MeSH]	5 461			
#3	#1 AND #2	68	68	6	2

Ett första urval av sökträffarna utfördes genom granskning av dess titel och abstrakt vilka ställdes i jämförelse mot aktuellt syfte. De artiklar som svarade positivt mot granskningen gick till urval 1 där närmre granskning utfördes. De artiklar som sedan visade sig svara helt eller delvis mot författarnas syfte hamnade i urval 2 för vidare granskning. Artiklarna som blev utvalda till urval 2 granskades med hjälp av Röda Korsets Högskolas (2005) mall för granskning av vetenskapliga artiklar. En modifierad modell där relevanta frågor för syftet gav poäng och användes som stöd för att kvalitetssäkra och rangordna artiklarna i urval 2. I granskningen poängsattes artiklarna genom hur väl de svarade mot granskningsmallens frågor, positivt svar gav 1 poäng, negativt svar, 0 poäng samt delvis positivt, 0,5 poäng. Maximal poäng för de kvalitativa studierna samt de kvantitativa var 13,5 poäng respektive

12,5 poäng. Poängen omsattes till en procentsats där kravet för inkludering i studien var minst medel och 60 %, se tabell nedan.

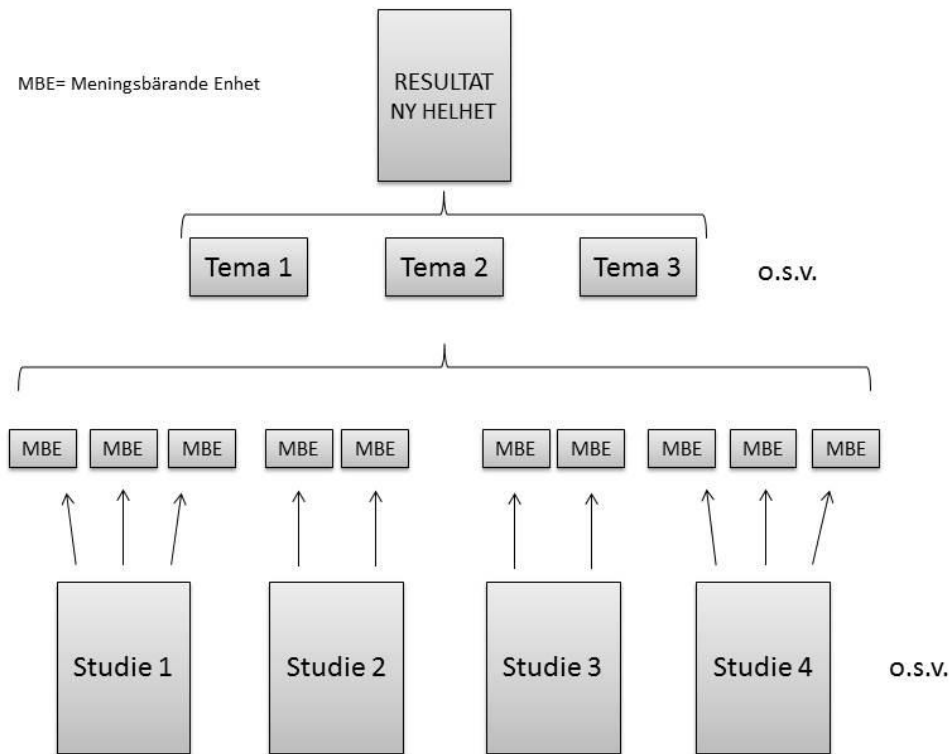
Tabell 2. Gradering vid kvalitetsgranskning av artiklar

Procent	Gradering	Antal artiklar (n=8)
80-100%	Hög	4
60-79%	Medel	4
0-59%	Låg	

Data analys

Efter granskning av artiklarna i urval 2 återstod 8 artiklar, 4 kvalitativa samt 4 kvantitativa, se matris i bilaga 1. Då studierna skulle analyseras på ett djupare plan utgick analysen från en induktiv ansats, det vill säga utan någon hypotes kopplad till forskningssyftet. En integrerad analys enligt Friberg (2012) utfördes av de utvalda artiklarna vilket kortfattat innebär att helheter bryts ned i delar och meningsbärande enheter vilka sedan skapar nya helheter, detta i syfte att hitta gemensamma teman och nya resultat (a.a.). Varje enskild artikels resultat lästes igenom flera gånger för att hitta meningsbärande enheter av relevans för syftet i litteraturstudien. Dessa lyftes ut från texternas resultat och kategoriserades i en översikt för att hitta likheter och skillnader mellan de olika studierna. Nya teman identifierades och utifrån dessa sammanställdes och förklarades de nya fynden med stöd av studierna som referenser. De kvalitativa och de kvantitativa artiklarna analyserades var för sig varpå de sedan sammanvägdes i ett resultat där de kvalitativa stod som grund med stöd från kvantitativ forskning.

Figur 1. Schematisk bild över analysförfarandet med inspiration av Friberg (2012).



Forskningsetiska avvägningar

Alla studier som användes i studien var etiskt granskade och godkända av etiska nämnder. Litteraturstudien utfördes med ett öppet och objektiva sinne och med avsikt att inte vinkla resultatet efter personliga antaganden där såväl positiva och negativa aspekter belystes. Exempel på vad som bör ingå för att vara etiskt godkända är att deltagarna ska ha gett ett frivilligt samtycke att delta och att personuppgifterna är konfidentiella för att bibehålla deltagarnas integritet och anonymitet (Centrala etikprövningsnämnden, 2013).

Som en del i forskningsprocessen skrevs den förförståelse som fanns hos oss inom området ned för att få en ökad medvetenhet om försiktigheten att inte låta sig påverkas av detta. Enligt Birkler (2008) beskriver Gadamer att förförståelse är det samma som fördomar, som i sin tur innebär de förväntningar och föreställningar som en individ har för att betrakta sin värld.

Resultat

Resultatet i studien utgick från fyra centrala teman som var gemensamma för både de kvalitativa samt det kvantitativa studierna. Dessa var *socialt stöd, att ha en känsla av professionalism, att använda humor som redskap* och *att gömma sig för omvärlden*. Kortfattat tar de kvalitativa studierna upp sjuksköterskornas upplevelser av att hantera traumatiska händelser samt om humorns betydelse för arbete med plötslig och oväntad död på akutmottagningen. De kvantitativa studierna har däremot jämfört testpersonernas grad av STS-symtom med vilka strategier som använts av samma testperson. Detta för att undersöka vilka strategier som kan associeras få eller många STS-symtom.

Som nämnts i metodbeskrivningen presenteras resultaten utifrån beskrivna upplevelser i de kvalitativa studierna som stöds av hård fakta och viktiga faktorer från de kvantitativa studierna.

Socialt stöd

Socialt stöd visade sig ha en betydande roll för att kunna hantera stressrelaterade händelser (Jonsson & Halabi, 2006; Lavoie, Talbot & Mathieu, 2010; Scott, 2007). Personal som uppvisade minst symtom på STS använde sig i högre utsträckning av socialt stöd där framförallt vänner och familj var av betydelse (von Reuden et al., 2010). Att ringa en vän för feedback inför ett problem hörde samman med få STS-symtom (Gillespie och Gates, 2013). Ju fler stödsystem som användes samt hur starka dessa ansågs vara, desto mindre STS-symtom gav den traumatiska händelsen (Von Reuden et al., 2010).

Socialt stöd av kollegor visade sig ge låg psykisk påfrestning av de traumatiska händelserna, där det ansågs mycket effektivt att prata med arbetskollegorna som copingmetod (Adriaenssens, de Guch & Maes, 2012; Crabbe, Bowly, Boffard, Alexander och Klein, 2004). Stöd från handledare och chefer gav utöver mindre psykisk påfrestning, lägre negativ effekt av den traumatiska händelsen, lägre uppfattad fatigue och få kroppsliga symtom (Adriaenssens, de Guch & Maes, 2012). Von Reuden et al. (2010) fann dock ingen signifikans som stödde att kollegor som stödsystem hade en reducerande verkan i uppkomsten av STS.

Att dela och få sina känslor bekräftade

Det fanns en önskan om att få dela sina känslor och upplevelser med andra i sitt sociala nätverk, vilket utgjordes av familjen, vänner, kollegor och chefen (Jonsson & Halabi, 2006; Lavoie et al., 2010). Det var viktigt att personalen kände sig hörd och uppmärksammas och att tid gavs till att prata med kollegor (Jonsson & Halabi, 2006; Lavoie et al., 2010). I mötet med kollegor lades vikt på konstruktiv kritik där personalen ville höra ifall de agerade rätt eller ej och att få känna uppmuntran från chefen och medarbetare (a.a.).

Brist på någon som lyssnar

Trots vikten av socialt stöd visade det sig att det fanns en upplevd brist på personer att prata med samt att sådana sociala möten hölls för lång tid efter exponeringen men även att stödpersonerna sällan visade något intresse för den drabbade (Jonsson & Halabi, 2006; Lavoie et al., 2010).

“Sometimes I can think about it and then it necessary talk about it... and I know that afterwards it felt good, but it is seldom anybody will pay attention but if it feels much better” (Jonsson & Halabi, 2006, s. 93).

Att känna sig trygg

Att jobba med säkerhetsfrågor var ett sätt att hantera stress på. Exempel på detta tas av Lavoie et al. (2010) där deltagarna rapporterade att säkerhetsåtgärder sänkte stressnivån. Samma effekt hade även utbildningar inom antivåldsprogram, att jobba med goda relationer mellan personal samt att sätta upp regler för väntrummet (a.a.).

Organisatorisk hjälp

Att från arbetsledningen eller organisationen bli erbjuden professionellt psykologiskt samtal efter en upplevd traumatisk händelse var ytterst sällsynt, men sjuksköterskorna ansåg att denna möjlighet borde finnas för alla som ett led i att minimera riskerna för stressreaktioner (Crabbe et. al, 2004)

Att ha en känsla av professionalism

Att agera professionellt för att hantera stressfulla situationer sågs som en framgångsrik åtgärd. Exempel var att hålla sig lugn då det oväntade inträffade, agera professionellt och lösa situationer som uppkom samt att hjälpa sina medkollegor efter en traumatisk händelse (Lavoie et al., 2010). Ytterligare viktig utgångspunkt i att hantera traumatiska händelser var att som personal ha en positiv utgångspunkt (a.a.). Brysiewicz och Uys (2005) visade att personalen upprätthöll en yttre fasad för att kunna agera professionellt och inte bli personligt involverade. Brist på professionalism kunde innebära att vården blev lidande istället och att personalen inte kunde utföra bästa möjliga arbete (a.a.).

Mental förberedelse

Förberedande och förebyggande copingstrategier förekom oftare vid ökade symtom av STS (Gillespie & Gates, 2013). Dessa strategier handlade om att planera inför en kommande händelse utifrån positiva tankar och visualiseringar av framgångsrika scenarion för utfallet av händelsen (a.a.).

Problemfokusering

Genom att använda sig av problemfokuserade copingstrategier, minskade risken att drabbas av hög psykisk påfrestning och fatigue (Adriaenssens, de Guch & Maes, 2012).

Problemfokuserade lösningar såsom att ta initiativet vid ett uppkommet problem, att tackla problemet från många olika vinklar och att ha en strukturerad problemlösningsmodell med prioriteringslistor visades ha ett samband med låga STS-symtom (Gillespie & Gates, 2013).

Att använda humor som ett redskap

Genom att använda humor som en copingstrategi kunde man neutralisera sina känslor (Brysiewicz & Uys, 2005; Scott, 2007). Ironiska uttryck, skämta om de döda och döden, förvränga bakgrunden samt att använda humorn i situationer som normalt sett inte uppfattas som roliga var alla faktorer som kunde underlätta för vårdpersonal (Brysiewicz & Uys, 2005; Scott, 2007). Med humor gick det att hantera oväntade situationer vilket yttrade sig genom

kamratskap och bra medarbetare vilket ledde till att akutvårdspersonal kunde klara av sina arbetsuppgifter och hantera dem (a.a.).

Känsloreglering

Att tränga undan negativa känslor genom svart humor var något som användes men dessa skattades som mindre effektiva för att minska psykologiska påföljder (Crabbe et al., 2004). Emotionell hantering överlag och inte specifikt mot humor, i form av att försöka reglera sina känslor, var starkt kopplade med många symtom av STS såsom ökad fatigue, psykisk påfrestning, somatiska besvär och sömnproblem (Adriaenssens, de Guch & Maes, 2012).

Att gömma sig för omvärlden

Vårdpersonal använde sig av undvikande copingstrategier där anledning till detta kunde vara brist på socialt stöd (Brysiewicz & Uys, 2005; Jonsson & Halabi, 2006). Dessa var att hålla sina känslor för sig själv, använda sig av förnekelse, att gömma sig för omvärlden, att inte tänka på vad de blev vittne till under arbetsdagen samt att de försökte undvika situationer som inkluderade död (a.a.). Det framgick även att personalen försökte skilja på sitt privata liv och sitt arbete för att hantera den traumatiska stressen, där det beskrevs att personalen försökte glömma bort jobbet när de kom hem (Brysiewicz & Uys 2005; Lavoie et al., 2010).

“...once she walked out the door of the hospital she made herself forget about work, it was as though she lived two separate lives - her professional and her personal life.” (Brysiewicz & Uys, 2005, s. 41.).

En del ville inte dela med sig av sina tankar och känslor då det ansågs finnas en förväntan om att kunna hantera traumatiska händelser själv (Brysiewicz & Uys, 2005). Att ta en paus var användbart då personalen kunde återhämta sig och samla sina känslor. (Brysiewicz och Uys, 2005; Lavoie et al., 2010). Som en undvikande coping användes även träning som ett element i hanteringen som stresssänkande metod (a.a.).

Undvikande beteende

Olika undvikande copingstrategier användes av en majoritet men endast ett fåtal upplevde

detta som bra strategier (Crabbe et al., 2004). Undvikande copingstrategier såsom att hålla sina tankar för sig själv samt att undvika att tänka på vad de gjorde när de var mitt i den traumatiska situationen ansågs inte vara effektiva för att undvika en stressreaktion (a.a.). Att tänka på sin egen familj användes något mer än ovan nämnda strategier men även här ansågs dessa inte vara effektiva för att undvika psykologiska påföljder (a.a.). Negativa påföljder i form av somatiska åkommor visade sig vara kopplat med undvikande copingstrategier (Adriaenssens, de Guch och Maes, 2012).

Distractioner

För att distansera sig från att påverkas av den traumatiska händelsen användes en del distractioner som ansågs vara bra i hanteringen av händelsen. Att se fram emot sin lediga tid utanför arbetet och fritidsintressen upplevdes effektivt av en del. En stressänkande åtgärd var att utöva en hobby på fritiden och kopplades samman med få eller inga STS symtom medan användande av läkemedel som stressänkning var mer frekvent använd hos de med höga STS symtom (Von Reuden et al., 2010). Att också tänka på de positiva effekter och hur givande yrket som sjuksköterska kunde vara uppfattades som en positiv strategi i att hantera traumatiska händelser (Crabbe et al., 2004).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Valet av en litteraturstudie som metod för examensarbetet baserades på en mängd olika faktorer. Den största orsaken var tidsaspekten, där vi ansåg att det var för kort tid för att kunna göra en empirisk studie med hög kvalitet. Detta stöds av Segesten (2012) som avråder studenter att göra empiriska studier på kandidatnivå. Detta då hon bland annat anser att litteraturstudier lämpar sig bättre för sjuksköterskestudentens huvudsyfte med kandidatuppsatsen att visa på ett kunnande att omsätta vårdvetenskap i praktiken och förstå dess grunder (a.a.). En annan anledning till valet av en litteraturstudie var att andelen redan gjorda studier kring vårt valda fenomen de senaste 10 åren lämpade sig för att få en överblick på vad forskningen faktiskt sa kring forskningsfrågan.

Att göra en studie om sjuksköterskans copingstrategier på akutmottagningen för att hantera traumatiska händelser som forskningsfråga utgick från våra egna intressen. Både Malin och Anton är intresserade av att arbeta inom akutsjukvård i framtiden så valet att rikta in oss på akutmottagningen föll sig naturligt. Under projektplaneringen var den ursprungliga planen att undersöka hur sjuksköterskan bemötte individer med stressreaktioner men då detta ansågs vara ett väldigt brett område, riktade vi istället in oss på sjuksköterskans egna välbefinnande. Detta då det låg i bådars intresse att veta hur man bäst hanterat att utsättas för traumatiska händelser som ett verktyg i vårt kommande yrkesliv som sjuksköterska.

De studier som hittades svarade samtliga väl med våra inklusions- och exklusionskriterier. Det var inga studier som motsvarade kriterierna som valdes bort på grund av för många resultat då det endast var 8 stycken som lämpade sig efter dessa, vilket stämmer bra med antalet artiklar för ett examensarbete på kandidatnivå. Våra inklusions- och exklusionskriterier bidrog till att antalet artiklar varken blev för många eller för få. En del av studiernas huvudsyfte var inte att undersöka copingstrategier, men då de tog upp copingstrategier i resultatet samt att kvalitetsgranskningen av samtliga artiklar uppnådde satta krav, inkluderades alla artiklar som svarade an mot syftet.

Det finns en liten risk att ha missat någon artikel av värde för resultatet på grund av för få eller felaktiga sökord. Denna risk ansåg vi minskades genom att våra två säkerhetssökningar med fler sökord gjordes. Även att använda både PubMed, som är den största medicinska databasen och Cinahl som kompletterar med ytterligare omvårdnadsforskning ansågs som ett sätt att täcka av omvårdnadens forskningsområde och därav minska risken för missade värdefulla artiklar. Att använda flera olika källor och databaser i litteratursökningen minskade även risken för ett förvridet och vinklat urval (Willman, Stoltz & Bathsevani, 2011)

En del studier kan även ha missats på grund gränsen på att de inte fick vara äldre än 10 år gamla. Anledningen till valet av 10-årsgräns utgick dels från att vi ville komma åt färskare studier samt att andelen våldsbrott, bilolyckor med skadeutfall och akutpatienter ökat det senaste decenniet (Brottsförebyggande rådet, 2013; Transportstyrelsen, u.å.)

Texterna är hämtade från flera delar av världen där de representerade länderna är Jordanien, Sydafrika, England, USA, Belgien och Kanada. På förhand kan detta ses både som en styrka och svaghet i arbetet då det dels kan anses vara svårt att anta att det finns paralleller världen

över, men också att det ger en bred bild av resultatet. Då resultatet föll sig så att gemensamma faktorer gick att utröna visade det sig fungera för studien vilket även kan stärka dess generaliserbarhet.

Analysförfarandet utgick från Fribergs (2012) beskrivning där vi initialt valde att dela upp oss för att analysera och reflektera kring studiernas resultat. Detta utfördes då vi ville ha två oberoende analyser för att stärka trovärdigheten. För att undvika att missförstå studiernas resultat och därmed påverka vårt slutliga resultat försökte vi som författare ha ett öppet sinne till texterna och sammanställa utifrån studiernas kontexter och helhet för att inte ändra på innebörden. Då de respektive analyserna skulle sättas samman visade det sig att vi oberoende av varandra tolkat och värderat resultat likvärdigt vilket kan tyda på att det egentliga resultatet förstods objektivt utan påverkan av personliga åsikter och vinklingar. Då studien innehöll både kvantitativ och kvalitativ forskning togs beslutet att dessa forskningsområden skulle analyseras var för sig och sedan sammanställas i resultatdelen. Detta kan ses som en svaghet då det kan tyckas att helhetsbilden av den sammanställda analysen undgås, dock så visade det sig att analyserna av de bägge forskningsområdena överensstämde vilket bidrog till en ny helhet och inte två, vilket är en styrka.

Enligt Birkler (2000) kan det vara av vinning att skriva ner sin förförståelse innan litteraturstudiens början vilket vi gjorde. Då förförståelsen först nämndes under arbetsprocessen var det ett främmande uttryck men då vi insåg dess betydelse och innebörd tyckte vi att det var viktigt att ta med i metodbeskrivningen. Med förförståelsen skrev vi ned våra egna föruppfattningar kring forskningsämnet samt vad vi trodde oss veta från början. Med hjälp av denna förförståelse upplyste vi oss själva om våra förutfattade meningar vilket bidrog till att analysen kunde utföras på ett högre objektivt plan med mindre risk för omedveten vinkling av resultatet. Förförståelsen var också till hjälp då vi kunde se huruvida vi kommit fram till nya rön eller ej.

Att se gemensamma faktorer i studiernas resultat upplevdes som relativt enkelt, dock blev det svårare då det kom till punkten att sätta teman på resultaten. Att lyfta fram viktiga faktorer och kontentan av innehållet krävde eftertanke och tid och även här försökte vi undvika att missförstå innehållet. En annan punkt angående teman som diskuterades under processen var resultat som skulle kunna passa in under flera rubriker. Till dessa fick extra tid läggas där

resultatet lästes flera gånger för att finna dess innebörd och mening där eventuella misstolkningar som kunde leda till ett missvisande resultat minimerades.

I studien förekom både forskning inom kvantitativ som kvalitativ forskning. Som utgångspunkt ämnade vi att söka efter endast kvalitativa artiklar. Detta var dock inget vi använde som inklusionskriterier eller avgränsning i sökschemat då sökningens avgränsningar gav ett specifikt resultat i sig. Istället styrdes sökningen helt av forskningsfrågan som var att undersöka copingstrategier i traumatiska situationer på akutmottagningen oavsett studiernas tillvägagångssätt. Slutligen fann vi 4 kvalitativa artiklar samt 4 kvantitativa artiklar. Då resultaten i de kvalitativa artiklarna beskriver individers upplevelser valde vi att ha dessa i fokus med stöd från kvantitativ data. De kvantitativa artiklarnas data svarade mot syftet men då dessa artiklars forskare undersökt specifika fenomen, ville vi inte lägga huvudfokus på dessa, utan istället använda de som stöd.

Diskussion av framtaget resultat

Studiens resultat utmynnade i 4 olika teman med tillhörande underkategorier. Ur detta resultat valdes både sedan tidigare kända strategier och nya fynd ut att diskuteras och sattes i relation till professionen.

De kvantitativa studierna har använt olika instrument att mäta symtom och tecken på STS och olika copingmetoder, vilket kan göra att resultaten blir svåra att ställa i förhållande till varandra, men då resultaten visat på ungefär samma sak trots detta, ger det en fingervisning på hur det kan vara.

Socialt stöd – en välkänd huvudfaktor

Att socialt stöd är en viktig del i processen av att hantera påfrestande situationer är sedan länge känt och studerat (Crabbe et al., 2004; Gillespie & Gates, 2013; Von Rueden et al., 2010). Genom studien framkom det även här att det ansågs och visade sig vara den mest effektiva strategin för att undvika stressreaktioner. Att det i studien framkom att det kändes bättre efter att ha pratat med någon samt att detta bidrog till mindre stressreaktioner och få symtom av sekundär traumatisk stress efter den traumatiska händelsen gör det tydligt att detta har en betydande roll för hanteringsförloppet (Adriaenssens, de Guch och Maes, 2012; Crabbe

et al., 2004; Gillespie & Gates, 2013; Jonsson & Halabi, 2006; Von Reuden et al., 2010).

Detta överensstämmer med ett betydande antal forskningsresultat där socialt stöd och att prata med andra används som ett redskap i att hantera stressfyllda traumatiska händelser (Mishra, Goebert, Char, Dukes & Ahmed, 2010; Schreuder et al, 2011). I en studie av Johnson, Thompson & Downs (2009) undersöktes copingmetoderna hos en utsatt folkgrupp som sedan tidigare utsatts för trauman där socialt stöd var en nyckelfaktor i att hantera och normalisera ens erfarenheter. Det var också framgångsrikt att dela erfarenheter med andra som varit med om liknande händelser (a.a.).

Dåligt visat intresse av det sociala stödet – ett problem i skymundan

I studien framkom att trots vikten av socialt stöd var det sällan någon ämnade visa intresse för sjuksköterskans tankar och känslor (Jonsson & Halabi, 2006). Detta lämnade sjuksköterskan ensam med ett behov av att bli lyssnad på utan att kunna få detta tillfredställt. Ofta pratas det väldigt gott om socialt stöd som bästa strategi i hanterandet av påfrestade situationer men ofta hamnar kvalitén av stödet i skymundan, vilket istället bör uppmärksammas för att kunna förbättra förhållandena för den drabbade.

Vad det finns för lösning på att det sociala stödet är bristfälligt är svårare att själv åtgärda då intresset i grunden måste komma från en annan individ. En lösning kan vara att söka stöd hos någon annan men det är inte alltid detta är möjligt. Med utgångspunkt från att stödet inte alltid visar intresse och bryr sig, är det därav inte bara en lösning att bygga upp ett stort socialt nätverk, utan att välja detta nätverk med omsorg efter hur intresserade stödpersonerna är av att måna om sjuksköterskans välbefinnande. En annan lösning kan vara att det i organisationen ingår att bli erbjuden det professionella psykologiska stöd i en regelbunden basis efter en traumatisk händelse som sjuksköterskorna i studien efterfrågade (Crabbe et al., 2004). Då ges möjlighet för de som känner att de inte har någon som engagerat kan lyssna och ge sjuksköterskan möjlighet att få ventilerat sina känslor och tankar till någon som bryr sig. Att hur starka och engagerade stödresurserna anses vara stämmer även överens med att de med svagt stöd uppvisade fler symptom på sekundär traumatisk stress (Von Reuden et al., 2010).

Många stödresurser ger högre KASAM

Vikten av att använda sig av flera stödresurser möjliggör att händelsen kan ventileras ur olika synvinklar. Vid ventilering med arbetskollaboratorer och handledare finns det en större möjlighet att prata kring detaljer av händelsen ur exempelvis medicinsktekniska moment än vad det finns med familj och vänner som inte har någon vårdutbildning. Hur antalet stödpersoner har betydelse för hur den upplevda händelsens stressutfall blir kan återknytas till Antonovskys (1991) begrepp om KASAM. Ett av huvudbegreppen, hanterbarhet, handlar om de resurser en individ tillhandahåller för att hantera ett visst stimuli. Ju fler resurser en person har desto högre hanterbarhet bör då denna känna. Antonovsky (1991) menar att en person med hög KASAM förfogar över resurser att hantera stress. Således bör en individ med flera olika typer av stödpersoner att prata med att utveckla en högre KASAM och därmed ha större potential att hantera en traumatisk händelse utan att utveckla allvarliga stressreaktioner.

Genom att sjuksköterskan medvetandegörs av vikten av socialt stöd på sin arbetsplats, såväl för egna yrkeskategorin men även för andra, finns en ökad chans för personal att undgå stressreaktioner. Detta genom att sjuksköterskan med bakomliggande resultat från studien då medvetet kan bygga upp ett socialt nätverk och även blir mer angelägen om att söka någon annan att prata med efter en traumatiskt påfrestande händelse.

Feedback ger sjuksköterskan möjlighet att gå vidare

Att få bekräftelse efter en traumatisk händelse kan anses vara viktigt för att undvika självanklagelser och underlättar chansen att gå vidare. Detta då det upplevdes betydelsefullt att få känna sig hörd men även att få bekräftelse och konstruktiv kritik kring hur man som sjuksköterska handlade i situationen (Jonsson & Halabi, 2006; Lavoie et al., 2010). Genom att få höra från en kollega eller ledningen att man gjort rätt i situationen minskar risken för "tänk-om"-situationer, det vill säga att man som sjuksköterska målar upp hur scenariot skulle kunnat se ut om denne agerat annorlunda. Skulle det visa sig att sjuksköterskan tagit ett felaktigt beslut eller handlat orätt, kan kritiken istället fungera som ett hjälpmedel i att lära sig från sina misstag för att undvika att misstaget upprepas. I en studie av Fereday (2006) framkom att feedback gjorde att sjuksköterskan kände sig säkrare inom sin yrkesroll och att hon kände sig stärkt i sin upplevelse av att vara kompetent. Det var även viktigt att sjuksköterskan fick

feedback direkt vid en händelse, detta för att öka sin självkänsla och erhålla en motiverande faktor i sitt arbete (a.a.). Sett till vår studie stämmer detta mönster överens vilket tyder på att feedback kan vara en källa till förstärkt självbild och ökade möjligheter till att utföra ett bra arbete. Som vårdpersonal och chef är det även viktigt att ge feedback såväl vid positiva situationer som vid negativa situationer då det är viktigt att veta vad man som sjuksköterska gör rätt eller gör fel (Fereday, 2006). Genom att som sjuksköterska på akutmottagningen ha insikt i betydelsen av feedback kan denne även tänka på att ge feedback till arbetskollaborator vid deras traumatiska upplevelser för att visa på att finnas tillhands som stöd. I det långa loppet borde detta utmynna i att kollegorna runtomkring förhoppningsvis blir mer benägna att ge feedback till varandra i större utsträckning vilket bör bidra till ett öppnare och mer bekräftande arbetsklimat för sjuksköterskorna med minskade stressreaktioner som följd.

Rädsla att visa sig sårbar omöjliggör långsiktigt välbefinnande

I studien framkom att det fanns en rädsla för att visa sig sårbar med tankar om att hålla sina känslor för sig själv då detta troddes förväntas av dig som sjuksköterska, att det ingick i yrkesrollen att vara stark och inte visa några känslor utåt sett (Brysiewicz och Uys, 2005; Crabbe et al., 2004; Jonsson & Halabi, 2006). Detta går lite emot önskan om att få dela med sig av sina känslor, men kan tolkas som ett alternativt sätt att försöka hantera situationen vid brist på stödresurser. I längden kan det vara en mindre bra strategi att gömma sig från omvärlden på detta sätt. Att sjuksköterskorna fick somatiska besvär som följd av undvikande beteende och att det var mindre effektivt för undvikandet av psykologiska problem styrker detta (Crabbe et al., 2004). I forskning gjord av Van Rhenen, Schaufeli, van Dijk & Blonk (2008) fann man att undvikande coping var associerat med högre sjukfrånvaro. Här kan det vara bra för sjuksköterskan att veta om riskerna med att skjuta undan sina känslor och istället ha en strävan efter att vara mer öppen i vilka tankar och känslor som dyker upp efter en påfrestande och traumatisk händelse. Även en öppenhet från ledningens sida som bekräftar och tydliggör att det är okej att prata ut om händelsen kan bidra till att sjuksköterskan vågar öppna sig mer.

Undvikande coping är en bra lösning på kort sikt

Inte att förglömma är att undvikande strategier inte enbart är negativa. Att ha en aktiv fritid utanför arbetslivet med positiva inslag var ett effektivt sätt att minska de negativa känslor som

kunde uppstå vid ett trauma (Von Reuden et al., 2010). Brattberg (2008) tar upp effektiviteten av undvikande strategier på kort sikt för att hantera svårbehärskade situationer och nämner att det är vanligt att efter det akuta stresskedet sedan gå över till mer konfronterande och problemfokuserade strategier. I en studie av Schreuder et al (2011) där sambandet mellan copingmetoder och sjukfrånvaro jämfördes, fann man inga direkta samband, positiva som negativa, med undvikande coping och frånvaro.

Svårighet att bedöma effektivitet av strategi

Allmänt om copingstrategier går att säga att aktiva strategier generellt sett anses vara bättre än de passiva. De strategier som ansågs aktiva i studien var “att dela sina känslor”, “att känna sig trygg” samt “att ha en känsla av professionalism”. Övriga två copingstrategier, “humor som ett redskap” och “att gömma sig för omvärlden” tolkades som passiva. Utifrån denna indelning går även att utläsa en högre effektivitet av de aktiva strategierna än de passiva. Däremot går det inte att med säkerhet säga att en viss strategi fungerar bättre än någon annan då mycket beror på en individs tidigare erfarenheter och andra faktorer kring denne individ. För att en strategi är effektiv vid en specifik händelse menar Brattberg (2008) att samma strategi inte behöver vara lika effektiv nästa gång. På liknande sätt resonerar Monat och Lazarus (1991) som exemplifierar att en metod som är effektiv inom fysiska aspekter kan ha negativ effekt på de psykologiska. De beskriver att känslufokuserad coping och förnekelse som är passiva strategier, ofta anses vara dåliga, samtidigt som dessa även kan fungera positivt som en broms för individen att undvika alltför överväldigande känslor och därmed förhindra eventuella sammanbrott (a.a.).

Med detta i tanken är det alltså felaktigt att säga att copingstrategin att få socialt stöd är mer effektiv än exempelvis att gömma sig för omvärlden. Då flertalet studier visar på just dessa resultat kan däremot ett visst mönster anas, som tyder på att det är mest användbart med att få ventilera känslor genom ett socialt nätverk, att arbeta för ett tryggt arbetsklimat, att ha en professionell utgångspunkt och att tänka positivt. Att försöka reglera sina känslor, tränga undan dessa och undvika det som skett kan således tydas vara mindre användbart för att undvika stressreaktioner vid traumatiska händelser på akutmottagningen på lång sikt.

Slutsats och kliniska implikationer

Det är svårt att generalisera och ge några klara slutsatser kring vilken eller vilka strategier som anses vara mest användbara för att förhindra stressreaktioner på akutmottagningen då mycket beror på situationen och sjuksköterskans personliga erfarenheter och kringförhållanden. Då studiens syfte dock endast var att belysa vilka strategier som användes anses syftet vara besvarat. Socialt stöd användes i högst grad och ansågs vara mest användbar där även arbetet för en trygg arbetsplats och att i viss mån agera professionellt kan tänkas vara bra metoder. Humor och undvikande beteende var även de strategier som användes frekvent men som endast är positiva på kort sikt men ger ökad risk för stressreaktioner på lång sikt.

Med studien önskar författarna att uppmärksamma betydelsen av copingstrategier vid traumatiska händelser på akutmottagningen. Att uppmärksamma ämnet för såväl vårdarbetare som kurskamrater kan leda till att en medvetenhet om olika händelsers påverkan på kroppen och dess följder väcks, vilket skulle kunna innebära en ökad hälsa för personal som arbetar inom vårddyrket. Att genom föreliggande studie belysa vilka copingstrategier andra sjuksköterskor på akutmottagningar använder sig av kan ge sjuksköterskestudenter och yrkesverksamma betydande verktyg för att bättra sina chanser att inte själv drabbas av stressreaktioner. Dels kan detta leda till ett ökat välbefinnande och mindre ohälsa bland akutsjuksköterskor men även bidra till en mer patientsäker vård som följer ICN:s etiska koder samt Hälso- och sjukvårdslagen.

Då studien baserats på copingstrategier på akutmottagningen är det svårt att dra paralleller med andra avdelningar. Dock reagerar kroppen på samma sätt oavsett inom vilken avdelning sjuksköterskan utsätts för en traumatisk händelse där man med hjälp av studiens resultat kan dra slutsatsen att copingstrategier är av vikt oavsett val av arbetsplats, vilket talar för studiens kliniska implikation och betydelse.

Författarnas arbetsfördelning

Under arbetets gång har vi arbetat gemensamt med datainsamlingen till studien. Förutom granskning av artiklar, där Anton granskade de kvalitativa artiklarna och Malin de kvantitativa, har allt arbete skett på gemensamma grunder. Rörande den skriftliga delen av arbetet valde vi att dela upp olika rubriker där Anton skrivit rubrikerna; akutsjuksköterskans

ökade utsatthet, traumatisk händelse, stressreaktioner, omvårdnadsperspektiv och Malin skrivit rubrikerna; problemområde, coping, definition av huvudbegrepp och syfte. Metodavsnittet är skrivet gemensamt. Resultatdelen var uppdelad där Anton skrev resultaten för de kvalitativa artiklarna motsvarande Malin för de kvantitativa artiklarna där vi tillsammans skrev det sammanvävda resultatet. Under metoddiskussionen har Malin skrivit de 3 första styckena och Anton de 5 efterkommande. Under Resultatdiskussionen har Malin skrivit de delar som tar upp resultat från vår studie och Anton skrivit delar där resultat jämförts mot annan forskning. Slutligen har slutsats och kliniska implikationer skrivits gemensamt. Layout såsom tabeller och diagram har Malin gjort.

Referenser

* = Kvalitetsgranskade artiklar som ingår i studiens resultat

Adeb-saeedi, J. (2002). Stress Amongst Emergency Nurses. *Australian Emergency Nursing Journal*, 5(2), 19-24.

*Adriaenssens, J., de Gucht, V. & Maes, S. (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 49(11), 1411-1422.

Almén, N. (2007). *Stress- och utmattningsproblem: kognitiva och beteendeterapeutiska metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Beck, C.T. (2011). Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1-10.

Bergh Johannesson, K. (2007). Psykologiskt omhändertagande av skadade I S. Lennquist (Red.) *Traumatologi* (s 473-482). Stockholm: Liber

Birkler, J. (2008). *Vetenskapsteori: En grundbok*. Stockholm: Liber.

Brattberg, G. (2008). *Att hantera det ohanterbara: Om coping*. Stockholm: Värkstanen.

Browning, L., Ryan, C. S., Thomas, S., Greenberg, M., & Rolniak, S. (2007). Nursing specialty and burnout. *Psychology, Health, & Medicine*, 12(2), 248–254.

*Brysiewicz, P. & Uys, LR. (2005). The lived experiences of health professionals confronting the sudden death of clients in Level 1 Emergency Departments in KwaZulu-Natal. *Curationis* 28(5), 37-43.

Brottsförebyggande rådet. (2013). *Våld och misshandel*. Hämtad 1 januari 2014 från <http://www.bra.se/bra/brott--statistik/vald-och-misshandel.html>

Centrala etikprövningsnämnden. (2013). *Personuppgifter i forskningen: vilka regler gäller?*. Hämtad 30 december 2013 från <http://www.epn.se/media/63764/faktabroschyr-pul-forskning.pdf>

Chang, E.M., Daly, J., Hancock, K.M., Bidewell, J.W., Johnson, A., Lambert, V.A. & Lambert, C.E. (2006). The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *Journal of Professional Nursing*, 22(1), 30-38.

*Crabbe, J.M., Bowley, D.M.G, Boffard, K.D., Alexander, D.A. & Klein, S. (2004). Are health professionals getting caught in the crossfire? The personal implications of caring for trauma victims. *Emergency Medicine Journal* 21(5), 568-572.

Dominguez-Gomez, E. & Rutledge, D.N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing* 35(3), 199-204.

Fereday, J. (2006). The role of performance feedback in the self-assessment of competence: A research study with nursing clinicians. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)* 13(1), 10-15.

Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue as a secondary traumatic stress disorder: an overview I C.R. Figley (Red.), *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder* (s. 1-20). New York: Brunner/Mazel

Florin, J. (2009). Omvårdnadsprocessen. I A., Ehrenberg, L., Wallin, & A., Edberg (Red.), *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling*. (s. 47-82). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. utg.). Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur.

Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1991). Coping and emotion. I A. Monat & R.S. Lazarus. (Red.), *Stress and coping: An Anthology*. (s.207-227). New York: Columbia University Press.

*Gillespie, G.L. & Gates, D.M. (2013). Using Proactive Coping to Manage the Stress of Trauma Patient Care. *Journal of Trauma Nursing* 20(1), 44-50.

Göransson, K., Eldh, A.C. & Jansson, A. (2008). *Triage på akutmottagning*. Lund: Studentlitteratur.

Healy, S. & Tyrrell, M. (2011). Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. *Emergency nurse: the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 19(4), 31-37.

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

Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D.R., Wetsel, M.A., Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of emergency nursing: JEN: official publication of the Emergency Department Nurses Association* 36(5), 420-427.

Jonsson, P. (2005). *Stress vid kriser: grundläggande psykotraumatologi och praktisk krishantering*. Stockholm: Nätnavet.

Johnson, H., Thompson, A. & Downs, M. (2009). Non-Western interpreters' experiences of trauma: the protective role of culture following exposure to oppression. *Ethnicity & Health* 14(4), 407-418.

*Jonsson, A. & Halabi, J. (2006). Work related post-traumatic stress as described by Jordanian emergency nurses. *Accident and Emergency Nursing* 14(2), 89-86.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. (2.utg). Lund: Studentlitteratur.

Laposa, J.M. & Alden, L.E. (2003). Posttraumatic stress disorder in the emergency room: exploration of a cognitive model. *Behaviour Research and Therapy* 41(1), 49-62.

*Lavoie, S., Talbot, L.R. & Mathieu. (2011). Post-traumatic stress disorder symptoms among emergency nurses: their perspective and a 'tailor-made' solution. *Journal of Advanced Nursing* 67(7), 1514-1522.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1991). The concept of coping. I A. Monat & R.S. Lazarus. (Red.), *Stress and coping: An Anthology*. (s.189-206). New York: Columbia University Press.

Mishra, S., Goebert, D., Char, E., Dukes, P. & Ahmed, I. (2010). Trauma exposure and symptoms of post-traumatic stress disorder in emergency medical services personnel in Hawaii. *Emergency medicine journal*, 27, 708-711.

Monat, A. & Lazarus, R.S. (1991). Introduction: Stress and Coping: Some Current Issues and Controversies. I A. Monat & R.S. Lazarus. (Red.), *Stress and coping: An Anthology*. (s.1-15). New York: Columbia University Press.

Nordstedts Engelska Ord. (u.å.). *Cope*. Hämtad 12 december, 2013 från <http://www.ord.se/oversattning/engelska/?s=cope&l=ENGSVE>

Ollmark, L. (2010). Trauma. Hämtad 12 februari, 2013, från <http://www.psykologguiden.se/www/pages/?ID=149&trauma>

Palmsund, M., Svensson, M., Tegbrant, K. & Åborg, C. (2009). *Stress i arbetet* [Broschyr]. Stockholm: Folkhälsoguiden.

Röda Korsets Högskola CF, ÅK. (2005). *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar*. Hämtad 15 november, 2013 från http://www.rkh.se/PageFiles/466/mall_granskning.pdf

Schreuder, J.A.H., Plat, N., Magerøy, N., Moen, B.E., Van der Klink, J.J.L., Groothoff, J.W. & Roelen, C.A.M. (2011). Self-rated coping styles and registered sickness absence among nurses working in hospital care: A prospective 1-year cohort study. *International Journal of Nursing Studies* 48(7), 838-846.

*Scott, T. (2007). Expression of humour by emergency personnel involved in sudden deathwork. *Mortality: Promoting the interdisciplinary study of death and dying* 12(4), 350-364.

Segesten, K. (2012). Ännu en metodbok. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 13-21). Lund: Studentlitteratur.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

Skogstad, M., Skorstad, M., Lie, A., Conradi, H.S., Heir, T. & Weisæth L. (2013). Work-related post-traumatic stress disorder. *Occupational Medicine* 63(3), 175-182

Socialstyrelsen. (2011). *Skadehändelser som föranlett läkarbesök vid akutmottagning: Statistik från Socialstyrelsens Injury Database (IDB) Sverige, 2010*. Hämtad 1 januari 2014 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18491/2011-11-18.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 9 december 2013 från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/ICN.Etisk.kod.webb.pdf>

Transportstyrelsen. (u.å.). *Dödade, svårt och lindrigt skadade*. Hämtad 20 december, 2013 från <http://www.transportstyrelsen.se/sv/Press/Statistik/Vag/Olycksstatistik/Olycksstatistik-vag/Nationell-statistik1/Arsvis-statistik/Personskadeolyckor/>

Van Rhenen, W., Schaufeli, W.B., Van Dijk, F.J.H. & Blonk, R.W.B. (2008). Coping and sickness absence. *International archives of occupational and environmental health* 81(4),

461-472.

* Von Reuden, K.T., Hinderer, K.A., McQuillan, K.A., Murray, M., Logan, T., Kramer, B., Gilmore, R. & Friedmann, E. (2010). Secondary Traumatic Stress in Trauma Nurses: Prevalence and Exposure, Coping and Personal/Environmental Characteristics. *Journal of Trauma Nursing* 17(4), 191-200.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

