

# Intensivvårdssjuksköterskans upplevelser och hantering av arbetsrelaterad stress

FÖRFATTARE	Lisa Elmhager, Leg Sjuksköterska Eva Sundbäck, Leg Sjuksköterska
PROGRAM	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård 60 högskolepoäng, OM1650 VT 2009
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Mona Ringdal
EXAMINATOR	Inga-Lill Koinberg

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Intensivvårdsavdelningen - en stressig arbetsplats? Arbetets påverkan på sjuksköterskors privatliv
Titel (engelsk):	The intensive care unit - a stressful workplace? Work's influence on nurses private life
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård, 60 högskolepoäng
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	26 sidor
Författare:	Lisa Elmhager, Eva Sundbäck
Handledare:	Mona Ringdal
Examinator:	Inga-Lill Koinberg

---

### SAMMANFATTNING

*Bakgrund:* Intensivvårdsavdelningar, IVA, karaktäriseras av en hög nivå av arbetsrelaterad stress. Intensivvårdssjuksköterskan förväntas utföra flera helt olika uppgifter samtidigt, till exempel att intensivövervaka en patient och parallellt bemöta känslomässiga reaktioner i samband med sjukdom. En hög nivå av arbetsrelaterad stress kan ge negativa effekter på det psykiska och fysiska välbefinnandet.

*Syfte:* Syftet är att undersöka vad intensivvårdssjuksköterskor i Sverige upplever som stressande i arbetet, hur de hanterar dessa stressorer samt hur de påverkar privatlivet.

*Metod:* Studien kommer genomföras med en kvalitativ ansats i form av intervjuer. En pilotstudie om två intervjuer genomfördes och texten analyserades och kategoriserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

*Resultat:* Tre teman framträdde ur texten: inte räkna till, söka en balans och svårt att koppla av. Kategorier under temat inte räkna till var: högt tempo på arbetsplatsen, ensamhet när kommunikation och samarbete brister samt att känna sig otillräcklig i arbetet. Kategorier under söka en balans var: fritiden som energikälla, vikten av professionell handledning och acceptans. Det sista temat var svårt att koppla av med kategorierna trötthet och tankar på jobbet hemma.

*Diskussion:* Det är viktigt att finna en balans mellan arbete och fritid för att hämta nya krafter. Det är även av stor vikt att arbetsledningen tillhandahåller professionell handledning, men det måste också finnas avsatt tid för daglig reflektion tillsammans med alla personalkategorier för att förbättra samarbete och kommunikation.

*Keywords:* coping, stress, intensive care, nurse.

<b>Innehållsförteckning</b>	
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>5</b>
Ontologiskt perspektiv .....	5
Epistemologi .....	6
Hälsa.....	6
Stress .....	6
Coping .....	7
IVA som arbetsplats .....	8
Sjuksköterskeprofessionen .....	8
Aktuell forskning .....	8
Orsaker till stress .....	9
Konsekvenser av stress.....	10
Hantera arbetsituationen.....	10
<b>SYFTE</b> .....	<b>11</b>
Frågeställningar .....	11
<b>METOD</b> .....	<b>11</b>
Design.....	11
Urval .....	11
Datainsamling.....	12
Analys .....	12
<b>FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</b> .....	<b>13</b>
<b>RESULTAT</b> .....	<b>13</b>
Inte räkna till.....	13
Högt tempo på arbetsplatsen .....	13
Ensamhet när kommunikation och samarbete brister .....	14
Att känna sig otillräcklig i arbetet .....	15
Söka en balans.....	16
Fritiden som energikälla .....	16
Vikten av professionell handledning.....	16
Stöd från kollegor.....	17
Acceptans.....	17
Svårt att koppla av.....	18
Trötthet.....	18
Tankar på arbetet hemma .....	18
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>19</b>
Resultatdiskussion .....	19
Metoddiskussion.....	21

<b>Konklusion.....</b>	<b>22</b>
<b>REFERENSER .....</b>	<b>23</b>
BILAGOR	
1 Informationsbrev	
2 Frågeguide	

## **BAKGRUND**

Intensivvårdsavdelningar (IVA) karaktäriseras av en hög nivå av arbetsrelaterad stress. Patienternas stora omvårdnadsbehov och komplicerade sjukdomsbild samt den högteknologiska miljön ställer höga krav på de sjuksköterskor som arbetar inom intensivvården. Arbetet är fysiskt och psykiskt krävande och sker ofta i ett högt tempo. Parallellt med att vårda kritiskt sjuka patienter medverkar intensivvårdssjuksköterskor i beslut som rör liv och död. Det kan vara beslut som handlar om att påbörja, avsluta eller avstå behandling. Intensivvårdssjuksköterskan förväntas dessutom utföra flera helt olika uppgifter samtidigt, till exempel att intensivövervaka en patient och parallellt bemöta känslomässiga reaktioner i samband med sjukdom (Larsson & Rubertsson, 2005). I kombination med bristande intensivvårdsresurser kan detta leda till så kallad moralisk stress för intensivvårdssjuksköterskan. Det finns mycket forskning kring vilka faktorer i arbetet som upplevs som stressande av intensivvårdssjuksköterskor, det är också väl dokumenterat att en hög nivå av arbetsrelaterad stress är en faktor som kan leda till utbrändhet (Cavalheiro, Moura Junior & Lopes, 2008; Cronqvist & Nyström, 2007; Elpern, Covert & Kleinpell, 2005; Poncet m fl, 2006). Vad som däremot inte är lika väl utforskat är vad intensivvårdssjuksköterskor har för metoder att hantera stress så den inte får för stort inflytande på privatlivet.

### **Ontologiskt perspektiv**

Vår utgångspunkt för studien är att människan är en helhet som består av kropp, själ och ande (Neuman, 1989; Watson, 1988). Dessa tre dimensioner av människan är kraftfulla i sig själva, men har även ett inbördes samband till varandra (Neuman, 1989). Tillsammans utgör de självet hos en person, där nya erfarenheter omvandlas till kunskap och värderingar. Självet betecknar även relationer till andra och olika aspekter av livet. Förutom självet finns också ett idealsjäl, den som personen skulle vilja vara (Watson, 1988).

Watson (1988) har en humanvetenskaplig syn på omvårdnaden. Hon drar paralleller mellan stress och sambandet med en rad sjukdomar, både kroppsliga och själsliga. Genom att sjuksköterskan ökar sin medvetenhet och kunskap kring stress och dess hälsorelaterade problem, kan hon lättare ta till sig olika metoder att hantera stress. Watson (1988) förespråkar den mänskliga omsorgsprocessen med mellanmänskliga transaktioner för att hitta strategier att hantera stressen. Denna omsorgsprocess blir allt viktigare i den teknologiska sjukvården. Den mänskliga omsorgen kan få mindre utrymme när sjuksköterskor får en ökad arbetsbelastning, mer administrativa uppgifter och då maskiner och teknik tar större plats.

I arbetssituationer där patienter är förtvivlade och sårbara måste sjuksköterskan ompröva sin egen mening med liv och död. Genom att erkänna för sig själv att det finns mycket lidande och smärta i vårt inre och vår värld, kan hon lättare lära sig hantera svåra händelser. En mer äkta omsorgsprocess utvecklas och sjuksköterskan kan bevara omsorgen för både sig själv och andra (Watson, 2003). När intensivvårdssjuksköterskan vårdar patienter med livshotande tillstånd, återspeglas hennes innersta värderingar genom hennes sätt att agera (Weston, Buchda & Bergstrom, 2009).

## Epistemologi

Genom att söka kunskap kring varför disharmoni uppkommer samt hur självet och idealsjälvet ska bli mer överensstämmande, skapas harmoni i kropp, själ och ande. Genom att studera sjuksköterskors erfarenheter kring stress och stresshantering, kan dessa kunskaper användas i undervisning för de som studerar till intensivvårdssjuksköterskor, men det kan också användas för sjuksköterskor som redan arbetar på IVA. Den optimala metoden för att få kunskaper kring detta bör därmed vara utifrån en kvalitativ metod (Watson, 1988) där vi intervjuar intensivvårdssjuksköterskor och ber dem berätta om sina erfarenheter.

## Hälsa

Hälsa är ett av fyra konsensusbegrepp inom omvårdnad. Det kan definieras som det tillstånd eller grad av stabilitet det är i helheten. Med helheten menas att kropp, själ och ande är i balans och harmoni. Hälsa är en återspeglning av graden av välmående. Neuman (1989) ser hälsa som en levande energi - när det finns mer energi i systemet än åtgången, är systemet stabilt. För att uppnå hälsa måste det råda harmoni mellan kropp, själ och ande (Watson, 1988).

World Health Organisation (WHO) har definierat begreppet hälsa såhär:

*“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity”* (WHO, 1948).

Efter en revidering av begreppet har ett tillägg gjorts:

*”Good health is a major resource for social, economic and personal development and an important dimension of quality of life”* (WHO, 1986).

WHO menar att hälsa har med fysiska, personliga och sociala resurser att göra. Det är en interaktion mellan livsstil, miljö och social situation. Hälsa är inte enbart frånvaro av sjukdom utan ett tillstånd av välmående.

Ohälsa är ett subjektivt kaos i en människas inre, när kropp, själ och ande inte är i balans. En orolig inre själ liksom allmän eller specifik stress kan leda till ohälsa. Även det okända kan leda till ohälsa. För att det okända ska bli känt, måste man skaffa sig erfarenhet. Ohälsa i sig är inte alltid detsamma som sjukdom, men det kan leda till sjukdom (Watson, 1988).

## Stress

Ordet stress är mångbottnat. Det används idag för att beskriva både stress-stimulin (stressor) och personens reaktion på dessa stressorer. En stressor påverkar individen så att stabiliteten störs, det vill säga det blir obalans mellan kropp, själ och ande (Neuman, 1989). Om det inte råder harmoni mellan dessa kan det leda till ohälsa (Watson, 1988). Inom psykologin beskrivs stress som en ospecifik respons från kroppen och ingen stressor är lika för alla eftersom alla människor är olika. Vidare talas det om att stressorer antingen kommer från den inneboende miljön eller den

yttre miljön (Neuman, 1989; Tache & Selye, 1985). Neuman (1989) har inom omvårdnadsforskningen utvecklat detta och menar att stressorer i sig är neutrala, det är istället resultatet av mötet med dessa som avgör om stressoren kommer till nytta eller skada, är positiv eller negativ.

Karasek och Theorell (1990) har utvecklat en krav-kontrollmodell där sambandet mellan kraven från jobbet och den anställdes känsla av kontroll belyses. Är arbetsplatsen fylld av krav och det endast finns ett litet utrymme för egna beslut av den anställda kan det orsaka stress. Har arbetsplatsen höga krav, men samtidigt ett stort utrymme för den anställda att fatta egna beslut kan istället arbetsmiljön bli en motiverande och lärande plats. Det är alltså inte bara arbetsbördan som orsakar stress, utan det är den anställdes känsla av att inte ha kontroll över sin arbetssituation som orsakar de största problemen (Karasek & Theorell, 1990).

Moralisk stress har inom omvårdnadsforskningen blivit ett etablerat begrepp som berör situationer där det moraliskt riktiga och det praktiskt genomförbara inte överensstämmer. Jameton (1984) definierar moralisk stress som en smärtsam känsla som uppkommer när en sjuksköterska inte kan utföra den handling han eller hon anser behövs på grund av institutionella förutsättningar, t ex organisatoriska, strukturella och ekonomiska faktorer.

## **Coping**

Stressorer är en oundviklig del i människans liv, men det är sättet att hantera stressorn som avgör vilken effekt det får hos olika människor. Samma typ av stressorer påverkar alltså människor på olika sätt beroende på vad de har för strategier att hantera stressorn, såkallade coping-strategier (Hays, All, Mannahan, Cuadere & Wallace, 2006). Coping är ett anglosaxiskt uttryck och det kan översättas till hantering av stress (Hwang, 2005). Coping beskrivs som ett medvetet, kognitivt svar eller en reaktion på en stressor. Det är en process mellan individen och miljön. Enligt Lazarus & Folkman (1984) delas coping in i två olika övergripande delar: problemfokuserad coping och känslfokuserad coping. Problemfokuserad coping betyder att individen analyserar problemet och vidtar nödvändiga åtgärder för att klara av eller att förändra stressoren - att hon konkret gör något. Det kan till exempel vara att ändra ambitionsnivå eller hitta nya vägar ut ur problemet. Känslfokuserad coping inriktas mot individen själv att försöka hantera de negativa känslor som stressoren orsakar (Lazarus & Folkman, 1984). Det kan också innebära att individen undviker stressoren, dels genom att förneka dess existens eller lindra genom till exempel att använda alkohol. Man använder sig av båda strategierna, ofta i kombination, för att hantera en stressor (Lazarus, 1985). Inom omvårdnadsteorin har Neuman (1989) utvecklat detta och menar att coping också sker genom att individen omedvetet skapar en miljö som kan verka skyddande från stressoren och därmed kan det bli balans i systemet. Den skapade miljön är dock energikrävande och kan ta den energi som behövs för att öka individens hälsa (Neuman, 1989). Genom att tillbringa mycket tid i en hektisk miljö kan det inre brytas ner, därför är det viktigt att finna balans som skänker förnyelse. Det är nödvändigt att ta sig tid att ta hand om sig själv för att hålla kroppen och själen i balans. För att en sjuksköterska ska kunna vara ärligt engagerad i sitt arbete, krävs det en sådan inre balans (Weston, m.fl., 2009). Även i ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2005) står det att sjuksköterskan ska sköta sin hälsa så att förmågan att ge vård inte äventyras.

## **IVA som arbetsplats**

Intensivvård definieras som avancerad övervakning, diagnostik eller behandling vid hotande eller manifest svikt i vitala funktioner. Om detta kriterium inte är uppfyllt ska patienten inte klassas som intensivvårdspatient enligt Svenska Intensivvårdsregistret (SIR). Patienterna får här en mycket högspecialiserad och högteknologisk vård. Patienternas stora omvårdnadsbehov och komplicerade sjukdomstillstånd samt den högteknologiska miljön ställer stora krav på specialistutbildade sjuksköterskor med hög kompetens och ett ständigt behov av fortbildning. Patienter inkommer nästan alltid akut på en intensivvårdsavdelning och de lämnas, enligt principer på svensk IVA, aldrig ensamma. En intensivvårdssjuksköterska är ansvarig för 1-2 patienter under ett arbetspass och oftast sköts omvårdnaden tillsammans med en undersköterska (Bergbom, 2007; Cedergren, 2005). Arbetsmiljön är fysiskt och psykiskt krävande och sker ofta i ett högt arbetstempo och i en stressfylld miljö. Sammantaget ställer detta mycket höga krav på medarbetare, arbetsmiljö och ledarskap (Larsson & Rubertsson, 2005).

## **Sjuksköterskeprofessionen**

I socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor tas det upp tre huvudområden som är av betydelse för sjuksköterskans arbete oavsett verksamhet och vårdform. Dessa områden är omvårdnadens teori och praktik: forskning, utveckling, utbildning samt ledarskap. Helhetssyn och etiskt förhållningssätt ska helt fylla sjuksköterskans dagliga arbete. Utifrån detta ska sjuksköterskan också observera, värdera, prioritera, dokumentera och åtgärda förändringar i patientens fysiska och psykiska tillstånd. Viktigt är också att möta patientens sjukdomsupplevelse och att lindra lidande. I kompetensen ingår även att hantera och administrera läkemedel utifrån kunskaper inom farmakologi. Sjuksköterskan ska kunna kommunicera, informera och undervisa patienter och dess närstående. Att medverka och bedriva utvecklingsarbete samt ha förmåga att undervisa och handleda både studenter och medarbetare är också en del i yrkeskompetensen. Viktigt är också att agera när en kollega är oprofessionell i sitt förhållningssätt gentemot patienter eller närstående (Socialstyrelsen, 2005).

En sjuksköterska måste vara både personligt, socialt, moraliskt och andligt engagerad för att den mänskliga omsorgen ska kunna existera. För att kunna visa omsorg och behandla andra människor med värdighet måste man också respektera, älska och visa omsorg mot sig själv. Om en sjuksköterska är stressad kan det leda till en inre obalans och då kan den mänskliga omsorgen få mindre utrymme (Watson, 1988).

## **Aktuell forskning**

De artiklar som refereras till i studien har sökts systematiskt på Göteborgs universitetsbibliotek i databaserna PubMed och Cinahl. Artiklarna har tagits fram genom sökorden *coping, stress, work related stress, moral stress, intensive care, nurse, critical care nursing, intensive care units*, i olika kombinationer. Samma artikel kan förekomma i flera sökningar varför antalet använda artiklar inte stämmer överens med antalet artiklar i referenslistan. Alla titlar på artiklarna lästes och i de fall de verkade relevanta för föreliggande studie gick man vidare och läste artikelns abstract. De artiklar som verkade intressanta för arbetet togs sedan fram och lästes i



sin helhet av författarna. I några av dessa artiklar hittades ytterligare referenser som var av värde för studien som också refereras till i arbetet. Sökningarna redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Artikelsökning

Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Använda artiklar
Cinahl	Stress AND Critical care nursing	PEER reviewed, Research article, All adult, Nursing journal, English, 1995-2008	109	10
PubMed	Coping AND intensive care units AND nurse AND stress	Nursing journals, All adult	25	2
PubMed	Intensive care AND Nurse AND Burnout syndrome	Inga begränsningar	17	1
PubMed	Intensive care AND Nurse AND Moral stress	Inga begränsningar	14	3
Cinahl	Work related stress AND Intensive care	Inga begränsningar	5	1

De artiklar som valdes bort handlade bland annat om anhörigas stress på IVA, patienters upplevelse av att vårdas med respirator och sjuksköterskors upplevda stress att arbeta med cancerpatienter.

### Orsaker till stress

Utifrån den aktuella forskningen står det klart att intensivvårdssjuksköterskor ofta upplever stress i sitt arbete. Det som uppfattas som stress kan till exempel vara ständiga förändringar i arbetet (Verhaghe, Vleric, De Backer, Van Maele & Gemmel, 2008), personalbrist (Hays, m.fl., 2006) höga krav och känslan av att inte ha kontroll över sin arbetssituation (Berland, Natvig & Gundersen, 2008). En intensivvårdsavdelnings oförutsägbara natur gör att beslut rörande en patients omvårdnad och behandling ofta måste fattas utan någon längre tid för reflektion över alternativa val eller möjliga konsekvenser av beslutet. Sådana beslut rörande patienter kan ibland upplevas som mycket stressande av beslutstagaren då varje beslut som fattas ska vila på en vetenskaplig grund (Cronqvist, Lutzén & Nyström, 2006).

Det råder ofta en konflikt mellan vad sjuksköterskan känner att hon borde göra och vad hon faktiskt förväntas göra. Ett exempel på detta kan vara sjuksköterskans inre moraliska värderingar, viljan att göra gott, men hon hindras från detta på grund av yttre värden såsom till exempel ekonomi, man måste minska kostnaderna för sjukhuset (Cronqvist, m.fl., 2006; Gutierrez, 2005). Att upprätthålla behandling av patienter som ändå inte svarar på behandlingen kan också leda till moralisk stress hos sjuksköterskor (Elpern, m.fl., 2005; Gutierrez, 2005; Hays, m.fl., 2006; McClendon & Buckner, 2007).

Det finns också studier som visar att ju äldre och mer erfaren sjuksköterskan är, desto mindre stress upplevs (Cavalheiro, m.fl., 2008; McClendon & Buckner, 2007), men stressen ökar också om man inte är nöjd med sitt arbete (Cavalheiro, m.fl., 2008; Elpern, m.fl., 2005).

### **Konsekvenser av stress**

Utbrändhetssyndrom associerat med stress finns dokumenterat bland hälso- och sjukvårdspersonal inom många olika specialiteter (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Intensivvården karaktäriseras av en hög nivå av arbetsrelaterad stress vilket är en faktor som man vet kan leda till utbrändhet. Arbetsplatsmiljön och arbetsbelastningen är faktorer som påverkar utvecklandet av utbrändhet. Utbrändhetssyndromet associeras med minskad välbefinnandekänsla hos sjuksköterskan, vilket kan leda till sämre kvalitet på den vård och omsorg som hon utövar samt kostnader för frånvaro på arbetsplatsen vid eventuell sjukskrivning. Allt detta leder till ödesdigra konsekvenser för intensivvården då det blir färre sjuksköterskor som arbetar och därmed ökad arbetsbörda för de som är kvar (Cronqvist, Theorell, Burns & Lutzén, 2001; Poncet, m.fl., 2006). En sjuksköterska som drabbas av ohälsa kan få koncentrationssvårigheter, känna osäkerhet och därmed ökar risken att fatta fel beslut, vilket kan leda till minskad patientsäkerhet (Berland, m.fl., 2008).

Studier visar att skiftarbete leder till trötthet och utmattning (Ruggiero, 2003; Smith, m.fl., 2005). En sjuksköterska som arbetar natt drabbas i större utsträckning av sämre sömnkvalité och löper också större risk att utveckla depression (Ruggiero, 2003). Sjuksköterskor som är utmattade och trötta har svårare att hantera stress och använder oftare undvikande copingstrategier, så som till exempel alkohol (Samaha, Lal, Samaha & Wyndham, 2007).

Moralisk stress kan ge negativa effekter på det psykiska och fysiska välbefinnandet, självbilden och tillfredsställelsen med jobbet (Elpern, m.fl., 2005). En annan konsekvens kan vara att sjuksköterskan inte längre vill vårda en patient där känslan av att inte ha gjort tillräckligt för patienten och dess anhöriga är överhängande (Gutierrez, 2005). En sjuksköterska som identifierar sin egen situation hos patienten och dess anhöriga, kan känna rädsla och oro att komma för nära patienten och dennes familj. I och med rädslan och oron kan sjuksköterskan distansera sig och dra sig från patient och anhöriga eftersom det är känslomässigt jobbigt att vårda patienten (Cronqvist, m.fl., 2001).

### **Hantera arbetsituationen**

Coping genom att kunna planera sitt arbetspass utifrån vad som behöver göras har visat sig vara en viktig strategi i hantering av stress (Hays, m.fl., 2006; Lambert, m.fl., 2004; Li & Lambert, 2008). Förmågan att planera kan dock vara beroende av vilken erfarenhet sjuksköterskan har. Det har visat sig att sjuksköterskor som arbetat flera år inom intensivvård har lättare att planera vården kring patienten än den mindre erfarna sjuksköterskan (Li & Lambert, 2008). I en svensk studie (Cronqvist, m.fl., 2001) upplevde sjuksköterskorna mindre stress om de fortfarande kände att de kunde ge en god vård till patienten (Cronqvist m.fl., 2001).

Genom att göra avslappningsövningar, (McClendon & Buckner, 2007) att träna eller få massage (Lindquist, Tracy, Savik, 2003) kan intensivvårdssjuksköterskor hantera stressen på arbetsplatsen bättre. I flertalet studier (Berland, m.fl., 2008; Elpern, m.fl., 2005; Gutierrez, 2005; McClendon & Buckner, 2007) framkommer också vikten av att samtala med sina kollegor. Cronqvist, m.fl. (2006) säger att det i många fall är ett bättre stöd att tala med sina kollegor jämfört att ha ett möte i en organiserad grupp.

Att arbeta tillsammans med kollegor som kan hantera stressiga situationer på ett bra sätt, gör att de andra sjuksköterskorna också blir mindre påverkade av den stressiga situationen (Berland, m.fl., 2008; Cronqvist, m.fl., 2006).

För att undvika moralisk stress på grund av brist på kommunikation mellan sjuksköterskor, läkare, anhöriga och patient, är det viktigt att kontakten mellan dessa blir bättre. Detta kan ske genom ökad kontakt med arbetsledningen, etiska diskussionsforum samt att förbättra kontakten mellan anhöriga och hela vårdteamet (Gutierrez, 2005). Enligt McClendon & Buckners (2007) studie kan sjuksköterskor som tar sig tid att tala med familjen till patienten om dennes tillstånd lättare hantera sin stress. Det här är redan studerat, men hur svenska intensivvårdssjuksköterskor hanterar stressen på sitt arbete för att den inte ska få för stor påverkan på deras privatliv är mindre utforskat.

## **SYFTE**

Syftet är att undersöka vad intensivvårdssjuksköterskor i Sverige upplever som stressande i arbetet, hur de hanterar dessa stressorer samt hur de påverkar privatlivet.

### **Frågeställningar**

- Vad anser intensivvårdssjuksköterskan är stressande i arbetet?
- Vilka copingstrategier använder sig intensivvårdssjuksköterskan av för att hantera dessa stressorer?
- Hur tycker intensivvårdssjuksköterskan att arbetet påverkar privatlivet?

## **METOD**

För att pröva metoden inför en fullskalig studie, genomfördes en pilotstudie med två intervjuer. Pilotstudien är det som kommer ligga till grund för resultatet och diskussionen.

### **Design**

En kvalitativ ansats används. Data insamlas med semistrukturerade intervjuer som sedan analyseras. Syftet med en kvalitativ forskningsintervju är att erhålla kvalitativa beskrivningar av den intervjuades upplevelser i avsikt att tolka dess mening. Det är alltså respondentens uppfattning och erfarenheter av en företeelse som är det intressanta för intervjun. Intervjuformen innehåller semistrukturerade frågor med möjlighet att göra förändringar vad gäller frågornas form och ordningsföljd om så krävs för att följa upp svaren och berättelserna från den intervjuade (Kvale, 1997). Respondenterna kan då berätta mer på ett djupare plan och göra förtydliganden med hjälp av författarnas följdfrågor.

### **Urval**

Respondenterna, det vill säga sjuksköterskorna, tillfrågas genom att kontakt tas med vårdenhetscheferna på fem IVA i Göteborg. Dessa informeras om studien av författarna. Vårdenhetscheferna ger i sin tur förslag på lämpliga personer som motsvarar inklusionskriterierna. Dessa är att sjuksköterskorna ska ha en specialistutbildning med inriktning mot intensivvård samt att personen har arbetat på

IVA 2-5 år. Dessa blir sedan uppringda av författarna och får då lämna sitt samtycke till att delta i studien. 10-12 sjuksköterskor kommer att intervjuas.

I pilotstudien gjordes två intervjuer. De två sjuksköterskor som intervjuades var båda kvinnor och hade vardera arbetat två år på IVA, men hade stor erfarenhet av arbete som allmänsjuksköterskor. Båda var i åldrarna 30 – 40 år.

### **Datainsamling**

Intervjuerna utför författarna tillsammans. Två samspelade intervjuare kan ge stöd till varandra och därmed utföra en bättre intervju med större informationsmängd (Trost, 2005). Som stöd för intervjuerna används en frågeguide (bilaga 2) som innehåller fem frågor. Utöver det används följdfrågor så att samtalet leds vidare (Trost, 2005). Följdfrågorna kan vara – *Hur kände du då?* eller - *Kan du utveckla det?* Intervjuerna spelas in på band och texterna transkriberas därefter ordagrant av författarna.

Intervjuerna i pilotstudien tog mellan 15-25 minuter och hölls i ett enskilt rum på respondenternas arbetsplats.

### **Analys**

Texten analyseras med en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Hela texterna läses igenom upprepade gånger för att författarna ska få en känsla för helheten. Meningsbärande enheter, det vill säga hela meningar och fraser som är relevanta för studiens syfte och frågeställningar plockas ut. Den omgivande texten tas också med för att sammanhanget ska kvarstå. Viktigt är dock att inte ta med för stora enheter, då det kan förekomma mer än en företeelse i meningarna och fraserna (Graneheim & Lundman, 2004).

De meningsbärande enheterna kondenseras för att korta ner texten, men fortfarande bevara innehållet i texten. De kondenserade meningsenheterna bryts sedan ner ytterligare och koder tas fram (Graneheim & Lundman, 2004). Därefter fördelas koderna i kategorier som avspeglar det centrala i intervjuerna. Dessa kategorier är det manifesta i intervjuerna, det vill säga - vad säger texten? En kategori är en grupp av kondenserade meningsenheter som har något gemensamt. Inga data får uteslutas på grund av att det saknas en relevant kategori (Krippendorff, 2004). Utifrån kategorierna kan slutligen teman formuleras där det latenta, det vill säga den tolkande underliggande meningen i intervjuerna framkommer. Texten analyseras fram och tillbaka mellan hela intervjuerna till delarna och tillbaka igen (Graneheim & Lundman, 2004).

I pilotstudien gjordes en mindre grad av tolkning utifrån kategorierna i syfte att formulera teman. Analysen har dock i stor utsträckning skett utifrån det manifesta i texterna. Författarna diskuterade tillsammans innehållet med varandra och dialog fördes också med handledaren. Tabell 2 ger ett exempel från pilotstudien på hur analysen kunde se ut.

Tabell 2. Analysförfarandet

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Kategori	Tema
Men jag tycker nog att man bär med sig det, sina patienter, vissa tar tag i en mera	Bär med sig vissa patienter tar tag	Bär med sig vissa patienter	Tankar på jobbet hemma	Svårt att koppla av

## FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Studien grundas på etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden och Helsingforsdeklarationen (Medicinska forskningsområdet, 2000; Sykepleiers Samarbeide I Norden, 2003.) Det finns fyra etiska principer inom omvårdnadsforskning: principen om autonomi - friheten att delta i en studie eller inte, att göra gott - forskningen ska vara till nytta för omvårdnaden, inte skada deltagarna samt principen om rättvisa - att alla ska få ta del av samma resultat. Lagen om etikprövning av forskning som involverar människor reglerar att forskning inom ramen för högskola inte behöver etikprövas (SFS, 2003). Utgångspunkt för studien är att deltagandet är frivilligt och deltagarna informeras om att de närsomhelst kan avbryta sitt deltagande utan att ge en anledning. Deltagarna får muntlig såväl skriftlig information angående deltagandet i studien. Författarna informerar också om att all information som framkommer under intervjun behandlas konfidentiellt och att de inspelade intervjuerna behandlas enbart av författarna och att allt material avidentifieras. Det informationsbrev (bilaga 1) som kommer sändas ut till sjuksköterskorna har granskats och blivit godkänt lokalt på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet.

## RESULTAT

Resultatet från pilotstudien består av tre övergripande teman med underliggande kategorier. Det första temat var inte räkna till, det andra var söka en balans och det sista var svårt att koppla av. Kategorierna beskriver olika aspekter av erfarenheterna som sjuksköterskorna berättade om.

Citaten förtydligar kategorierna. I citaten anger punkterna (...) att det är en tystnad och snedstrecken (//) att ett stycke i citatet utelämnats då det ej ansågs väsentligt för kategorin.

### Inte räkna till

#### Högt tempo på arbetsplatsen

Båda respondenterna upplevde att deras arbetsplats präglades av ett högt tempo och hög arbetsbelastning. Den stora arbetsbelastningen innebar att möjligheten att ge god omvårdnad försvårades. Ett stort patientflöde medförde att det inte fanns någon tid för återhämtning mellan patienterna. En av respondenterna nämnde en bristande förståelse från cheferna över den höga arbetsbördan, det fanns sällan utrymme att säga nej trots att arbetsbelastningen redan var för hög.

*"... ibland kan man känna - Nej nu får ni backa, inte en patient till liksom..."*

På sjuksköterskornas arbetsplats var det obligatoriskt att arbeta treskift, vilket innebar att man arbetade både dag, kväll och natt. De oregelbundna arbetstiderna gjorde att sjuksköterskorna kände att de aldrig fick tillräckligt med tid till återhämtning och vila.

*"... det är dränerande och stressande... // man blir aldrig återhämtad... och slits ner väldigt snabbt. // Man vet att man ska jobba natten och då vet jag att jag kommer vara trött två tre dagar efter."*

### **Ensamhet när kommunikation och samarbete brister**

Det framkom i båda intervjuerna hur viktigt det var med ett väl fungerande lagarbete runt patienten och att alla följde samma linje och gav samma besked till patienter och anhöriga. Ibland uppstod brister i samarbetet mellan olika läkare, eller mellan läkare och sjuksköterska, och detta upplevdes av sjuksköterskorna som en stor källa till stress. Ibland kunde olika läkare ha olika åsikter om vad som skulle göras eller inte och tog beslut som gick emot tidigare tagna beslut. Detta ledde till motstridiga budskap som kunde skapa förvirring hos alla inblandade och då det var sjuksköterskan som hela tiden är inne på rummet med patienten och dess anhöriga var det oftast hon som fick möta deras reaktioner och frågor. Sjuksköterskorna upplevde att de många gånger kunde känna sig ensamma och utlämnade i sådana situationer.

*"... man tar ett beslut eller att man tar ett ställningstagande på dagen, den ansvarige läkaren som har patienten, och sen får det liksom gälla... tills nästa dag om det inte inträffar något speciellt, men många gånger kan det vara så att det går på en jour som tycker annorlunda och bestämmer att vi ska göra en undersökning eller göra nånting som man har sagt på dagen att man inte ska göra och då blir det väldigt motstridiga budskap till anhöriga... och till oss då."*

Sjuksköterskorna upplevde att ibland kunde andra intressen än patientens bästa styra. En av sjuksköterskorna berättade om en situation där en läkare strax innan jourbytet tog beslutet att avsluta behandlingen av en svårt sjuk patient och låta honom gå bort. Han vårdades med respirator och hade höga doser inotropa läkemedel och det fanns inte något hopp om att han skulle överleva. I sängen närmast den svårt sjuke mannen låg en vaken patient som hörde och förstod allting och tog väldigt illa vid sig av situationen. Sjuksköterskan bad därför läkaren vänta lite då hon ville få tid att flytta om så den döende mannen fick lite avskildhet samt samla anhöriga och ge dem stolar att sitta på och försöka göra det här avslutet så bra som möjligt. När hon lämnar rummet för att hämta stolar stänger dock läkaren av inotropin med följd att patientens hjärta slutar slå ungefär i samma stund som anhöriga kommer in i rummet.

*"... när vi kom tillbaka in höll han ju på att gå bort liksom, ja hjärtat slog tre slag och så dog han och alla blev jättekonstiga och jag stod där med en stol i handen och det blev liksom... helt fel. Och sen försvann hon! (läkaren) Och då är det ju så att man som sjuksköterska då inte får stänga av respiratorn även om man ser att patienten är död, och då fick jag hålla på och söka henne för att hon skulle"*

*komma. Å anhöriga då dom förstod inte om han var död eller inte, å patienten bredvid grät och det kändes liksom... alltså otroligt stressande // då känner man att man får försöka att... på bekostnad av sig själv, att styra upp det så att det blir bra för anhöriga i alla fall, och kanske nästan låtsas att det är mer normalt än vad det är... eller liksom ha pokerfejs då för att det ska bli bra i alla fall"*

Läkaren i fråga höll på att rapportera över till nästa jour och var inte så intresserad av att komma utan svarade "skriv upp vilken tid han fick asystoli så kommer vi sen och stänger av respiratorn". Sjuksköterskan upplevde att läkaren ville få avslutat behandlingen innan hon lämnade över till nästa jour för att slippa förklara varför hon inte gjort det tidigare. Hon såg i detta fall mer till sina egna intressen än till patientens. Bristande samarbete och kommunikation mellan sjuksköterskan och läkaren gjorde att situationen inte blev bra för varken anhöriga eller patienten som låg bredvid den avlidna.

*"... så avslutades ju respiratorbehandlingen och vi gjorde i ordning honom och körde in honom i avskedsrummet och då ska man då hela dagen ägna sig åt att liksom kompensera för det här dåliga avslutet, samtidigt som man har en ny patient på den här platsen som också är dålig, så man räcker ju inte till på några plan!"*

Sjuksköterskan fick ta konsekvenserna av läkarens beslut och därmed försöka kompensera för att det inte blev ett bra avsked för anhöriga. En känsla av ensamhet och att vara utlämnad uppstod hos sjuksköterskan då hon lämnades själv att hantera och försöka reda ut situationen. Sjuksköterskan berättade att hon varit med om liknande situationer vid flera tillfällen.

### **Att känna sig otillräcklig i arbetet**

Sjuksköterskorna upplevde att de ibland, på grund av yttre omständigheter, inte kunde ge så god omvårdnad som de egentligen skulle önska. Dessa omständigheter kunde vara den höga arbetsbelastningen eller brist på möjlighet att skapa lugn och ro för patienten. Detta ledde till en känsla av att man gav dålig vård, vilket skapade skuld känslor hos sjuksköterskan.

*"... man skulle kunna göra så mycket för honom, (patient som legat på avdelningen länge) som man inte kan göra för man har så mycket med den andra patienten bredvid... // man skulle vilja lägga in honom på ett enkelrum, man skulle liksom ge honom en bättre dygnsrytm, det är så mycket man skulle vilja göra och så kan man inte det..."*

Dessutom vårdades på avdelningen många patienter med vitt skilda diagnoser vilket medförde att sjuksköterskorna behövde stora kunskaper om olika sjukdomstillstånd. Ibland fanns en osäkerhet inför uppgiften att vårda en specifik patient då man inte tyckte sig ha tillräckligt med kunskaper om dennes situation och sjukdomstillstånd. En av sjuksköterskorna berättade om när hon för första gången vårdade ett barn som efter en olycka fått amputera ena benet:

*"... jag tänkte det... hur ska jag klara detta? En tolv- trettonåring är liksom... för det hade jag aldrig haft // det var ju väldigt laddat med föräldrar och allting sånt här..."*

Båda sjuksköterskorna upplevde arbetet som otroligt speciellt då de hela tiden arbetade så nära döden och mötte så många anhöriga i kris. De hade höga krav på sig själva att alltid vara professionella i alla situationer.

## **Söka en balans**

### **Fritiden som energikälla**

Bägge sjuksköterskorna framhöll vikten av att vårda sig själv och vara rädd om sig för att orka arbeta på IVA. De ansåg att sova ordentligt, äta riktigt samt att vara fysiskt aktiv var extra viktigt att tänka på när man jobbade på IVA. De poängterade vikten av att finna en bra balans mellan arbete och fritid och de såg till att göra roliga saker på fritiden för att väga upp det svåra på jobbet. I texten framkom aktiviteter som träna yoga, träffa vänner och familj, lyssna på musik, fika, resa och gå ut med hunden.

*"... ja sånt som får mig att må bra. Att tillåta sig själv att göra såna saker som får en att må bra som motvikt till allt som... som händer på jobbet."*

Att ha en liten stund för sig själv och tänka igenom dagens arbete var också viktigt. Detta kunde till exempel vara på cykelturen hem från jobbet.

*"Jag tror alla hittar sitt sätt, men jag tänker nog mycket på det, att jag måste sova och äta och försöka vara rädd om mig själv..."*

Om de inte gjorde roliga saker på sin fritid upplevde de att det fanns en risk att förlora sin empati och istället bli bittra i sitt arbete.

### **Vikten av professionell handledning**

Vikten av professionell handledning betonades upprepade gånger under intervjuerna och detta saknades helt på arbetsplatsen. Sjuksköterskorna ville ha professionell handledning för att få hjälp att hantera och analysera sina egna reaktioner på svåra situationer och därmed öka sin självkännet. I nuläget kände de sig helt utlämnade av organisationen att klara sig själva. En sjuksköterska beskrev det såhär:

*"Det bara förväntas - gå in och gör ditt jobb och gå ut igen!"*

En annan sjuksköterska uppgav att:

*"Ja, alltså egentligen tror jag att det är helt nödvändigt (med handledning), alltså för att hålla i längden."*



Mötet med tragik och elände på IVA gjorde att sjuksköterskorna kände ett behov av att få prata och ventilera olika händelser som de varit med om och i och med det få hjälp att gå vidare.

### **Stöd från kollegor**

Båda sjuksköterskorna upplevde att de fick mycket stöd av sina kollegor. Genom att samtala med sina kollegor kunde de analysera känslor som kommit upp i samband med jobbiga händelser. Dessa samtal gjorde det lättare att gå vidare.

*”Jag brukar ringa till någon kompis som också jobbar på IVA och man berättar vad som hänt. Och sen så analyserar man kanske lite varför man kände som man gjorde och sen... sen går man vidare.”*

Att ha en positiv inställning i sitt arbete och mot sina kollegor togs upp som en viktig faktor för att minska stress. Även när det var en stressig situation och mycket att göra upplevdes situationen lättare om man hade en positiv inställning och kunde skratta tillsammans.

Att minska kraven på sig själv och våga be om hjälp var något som de gjorde mera nu jämfört med när de var nya på jobbet. En av sjuksköterskorna berättade att hon kommit till insikt att man inte behöver klara av allt själv och att det inte sågs som ett nederlag att be om hjälp. Det man kunde få hjälp med var punktinsatser så som till exempel dra upp läkemedel. Det kollegiala stödet fanns också i situationer som var nya och skrämmande.

*”Man är ju aldrig ensam och det har jag tänkt på, man är faktiskt inte det!”*

Det fanns alltid någon mer erfaren kollega som hade varit med om något liknade förut. Vetskapen om att det alltid fanns någon som kunde backa upp i nya eller stressiga situationer gjorde det lättare att vara ödmjuk och våga erkänna för sig själv att något var svårt och jobbigt.

### **Acceptans**

Bägge sjuksköterskorna uppgav att en del exceptionella händelser och situationer alltid kommer finnas kvar i minnet och de har accepterat att det är så det är.

*”... saker som man inte trodde är sant kan hända att människor kan råka ut för, det händer. Och det händer hela tiden. Och jag har lärt mig acceptera det och hittat ett, hittat ett lugn i att det är så, och den acceptansen... alltså alla vet att det händer fruktansvärda saker, men jobbar man på IVA så ser man och lever i det och det måste man acceptera att det är så.”*

Genom detta accepterande tog inte sjuksköterskan med sig upplevelserna hem i lika stor utsträckning. *”Det är som det är liksom”*. Livet fortsätter ändå. Genom att förlika sig med tanken kring allt obehagligt och skrämmande de varit med om och som de kommer att vara med om i framtiden fann sjuksköterskorna ett lugn. Detta lugn gjorde det också lättare att acceptera att händelser och olika människoöden faktiskt påverkar dem som person.

## **Svårt att koppla av**

### **Trötthet**

Sjuksköterskorna upplevde ofta trötthet och orkeslöshet när de var hemma från jobbet. Tröttheten berodde dels på tvånget att arbeta treskift, men också på grund av att arbetet var ansträngande. Mycket tid gick till att vila upp sig inför nästa arbetspass, framför allt om de skulle arbeta natt.

*"... jag upplever också att jag är otroligt trött, alltså det är ett väldigt krävande arbete."*

En sjuksköterska uppgav att hon kände att hon var tvungen att begränsa sina fritidsaktiviteter på grund av trötthet och orkeslöshet:

*"... man pratar om att man vill ha fritidsaktiviteter som är roliga och får en och orka med jobbet och dom får man ju begränsa. Jag hade ju säkert gjort mycket mer på fritiden, och tränat mer och gjort roliga saker om jag hade hunnit, men det hinner jag inte och jag orkar inte."*

Att vara tvungen att begränsa sina fritidsaktiviteter var en konsekvens av att mycket tid gick till att vila. Att aldrig vara riktigt utvilad gjorde att en känsla av att prestera sämre på arbetet infann sig och det ledde till dåligt samvete. Man tyckte att man borde klara av mera än vad man faktiskt gjorde.

### **Tankar på arbetet hemma**

Båda sjuksköterskorna ansåg att det var nästintill omöjligt att inte ta med sig jobbet hem ibland. Starka händelser som de varit med om under ett arbetspass kunde dyka upp i tankarna när de var lediga. De gånger de kom hem efter en tuff dag talade de om det för sin familj i syfte att få förståelse för att de kände sig lite ur balans.

*"... jo om jag haft en jobbig dag så säger jag nog det hemma – Att idag har det varit jättetungt så ni måste vara extra snäll mot mig i några timmar."*

Även tankar kring olika patientöden och speciella händelser kunde dyka upp i minnet. Vissa patienter som på ett eller annat sätt utmärkt sig mer än andra fanns kvar i minnet och sjuksköterskorna upplevde att det nog alltid skulle vara så.

*"... man blir lite märkt tycker jag... av alla öden man... det vore konstigt annars!"*

Händelser de varit med om som påminde om deras egna liv var också något som uppgavs vara sådant man tänkte på hemma.

## DISKUSSION

### Resultatdiskussion

Resultatet från pilotstudien visar att sjuksköterskorna upplevde att de i liten utsträckning kunde påverka det höga tempot på arbetsplatsen och trots en uppfattning att arbetsbelastningen redan var stor, fanns det inte utrymme att säga nej till ytterligare arbetsuppgifter. Brist på förståelse från chefer gjorde att de inte fanns någon tid för återhämtning på arbetet. Berland m.fl. (2008) säger att ökad arbetsbelastning kan leda till sämre patientsäkerhet på grund av att sjuksköterskorna lättare gör fel under press. Sjuksköterskorna upplevde att yttre omständigheter ofta hindrade dem att ge den goda omvårdnad de skulle vilja och detta var en källa till stress. Det uppstår en inre konflikt hos sjuksköterskan när hon känner att hon inte kan utföra det arbete som hon skulle vilja. Känslan av att inte ha kontroll över sin arbetssituation samt brist på delaktighet i beslut kan orsaka sjukdom (Karasek & Theorell, 1990). Detta har även Cronqvist m.fl. (2006) och Guterrez (2005) visat i sina studier. Det är därför av stor vikt att arbetsledningen är lyhörd för sin personal och ger dem utrymme att själva påverka sitt arbete så långt det är möjligt.

Båda sjuksköterskorna tog upp problemet med bristande kommunikation mellan personal. Ibland kunde olika ordinationer ges från olika läkare och detta upplevdes som stressande. Eftersom det är sjuksköterskan som arbetar närmast patienten får hon ofta ta konsekvenserna av det bristande samarbetet mellan läkarna. Dessa motstridiga budskap skapade förvirring hos anhöriga och patient och det var då sjuksköterskan som fick försöka förklara den ändrade vården. För att anhöriga och patienten fortfarande skulle känna förtroende för vården kände sig sjuksköterskorna tvingade att ställa sig bakom och försvara ett beslut som de egentligen kanske inte höll med om till fullo. En känsla av ensamhet kunde infinna sig i sådana situationer. Guterrez (2005) rekommenderar i sin studie etiska diskussionsforum för att förbättra kontakten mellan olika personalkategorier. Att även öka kommunikationen mellan arbetsledningen och personalen ansågs också minska risken för stress.

Bristen på handledning gjorde att sjuksköterskorna fick prata med sina kollegor istället, men båda ville ha professionell handledning på arbetsplatsen. En av sjuksköterskorna uttryckte till och med att hon trodde det var helt nödvändigt för att hålla i längden. Handledning i grupp kan vara stödjande och utveckla sjuksköterskornas fingertoppskänsla inom omvårdnad. Att få uttrycka sina känslor och diskutera olika erfarenheter i grupp kan även ge känslomässig lättnad (Lindahl & Norberg, 2002). Annan forskning säger dock att det i många fall kan vara bättre att samtala med sina kollegor istället för i en organiserad grupp (Cronqvist, m.fl., 2006). Utifrån pilotstudien, samt tidigare forskning (Cronqvist, m.fl., 2006; Lindahl & Norberg, 2002), finns det stöd för att sjuksköterskor önskar professionell handledning, men det kan inte ersätta de spontana samtalen de har med sina kollegor. Det är just när situationer uppstår som behovet att prata är som störst - då går det inte att vänta till nästa handledningstillfälle.

Cronqvist m.fl. (2001) menar att rädsla och oro kan göra att sjuksköterskor distanserar sig från patienter och dess anhöriga. Sjuksköterskorna i pilotstudien upplevde att de hade stöd från mer erfarna kollegor i nya situationer och vågade därmed konfrontera det som i början kändes främmande och ovant. Det är därför

viktigt att en oerfaren sjuksköterska alltid arbetar tillsammans med en mer erfaren kollega. Detta får även stöd i studier som gjorts av Benner, Tanner, och Chesla (1999).

Sjuksköterskorna i pilotstudien använde sig av både problemfokuserad coping och känslufokuserad coping. Problemfokuserad coping användes när sjuksköterskorna insåg sina begränsningar och vågade be om hjälp från mera erfarna kollegor. Känslufokuserad coping var att ha en rolig fritid, att träna, vara fysisk aktiv och gå på yoga. Båda sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att själv vara aktiv i sin stresshantering genom att vara rädd om sig själv.

Watson (2003) säger att det är av stor vikt att sjuksköterskan erkänner för sig själv att det finns mycket lidande och smärta i världen. Genom att acceptera detta kan sjuksköterskan bevara omsorgen för både sig själv och andra. På IVA händer det mycket sorgliga och tragiska saker och sjuksköterskorna i studien hade accepterat att det var så det var. Detta gjorde det lättare för dem att jobba vidare på IVA.

Sjuksköterskorna upplevde att stressen i deras arbete på IVA påverkade deras privatliv och fritid. De upplevde att tvånget att arbeta treskift orsakade trötthet och orkeslöshet. Mycket av deras fritid gick åt till att samla nya krafter och de kunde därför inte delta i alla de fritidsaktiviteter de skulle vilja. Att ständigt vara trött ledde till dåligt samvete för att de inte orkade prestera mer. Sjuksköterskornas familjer blev också påverkade på så sätt att de fick vara extra omtänksamma de dagar som deras mamma/fru kom hem från ett tufft arbetspass. För att kunna hantera ett stressigt arbete krävs det att sjuksköterskan finner en inre balans (Watson, 1988; Weston, m.fl., 2009) till exempel genom att ha en meningsfull fritid. Genom att dra ner på saker som man tycker är roligt kan risken för utbrändhet öka. Tröttheten gjorde också att sjuksköterskorna upplevde att de utförde ett sämre arbete. Det resultatet ligger i linje med övrig forskning kring ämnet (Ruggiero, 2003; Samaha, m.fl., 2007). Av detta kan man dra slutsatsen att treskiftsarbete borde undvikas så långt det är möjligt eller att det åtminstone inte är tvingande.

Det råder idag en stor brist på sjuksköterskor med specialistkompetens inom intensivvård. Detta har lett till att antalet intensivvårdsplatser har tvingats minska ner samt att det blir högre arbetsbelastning för de sjuksköterskor som idag arbetar med intensivvård (Larsson & Rubertsson, 2005). Det råder också en hög omsättning på de sjuksköterskor som arbetar inom intensivvården. Resultatet av en fullskalig studie bör därför överföras till nya intensivvårdssjuksköterskor under utbildningen för att de redan från början ska ta till aktiva åtgärder för att bevara sin fysiska och psykiska hälsa och orka stanna kvar i yrket. Det är också viktigt att det ges utrymme att vika en del av arbetstiden till reflektion, till exempel att alla samlas en stund i slutet av varje arbetspass och pratar igenom dagen. Möjlighet ges då att ventilera olika känslor man annars riskerar att bära med sig hem. Det är också viktigt att alla personalkategorier deltar i denna stund för reflektion. Genom att både läkare, sjuksköterskor och undersköterskor för en gemensam diskussion kan samarbete och kommunikationen förbättras på arbetsplatsen.

## Metoddiskussion

Syftet med studien var att fånga intensivvårdssjuksköterskors erfarenhet kring stress på arbetet och hantering av stress så att arbetet inte får för stor påverkan på sjuksköterskornas privatliv. Genom att välja en kvalitativ intervjumetod kunde sjuksköterskorna berätta fritt kring sina erfarenheter och därmed minskades risken att något skulle utelämnas. Om vi istället skulle genomfört en kvantitativ enkät med standardiserade frågor hade vi endast fått svar på de frågor som vi ställt och därmed kanske gått miste om övrig information. Eftersom ämnet fortfarande inte är tillräckligt utforskat hade det varit svårt att använda sig av en kvantitativ metod eftersom det finns en svårighet att ställa rätt frågor så att så mycket information som möjligt kan komma fram. En pilotstudie kan vara bra för att utveckla frågor till en enkät.

De frågor som användes i intervjun svarade väl an till studiens syfte och sjuksköterskorna hade inga svårigheter att förstå dem. Resultatet visar dock att sjuksköterskorna hade mer att säga om stressen på sitt arbete än om arbetets påverkan på privatlivet. Resultatet blev därmed något ojämnt fördelat över frågeställningarna i syftet. I den storskaliga studien bör därför frågeguiden ses över och fler följdfrågor ställas då en frågeställning tenderar att få mindre utrymme än de andra. Sjuksköterskorna hade blivit väl informerade om studiens syfte innan intervjun. Informationen gavs både skriftligt och muntligt några dagar innan intervjun ägde rum, samt ytterligare en gång innan själva intervjun startades. Genom att få information några dagar innan intervjun fick sjuksköterskorna möjlighet att tänka igenom och förbereda sig innan de skulle intervjuas.

Dataanalysen genomfördes med hjälp av innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). När man använder sig av innehållsanalys sker analysen nära texten och tolkningen sker först i sista steget – i formulerandet av teman. Innehållsanalys kan vara en passande metod att använda sig av som nybörjare inom omvårdnadsforskning eftersom analys sker nära texten, det vill säga det manifesta. För att kunna tolka det latenta innehållet i texten krävs erfarenhet och kunskap (Graneheim & Lundman, 2004), därför har analysen i pilotstudien i huvudsak utgått från det manifesta. I den storskaliga studien kan troligtvis latenta teman utformas eftersom författarna då kommer ha mer erfarenhet samt ett rikare material att arbeta med. Graneheim och Lundman (2004) menar dock att en viss tolkning alltid sker i närmandet av texten och en text kan alltid innehålla mer än en innebörd. En annan svårighet är förfarandet i att plocka ut meningar från texten. Om det tas med en för stor meningsenhet är risken stor att meningen innehåller mer än en innebörd, tar man med för kort mening kan resultatet bli fragmenterat. I båda fallen är risken stor att viktig information går förlorad. Kategoriindelningen är också ett kritiskt moment. Kategorierna ska vara fullständiga och en kod eller meningsbärande enhet ska inte kunna passa in i mer än en kategori. Vidare ska inga data uteslutas på grund av att det saknas en passande kategori (Krippendorff, 2004). Graneheim och Lundman (2004) menar dock att det inte alltid är möjligt att skapa fullständiga och uteslutande kategorier när texten handlar om människors erfarenheter. I analysen fördes diskussioner mellan författarna kontinuerligt och det var en process fram och tillbaka mellan hela texten, koderna och kategorierna. Genom att ta med representativa citat från intervjuerna förtydligades kategorierna och det blir lättare för läsare att förstå innebörden av de olika kategorierna.

Författarna av arbetet har inte tidigare arbetat på IVA, men har flera års erfarenhet av arbete som allmänsjuksköterskor. Det finns en svårighet i att inte tolka en intervju utifrån sina egna erfarenheter, därför kan innehållsanalys vara bra ( ) då analysen är bunden till texten, vad som faktiskt sägs (Graneheim & Lundman, 2004).

Sjuksköterskorna som intervjuades var båda kvinnor i åldern 30-40 år och de hade arbetat två år på IVA. Det är representativt i den bemärkelsen att det är övervägande kvinnor som arbetar på IVA och åldersmässigt kan man tänka att de som arbetat 2 - 5 år på IVA är cirka 25 – 45 år. I den storskaliga studien bör dock de som intervjuas vara både män och kvinnor och vara i varierande åldrar för att resultatet ska bli så rikt som möjligt. Genom att intervjua flera sjuksköterskor som arbetar på IVA kan man få fler människors erfarenheter och därmed utveckla resultatet. Kategorier kan då tillkomma och de kategorier som redovisas i pilotstudien kan komma att förändras.

### **Konklusion**

Arbetet på IVA är fysiskt och psykiskt krävande och sker ofta i ett högt tempo och i en stressfylld miljö. Ofta känner sjuksköterskan att hon inte har möjlighet att ge en så god omvårdnad som hon skulle önska på grund av yttre omständigheter, som till exempel hög arbetsbelastning. Detta skapar skuld känslor hos henne. Inte sällan uppstår brister i samarbetet mellan olika yrkeskategorier och olika budskap kan förmedlas till patient och anhöriga. Då sjuksköterskan är den som arbetar närmast patienten är det oftast hon som får ta konsekvenserna av detta och försöka reda ut situationen. Döden finns dessutom ständigt närvarande och sjuksköterskan möter många människor i kris. Intensivvårdssjuksköterskorna ställer höga krav på sig själva att vara professionella i alla situationer. Även om individuella skillnader kan variera i hur sjuksköterskor hanterar stress och svåra händelser, finns det element i stresshanteringen som är gemensamma för alla. Det gemensamma är att det är nödvändigt att ha en genomtänkt strategi och arbeta aktivt för att minska den negativa påverkan från alla stressorer. Detta är viktigt att överföra till nya intensivvårdssjuksköterskor när de går in i yrket. När man arbetar med intensivvård måste man ha ett aktivt förhållningsätt till sitt arbete och bearbeta allt det svåra man är med om. Det är viktigt att finna en balans mellan arbete och fritid för att hämta nya krafter. Sjuksköterskan har naturligtvis ett eget ansvar att se till att upprätthålla sin hälsa. Dock måste även själva arbetsorganisationen hjälpa till genom att tillhandahålla professionell handledning samt anpassa arbetsbördan och arbetstiderna för att undvika att sjuksköterskorna är så slutkörda efter arbetsdagen att all deras fritid går åt till att återhämta sig inför nästa arbetspass.

## REFERENSER

Benner, P., Tanner, C.A., & Chesla, C.A. (1999). *Expertkunnande i omvårdnad – omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur.

Bergbom, I. (2007). Intensive and critical care nursing. *Intensive Critical Care Nursing*, 23(3), 121-123.

Berland, A., Natvig, G.K., & Gundersen, D. (2008). Patient safety and job-related stress: A focus group study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 90-97.

Cavalheiro, A.M., Moura Junior, D.F., & Lopes, A.C. (2008). Stress in nurses working in intensive care units. *Rev Latino-am enfermagem*, 16(1), 29-35.

Cedergren, A. (2005). This is my unit: CIVA at Sahlgrenska Hospital, Gothenburg, Sweden. *Connect: The World of Critical Care Nursing*, 4(1), 20-22.

Cronqvist, A., Theorell, T., Burns, T., & Lutzén, K. (2001). Dissonant imperatives in nursing: a conceptualization of stress in intensive care in Sweden. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17, 228-236.

Cronqvist, A., Lutzén, K., & Nyström, M. (2006). Nurses lived experiences of moral stress support in the intensive care context. *Journal of Nursing Management*, 14, 405-413.

Cronqvist, A., & Nyström, M. (2007). Theoretical argumentation on the consequences of moral stress. *Journal of Nursing Management*, 15, 458-465.

Elpern, E.H., Covert, B., & Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 14(6), 523-530.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Gutierrez, K.M. (2005). Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(5), 229-241.

Hays, M.H., All, A.C., Mannahan, C., Cuaderes, E., & Wallace, D. (2006). Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(4), 185-193.

Hwang, P. (2005). *Vår tids psykologi*. Stockholm: Natur och kultur.

International council of nurses (2005). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad från WWW 2009-05-07, <http://www.icn.ch/icncodeswedish.pdf>.

Jameton, A. (1984). *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Karasek, R.A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic books.

Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: an introduction to its methodology*. Thousand Oaks, California: Sage, cop.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lambert, V., Lambert, C., Inouye, J., Itano, J., Kim, S., Kunaviktikul, W., Sitthimongkul, Y., Ponthavornkamol, K., Gasemgitvattana, S., & Ito, M. (2004). Cross-cultural comparison of workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health among hospital nurses in Japan, Thailand, South Korea and the USA (Hawaii). *International Journal of Nursing Studies*, 41, 671–684.

Larsson, A., & Rubertsson, S. (red). (2005). *Intensivvård*. Stockholm: Liber.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

Lazarus, R. (1985). Psychology of Stress and Coping. *Issues In Mental Health Nursing*, 7(1), 399-418.

Li, J., & Lambert, V.A. (2008). Workplace stressors, coping, demographics and job satisfaction in Chinese intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*, 13 (1), 12-24.

Lindahl, B., & Norberg, A. (2002). Clinical group supervision in an intensive care unit: a space for relief, and for sharing emotions and experiences of care. *Journal of Clinical Nursing* 11, 809-818.

Lindquist, R., Tracy, M.F., & Savik, K. (2003). Personal use of complementary and alternative therapies by critical care nurses. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 15(3), 393-399.

Maslach, C., Schaufeli, WB., & Leiter, MP. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.

McClendon, H., & Buckner, EB. (2007). Distressing situations in the intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 26(5), 199-206.

Medicinska forskningsområdet (MRF). (2000). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. (MRF-rapport 2). Borås: Centraltryckeriet AB.

Neuman, B. (1989). *The Neuman systems model*. Norwalk, Connecticut: Appelton & Large.

Poncet, M.C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J-F., Pochard, F., Chevret, S., Schlemmer, B., & Azoulay, E. (2006). Burnout syndrome in critical care



- nursing staff. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 175(7), 698-704.
- Ruggiero, J. (2003). Correlates of fatigue in critical care nurses. *Research in Nursing and Health*, 26, 434-444.
- Samaha, E., Lal, E., Samaha, N., & Wyndham, J. (2007) Psychological, lifestyle and coping contributors to chronic fatigue in shift-worker nurses. *Journal of Advanced Nursing* 59(3), 221–232.
- Smith, L., Tanigawa, T., Takahashi, M., Mutou, K., Tachibana, N., Kage, Y., & Iso, H. (2005) Shiftwork locus of control, situational and behavioural effects on sleepiness and fatigue in shiftworkers. *Industrial Health* 43, 151–170.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. (2005-105-1). Hämtad från WWW 2008-12-22, <http://www.socialstyrelsen.se>.
- Svensk författningssamling – SFS. (2003). *Lag om etikprövning och forskning som avser människor*. (2003:460). Hämtad från WWW 2009-05-28, <http://www.riksdagen.se>.
- Svenska Intensivvårdsregistret - SIR. Hämtad från WWW 2009-01-05, <http://www.icuregswe.org>.
- Sykepleiers Samarbeide I Norden. (2003) *Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries*. Omarbetad upplaga. Oslo: Sykepleiers Samarbeide I Norden.
- Tache, J., & Selye, H. (1985). On stress and coping mechanisms. *Issues in Mental Health Nursing*, 7(1), 3-24.
- Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Pozkal: Studentlitteratur.
- Verhaege, R., Vleric, P., De Backer, G., Van Maele, G., & Gemmel, P. (2008). Recurrent changes in the work environment, job resources and distress among nurses: a comparative cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies* 45(3), 382-392.
- Watson, J. (1988). *Nursing: human science and human care- a theory of nursing*. New York: National league for nursing.
- Watson, J. (2003). Love and caring. Ethics of face and hand- an invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nursing Administration Quarterly*, 27(3), 197-202.
- Weston, M., Buchda, V., & Bergstrom, D. (2009). Creating excellence in practice. I: P.G. Morton & D.K. Fontaine (Red.), *Critical care nursing – a holistic approach* (sid. 109-120). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- WHO. (1948). *Constitution*. Hämtad från WWW 2009-01-05, <http://www.who.int>.

WHO. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Paper presented at the WHO Europe. Hämtad från WWW 2009-01-05, <http://www.who.int>.