

Sjuksköterskans möte med det traumatiserade flyktingbarnet

– Riskfaktorer för PTSD

FÖRFATTARE	Malin Eliason Camilla Hellström
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete HT 2008
OMFATTNING	15 Högskolepoäng
HANDLEDARE	Leeni Berntsson
EXAMINATOR	Monica Moene

Titel:	Sjuksköterskans möte med det traumatiserade flyktingbarnet - Riskfaktorer för PTSD
Titel:	The nurse's encounter with the traumatized refugee child - Risk factors for PTSD
Arbetets art:	Eget arbete, grundnivå
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 Högskolepoäng/ Omvårdnad- Eget arbete/ OM2240
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	24
Författare:	Malin Eliason och Camilla Hellström
Handledare:	Leeni Berntsson
Examinator:	Monica Moene

Sammanfattning

Sverige är ett land som tar emot en stor andel flyktingar varje år, många av dessa är barn. Dessa flyktingar kommer ofta från krigsdrabbade områden, eller är politiska flyktingar och har många gånger upplevt traumatiska händelser. För att vårdpersonal ska kunna ge dessa människor den vård de är i behov av krävs kunskap och kännedom om deras kultur och problematik som hänger samman med de eventuella traumatiska händelser de upplevt. För att förhindra att traumatiserade barn ska få framtida men är det viktigt att fånga upp dessa barn i ett tidigt stadium. Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka hur sjuksköterskan kan fånga upp flyktingbarn med PTSD och vilka riskfaktorer för PTSD som finns hos flyktingbarn. Artiklarna söktes på Pub Med och Cinahl och sökorden som användes var *PTSD*, *refugee children*, *risk factors* och *war trauma*. Artiklarna söktes även genom manuell sökning. Sökorden fanns med i artiklarnas titel eller sammanfattning och dess innehåll skulle vara relevant för litteraturstudiens syfte. Granskningen av artiklarna resulterade i två kvalitativa och nio kvantitativa artiklar vilka utgjorde underlaget för resultatet. Resultatet av de granskade artiklarna visade att det var sex riskfaktorer för PTSD som var återkommande, vilka fick utgöra rubriker i resultatet: separationer, föräldrarnas fysiska och mentala hälsa, sociokultur och livssituation, traumatiska händelser, ålder och kön. Resultatet visade att barn med PTSD kan vara svårupptäckta då barn med PTSD-symtom kan vara socialt välfungerande. Att som sjuksköterska vara uppmärksam på PTSD-symtom och dess riskfaktorer är viktiga förutsättningar för att kunna fånga upp barn med PTSD. Trots att många flyktingbarn lider av PTSD anser vi att det inte finns tillräckligt med forskning inom detta ämne. Förslag till fortsatt forskning är hur vårdpersonal kan bemöta barn med PTSD på bästa sätt.

Nyckelord: *PTSD*, *flyktingbarn*, *riskfaktorer*, *traumatiska händelser*, *känslighet*

Keywords: *PTSD*, *refugee children*, *risk factors*, *trauma*, *vulnerability*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	0
BAKGRUND	3
HISTORIA.....	4
DEFINITIONER OCH BEGREPPSFÖRKLARINGAR	4
PTSD DIAGNOSTISERING	5
KRISREAKTIONSFASERNA.....	5
<i>Chockfasen</i>	5
<i>Reaktionsfasen</i>	5
<i>Bearbetningsfasen</i>	5
<i>Nyorienteringsfasen</i>	5
TRAUMAUPPLEVELSER OCH PTSD- SYM TOM HOS BARN I OLIKA ÅLDRAR	6
<i>Förskoleåldern</i>	6
<i>Skolbarn</i>	6
<i>Ungdomar</i>	7
BEMÖTANDE AV TRAUMATISERADE PERSONER.....	7
BEHANDLING AV TRAUMATISERADE BARN	7
PATRICIA BENNER OCH JUDITH WRUBELS.....	8
PROBLEMOMRÅDE	10
SYFTE.....	11
METOD	11
SÖKORD OCH DATABASER	11
INKLUSIONSKRITERIER.....	12
EXKLUSIONSKRITERIER.....	12
ANALYS OCH BEARBETNING AV INSAMLAD DATA	12
RESULTAT	12
SUBJEKTIVA UPPLEVELSER OCH OBJEKTIVA IAKTTAGELSER AV PTSD- SYM TOM	12
RISKFÄKTORER	13
<i>Separationer</i>	13
<i>Föräldrarnas mentala och fysiska hälsa</i>	14
<i>Sociokultur och livssituation</i>	14
<i>Traumatiska händelser</i>	15
<i>Ålder</i>	15
<i>Kön</i>	16
DISKUSSION	16
METODDISKUSSION.....	16
RESULTATDISKUSSION	17
<i>Slutsats</i>	21
<i>Förslag på vidare forskning</i>	21
REFERENSLISTA	22

BILAGA 1. PTSD diagnostiseringsmodell

BILAGA 2. Artikelsammanställning

INLEDNING

De flesta människor upplever någon gång i livet minst en traumatisk händelse. Enligt Resvick (1) indikerar studier att cirka 70 % av världens befolkning någon gång i livet drabbas av en traumatisk upplevelse och att cirka 8-24 % av dessa personer någon gång under sin livstid diagnostiseras med Posttraumatisk stressyndrom (PTSD). PTSD är en psykisk störning i form av ångestsyndrom (2, 3). Ångestproblem under uppväxten påverkar hela den personliga utvecklingen genom att barn i största möjliga mån försöker undvika sin ångest. Detta styr de val de gör inför vuxenlivet. Det är därför viktigt att behandla ångestproblem hos barn och ungdomar (4).

Enligt barnkonventionen har flyktingbarn med PTSD rätt till adekvat vård. Artikel 39 (5) lyder:

"Konventionsstaterna skall vidta alla lämpliga åtgärder för att främja fysisk och psykisk rehabilitering samt social återanpassning av ett barn som utsatts för någon form av vanvård, utnyttjande eller övergrepp; tortyr eller någon annan form av grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning; eller väpnade konflikter. Sådan rehabilitering och sådan återanpassning skall äga rum i en miljö som befrämjar barnets hälsa, självrespekt och värdighet" (5 s. 40).

Flyktingbarn med PTSD har ofta blivit utsatta för någon typ av traumatisk händelse (6) som nämns ovan och enligt ovanstående beskrivning har de därför rätt till rehabilitering och social återanpassning på ett sådant sätt som barnkonventionen beskriver.

Sverige har drygt en miljon invandrare och många av dem är människor som tvingats fly sitt land (2). I yrket som sjuksköterska finns stor sannolikhet att komma i kontakt med flyktingbarn i kris och det är då viktigt att kunna hantera det. För att kunna ge adekvat vård till flyktingbarn med PTSD bör vårdpersonal få ökade kunskaper i ämnet. Det finns en mängd studier om PTSD, men enligt litteraturstudiens författares efterforskningar finns det inte tillräckligt med studier om flyktingbarn med PTSD. Vi har därför valt att göra en litteraturstudie om flyktingbarn med PTSD, hur sjuksköterskor kan fånga upp dessa barn och vilka riskfaktorer för PTSD som finns hos flyktingbarn.

BAKGRUND

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (7) skall sjuksköterskor tillgodose patienters basala och specifika omvårdnadsbehov när det gäller både fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga behov. Sjuksköterskor ska även ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Samt att förvissa sig om att patienten och dess närstående förstår den givna informationen och uppmärksamma patienter som inte själva uttrycker ett behov av information eller de som har ett speciellt uttalat behov (7). Dessa punkter i kompetensbeskrivningen är särskilt viktiga i omhändertagandet av flyktingbarn.

HISTORIA

Sedan det Amerikanska inbördeskriget på 1860-talet har det dokumenterats om människors psykiska besvär efter att dem har blivit utsatta för extrema händelser. Ofta handlar det om soldater i krig. Men sedan andra världskriget har det tillkommit dokumentation om de psykiska besvär som drabbat människor som utsatts för koncentrationsläger, tortyr, naturkatastrofer och våldtäkter (6). Uttrycket PTSD uppkom efter Vietnamkriget (1957-1975) (1). I början på 1980-talet var det en grupp Amerikanska psykologer som utredde olika beskrivningar av stressreaktioner, efter traumatiska upplevelser, för att komma fram till en minsta gemensam nämnare för en symtombild. Den symtombild de fann återkommande för människor som utsatts för extrema händelser kom att benämnas Post Traumatisk Stress Disorder (PTSD). Definitionen av PTSD förändras vartefter erfarenheten om det utökas (6).

Sverige har år 2004 drygt en miljon invånare av utländsk härkomst och på grund av Sveriges invandrings- och flyktingpolitik finns här en större andel av etniska, religiösa och politiska minoriteter än i många andra länder (2). När personer med annan kulturell och etisk bakgrund söker sjukvård kan språksvårigheter ge diagnostiska problem. På grund av språkförbistringar och bristande kulturkännedom finns en tendens att förbise allvaret i många utlandsföddas psykiska problem. Det krävs därför kulturkompetens och i många fall språkkännedom för att kunna behandla flyktingars, asylsökandes och invandrares psykiska problem (2).

DEFINITIONER OCH BEGREPPSFÖRKLARINGAR

PTSD är en psykisk störning som föregåtts av ett psykiskt trauma där krisreaktionen inte gått tillbaka på ett naturligt sätt (8).

Psykiskt trauma innebär ett inflöde av stimuli som är så starkt att kroppens funktioner och försvarsmekanismer inte förmår att bemästra det (9). Traumat kan exempelvis innebära upplevelser av krig, död, hot, tortyr, våldtäkt och misshandel. Den drabbades reaktion skall ha präglats av intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck (10).

Trygghet är av stor betydelse i vården och i bemötandet av flyktingar med PTSD (11). Nationalencyklopedin definierar ordet trygg som att inte känna oro eller hot från händelser som utgör en del av människans omgivning och att en person ger intryck i att vara lugn och obekymrad och genom sin närvaro sprida denna känsla till omgivningen (12).

Flykting definieras som en person som lämnat sitt hemland och inte kan återvända dit på grund av rädsla för förföljelse beroende på ras, nationalitet, tillhörighet till en viss samhällsgrupp, religiösa eller politiska uppfattningar. Som flykting räknas även personer som tvingats lämna sitt hemland på grund av krig (13).

PTSD DIAGNOSTISERING

(För fullständig diagnostiseringsmodell, se bilaga 1).

Sammanfattningsvis karaktäriserar tre symptomgrupper PTSD:

- Ett ständigt och plågsamt *återupplevande* av händelsen
- Ett ständigt *undvikande* av stimuli som kan associeras till den traumatiska händelsen.
- Ihållande symtom på *överspändhet* (3).

KRISREAKTIONSFASERNA

Människor som råkar ut för katastrofartade händelser reagerar ofta efter följande reaktionsmönster (2, 6).

Chockfasen

Den första tiden efter en traumatisk händelse brukar kallas för chockfasen. Den varar vanligen från några minuter upp till en timme, men den kan också vara ett par dygn och i undantagsfall ännu längre. Även om den utsatte uppträder lugnt och sansat behöver det inte betyda att denne är opåverkad av den traumatiska händelsen. Det kan istället handla om att personen befinner sig i chockfasen och upplever ett fullt kaos inombords (2). I denna fas kapitulerar känslan av oöverbinnlighet vilket innebär att personen uppfylls av starka, labila känslor. Personen kan då uppträda förvirrat, förstummad eller orimligt uppyrmd (6). Ett bra bemötande i denna fas innebär kroppskontakt, bekräftande av personen och dess upplevelser, att lyssna och skapa trygghet (2).

Reaktionsfasen

Detta är en fas som varar från ett par timmar upp till ett par veckor (2). Under denna fas försöker den drabbade komma i psykisk balans igen. Karaktäristiskt är medvetenhet och eftertanke (6). De patienter som söker akut i detta läge oroar sig ofta över att deras reaktioner skulle vara onormala eller för att de vill ha hjälp mot ångest och sömnsvårigheter. Det händer att personer söker vård sent i reaktionsfasen och inte kopplar ihop sambandet mellan den traumatiska händelsen och sina besvär (2). Det finns kvar en del symtom från chockfasen men allt eftersom tiden går återfinner sig den psykiska stabilitet som personen tidigare haft (6). Ett bra bemötande i denna fas är en tillåtande, empatisk attityd som förmedlar att dessa reaktioner är naturliga (2).

Bearbetningsfasen

Denna fas varar från ett par dagar upp till flera månader. Patienter som söker vård i detta läge kan känna att de inte kommer vidare och att deras depressiva inslag inte går över. Normalt sett fortskrider inte krisreaktioner kontinuerligt utan kommer i vågor som varar ett par timmar eller ett par dagar i taget (2). I de fall där bearbetning stannar upp i någon av faserna och personen blir kvar i en fas av rädsla, ångest och sorg utvecklas PTSD-symtom (6).

Nyorienteringsfasen

Denna fas pågår hela livet och gör sig påmind vid nya trauman (2). Slutligen nås en ny stabil psykisk balans där de traumatiska erfarenheterna blir en del av personens tankevärld (6).

TRAUMAUPPLEVELSER OCH PTSD- SYMTOM HOS BARN I OLIKA ÅLDRAR

Förskoleåldern

Förskolebarn är särskilt sårbara vid allvarlig fara. I denna ålder är barn egocentriska och tror att de själva och det som kretsar runt dem är medelpunkten i universum. Denna världsbild kan göra att barn som utsatts för traumatiska händelser tror att allt är deras fel. Barn i denna ålder har dålig inlevelseförmåga och förstår kanske inte föräldrarnas reaktioner på extrema händelser utan tror det hänger samman med något de själva gjort (6). Små barn som upplever en traumatisk händelse har färre erfarenheter än större barn och ungdomar, vilket gör det svårare för dem att tolka en situation eller en händelse (14). Deras begränsade fysiska förmåga och förmåga att begripa vad som händer kräver att någon vuxen skyddar dem. Då de utsatts för fara kan de inte ens i fantasin förstå hur de ska klara sig ur den hotfulla situationen. Att förskolebarnen är beroende av sina föräldrar gör dem känsliga för föräldrarnas reaktioner (6). Detta innebär att små barn i en akut eller farlig situation kan hålla sig lugna om föräldrarna är lugna. En situation där ett barn i förskoleåldern varit med om en traumatisk upplevelse och som upplevt fruktan och ångest, kan leda till att barnen inte vågar lämna sin trygga punkt, vilket ofta utgörs av mamma och pappa (14). Förskolebarn kan i den akuta fasen direkt efter en traumatisk upplevelse te sig tillbakadragna och i vissa fall stumma. Andra vanliga symtom i denna ålder är separationsångest, regression till föremål som de använt då de var mindre, rädslor, fobier, överdriven ängslighet, mardrömmar och sömnstörningar. Speciellt för förskolebarnet är också att de leker lekar med traumatiska teman. De traumatiska lekarna är glädjelösa och återkommande och är inte till hjälp för barnets bearbetning av traumat (6).

Skolbarn

Skolbarn är inte hjälplösa på samma sätt som de mindre barnen då de konfronteras med traumatiska händelser (6). Barn i skolåldern har en ökad förståelse för vad som händer och har hänt i en specifik situation. Den ökade förståelsen innebär även att de har förmågan att tänka att den hemska händelsen kan hända igen, eller en rädsla för att liknande händelser ska uppstå (14). De har förmåga att i sin fantasi fundera ut handlingsplaner, ofta handlar det om hur de ska agera i fortsättningen och om hämnd. Sådana fantasier kan vara ett sätt att handskas med skuld känslor över att inte ha agerat under själva traumat (6). Efter en traumatisk upplevelse väljer barn ofta att inte tänka på sina känslor och minnen från händelsen genom att sysselsätta sig med något annat. Händelseförloppet tar en större plats hos barn i skolåldern. De funderar kring vem som bär ansvaret och på eventuella orättvisor. I fantasier kan de även vända på händelseförloppet och rädda de som varit inblandade och så vidare (14). Barn i skolåldern har fler PTSD- symtom än mindre barn och lider på liknande sätt som vuxna av påträngande minnen som de försöker förtränga. Barnen uppfattas då ha koncentrationssvårigheter. Det finns de barn som ältar detaljerade berättelser om den traumatiska händelsen vilket är ett sätt för dem att skydda sig från ångest och rädsla. Hjern (6) nämner termer som pseudofobi och traumafobi vilket är en rädsla för saker som associerar till den traumatiska händelsen. Barn med PTSD- symtom uppträder ofta irriterat och kan vara elaka och provocerande mot andra barn vilket leder till

sekundärsymtom för PTSD som sämre självkänsla och dåligt självförtroende. Även barn i skolåldern ägnar sig åt traumatiska lekar, deras lekar är dock mer genomtänkta och ibland drar de med sina vänner i lekarna (6).

Ungdomar

Under tonårstiden befinner sig ungdomarna i en period där de är mycket sårbara för traumatiska händelser (6). Ungdomar har ett liknande reaktionsmönster som vuxna vad det gäller reaktioner efter en traumatisk händelse och PTSD-symtom (6, 14). Under tonårstiden är ungdomar identitetssökande vilket gör att en traumatisk upplevelse med PTSD som följd ofta leder till störningar i tonåringars skapande av en identitet. Detta kan yttra sig genom brådmogenhet eller en asocial identitet (6). De upplever ofta starka känslor och kan ha svårt att uttrycka dem. Vissa tonåringar försöker undertrycka reaktionerna och blir inåtvända medan andra tonåringar under en period blir utåtagerande, vilket kan yttra sig i form av missbruk, sexuella utlevelser och lättja (6, 14). Dessa tonåringar kan ha en rebellisk attityd som är svår att tränga igenom. Ibland förekommer det att tonåringarna blir självdestruktiva vilket är ett sätt att dämpa de skuld-känslor som hänger ihop med den traumatiska händelsen eller för att komma undan ångest och smärtsamma minnen (6, 14). Tonåringar kan även vara mycket fördömande mot sig själva och ställer ofta orimliga krav relaterat till sina handlingar och sitt agerande vid den traumatiska händelsen (14). Skillnaden mellan mindre barn och de ungdomar som kommit upp i tonåren är att ungdomar inser hur deras framtid kan komma att påverkas av det de varit med om (6, 14). De känner otillräcklighet och är medvetna om den stigmatisering som ofta följer en traumatisk händelse (6).

BEMÖTANDE AV TRAUMATISERADE PERSONER

Bemötandet och behandlingen av en traumatiserad människa kräver goda kunskaper inom både det medicinska och psykologiska området. Det kräver också empati för att kunna ha en förståelse för dessa människors tankar och känslor samt en god självkänedom med en medvetenhet om sina egna reaktioner och känslor. De egna känslorna kan göra det svårt att agera utefter de kunskaper som besittes i situationer där behandlaren blir berörd. Viktigt att tänka på i mötet med traumatiserade människor är att ge adekvat och konsekvent information. Den traumatiserade personen bör få informationen i mindre doser vid de rätta tillfällena så denne kan tillgodogöra sig den information och de råd som gives. Det finns olika typer av behandlingsformer och den typ som passar bäst är individuellt. Det är viktigt i mötet med den utsatta personen att förmedla en känsla av säkerhet och trygghet för den fortsatta behandlingen (11).

BEHANDLING AV TRAUMATISERADE BARN

Traumatiserade barn behandlas ofta tillsammans med sina föräldrar och enligt Hjern (6) finns det inte mycket dokumentation på området. Föräldrarna har en viktig roll i behandlingen och ibland sker behandlingen via dem. Det är en fördel att om möjligt starta upp behandlingen genom att träffa hela familjen för att sedan ta ställning till vilken typ av behandlingsstrategi som ska förlöpa. Olika behandlingsstrategier kan se ut på olika sätt. Är barnet i behov av att bearbeta egna svåra upplevelser är det att

föredra att barnet får gå i terapi individuellt. Detta varvas med samtal tillsammans med föräldrar och ibland med hela familjen. I vissa fall behöver även någon eller båda föräldrarna behandling. Delar syskonen de traumatiska upplevelserna kan dessa få gemensam terapi. Ibland sker ett samarbete tillsammans med skola, dagis, socialtjänst eller primärvård (6).

Leken spelar en viktig roll för barn då de bearbetar sina upplevelser. Hemska minnen och situationer gestaltas, då de bearbetas genom exempelvis lekar, teckningar och sånger. Det bör observeras att det som kallas posttraumatiska lekar däremot är glädjelösa och uppreppande lekar kring den traumatiska händelsen har en destruktiv effekt på barnets bearbetning av traumat. Syftet med leken som behandlande effekt på traumatiserade barn är att de genom leken kan tala om sina upplevelser på ett konstruktivt sätt. I en studie från Israel behandlades barn som utsatts för att gisslandrama enligt följande modell: (6).

Barnen fick uttrycka sina *aggressioner* i form av teckningar som sedan diskuterades. Detta hjälpte barnen att få utlopp för den ilska de kände och rikta den mot något konkret. *Rädsla för ljud* behandlades med hjälp av avslappning. Genom *skapande verksamhet* fick barnen uttrycka sig med hjälp av teckningar och dikter. *Kognitiv bearbetning* gav barnen möjlighet att gå igenom händelsen igen och tala om hur de skulle agera om samma händelse skedde igen. *Katharsis* (avreaktion) innebär att barnen uppmuntrades till att gestalta det onda de utsatts för och sedan förgöra det, på så vis fick barnen utlopp för de negativa känslor de hade. Barnen uppmuntrades till *aktiviteter* i smågrupper och att i så stor utsträckning som möjligt gå tillbaka till sina vanliga *rutiner*, exempelvis genom att gå ut och leka och att sova i sina egna sängar. Som *avslutning* trappades behandlingsmötena med barnen successivt ut och de flesta barnen återgick till sina vanliga rutiner. Uppföljningen åtta månader senare visade att i princip alla barnen var symtomfria förutom rädsla för starka ljud. Snabba insatser och ett bra samarbete med föräldrar och skola visade sig ha betydelse för behandlingens framgång (6).

PATRICIA BENNER OCH JUDITH WRUBELS OMVÅRDNADSTEORI

Benner och Wrubels (15) grundar sin omvårdnadsteori på en fenomenologisk tolkning av världen och de har omsorg som huvudbegrepp. (Citaten nedan är översatta från engelska till svenska av litteraturstudiens författare).

Omsorg definieras av Benner och Wrubel som ett sätt att förhålla sig till omvärlden. Att känna omsorg innebär att saker och ting är betydelsefullt eller meningsfullt för en person. Det kan till exempel handla om att känna omsorg om personer, händelser, saker och projekt. Eftersom omsorg talar om vad som är betydelsefullt för någon innebär det även att det talar om vad som räknas som stressande. Det talar även om vilka alternativ personen har att bemästra en situation på. Om personen inte känner omsorg kan inte en händelse vara stressande.

Hälsa. Benner och Wrubels hälsodefinition ligger nära Antonovsky's syn på hälsa då de

liksom Antonovsky betonar vikten av känsla av sammanhang. De definierar hälsa som *En känsla av sammanhang som har sitt ursprung i den sociokulturella grupp som individen tillhör med en integrerad mening som individen lever ut genom sina speciella intressen* (15 s. 159).

Välbefinnande definierar Benner och Wrubel som *överensstämmelse med den enskildes möjligheter och faktiska vanor och upplevda mening och baseras på omsorg och en känsla av att vara omhändertagen* (15 s. 160). De hävdar att en person måste ha **symtom** på en **sjukdom** eller ett tillstånd, för att personen ska uppleva sig som sjuk eller ha ohälsa. De anser att det inte är tillräckligt med en patologisk förändring för att en person ska känna sig sjuk. Det är den subjektiva upplevelsen av sjukdom som ger en person ohälsa. På liknande sätt skiljer författarna på välbefinnande och hälsa, en person kan ha ohälsa men ändå uppleva välbefinnande.

En definition av **stress** är *en störning i mening, förståelse och ohämmad funktion, som leder till upplevelse av hot, förluster eller utmaningar, och som kräver sorgearbete, tolkning eller nya färdigheter* (15 s. 59). En person upplever stress när denne upplever att något som är betydelsefullt riskerar att gå förlorat.

Bemästrande beskriver Benner och Wrubels i relation till stress som *Stress är en upplevelse av störningar i mening, förståelse och invand funktion. Bemästrande är personens sätt att hantera denna störning* (15 s. 62).

Benner och Wrubel definierar fyra egenskaper som karakteriserar människan: Kroppslig intelligens (embodies knowledge), bakgrundsförståelse (meaning of being), speciella intressen (concerns) och att vara placerad i en situation (encounter situation). Dessa fyra egenskaper är det grundläggande samband mellan personen och dennes kontext. Benner och Wrubel menar att människan inte kan delas in i en kropp och en själ. Då de beskriver begreppet **kroppslig intelligens** menar de att människans kroppsliga känslor och sinnesintryck är medfödda egenskaper som är under ständig utveckling och som människan är helt beroende av. Det är en mer grundläggande och primär kunskap än den kunskap som erhålles genom reflexioner om sin omvärld och sig själv. Det är dock en egenskap som är viktig och högt utvecklad för att bemästra olika situationer.

Bakgrundsförståelse definierar Benner och Wrubel som den förståelse och kunskap som erhålls genom att växa upp i en kultur. Den typen av kunskap och förståelse förmedlas inte med ord utan nedärvs med hjälp av språket och andra kulturbetingade former. Hur en person tolkar sin omvärld beror av dennes bakgrundsförståelse.

De **speciella intressen** är det som engagerar människan och definierar personen. De visar vad som är viktigt för en person, speglar vem personen är samt hur denne upplever och tolkar världen.

Enligt Benner och Wrubel befinner sig människan alltid i en situation, därav kommer **situationsbegreppet**. Hur människan uppfattar och förhåller sig till varje situation beror av den kroppsliga intelligens, vilken bakgrundsförståelse personen besitter samt vilka speciella intressen personen har. På så sätt knyts människans karaktäristiska egenskaper

samman och leder fram till förmågan att fungera ohämmat i situationerna. Det vill säga att personen handlar adekvat utan att behöva stanna upp och analysera situationen för att kunna fortsätta.

Benner och Wrubel beskriver också människan i en kontext. Situationsbegreppet och kontextbegreppet skiljer sig från varandra på så sätt att situationsbegreppet åsyftar upplevelser här och nu. **Kontextbegreppet** däremot innefattar hela personens livshistoria med kulturella aspekter, samt också vilken tidpunkt i livet personen befinner sig i. Benner och Wrubel menar att då människan hamnar i nya främmande situationer är de förmågor som krävs för att personen ska agera ohämmat otillräckliga. Personen måste då stanna upp och analysera situationen. Detta leder till en störning i den ohämmade funktionen som människan besitter. Denna störning benämns av Benner och Wrubel som stress. Benner och Wrubel kommer vidare fram till begreppet bemästrande. Det är genom bemästrande som personen kan hantera stressen. Avgörande för vad som är stressframkallande samt vilka bemästringsstrategier personen besitter är beroende av den bakgrundsförståelse personen har i kombination med de speciella intressena och vilka färdigheter personen har kommit att erhålla. Tidigare erfarenheter, förväntade upplevelser och var i livet personen befinner sig kan knytas till situationen i nuet vilket då påverkar personens bemästringsstrategier och förmåga. Vidare styr också den kulturella och sociala kontexten bemästringsstrategi och förmåga. Detta medför att hälsotillståndet har ett starkt samband med kulturella och sociala fenomen. För vårdgivare gäller det att utgå ifrån personens bemästringsmöjligheter då de ska hjälpa personen att uppnå hälsa. Det innebär att väga in det kulturella och sociala ursprung personen har.

PROBLEMRÅDE

Sverige är ett land som tar emot en stor andel flyktingar varje år, många av dessa är barn. Dessa flyktingar kommer ofta från krigsdrabbade områden, eller är politiska flyktingar och har många gånger upplevt traumatiska händelser. Enbart att hamna i en ny kontext kan enligt Benner och Wrubel (15) leda till stress. För att flyktingbarn ska kunna bemästra denna stress krävs det ett stort stöd och trygghet. För att vårdpersonal ska kunna ge dessa människor den vård de är i behov av krävs kunskap och kännedom om deras kultur och problematik som hänger samman med de eventuella traumatiska händelser de upplevt. För att förhindra att traumatiserade barn ska få framtida men är det viktigt att fånga upp dessa barn i ett tidigt stadium. Vi anser att det inte finns tillräckligt med dokumenterad kunskap om riskfaktorer för PTSD samt hur vårdpersonal kan upptäcka traumatiserade flyktingbarn. Vi vill därför undersöka hur sjuksköterskan kan fånga upp flyktingbarn med PTSD samt de flyktingbarn som riskerar att drabbas av PTSD.

SYFTE

Syftet med studien är att undersöka hur sjuksköterskan kan fånga upp flyktingbarn med PTSD och vilka riskfaktorer för PTSD som finns hos flyktingbarn.

METOD

SÖKORD OCH DATABASER

10 november söktes artiklar på databasen Pub Med med begränsning på artiklar på svenska och engelska. Sökorden som användes var "PTSD, refugee children, risk factors". Detta resulterade i 27 artiklar. Tre artiklar som var publicerade i Läkartidningen, tre artiklar som var litteraturöversikter och fyra artiklar som inte fanns tillgängliga som elektroniska fulltextartiklar exkluderades. Ytterligare sju artiklar exkluderades efter att ha läst sammanfattningarna då de inte var relevanta för litteraturstudiens syfte. De resterande 10 artiklarna granskades noggrant och av dessa inkluderades sex artiklar i litteraturstudien (18, 19, 20, 21, 22, 23).

10 november genomfördes även en sökning med sökorden "PTSD, refugee children", på Pub Med, med begränsning på artiklar på svenska och engelska, vilket resulterade i 174 artiklar. För att begränsa antalet träffar tillades begränsningen *links to free full text*. Detta resulterade i 11 artiklar, vilka alla granskades. En artikel exkluderades på grund av att den var en litteraturöversikt och nio artiklar exkluderades då de inte var relevanta för litteraturstudiens syfte. En artikel inkluderades i litteraturstudien (24).

Sökningarna fortsatte 11 november på databasen Cinahl, där en sökning med sökorden "PTSD, children, war trauma" genomfördes, utan begränsningar, vilket resulterade i tre artiklar. Alla artiklar granskades och två exkluderades då den ena inte var relevant för litteraturstudiens syfte och den andra inte berörde flyktingbarn. En artikel inkluderades i litteraturstudien (25).

Efter bearbetning av bakgrunden framkom att Birgitta Angel och Anders Hjern är forskare på det område denna litteraturstudie handlar om och de var ständigt återkommande i använd litteratur. Detta ledde till en manuell artikelsökning 14 november på deras namn (Angel B, Hjern A) på Pub Med. Detta resulterade i fyra artiklar varav två exkluderades, efter att ha läst sammanfattningen, då de inte berörde PTSD. De andra två artiklarna granskades varav en exkluderades då den inte berörde några riskfaktorer för PTSD och på så sätt inte uppfyllde litteraturstudiens syfte. Den andra artikeln inkluderades i litteraturstudien (26).

Efter att ha läst flera artiklar skrivna av Ilse Derluyn ledde detta till en manuell artikelsökning, 17 november, på hennes namn (Ilse Derluyn) i databasen Snabbsök. Detta resulterade i fem artiklar. En av dem var redan inkluderad i litteraturstudien, två av dem var redan bearbetade och exkluderade på grund av irrelevans för litteraturstudiens syfte och den fjärde var inte heller relevant för litteraturstudiens syfte. En artikel inkluderades (27).

Efter att den 18 november läst en artikel i Svenska Dagbladet om en studie publicerad på Rädda Barnens hemsida, söktes denna studie upp manuellt. Denna studie inkluderades i litteraturstudien (17). Slutligen inkluderades 11 vetenskapliga artiklar i denna litteraturstudie, varav två artiklar var kvalitativa och nio artiklar var kvantitativa.

INKLUSIONSKRITERIER

Inklusionskriterierna vid artikelsökningarna var elektroniska fulltextartiklar och att ordet PTSD skulle vara med i titeln eller i sammanfattningen. Undantaget var Godanis et. al. (17) studie som undersökte barn med uppgivenhetsymtom, vilket de definierar som en specifik stressreaktion på en traumatisk upplevelse. Studierna skulle beröra riskfaktorer för PTSD och/eller hur sjuksköterskor kan fånga upp flyktingbarn med PTSD och studiernas deltagare skulle bestå av flyktingbarn eller ungdomar.

EXKLUSIONSKRITERIER

Exklusionskriterierna var litteraturöversikter.

ANALYS OCH BEARBETNING AV INSAMLAD DATA

Denna systematiska litteraturstudie bygger på en kvalitativ innehållsanalys med ett induktivt perspektiv av det insamlade materialet (16). Genom att upprepade gånger läsa igenom de utvalda artiklarna bearbetades dessa noggrant vilket gav en förståelse för innehållet. För att finna en röd tråd och fakta som var relevant för litteraturstudiens syfte markerades viktiga och återkommande delar av texten i artiklarna. Efter denna bearbetning framkom tydliga rubriker på riskfaktorer: separationer, föräldrarnas mentala och fysiska hälsa, sociokultur och livssituation, traumatiska händelser, ålder och kön.

RESULTAT

Resultatet presenterar subjektiva upplevelser och objektiva iakttagelser av PTSD-symtom samt de riskfaktorer som varit återkommande i de granskade artiklarna vilka presenteras under rubrikerna nedan.

SUBJEKTIVA UPPLEVELSER OCH OBJEKTIVA IAKTTAGELSER AV PTSD- SYMTOM

Rothe et. al. (24) jämförde självrapporterade PTSD- symtom hos barn och ungdomar från Cuba med iakttagelser angående barnens beteende av barnens lärare efter att ha observerat dem i skolan. Resultatet visar att ingen av de 11 lärarna uppgav att de hade observerat några avvikande beteende hos barnen, medan 57 % av de 87 studerade barnen var diagnostiserade med PTSD. Av de studerade barnen var 25 % dessutom diagnostiserade med hög grad av PTSD.

Papageorgiou et. al. (25) undersökte typen och svårighetsgraden av psykiska problem hos bosniska flyktingbarn. Dessa barn deltog i ett program som startats för att stödja barn som upplevt krig. Programmet innebar att bosnisk-serbiska barn togs ur krigszonen från sina familjer under sju månader och fick då flytta till Grekland för att bo i grekiska värdfamiljer. Syftet var att undersöka relationen mellan krigstrauma och psykopatologi. Av de 95 barn som deltog i studien rapporterade 29 % PTSD- symtom medan 13 % av vårdarna och 6 % av lärarna rapporterade signifikanta psykiska problem hos barnen.

RISKFAKTORER

Separationer

Derluyn et. al. (27) undersökte den psykiska hälsan hos 1294 flyktingar mellan 11-18 år som hade separerats från sina föräldrar jämfört med sina jämlika som inte hade separerats från sina föräldrar. Resultatet visar att de flyktingbarn som kom ensamma var tämligen äldre än de som kom tillsammans med någon. Av de barn som kom ensamma levde 13 % ensamma även i hemlandet, de andra barnen hade blivit tvungna att separera från de personer de levde med i hemlandet, oftast en eller både föräldrarna. Separation från en eller båda föräldrarna var av stor betydelse för ungdomarnas hälsa. Ungdomarna som tvingats separera från båda föräldrarna hade signifikant fler PTSD- symtom. Ungdomar som bara kom med sina fäder hade fler PTSD- symtom än de som kom med båda sina föräldrar eller enbart med sina mödrar. Hodes et. al. (22) undersökte graden av posttraumatisk stress och depressiva symtom samt risk- och skyddsfaktorer bland ensamkommande asylsökande ungdomar i England. Även de kom fram till att separation från föräldrar och familj både medförde fler traumatiska upplevelser och fler PTSD- symtom.

I en studie av Derluyn och Broekaert (20), som bygger vidare på Derluyns et. al. (27) studie, deltog 166 flyktingar mellan 11-16 år. Ett syfte var att undersöka prevalensen av beteende- och känslomässiga problem hos ensamkommande flyktingbarn och ungdomar. Resultatet visade att majoriteten (87 %) av barnen i studien kom till Belgien utan släktingar, 10 % kom tillsammans med sina syskon och 3 % kom med någon avlägsen släkting. Dessa resultat skiljer sig från hur barnen levde i sitt hemland, där 56 % levde med båda sina föräldrar och 14 % levde med någon utav sina föräldrar, 25 % levde med någon annan närstående och 5 % levde ensamma innan migrationen.

Godani et. al. (17) undersökte apatiska barn och använde följande definition *Det apatiska tillståndet, som skall uppfattas som en specifik stressreaktion, kan knytas till belastningar tidigare i livet och svåra potentiellt traumatiserande upplevelser i samband med händelser som initierade familjens flykt* (17 s. 5). I resultatet framkom bland annat att en av de predisponibla faktorerna (*barnens förhållanden, upplevelser och beteenden från spädbarnsperiod och småbarns/latensålder i hemlandet innan de flyktutlösande dramatiska händelserna inträffade* (17 s. 16)) för ett apatiskt tillstånd var separationer av olika slag.

Montgomery och Foldspangs (19) studie vars syfte var att identifiera specifika traumatiska riskindikatorer och förändringsfaktorer för sömnstörningar bland nyanlända

flyktingbarn från mellanöstern. Sömnstörningar och mardrömmar är centrala för diagnostisering av PTSD. Resultatet visade bland annat att barn som kom tillsammans med sina föräldrar har en mindre risk att drabbas av sömnstörningar.

Föräldrarnas mentala och fysiska hälsa

Godani et. al. (17) undersökte även mödrarna till de apatiskt sjuka barnen, varav 31 av de 33 mödrarna hade bedömbara uppgifter angående sin hälsa och sina upplevelser. Samtliga 31 mödrar hade varit med om dramatiska händelser i samband med flykten och 14 av dessa hade sedan tidigare väsentlig psykisk ohälsa. Insjukningstiden var signifikant kortare hos de apatiska barn vars mödrar exponerats för dödande samt då barnet hade bevittnat detta i moderns närvaro och barnets behandlingstid var signifikant längre då modern utsatts för våld. Almqvist och Broberg (21) undersökte anhörigas betydelse för risk- och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa och social anpassning hos flyktingbarn. Även det resultatet visade vikten av att ha en välmående mor. Den starkaste faktorn för ett välmående barn var en välmående mor. Vidare visade studien att barn som utsatts för allvarlig traumatisk stress var associerat till föräldrar som utsatts för allvarlig traumatisk stress.

Montgomery och Foldspang (19) fann att barn vars föräldrar blivit torterade löpte en större risk för att drabbas av sömnstörningar. Det framkom också att barnen löpte en större risk för sömnstörningar om fadern mer än innan anklagade barnet för att göra fel.

Sociokultur och livssituation

Hepinstall et. al. (18) fann ett signifikant samband mellan högre grad av PTSD och familjernas upplevelser av trauma innan migrationen. Den enda post-migrations upplevelse som var signifikant associerad till en högre grad av PTSD var osäkerhet angående familjens asylansökan. Bertholds (23) studie visade däremot att antalet traumatiska händelser som ungdomarna upplevt i hemlandet inte förutsade deras självrapporterade PTSD- nivå, vilket antalet traumatiska händelser de varit med om i USA gjorde. Derluyn och Broekaert (20) och Angels et. al. (26) fann att tiden flyktingfamiljerna hade spenderat i värdlandet hade samband med barnens PTSD-symtom. Ju längre tid de spenderat i landet desto färre PTSD- symtom uppvisade de. Derluyn et. al. (27) fann att tiden som ungdomarna i deras studie hade spenderat i värdlandet inte hade något samband med deras mentala hälsoproblem. Almqvist och Broberg (21) och Berthold (23) fann heller inte något signifikant samband mellan antalet år ungdomarna varit i värdlandet och PTSD. Almqvist och Broberg (21) fann dock att hos de barn som inte hade diagnosen PTSD utan bara några av PTSD-symtomen så minskade PTSD- symtomen med tiden.

Angel et. al. (26) fann att barn som inte umgicks mycket med andra barn totalt sett hade fler problem. Detta orsakssamband var dock oklart. Godani et. al. (17) beskriver predisponibla faktorer som kan ha påverkat de studerade barnens mottaglighet för traumatiska upplevelser. De nämner både inre faktorer såsom beteendestörningar, att barnet uppfattas som en enstöring, oförmåga att leka, inga kamrater, ingen tillit till

andra, självdestruktivitet och yttre faktorer såsom att ha en allvarlig sjukdom, upplevt lång sjukhusvård, levt gömd och isolerad, levt i krigszon, blivit misshandlad, varit mobbad eller upplevt rasistisk förföljelse. Almqvist och Broberg (21) har också de funnit att riskfaktorer för PTSD är att barnet innan den traumatiska händelsen har en känslighet, exempelvis långvarig sjukdom och raseriutbrott.

Hodes et. al. (22) beskriver hur boendearrangemanget för de ensamkommande flyktingarna var av betydelse för graden av PTSD. Att leva i fosterhem var associerat med högre grad av PTSD jämfört med att leva tillsammans med någon familjemedlem. Vidare visade resultatet att det var associerat med lägre grad av PTSD att leva i fosterhem jämfört med att leva ensam.

Resultatet i Montgomery och Foldspangs (19) studie visar att en signifikant riskfaktor för de studerade barnens sömnsvårigheter var mor- och farföräldrarnas bortgång innan barnens födelse. Även längden på faderns utbildning var en signifikant riskfaktor. Ju fler år fadern studerat desto större var risken för barnet att drabbas av sömnsvårigheter.

Traumatiska händelser

Derluyn och Broekaert (20), Hodes et. al. (22), Berthold (23), Rothe et. al. (24) och Papageorgiou et. al. (25) fann att antalet traumatiska händelser som ett barn exponerats för var av signifikant betydelse för PTSD- symtom. Hepinstall et. al. (18) fann att högre grad av PTSD var associerad till våldsam död inom familjen eller släkten. Angel et. al. (26) undersökte sambandet mellan de krigsrelaterade händelser som flyktingbarn från Bosnien upplevt och deras nuvarande mentala hälsa i Sverige. Sambandet mellan traumatiska händelser och symtom visade sig inte vara statistiskt starkt. Utav de 99 flyktingbarn som ingick i studien valdes de 20 barn ut som hade upplevt flest traumatiska händelser och de 20 barn som hade flest PTSD- symtom. Det visade sig att endast sju av dessa barn tillhörde båda grupperna. Godanis et. al. (17) identifierade fyra huvudgrupper av händelser som förelåg flykten: hot, våld, död och sexuellt våld, som barnen i studien bevittnat eller utsatts för. Av dessa fyra huvudgrupper var barnets egen upplevelse av sexuellt våld signifikant relaterad till kort insjukningstid. Behandlingstiden var signifikant längre i de fall då barnet upplevt och/eller själv utsattes för våld vid händelsen som ledde till familjens flykt.

Ålder

Hepinstall et. al. (18) fann att barn mellan 12-16 år hade fler PTSD- symtom än yngre barn mellan 8-11 år, denna skillnad var dock inte statistiskt signifikant. Rothe et. al. (24) undersökte cubanska flyktingbarns PTSD- symtom i ett flyktingläger i Guantanamobukten. Resultatet visade att barnets ålder var signifikant associerat med PTSD- symtom, på så vis att de äldre barnen som bevittnat våld i flyktingläget var en signifikant förutsäggande faktor för PTSD- symtom. Hodes et. al. (22) fann att bland ensamkommande flyktingungdomar ökade PTSD- symtomen ju äldre de var. Däremot minskade PTSD- symtomen ju äldre de var, bland flyktingungdomar som kom tillsammans med någon. Derluyn et. al. (27), Derluyn och Broekaert (20), Angel et. al.

(26) och Berthold (23) fann ingen signifikant association mellan PTSD- symtom och barnets ålder.

Kön

Papageorgiou et. al. (25) fann att pojkar hade fler PTSD- symtom än flickor. Även Hepinstall et. al. (18) fann att pojkar hade fler PTSD- symtom än flickor, denna statistik var dock inte signifikant. Almqvist och Broberg (21) fann en ökad känslighet för PTSD hos pojkar. I studier av Derluyn och Broekaert (20) och Hodes et. al.(22) led flickor mer av PTSD- symtom än pojkar. Berthold (23) fann att pojkar bevittnade fler våldsamma händelser än flickor, men liksom Angels et. al. (26) fann de ingen signifikant association mellan PTSD- symtom och barnets kön.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Litteraturstudiens första syfte var att beskriva flyktingbarns egna upplevelser av att leva med PTSD och hur sjuksköterskan kan bemöta dessa barn på bästa sätt. Detta syfte fick dock korrigeras då det inte fanns artiklar som berörde dessa områden. Det nya syftet blev att undersöka hur sjuksköterskan kan fånga upp flyktingbarn med PTSD och vilka riskfaktorer för PTSD som finns hos flyktingbarn. De använda sökorden för det nya syftet gav ett bättre utslag. Artiklarna som ligger till grund för resultatet är nio kvantitativa artiklar med deltagarantal mellan 40-1294 barn och ungdomar och två kvalitativa artiklar med deltagarantal mellan 33-39 barn och ungdomar. De är publicerade mellan 1999-2008. Studierna är gjorda med en jämn spridning i Norden, övriga Europa och USA. Deltagarna i studierna var flyktingbarn mellan 3-18 år, det var jämnt fördelat mellan flickor och pojkar och barnen kom från Afrika, Sydamerika, Europa, Centralasien, Mellanöstern, Balkan, Cuba och Kambodja.

Sökorden "PTSD, refugee children, nursing" användes på Cinahl, utan begränsningar, vilket resulterade i två artiklar. Båda exkluderades då den ena var en litteraturoversikt och den andra inte var relevant för litteraturstudiens syfte. Samma sökning på Pub Med, utan begränsningar, resulterade i sju artiklar, vilka också exkluderades då de inte var relevanta för litteraturstudiens syfte.

Det är två personer som granskat och bearbetat de utvalda artiklarna genom att upprepade gånger läsa igenom dem och markera de viktiga delarna. Detta innebär att risken för att förbise viktiga faktorer, samband och detaljer minskar, vilket är en styrka för litteraturstudien. Dessutom är artiklarnas kvalitet granskad utefter Göteborgs Universitets granskningsmallar (28).

I fem av studierna härstammade deltagarna för varje studie, från flera olika länder, medan i de övriga sex studier härstammade deltagarna för varje studie från ett och samma land. Resultatet i var och en av dessa sex studier går därför inte att generalisera till andra kulturer. Men efter granskningen av samtliga artiklar framkom snarlika

resultat och slutsatsen kan därför dras att deras resultat är generaliserbara.

För att undersöka barnens PTSD- symtom, graden av den, typ av trauma, livssituation och känslighet användes olika mätinstrument i studierna. I några av studierna intervjuades barnen och föräldrarna, där det förekom både strukturerade och öppna frågor och i andra studier genomfördes självrapporterande frågeformulär. Det förekom även att vårdpersonal och lärare observerade barnens beteende. Samtliga studier har undersökt snarlika faktorer och har efter granskning i de flesta fall ett homogent resultat, trots olika tillvägagångssätt för datainsamling, vilket ger en trovärdighet i litteraturstudien.

På grund av tidsbrist har endast elektroniska fulltextartiklar inkluderats i litteraturstudien, vilket kan medföra att området inte är helt genomlett. Detta kan innebära en svaghet för litteraturstudien.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka hur sjuksköterskan kan fånga upp flyktingbarn med PTSD och vilka riskfaktorer för PTSD som finns hos flyktingbarn, vilket vi anser att vi har uppnått.

Grundstenarna i Benner och Wrubels (15) omvårdnadsteori består bland annat av begreppen kontext och situation. Om en person hamnar i en främmande kontext och i nya situationer utsätts, enligt Benner och Wrubel, personen för stress eftersom denne inte har den erfarenhet och bakgrundsförståelse som krävs för att tolka den nya situationen. För att kunna bemästra denna stress krävs en väl utvecklad kroppslig intelligens. Förmågan att bemästra stressen beror också på vilka speciella intressen personen har. Flyktingbarn hamnar i en ny kontext och i en ny situation då de flyr till ett annat land där det för dem är en annan kultur och en ny miljö där deras bakgrundsförståelse inte räcker till. Benner och Wrubels omvårdnadsteori, med dessa huvudbegrepp, är väl tillämpningsbar på flyktingbarn.

I litteraturstudien framkom att de flesta artiklar undersökte ålder som en riskfaktor men endast Hodes et. al. (22) och Rothes et. al. (24) studier visade att åldern var en signifikant riskfaktor för PTSD- symtom. I Rothes et. al. (24) studie var dock inte ålder renodlad som variabel utan också att dessa barn bevittnat våld i det flyktinglägret de befann sig i. Det går därför inte med säkerhet att säga att det var åldern som utgjorde riskfaktorn. I Hodes et. al. (22) studie framkom att PTSD- symtomen ökade med stigande ålder hos ensamkommande flyktingungdomar medan PTSD- symtomen minskade med stigande ålder hos flyktingungdomar som kom med tillsammans med familjemedlemmar. Detta kan också tolkas som ett tvetydigt resultat där det kan ha varit omständigheterna som utgjorde riskfaktorer och inte åldern på barnen och ungdomarna. Efter att ha jämfört dessa resultat med vad som framkommit i bakgrunden, där det beskrivs olika upplevelser och symtom hos barn i alla åldrar, kan slutsatsen dras att det inte finns någon specifik ålder där risken är större att drabbas av PTSD. Små barn har inte den förmåga att förstå vad som händer och har heller inte förmåga att fantasera om

hur de ska komma undan faran. Det kan tänkas vara så att de inte hunnit utveckla någon bakgrundsförståelse och känsla av sammanhang vilket kan fungera som ett skydd för att drabbas av PTSD. Det vill säga att kunna bemästra situationerna är svårt för små barn då de inte hunnit utveckla dessa färdigheter som leder fram till bemästrande. Barn i skolåldern är enligt Hjern (6) inte lika hjälplösa då de konfronteras med traumatiska händelser, dessa barn kan tänkas hunnit längre i sin utveckling och fått en referensram till bakgrundsförståelse och börjat få en känsla av sammanhang i livet. De kan också förstå situationer med hjälp av den kroppsliga intelligens som Benner och Wrubel (15) beskriver i sin omvårdnadsteori. Vad som gör att dessa barn ändå är känsliga för traumatiska händelser kan vara att de har utvecklat speciella intressen, vilket Benner och Wrubel (15) beskriver som saker och personer som är viktiga för en individ. Detta kan bidra till att barn i skolåldern har PTSD- symtom som liknar de vuxnas. Tonårsbarnen har förmodligen hunnit utveckla dessa färdigheter ytterligare och kan förstå innebörden av det som skett och dess påverkan på framtiden. Det är under tonåren som identiteten skapas vilket gör tonåringar känsliga för traumatiska händelser, det kan leda till störningar i skapandet av en identitet (6).

Separationer utgör också en riskfaktor. I litteraturstudien framkom det att barn som kommer ensamma utan föräldrar har fler PTSD- symtom än de som kommer tillsammans med sina föräldrar. De barn som kom med enbart sina fäder visade sig också ha fler PTSD- symtom än de som kom med båda föräldrarna eller bara sina mödrar (27). Slutsatsen att separationer av olika slag utgör en riskfaktor görs efter att ha granskat artiklarna i litteraturstudien och med bakgrundslitteraturen som stöd. Även Fahrman (29) och Dyregrov (30) beskriver hur separationer påverkar barn negativt. De menar att separationer som barn upplever i samband med trauma ger dem sämre förutsättningar att återhämta sig från den traumatiska händelsen (29, 30). Separation från föräldrarna är många gånger ett större trauma för barn än vad specifika traumatiska händelser i sig är (29). Flyktingbarn får ofta vara med om många olika separationer i samband med en traumatisk händelse. I vissa fall är de ensamkommande barn som tvingats separera från sina föräldrar och fly. Det innebär inte bara separation från föräldrarna utan även från sitt land, sitt hem, sin släkt och sina vänner. Hodes et. al. (22) studie visade dessutom att ensamkommande flyktingungdomar har varit med om fler traumatiska händelser än de flyktingungdomar som kom tillsammans med familjemedlemmar. Separation från sitt land och att komma till ett nytt land gör att barnet inte kan utnyttja sin bakgrundsförståelse full ut. Enligt Benner och Wrubel (15) erhålles bakgrundsförståelse genom nedärvd tyst kunskap i den kultur människan växer upp i. Då barnen kommer till ett nytt land som inte har samma värderingar och kulturella traditioner som de är vana vid hamnar de i en ny kontext. Detta påverkar barnens förmåga negativt att bemästra stressen de utsätts för. Föräldrarna utgör den fasta och trygga punkt i tillvaron som ser till att barnen får den omsorg som de behöver. Utan sina föräldrar har inte barnen samma möjligheter att bemästra den stress de utsätts för i samband med traumatiska händelser.

En svag hälsa hos föräldrarna var också en av de riskfaktorer som framkom i litteraturstudien. Det fanns klara samband i artiklarna mellan föräldrars psykiska hälsa och barnens PTSD- symtom. I Godanis et. al. (17) studie visade det sig att nästan hälften av de mödrar till de apatiska barn som ingick i studien hade en bakgrund av

psykisk ohälsa och att samtliga mödrar varit med om dramatiska händelser i samband med flykten. Almqvist och Brobergs (21) studie visade att en av de viktigaste faktorerna för välmående barn var en välmående mor. I Godanis et. al. (17), Almqvist och Brobergs (21) och Derluyns et. al. (27) studier betonas främst moderns ohälsa och frånvaro som betydande riskfaktorer för PTSD. Men som beskrivs i Montgomerys och Foldspangs (19) studie utgjorde barn till torterade föräldrar (både mor och far) också en riskgrupp. Som Hjern (6) beskriver behöver små barn en trygg förälder som skyddar dem, detta beroende gör barnen känsliga för föräldrarnas reaktioner. Uppvisar föräldrar ett lugn kan också barnet känna sig lugn. Med trygga föräldrar har barn en förmåga att ändå klara av svåra situationer. En förälder som själv är traumatiserad och otrygg kan ha svårt att ge barnet den trygghet och omsorg som är så viktig för barnet. Flyktingbarn kan därför vara en utsatt grupp då de dels i många fall genomgått traumatiska händelser som bland annat krigsupplevelser samt separationer från sitt land, släkt och vänner och dessutom tillsammans med otrygga föräldrar.

Det finns ett samband mellan risken att utveckla PTSD och hur livet sett ut före den traumatiska händelsen. Ett tryggt liv med god bakgrundsförståelse och väl utvecklad kroppslig intelligens medför mindre risk, medan ett liv i en otrygg miljö med lite stöd medför större risk att utveckla PTSD (4, 15). Omkring en fjärdedel av alla flyktingar som kommer till Sverige har upplevt tortyr (2, 29). Detta kan innebära att hela flyktingfamiljer kan vara traumatiserade (29). På så vis föreligger flera riskfaktorer för att utveckla PTSD. Dels har många flyktingar levt ett otryggt liv i ett krigsdrabbat land, möjligtvis upplevt tortyr, hot och våld, tvingats separera från familj och vänner, sitt land och inte minst sitt språk och sin kultur. Som sjuksköterska är det nödvändigt att tänka på dessa faktorer vid möten med dessa patienter. Det är även viktigt att tänka på att många PTSD- symtom är subjektiva upplevelser och upptäcks inte alltid vid första mötet utan det kan krävas konkreta frågor utifrån diagnostiseringsmodellen för PTSD (Bilaga 1). Både i Rothes et. al. (24) och Papagergius et. al. (25) studier var det stor skillnad mellan det antal barn som själva rapporterade PTSD- symtom och det antal barn som vårdare och lärare rapporterade ha PTSD- symtom. Även Bertholds (23) studie visar att ungdomar som rapporterade PTSD- symtom var socialt välfungerande. Detta demonstrerar hur svårt det är att upptäcka PTSD hos barn och ungdomar eftersom de kan ha allvarliga PTSD- symtom, samtidigt som deras sociala funktioner bevarats relativt opåverkade. Detta demonstrerar också hur viktigt det är att sjukvårdspersonal har stora kunskaper inom området.

Montgomery och Foldspangs (19) studie visade på att ju fler år fadern studerat desto större var risken för barnet att drabbas av sömnsvårigheter. För att inte riskera att förbise barn med PTSD går det inte att generalisera dessa resultat utan det är viktigt att inse att socioekonomiska faktorer inte är en avgörande riskfaktor. Ekonomisk trygghet och välutbildade föräldrar innebär inte detsamma som att ha trygga föräldrar och en trygg uppväxtmiljö. Det viktigaste för barn är just att ha trygga föräldrar, vilket skapar trygghet även hos dem och som på så vis ger dem motståndskraft vid traumatiska händelser.

Angels et. al. (26) resultat visar att endast sju barn tillhörde både den gruppen av 20 barn som upplevt flest traumatiska händelser och den gruppen av 20 barn som hade flest

PTSD- symtom. Detta visar hur svårt det är att avgöra barns behov av behandling enbart utifrån de traumatiska händelserna de varit utsatta för. Det är viktigt att se till helheten hos barnet och de symtom barnet uppvisar. Enligt Godani et. al. (17) och Hepinstall et. al. (18) var graden av exponering av betydelse för att drabbas av PTSD. Ju mer exponerad en person blir för en traumatisk händelse desto större är risken att utveckla PTSD (6). Exempel på det är att våld och våldsamt död inom familjen och släkten samt våld riktat direkt mot barnen utgjorde riskgrupper i de granskade studierna för utvecklandet av PTSD.

Derluyn och Broekaert (20), Hodes et. al. (22), Berthold (23), Rothe et. al. (24) och Papageorgio et. al. (25) fann att antalet traumatiska händelser som ett barn exponerats för var av signifikant betydelse för PTSD- symtom. Men då endast Angel et. al. (26) fann sambandet icke signifikant dras slutsatsen att detta kan innebära att personer som tidigare har varit utsatta för en traumatisk händelse är mer sårbara vid en ny traumatisk händelse (30).

Det framkom faktorer som spelar in på barnets mottaglighet för den traumatiska händelsen. Det handlar bland annat om omgivningens stöd, de medfödda egenskaper som finns hos barnet och levnadshistoria (17). Dessa faktorer tar även Hjern (6) och Dyregrov (14) upp, de tar även upp den åldersrelaterade psykiska utvecklingsnivån barnet befinner sig på samt vilket sinnestillstånd barnet har vid händelsen. Benner och Wrubel (15) beskriver konextbegreppet i sin omvårdnadsteori som en persons livshistoria med kulturella aspekter och vilken tidpunkt i livet personen befinner sig i. Hamnar människan i en ny situation besitter inte människan de erfarenheter och den kunskap som krävs för att kunna bemästra denna situation och därmed blir personen stressad. Barn har beroende på den psykiska utvecklingsnivån mer eller mindre kunskap och erfarenheter och är därför olika mottagliga för traumatiska händelser.

Det är inte ovanligt att det är andra problem än de typiska symtomen för PTSD som gör att den drabbade kommer i kontakt med vården. Det kan exempelvis handla om missbruk, våldsbrott, ångest, depression, förvirring eller självmordsförsök (6). Detta betyder att sjuksköterskor måste känna till och vara uppmärksamma för PTSD- symtom, dess riskfaktorer, differentialdiagnoser och även ha kunskap om andra kulturer för att kunna förstå och uppmärksamma patienter som är vana vid en annan kontext och som har en annan världsbild.

Kunskap om riskfaktorer för PTSD och kulturella skillnader samt medvetenhet om de eventuella traumatiska upplevelser som kan ha föregått en migration, är betydelsefullt för att vårdpersonal ska kunna ge flyktingar en så bra vård som möjligt. Därför är det av största vikt att dessa delar ingår i utbildningen av vårdpersonal.

Slutsats

Flyktingbarn som varit med om traumatiska händelser utgör en riskgrupp för PTSD-symtom. Det ligger ett stort ansvar på vårdpersonal för att förebygga och försöka förhindra att dessa barn utvecklar ett tillstånd av psykisk ohälsa genom att vara observanta på PTSD-symtom och dess riskfaktorer. Viktigt är även att ge flyktingbarn stöd och trygghet i den nya kontext de hamnat i för att hjälpa dem bemästra den stress de upplever, vilket kan förhindra att de utvecklar PTSD.

Förslag på vidare forskning

Trots att många flyktingbarn lider av PTSD finns det inte tillräckligt med forskning inom detta ämne. Förslag till fortsatt forskning är hur vårdpersonal kan bemöta barn med PTSD på bästa sätt.

REFERENSLISTA

1. Resick P A, Stress and Trauma. East Sussex, UK: Psychology Press Ltd; 2001.
2. Ottosson J-O, Ottosson H, Ottosson M, Åsgård U, Akut psykiatri. Stockholm: Liber AB; 2004.
3. American Psychiatric Association, MINI-D IV Diagnostiska kriterier enligt DSM_IV. Danderyd: Pilgrim Press; 1995.
4. Hellström K, Hanell Å, Rädd, räddare, ångest- när barn och ungdomar mår dåligt. Stockholm: Bokförlaget Prisma; 2003.
5. Pettersson C L. Barnens Lag - en skrift om FN:s konvention om barnets rättigheter. Stockholm: Rädda Barnen (Rädda Barnens skriftserie 1990:1).
6. Hjern A, Angel B, Att möta flyktingbarn och deras familjer. Lund: Studentlitteratur; 1993.
7. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor. [29 februari 2008] [hemsida på Internet] [Senast tillgänglig 2008 december 4]. Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>
8. Nationalencyklopedin. PTSD. [hemsida på Internet] [Senast tillgänglig 2008 december 3]. Tillgänglig på: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/artikel/286218>
9. Gillberg C, Hellgren L, Barn och ungdomspsykiatri. Andra utgåvan. Stockholm: Natur och kultur; 2000.
10. Nationalencyklopedin. Trauma. [hemsida på Internet] [Senast tillgänglig 2008 december 3]. Tillgänglig på: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/artikel/330788>
11. Lundin T, Hjern A (red), Diagnostik och behandling av traumatiserade flyktingar. Lund: Studentlitteratur; 1995.
12. Nationalencyklopedin. Trygghet. [hemsida på Internet] [Senast tillgänglig 2008 december 3]. Tillgänglig på: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/artikel/O369286/O369286>
13. Nationalencyklopedin. Flykting. [hemsida på Internet] [Senast tillgänglig 2008 december 3]. Tillgänglig på: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/artikel/171995/171995>
14. Dyregrov A, Barn och trauma. Lund: Studentlitteratur; 1997.

15. Benner P, *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, Californien: Addison-Wesley; 1989.
16. Burnard P. Teaching the analysis of textual data: An experiential approach. *Nurse Education Today*, 1996; 16: 278-81.
17. Godani G. Bodegård G. Rydelius P-A. Bördan de kom med Rapport från forskningsprojektet: Barn i asylprocessen som utvecklade uppgivenhetssymtom i Sverige. Publicerad på: Rädde Barnen. [hemsida på Internet] [Senast tillgänglig 2008 december 3]. Tillgänglig på:
<http://www.rb.se/SiteCollectionDocuments/Rapporter/Svenska%20rapporter/Bördan%20de%20kom%20med.pdf>
18. Heptinstall E. Sethna V. Taylor E. PTSD and depression in refugee children: associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2004; 13 (6): 373-80.
19. Montgomery E. Foldspang A. Traumatic experience and sleep disturbance in refugee children from the Middle East. *European Journal of Public Health*, 2001; 11 (1): 18-22.
20. Derluyn I. Broekaert E. Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity and Health*, 2007; 12 (2): 141-62.
21. Almqvist K. Broberg AG. Mental health and social adjustment in young refugee children 3 1/2 years after their arrival in Sweden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999; 38 (6): 723-30.
22. Hodes M. Jagdev D. Chandra N. Cunniff A. Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008; 49 (7): 723-32.
23. Berthold SM. The effects of exposure to community violence on Khmer refugee adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 1999; 12 (3): 455-71.
24. Rothe EM. Lewis J. Castillo-Matos H. Martinez O. Busquets R. Martinez I. Posttraumatic stress disorder among Cuban children and adolescents after release from a refugee camp. *Psychiatric Services*, 2002; 53 (8): 970-6.
25. Papageorgiou V. Frangou-Garunovic A. Iordanidou R. Yule W. Smith P. Vostanis P. War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2000; 9 (2): 84-90.

26. Angel B. Hjern A. Ingleby D. Effects of war and organized violence on children: a study of Bosnian refugees in Sweden. *American Journal of Orthopsychiatry* 2001; 71 (1): 4-15.
27. Derluyn I. Mels C. Broekaert E. Mental health problems in separated refugee adolescents. *Journal of Adolescents Health*, 2008 [Internetlänk] [Senast tillgänglig 2008 december 4]. Tillgänglig på:
http://www.sciencedirect.com.ezproxy.ub.gu.se/science?_ob=GatewayURL&_method=citationSearch&_urlVersion=4&_origin=EXLIBMETA&_version=1&_uokey=B6T80-4TX1852-1&md5=ccf69a390e4e2de16f0a8417431f15db
28. Göteborgs Universitet. Sahlgrenska Akademin. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa: Riktlinjer, examensarbete grundnivå; 080813.
29. Fahrman M, Barn i kris. Lund: Studentlitteratur; 1993.
30. Dyregrov A, Katastrofpsykologi. Lund: Studentlitteratur; 1992.

PTSD diagnostiseringsmodell

Enligt DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (3) diagnostiseras PTSD enligt följande kriterier:

A) Personen har blivit utsatt för en traumatisk händelse av sådan art att:

- 1) personen har utsatts själv, bevittnat eller blivit konfronterad med en eller flera händelser som inneburit död eller allvarlig skada alternativt hot om detta. Det kan även innebära ett hot mot sin egen eller andras fysiska integritet.
- 2) den person som blivit utsatt för en traumatisk händelse enligt dessa kriterier ska då ha reagerat med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck. Observandum hos barn är att de istället kan reagera med desorientering och ett agiterat beteende.

B) Ett ständigt och plågsamt *återupplevande* av händelsen. Den traumatiska händelsen återupplevs kontinuerligt genom följande sätt:

- 1) Påträngande och plågsamma minnesbilder, tankar eller perceptioner som påminner om händelsen. Observandum hos barn är att traumat gör sig påmint i form av återkommande lekar med händelsen som tema.
- 2) Återkommande mardrömmar om händelsen. Observandum hos barn är att mardrömmar kan förekomma utan att det är specifikt klart vad drömmen handlar om.
- 3) Handlingar eller känslor som medför känslan av att återuppleva händelsen igen. Exempelvis illusioner, hallucinationer och dissociativa flashbacks. Även då dessa känslor sker vid uppvaknade eller under drogpåverkan. Observandum hos barn är att det kan förekomma återupprepande handlingar som är specifika för traumat.
- 4) Att personen känner ett intensivt psykiskt obehag för både inre och yttre signaler som på något sätt påminner om den traumatiska händelsen.
- 5) Personen kan även få fysiska reaktioner på dessa inre och yttre signaler som påminner om den traumatiska händelsen.

C) Ett ständigt *undvikande* av stimuli som kan associeras till den traumatiska händelsen eller svårigheter att minnas viktiga detaljer av händelsen. Personen har också ett nedsatt själsligt allmäntillstånd, vilket personen inte hade innan traumat. Av följande kriterier ska tre eller fler uppfyllas.

Personen:

- 1) undviker aktivt känslor eller samtal som kan associeras till traumat.
- 2) undviker aktivt aktiviteter, platser eller personer som kan framkalla minnen av traumat.
- 3) är oförmögen att minnas viktiga delar av händelsen.
- 4) uppvisar tydligt ett minskat intresse för att delta i aktiviteter som är viktiga.
- 5) känner likgiltighet eller en känsla av främlingskap inför andra människor.
- 6) har en begränsad förmåga att kunna känna affekter såsom exempelvis kärlek.
- 7) har en känsla av att sakna framtid exempelvis inga förväntningar på karriär, familj och att leva och åldras som andra.

BILAGA 1

D) Ihållande symtom på *överspändhet*, vilket inte funnits före traumat. Av följande kriterier ska två eller fler uppfyllas.

Personen:

- 1) har svårt att somna eller orolig sömn.
- 2) är irriterad och får vredesutbrott.
- 3) har koncentrationssvårigheter.
- 4) är vaksam på ett överdrivet sätt.
- 5) är lättskrämd.

E) För att störningen ska klassas som posttraumatisk ska kriterierna varat i över en månads tid.

F) Posttraumatiskt stressyndrom kan delas in i akut och kronisk. Akut PTSD innebär att symtomen varat mindre än tre månaders tid. Kronisk PTSD innebär att symtomen varat i tre månaders tid eller längre. En försenad debut av PTSD förekommer då symtomen debuterar minst sex månader efter traumat.

Artikelsammanställning

Referensnummer: 17

Författare: Godani G, Bodegård G och Rydelius P A

Titel: Bördan de kom med. Rapport från forskningsprojektet: Barn i asylprocessen som utvecklade uppgivenhetssymtom i Sverige

Tidskrift: Rädda barnen. [hemsida på Internet]

År: 2008

Land: Sverige

Syfte: Att undersöka möjliga bakgrundsfaktorer till uppgivenhetssymtom samt faktorer som påverkat mammans psykiska hälsa och balans. Studien undersöker också faktorer som inverkat på insjukningstiden och sjukdomsförloppet och om familjernas ohälsa var identifierbar redan vid ankomsten till Sverige.

Metod: Studien är kvalitativ där semistrukturerade intervjuer och djupintervjuer genomförts med barnen och deras föräldrar. Samt har studier gjorts av dokumenterat material från vården. Författarna har studerat insamlad data och extraherat den information som var relevant. Sammanställningar och skattningar gjorde de tillsammans och statistiska analyser utfördes av statistiker.

Urval: Deltagarna i studien är 33 barn vilka samtliga har uppgivenhetssymtom och remitterats till Barnavdelningen på Karolinska sjukhuset, BUP-kliniken SLL och Rädda barnens centrum för barn och ungdomar i kris.

Antal referenser: 41

Referensnummer: 18

Författare: Heptinstall E, Sethna V, Taylor E.

Titel: PTSD and depression in refugee children: associations with pre-migration trauma and post-migration stress

Tidskrift: European Child and Adolescent Psychiatry,

År: 2004

Land: England

Syfte: Att undersöka pre- och postmigrations upplevelser och dess påverkan på den mentala hälsan- PTSD och depressions symtom, hos flyktingbarn och ungdomar.

Metod: Studien är en kvantitativ studie där barnen besvarade två frågeformulär angående sina reaktioner på traumatiska eller stressande upplevelser. Föräldrarna intervjuades och besvarade frågor angående bland annat orsak till flykten, graden av traumatiska upplevelser, socialt stöd och kontakt med barnpsykiatrisk mottagning.

Urval: 40 flyktingbarn och ungdomar mellan 8-16 år, härstammade från 14 olika länder världen över. En grupp bestod av barn som blivit remitterade till en psykiatrisk mottagning och grupp som inte blivit remitterade.

Antal referenser: 23

BILAGA 2

Referensnummer: 19

Författare: Montgomery E, Foldspang A

Titel: Traumatic experience and sleep disturbance in refugee children from the Middle East

Tidskrift: European Journal of Public Health

År: 2001

Land: Danmark

Syfte: Att identifiera specifika traumatiska riskindikatorer och faktorer för sömnsvårigheter bland flyktingbarn från Mellanöstern.

Metod: Studien är kvantitativ. Barnens föräldrar intervjuades med strukturerade intervjuer med slutna frågor angående deras barns hälsa, bakgrund, traumatiska händelser och sömnstörningar. Det ställdes också frågor angående föräldrarnas upplevelse av tortyr.

Urval: 311 flyktingbarn mellan 3-15 år som nyligen kommit från Mellanöstern till Danmark. Samtliga barn var registrerade i Danmark som barndomsasylsökande och som kommit med minst en förälder mellan 1 februari 1992 och 30 april 1993.

Antal referenser: 38

Referensnummer: 20

Författare: Derluyn I, Broekaert E

Titel: Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents

Tidskrift: Ethnicity and Health

År: 2007

Land: Belgien

Syfte: Att undersöka förekomsten av känslö- och beteendeproblem bland flyktingbarn och ungdomar som lever i Belgien och kommit ensamma.

Metod: Det är en kvantitativ studie där ungdomar över 12 år fyllde i frågeformulär angående demografiska karaktärer, känslö- och beteendeproblem och traumatiska händelser. Därefter fyllde socialarbetare eller fosterföräldrar i frågeformulär angående förekomsten av känslö- och beteendeproblem bland flyktingbarnen och ungdomarna. För barn under 12 år fyllde endast socialarbetare eller fosterförälder i frågeformulär. Sedan analyserades insamlad data både deskriptivt och analytiskt.

Urval: Studien genomfördes på olika mottagningscenter som tar hand om flyktingbarn och ungdomar som kommer ensamma. Alla ungdomar som bott på centret i minst en månad inkluderades i studien. Även de ungdomar som numera bodde i fosterfamiljer eller ensamma inkluderades. 166 flyktingbarn och ungdomar inkluderades i studien varav 142 genomförde hela studien.

Antal referenser: 70

BILAGA 2

Referensnummer: 21

Författare: Almqvist K, Broberg A.G.

Titel: Mental health and social adjustment in young refugee children 3 ½ years after their arrival in Sweden

Tidskrift: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

År: 1999

Land: Sverige

Syfte: Att undersöka betydelsen av olika risk- och skyddsfaktorer för psykisk hälsa och social anpassning bland flyktingbarn.

Metod: Studien är kvalitativ och undersökningen utfördes genom intervjuer av föräldrarna med öppna frågor samt en omfattande bedömning av barnen. Intervjuerna med föräldrarna utfördes av en barn- och ungdomspsykiatriker och barnen bedömdes av en barn- och ungdomspsykiolog. Författarna kodade och klassificerade informationen separat och oberoende av varandra för att sedan bedöma och diskutera varandras klassifikation tills konsensus var uppnådd.

Urval: Samtliga 49 Iranska flyktingfamiljer med barn mellan 4-8 år som var bosatta i landskapet Värmland år 1987-1988 var tillfrågade att delta. Av dessa 49 familjer deltog 50 barn från 47 familjer i första studien. I denna uppföljningsstudie deltog 39 av de ursprungliga 50 barn.

Antal referenser: 31

Referensnummer: 22

Författare: Hodes M, Jagdev D, Chandra N, Cunniff A

Titel: Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents

Tidskrift: The Journal of Child Psychology and Psychiatry

År: 2008

Land: England

Syfte: Att undersöka om asylsökande ungdomar som kommer ensamma upplever fler motgångar och krigstrauman än de ungdomar som kommer med sin familj. Vidare syftade studien till att undersöka om de ungdomar som kommit ensamma upplever mer psykisk stress och att identifiera om motgångar i det förflutna, inklusive krigstrauma, kan associeras till högre grad av stress samt vilka faktorer, som förstärker den effekten.

Metod: Studien är kvantitativ och strukturerade intervjuer hölls av en av forskarna med barnen som kom ensamma. För övrigt användes frågeformulär angående förekomst, typ och grad av traumatiska händelser samt frågeformulär bedömde PTSD- och depressionssymtom. Dessa data analyserades sedan statistiskt.

Urval: De asylsökande ungdomar som kom ensamma rekryterades från socialtjänsten i Westminster, utanför London, under 2002-2003. De var 18 år eller yngre och bodde alla i London. 81 asylsökande ungdomar som kommit ensamma identifierades varav 76 deltog i studien. Två ungdomar tillkom från urvalsgruppen med asylsökande och flyktingungdomar som kommit med sin familj dessa två hade kommit ensamma. De asylsökande eller flyktingungdomar som kommit med sin familj rekryterades från en skola i Westminster som var känd för att ha en multietnisk population av elever. 623 elever, 13-19 år, uppfyllde kriterierna för att delta i studien varav 347 fullföljde studien.

Antal referenser: 25

Referensnummer: 23

Författare: Berthold S.M.

Titel: The effects of exposure to community violence on Khmer refugee adolescents

Tidskrift: Journal of Traumatic Stress

År: 1999

Land: USA

Syfte: Att undersöka förhållandet mellan att ha blivit utsatt för våld och påverkan på den psykiska hälsan bland Khmer flyktingungdomar.

Metod: Studien är kvantitativ. Intervjuer genomfördes ansikte mot ansikte med samtliga deltagare och deras föräldrar. Intervjuerna analyserades med olika mätinstrument som mätte typ och grad av våld ungdomarna utsatts för, PTSD- symtom samt funktionell försvagning hos ungdomarna.

Urval: 76 Khmer flyktingungdomar deltog i studien. Dessa rekryterades från den Amerikanska västkusten som har den högsta koncentrationen Khmerer som lever utanför Kambodja. Rekryteringen baserades på skoldistriktens listor över utlandsfödda elever. Deltagarna skulle uppfylla följande kriterier: De skulle vara inskrivna i någon av de tre högstadieskolor eller tre mellanstadieskolor i de distrikten som ingick i studien, de identifierade sig själva som Kambodjaner eller Khmerer samt att de var minst fem år när de kom till USA.

Antal referenser: 52

Referensnummer: 24

Författare: Rothe E, Lewis J, Castillo-Matos H, Martinez O, Busquets R, Martinez I.

Titel: Posttraumatic stress disorder among Cuban children and adolescents after release from a refugee camp

Tidskrift: Psychiatric Services

År: 2002

Land: USA

Syfte: Att jämföra själv rapporterade PTSD- symtom hos barn och ungdomar från Cuba med iakttagelser från barnens lärare efter att ha observerat dem i skolan.

Metod: Studien är en kvantitativ studie där föräldrarna besvarade ett frågeformulär angående demografi. Barnen besvarade ett frågeformulär angående PTSD- symtom och de besvarade även ett frågeformulär angående sina traumatiska upplevelser. Barnen blev även observerade av sina lärare som utgick från en checklista angående barnens beteende.

Urval: 87 barn och ungdomar mellan 6-17 år som tillsammans med sina familjer hade lämnat Cuba med båt, under mer eller mindre dramatiska omständigheter. Alla placerades i flyktingläger i USA's marina bas i Guantanamo Bay i omkring 6-8 månader för att sedan bosätta sig i Miami 4-6 månader, efter det genomfördes studien.

Antal referenser: 33

BILAGA 2

Referensnummer: 25

Författare: Papageorgiou V, Frangou-Garunovic A, Iordanidou R, Yule W, Smith P, Vostanis P.

Titel: War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children

Tidskrift: European Child and Adolescent Psychiatry

År: 2000

Land: Grekland

Syfte: Att undersöka typ och grad av psykiatriska problem bland Bosniska flyktingbarn och relationen mellan krigsrelaterade traumatiska upplevelser och psykopatologi.

Metod: Studien är kvantitativ och de barn som studerats är deltagare i ett program för psykosocial support för barn som upplevt krig. Programmet innebar att barnen placerades i fosterfamiljer i Grekland. Barnen fyllde i självrapporterande frågeformulär angående deras PTSD-, ångest- och depressionssymtom samt frågeformulär angående krigstrauma. Lärare och fosterföräldrar fyllde i frågeformulär angående barnens beteende.

Urval: 95 bosnisk-serbiska flyktingbarn mellan 8-13 år som upplevt krig i Bosnien och deltog i ett socialt stödprogram.

Antal referenser: 48

Referensnummer: 26

Författare: Angel B, Hjern A, Ingleby D.

Titel: Effects of war and organized violence on children: a study of Bosnian refugees in Sweden

Tidskrift: American Journal of Orthopsychiatry

År: 2001

Land: Sverige

Syfte: Att undersöka sambandet mellan de krigsrelaterade stressorer som flyktingbarn från Bosnien upplevt och deras nuvarande mentala hälsa i Sverige.

Metod: Studien är en kvantitativ studie där två intervjuer genomfördes. Först genomfördes en intervju med både föräldrarna och barnen där de besvarade strukturerade frågor angående familjens sociala bakgrund, händelser under flykten, den psykiska hälsan hos familjemedlemmarna och den nuvarande sociala situationen hos familjen. Den andra intervjun genomfördes med enbart föräldrarna där de besvarade öppna och strukturerade frågor angående familjens upplevelser av krig och depression i hemlandet.

Urval: 99 flyktingbarn från Bosnien mellan 6-16 år från 67 familjer, som bosatte sig i Växjö mellan november 1993 och november 1994.

Antal referenser: 29

Referensnummer: 27

Författare: Derluyn I, Mels C, Broekaert E.

Titel: Mental health problems in separated refugee adolescents

Tidskrift: Journal of Adolescent Mental Health

År: 2008

Land: Belgien

Syfte: Att undersöka psykiska problem hos flyktingungdomar som separerats från sina föräldrar och jämföra detta med deras jämlikar som inte separerats från sina föräldrar.

Metod: Studien är kvantitativ. Deltagarna fyllde i tre frågeformulär vardera under ledning av två forskningsassistenter. De tre frågeformulären undersökte psykiska problem, traumatiska händelser i livet och förekomsten av PTSD- symtom. Dessa formulär analyserades sedan statistiskt. Samt analyserades effekten av kön, ålder, personen som flyktingungdomen levde med, hur länge de varit i landet samt antal traumatiska händelser.

Urval: 1294 flyktingungdomar mellan 11-18 år deltog i studien. Urvalet gjordes bland 42 skolor som organiserade språklektioner. Bland dessa 42 skolor valdes 34 skolor ut genom randomiserat urval där samtliga elever mellan 11-18 deltog.

Antal referenser: 41