

Psykisk ohälsa bland sjuksköterskor -

En studie av Secondary Traumatic Stress
och Vicarious Traumatization.

FÖRFATTARE Jonas Hultberg

PROGRAM/KURS Sjuksköterskeprogrammet,
Examensarbete kandidatnivå

VT 2011

OMFATTNING 15 högskolepoäng

HANDLEDARE Lars Engen

EXAMINATOR Lars-Olof Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Psykisk ohälsa bland sjuksköterskor – En studie av Secondary Traumatic Stress och Vicarious Traumatization.
Titel (engelsk):	Mental illness among nurses – A study of Secondary Traumatic Stress and Vicarious Traumatization
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 15 högskolepoäng/Fristående kurs OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	17 sidor
Författare:	Jonas Hultberg
Handledare:	Lars Engen
Examinator:	Lars-Olof Persson

SAMMANFATTNING (svenska)

Studenter har fått höra att arbeta inom sjukvården med omvårdande arbete kan vara väldigt påfrestande för den egna hälsan. Detta arbetes syfte har då varit att undersöka vilka komplikationer till omvårdnad i form av psykisk ohälsa – specifikt vad gällande Secondary Traumatic Stress, Compassion Fatigue och Vicarious Traumatization – som kan drabba sjuksköterskan, samt att undersöka vad som utgör risk- och skyddsfaktorer. Metoden som användes var en litteraturgranskning och man fann att genom en litteratursökning material, för att ett givande resultat som svarade mot syftet skulle uppnås så gjordes en kompletterande sökning där fokus låg på kvalitativa artiklar. Resultaten analyserades och teman framstod, resultaten presenterades under dessa teman. Resultatet visade att en prevalens av STS fanns inom intervallet av 15,8% till 39%, dock fanns det kriterier för vissa undersökningsformulär som visade ett risk för STS hos 84,4%. Riskfaktorer till dessa tillstånd fann man vara att man identifierade sig med sin patient, patientens prognos/dödsfall samt att vårda barn. Bakomliggande faktorer var att man såg en risk för STS i en oförmåga att dra en gräns mellan sjuksköterskan och patient, högre kunskap om STS och utbildning var förknippad med lägre risk för STS. I påverkan, förändringar och symtom visades det att STS och VT påverkade självbilden, bilden av omvärlden, privat- och familjeliv och sjuksköterskans sömn. Coping strategier för att hantera detta var att skilja arbetsliv från privat liv, att byta avdelning eller helt lämna sjuksköterskeyrket. I metoddiskussionen förs argumentation angående generaliserbarhet och om beskrivningen av tillstånden som är av kvalitativ art blivit lidande pga att materialet varit av överhängande kvantitativ natur. I resultat diskussionen förs en diskussion om empati som en växling mellan affektiv- och kognitiv empati för att minska risken för medkännande sjukdomar. Dessutom förs argumentation angående vikten av kunskap kring detta område då sjuksköterskor lämnar sjuksköterskeyrket för att orka med.

INNEHÅLL

Sid

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Compathy	2
Empati	2
Centrala begrepp	2
<i>Secondary traumatic Stress</i>	2
<i>Compassion fatigue</i>	3
<i>Vicarious traumatization</i>	3
Utbrändhet	3
SYFTE	4
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTESFORMULERING	4
METOD	4
VAL AV METOD	4
INLEDANDE SÖKNING	4
EGENTLIGA LITTERATURSÖKNINGEN	4
URVAL	5
FÖRSTA RESULTATANALYSEN	5
KOMPLETTERANDE SÖKNING	5
EGENTLIGA ANALYSEN	5
RESULTAT	7
PREVALENS	7
UTLÖSANDE FAKTORER	8
Nära identifikation	8
Vårdande av barn	8
Prognos	8
Dödsfall	9
BAKOMLIGGANDE FAKTORER	9
Kunskap	9
Kön	9
Patienten - sjuksköterska och gränsdragning	9
Ålder och år inom sjuksköterskeyrket, arbetstid	10
PÅVERKAN, FÖRÄNDRINGAR OCH SYMTOM	10
Ändrad självbild	10
Förlorade sömn/sömnsvårigheter p g a traumapåminnelse	11
Privat- och familjelivet	11
Ändrad bild av omvärlden	11

COPING STRATEGIER	12
Resurser	12
Stresshanterings modeller	12
Skilja privatliv från arbetsliv	12
Mentorer/arbetskollegor	12
Förändring	12
DISKUSSION	13
METODDISKUSSION	13
RESULTATDISKUSSION	14
Prevalens	14
Empati och gränsdragning	14
Betydelse och förändringar	15
REFERENSER	16
BILAGOR	
1. Artikel Presentation	

INTRODUKTION

INLEDNING

Många sjuksköterskestudenter som påbörjar sin utbildning blir idag varnade istället för uppmuntrade att jobba inom akut och ambulanssjukvård. Det berättas om hur påfrestande och påverkande det är att möta trauman, tragiska livssituationer och människorna kring dem. Nedan är ett exempel som jag fick höra när jag påtalade min vilja att jobba inom ambulans eller akutsjukvården efter det att jag slutfört min sjuksköterskeutbildning vid Sahlgrenska Akademien på GU:

En sjuksköterska, en man i 50 års åldern, inom ambulansen svarade på ett larm som de fick och åkte ut till en tätort. Väl på plats möts sjuksköterskan av en tragisk scen, en ung flicka inte ännu i tonåren hade hängt sig själv då hon inte längre orkat med sitt tragiska hemförhållande med bland annat missbrukande föräldrar. Sjuksköterskan kunde därefter inte sova mer än en knapp timme per natt i flera veckor för att han tog så illa vid sig av situationen han upplevt.

Nästan samma inställning fanns när jag gjorde min praktik på en avdelning på Drottning Silvias Barnsjukhus. Det sades bland vänner och bekanta att de som jobbade där måste vara speciella människor som kunde klara av att vårda sjuka barn, för det ansågs vara något verkligen jobbigt att möta sjuka barn.

Detta fick mig att fundera, är det möjligtvis så att det finns komplikationer till omvårdnad - far sjuksköterskor illa av sitt omvårdande arbete? Krävs det något speciellt av sjuksköterskan för att jobba på akut- och traumaavdelningar eller för den delen vårda barn utsatta för trauman eller svåra sjukdom? Drabbas den sjuksköterska som jobbar utanför dessa vårdkontexter också av komplikationer till den omvårdnad de ger? Om det är så att det finns komplikationer till omvårdnad, är sjuksköterskan extra drabbad av en medkännandesjukdom eftersom att traditionen inom sjuksköterskeyrket är att vara nära och medkännande för patienten – att sätta patienten i första rummet? Hur skulle man kunna förhindra att sjuksköterskan drabbas?

BAKGRUND

Compathy:

Professor Janice Morse, filosofie doktor i omvårdnadsvetenskap och antropologi, introducerade compathy som begrepp i början av 90-talet. Hon skapade denna term för att beskriva ett delade av en fysiologisk reaktion mellan människor. Denna term skall ses som ett delande jämställt det som utbyts i empati och sympati men dock skiljt genom att compathy som begrepp beskriver delandet av en fysiologisk reaktion och inte delandet av en emotionell känsla. En compatisk respons är erhållandet av en fysiologisk reaktion inklusive smärta och/eller agitation av en person som är tillsynes frisk som är i kontakt med en person i svår fysisk nöd. [1]

Empati:

Ordet empati kommer från det grekiska ordet empatheia som grovt översätts till ”in-kännande”. I vetenskaplig litteratur har en indelning av empati gjorts i försök att analysera begreppet. En vanlig uppdelning är funktionsuppdelning i en affektiv (känslomässig och upplevande) del och en kognitiv (intellektuell och värderande) del. En upprepad växling mellan dessa två delar av empatin är nödvändig där observation, uppfångande av känslor och förnyad observation med känsloläsning sker för att en hälsosam empatisk kommunikation skall ske. En överbetoning på en kognitiv empati leder till att det kontrollerande och logiska tänkandet inte släpps och tillgången till ett mer primitivt bildtänkande nås ej. Om istället affektiv empati tar överhanden så leder detta till förvirrande och ångestfyllda reaktioner som är förknippade med att vi blandar ihop oss själva med den andre. [2]

Centrala begrepp:

Secondary traumatic stress disorder, compassion fatigue och vicarious traumatization är begrepp som efter det att de myntats använts med en nära nog synonym mening av olika forskare, dock finns det en begreppsskillnad idag som stammar i intentionen som den som myntade termen hade när den skapades. Dessa termer är så att säga nära besläktade men har även klara skillnader.

Figley bl a beskriver Compassion Fatigue som en mer ”användarvänlig” term för Secondary Traumatic Stress Disorder.[3] Detta verkar vara ursprunget till denna begrepps sammanblandning. I detta examensarbete används termen STS för både compassion fatigue och secondary traumatic stress då compassion fatigue har används som ett mer användarvänligt begrepp för STS, vilket det också har gjorts i flertalet av artiklarna som granskats. Begreppsskillnader som på senaste åren kommit fram, redogörs nedan:

Secondary Traumatic Stress Disorder

Secondary Traumatic Stress Disorder (STSD) är ett tillstånd av utmattning och dysfunktion (biologisk, psykologisk och social) som manifesteras av en erinring av traumatiska minnen som stimulerar symptom av post traumatic stress disorder (PTSD) så som generaliserad ångest, avtrubning och depression. STSD kommer av en utdragen exponering till sekundär traumatisk stress där personen upplever en brist på avlastning från ansvarsbördan från den lidande och lidandet, och en oförmåga att reducera effekterna av sekundär stress. STSD är ofrånkomlig om den utsatta

personen till detta utsätts för en faktor i form av en livsomvälvande upplevelse, exempel på en sådan faktor är; förändring i hälsostatus, livsstil, social status eller professionell/privat ansvarsbörda.[4]

Sekundär Traumatisk Stress (STS) refererar till ett syndrom hos yrkespersonal inom bl a omsorg och vård vilket påminner om PTSD och utvecklas som ett resultat av exponering av traumatiska upplevelser av andra.[5] Detta tillstånd kan beskrivs som en akut sekundär stress[6]

Compassion Fatigue

Compassion Fatigue (CF) är en generell term som betecknar den process där någon lider till följd av en omvårdande egenskap.[7] Compassion Fatigue är en relativt ny term som skapades 1992 av Joinson. CF är slutstadiet av en fortskridande och kumulativ process som orsakas av lång, kontinuerlig och intensiv kontakt med patienter, närvaron i mötet och att vara utsatt för stress. Compassion fatigue är ett tillstånd där medkännande energin som spenderas av sjuksköterskan har överskridit de restaurativa processer som finns samt att deras återhämtningsförmåga gått förlorad.[4] Detta tillstånd kan till skillnad från STS beskrivas som en kronisk sekundär stress.[6]

Vicarious Traumatization

Vicarious Traumatization (VT) är en term för skadliga ändringar i yrkespersonalens bild av dem själva, andra och världen kring dem som ett resultat av exponering av personer som upplevt trauman av olika slag. VT anses vara en normal respons men är skadlig då den ger en förändring inom något av dessa 5 områden; säkerhet, tillit, intimitet, uppskattning och kontroll – som människan har psykologiska behov inom. [5]

Utbrändhet

Utbrändhet myntades av Freudenberg och beskrivs som ett utarmande eller utmattande av en persons mentala och fysiska resurser attribuerat till hans eller hennes långa men ändå inte lyckosamma strävan mot orealistiska förväntningar, internt eller externt erhållen.[6]

SYFTE

PROBLEMFÖRMULERING

Frågan som ställdes inledningsvis var om det finns en medkännandesjukdom/tillstånd som drabbar sjuksköterskor. En inledande sökning svarade på denna fråga att sådana tillstånd finns beskrivna. Problemformuleringen utvecklades då till att undersöka dessa tillstånd och vad som utgör riskfaktorer för sjukdomarna/tillstånden.

SYFTEFORMULERING

Syfte med denna kandidatuppsats är att se vilka komplikationer till omvårdnad i form av psykisk ohälsa - specifikt vad gällande Secondary Traumatic Stress, Compassion Fatigue och Vicarious Traumatization - som kan drabba sjuksköterskan, samt att dessutom undersöka vad som utgör risk- och skyddsfaktorer för utvecklandet av dessa tillstånd.

METOD

VAL AV METOD

En litteraturoversikt valdes som metod för att genomföra detta examensarbete då målet är att visa vad forskningen inom fenomenet som inledningen påtalar har kommit fram till, dvs; hur drabbas sjuksköterskan av sitt omvårdande arbete.

INLEDANDE SÖKNING:

En inledande sökning gjordes för att utveckla denna problemställning och de sökord som användes var; coping, stress, burnout, nursing, staff, emergency, trauma. Denna sökning utgjorde sedan en översikt och utifrån genomlästa abstrakt och artiklar så gav dessa svar på inledande frågor och tillät ett utvecklat av syftet där termerna; secondary traumatic stress, compassion fatigue och vicarious traumatization, inkluderades.

EGENTLIGA LITTERATUR-SÖKNINGEN:

Utgående från det nu formulerade syftet gjordes en litteratur sökning där nedanstående tabell (tabell 1) visar sökningar och resultat. Kriterier för sökningarna har varit så att endast artiklar från och med år 1992 inkluderades i sökningen. Detta årtal valdes på grund av att detta år är det tidigaste året för termen compassion fatigue används i samband med sjuksköterskor och omvårdnad. De huvudsakliga tre termerna (Compassion Fatigue, Secondary Traumatic Stress, Vicarious Traumatization) samexisterar därmed från detta årtal.

I sökningarna i Cinahl så har dessa begränsats till att innehålla resultat som är research articles, peer reviewed samt innehåller ett abstract.

Sökningar i Pubmed har även det gjorts och då begränsats till att innehålla abstract, särskild uppmärksamhet vid granskningar av resultaten för dessa sökningar har gjorts för att en hög standard skall uppnås. Denna särskilda hänsyn gjordes då val av peer

reviewed och research article inte var möjliga att göra. Dock återfanns inget av det utvalda materialet endast i pubmed, därmed blev endast cinahl intressant.

URVAL

Sökord kombinerades i olika sammansättning i förhoppning att ge mer exakta och önskade resultat. Vid antal resultat-träffar överstigande 40 inkluderades ytterligare sökord för att ner antalet träffar. När så en sökning har givit ett resultat på 40 eller mindre träffar lästes alla träffars abstract igenom och utifrån syftet valdes artiklar ut med hänsyn till om de låg inom området för syftet för examensarbetet. Urvalet ses i tabell 1.1.

FÖRSTA RESULTATANALYSEN

Artiklarna som valts ut genomlästes och huvudteman utkristalliserades. Utifrån detta så fördes artiklarnas resultat samman i teman och analyserades för att se trender och samband.

KOMPLETTERANDE SÖKNING

En kompletterande sökning genomfördes halvvägs in i arbetet då det stod klart att för att ett givande resultat för syftets frågeställning behövdes ytterligare kvalitativa forskningsresultat. Därmed infördes sökordet Qualitative och en särskild betoning gjordes på kvalitativa artiklar i en sökning som i övrigt följde ovan angivna kriterier och krav. Dessa artiklars resultat inkluderades i de teman som framträtt från första resultatanalysen. En kompletterande genomläsning och kontroll mot alla inkluderade artiklar gjordes i skenet av det infogade resultatet från den kompletterande sökningen, i syftet att inget relevant resultat skulle förbises.

EGENTLIGA ANALYSEN

Denna analys gjordes med syftet i åtanke för att presentera ett resultat som på ett konkret och kontinuerligt sätt svarar mot syftet. Det bearbetade, samlade resultatet från de artiklar som urvalet gav analyserades och inkluderades i följande huvudkategorier; ”prevalens”, ”utlösande faktorer”, ”bakomliggande faktorer”, ”påverkan, förändringar och symtom” samt ”coping strategier”. En ytterligare kontroll mot ursprungsartiklarna gjordes för att se att inget resultat missats eller förvanskats av analyserna.

TABELL 1.1

Sökord (and)	Sökord (or)	Peer Reviewed	Research Article	Abstract Available	Sök resultat	Artikel funnen
Compassion fatigue Nursing		ja	ja	ja	19	10,12,15,17
Vicarious Traumatization Nursing		ja	ja	ja	2	16
Secondary Traumatic Stress Nursing		ja	ja	ja	4	8,9
Secondary Traumatic Stress		ja	ja	ja	25	14
Qualitative "Secondary Traumatic Stress" Nursing	Compassion Fatigue	ja	ja	ja	34	11
Compassion Fatigue Qualitative Nurse		ja	ja	ja	2	13

RESULTAT

PREVALENS

Det har gjorts ett antal studier på området där ett av målen har varit att se förekomsten av STS. Dessa studier har dock använt sig av olika frågeformulär och därmed kriterier för vad som betecknar en närvaro av STS och STSD. Tabell 2.1 ger en översikt över vilka som ingått i studierna som analyserats och vilka formulär och kriterier som har använts för att nå fram till de resultat som presenterat i studierna.

Tabell 2.1

Studie	Svarande/Område	Formulär	Kriterie	Förekomst
Dominguez-Gomez E, Rutledge D	67 akutsjukvårds Sjuksköterskor	STSS	Kriterie enl Bride ¹	32,8%
Quinal L, Harford S, Rutledge D	44 sjuksköterskor inom onkologi	STSS	Kriterie enl Bride ¹	16,3%
Robins P, Meltzer L, Zelikovsky N	314 anställda på ett barnsjukhus (var av 136 var ssk)	CFST (compassion fatigue scale, 23 frågor (0-115p))	Resultat på 31 eller mer. (måttlig – hög risk)	39%
Frank D, Karioth S	117 public health sjuksköterskor som jobbat under en orkansäsong	Compassion Fatigue Self Test (30 frågor, 30-300p)	Resultat på 95 eller mer. (måttlig – hög risk)	27%
Abendroth M, Flannery J	216 sjuksköterskor inom hospice och palliativvård	ProQOL-CSF-R-III,	Resultat på 18 eller mer. (hög risk)	26,40%
Yoder E	178 sjuksköterskor inom flertal områden	ProQOL-R-IV	Resultat på 18 eller mer. (hög risk)	15,80%
Hooper C, Craig J, Janvrin D, Wetsel M, Reimels E	109 sjuksköterskor inom akutsjukvård, IVA, njurmedicin och onkologi	ProQOL-R-IV	Resultat på 18 eller mer. (hög risk)	28,40%

¹ Kriteriet innebär: För att STS skulle anses finnas så är kriteriet att ett intrusionsymtom, tre avoidancesymtom och två arousalsymtom skulle rapporteras som minst 3 på en 5-gradig Lickert skala i STSS formulärets 17 frågor som behandlar dessa symtom. I Brides kriterie skall dessutom ett ytterligare ett kriterie mötas och det är kriteriet som skall spegla PTSD kriteriet; exponering för ett trauma, och det gavs av att sjuksköterskorna var del i omvårdnaden av patienter med någon form av trauma.[8,9]

Quinal, Harford och Rutledge jämför sin studie med studien som Dominguez-Gomez och Rutledge genomfört och har funnit att de har ungefär hälften så stor förekomst av STS hos sjuksköterskorna i studien inom onkologi mot den inom akutsjukvård. Analys av resultatet visar att sjuksköterskorna som jobbade inom onkologi i Quinal, Harford och Rutledges studie inte uppfyllde kriteriet om 3 st avoidance-symtom till samma grad som sjuksköterskorna inom akutsjukvård som Dominguez-Gomez och Rutledge studerade. Detta kriteriet uppfylldes av 23,3% av sjuksköterskorna inom onkologi medan 47,8% av sjuksköterskorna inom akutsjukvården uppfyllde kriteriet och där i ligger den största skillnaden mellan resultatet i studierna. [8,9]

I Hoopers studie som hade inkluderat sjuksköterskor från akutsjukvårdsavdelning, intensivvårdsavdelning, njurmedicin och onkologi så ser man att onkologi-sjuksköterskorna hade högst andel av de svarande som hade högst risk för STS 33.3%, dock var antalet svarande från onkologiavdelningarna låg. Där efter följde sjuksköterskorna från akutsjukvården med 28.6%, lägst andel hade njurmedicin med 25%. Noteras bör att njurmedicin hade högst andel som hade måttlig risk för STS och onkologi hade lägst andel med måttlig risk.[10]

Yoder redovisar sitt resultat mellan de olika arbetsområdena på ett annat sätt, där det redovisade resultatet är medelvärdet för poängresultatet från ProQOL-R-IV. I denna studie ser vi att hemsjukvården har det högsta medelvärdet av de olika arbetsområdena med ett medelvärde på 14.1, återigen är det akutsjukvården som har det näst högsta medelvärdet på 12.8. Antalet svarande inom hemsjukvården är i denna studie låg. I denna studie så har intensivvården och onkologin det lägsta medelvärdet på 11,4.[11]

I Abendroth och Flannerys, Yoders samt Hooper et al studie redovisas resultatet som hög risk för STS. Det framgår inte i Yoders artikel hur stor andel som hamnar inom måttlig till hög risk medan i Abendroths och Flannerys samt Hoopers studie finns en andel på 78,7% respektive 84,4% inom måttlig till hög risk för STS. [10,11,12],

I studien på sjuksköterskor inom onkologi hade ett annat kriterie krav redovisats detta var också formulerat av Bride. Detta gick ut på att genom de 17 frågorna inom STSS formuläret kunde ett poängresultat uppnås då frågorna var graderade enligt en 5 gradig lickert skala. Möjliga resultatspannet var mellan 17 och 85, där gränsen för närvaro av STS var poängresultatet 38 eller mer enligt kriteriet. I studien på sjuksköterskor inom onkologi fann man ett resultat på 38% av studiegruppen hade närvaro av STS med detta kriterie och det var väsentligen högre än med det tidigare redovisade kravet. Detta gjorde att man valde att redovisa resultaten med det hårdare kravet.[9]

UTLÖSANDE FAKTORER

Nära identifikation

I Yoders studie såg man att bland de personligafaktorerna var en nära identifikation, så som att vara i samma ålder som patienten, en utlösande faktor.[11]

Vårdande av barn

Maytum, Heiman och Garwick identifierade att de mest framträdande faktorerna var att se barnen genomgå många smärtsamma behandlingar, för mycket ledsamhet och se många dödsfall hos barn.[13]

Prognos

I Maytum, Heiman och Garwick studie så identifierade 19 av 20 sjuksköterskor att arbete med barn med kroniska tillstånd var en utlösande faktor för STS.[13]

I Yoders studie fann de att de utlösande faktorerna för STS relaterat till att vårda patienter. Den största identifierade gruppen var patientens status/prognos som

identifierades av 27% som en utlösande faktor.[11] En sjuksköterska i en studie av Maytum, Heiman och Garwick beskriver hur hon var hos en patient och lyssnade till denne. Hur hon kommer ihåg att hon tänkte att hon inte kunde höra en till ledsam berättelse – hon beskriver hur hon bokstavligen fick hålla sig kvar för att inte springa ut ur rummet.[13]

Dödsfall

I Abendroths och Flannerys studie har man sett en korrelation mellan att en sjuksköterska upplevt en traumatisk död hos en patient och STS risk.[12] En sjuksköterska beskriver i Yoders studie hur en utlösande faktor till STS i det att hon satt hos en ung döende cancer patient. Där inga ord eller mediciner hon gav ändrade på utgången. Varje dag såg hon hur denna patients ungdomliga personlighet förtvina. [11]

BAKOMLIGGANDE FAKTORER

Kunskap:

Sjuksköterskor med en högre utbildningsnivå har visat sig ha en association men en lägre nivå av STS dock så har inte detta varit av signifikant art.[8,14] Under för-testet fann Meadors och Lamson att den högre stressgruppen (SRRS > 300) uppvisade en mindre kunskap om STS varningstecken.[15]

Kön:

Det har visat sig i några studier att kvinnor rapporterar högre nivå av STS än män där skillnaden är av signifikant art [8,10]. I Hooper et al;s studie förlorar denna skillnad troligen sin generaliserbarhet i det att var en låg andel män.[10]

Patient - sjuksköterska och gränsdragning:

Om sjuksköterskan inte sätter gränser mellan sig själv och patienten så medför detta en ökad risk för STS. Det har visat sig i flera studier att det finns en korrelation mellan en närvaro av STS och oklar gränsdragning mellan patient och vårdare. [12,14]

Att bli överengagerad i sina patienter eller att gå över de professionella gränserna, där en nära identifikation med patienten sker, har rapporterats i kvantitativa studier vara faktorer för STS [11, 13] En sjuksköterska beskrev detta i en intervju genom: *“I unfortunately got sucked into being emotionally involved with these kids. Whether you realize it or not, it just suddenly happens. I don't see how anybody who writes that stuff (about professional boundaries) can say that it is black and white. It isn't.”*[13]

I en studie av Meadors och Lamson på personal på intensivvårds avdelningar på ett barnsjukhus där sjuksköterskor utgjorde 62.2% av studie gruppen fann man att i den höga stressgruppen (SRRS >300) jämfört med den låga stressgruppen (SRRS<149) hade svårare att separera arbetslivet från privatlivet.[15]

Även i en studie angående VT så såg man att det hos sjuksköterskor som jobbar med omvårdnad av kvinnor som har utnyttjats och misshandlats fanns en risk att sjuksköterskan kan identifiera sig med sin patient till en sådan grad så att gränsen mellan henne och patienten är oklar. Den överväldiga emotionell känsla som gripit tag i dessa sjuksköterskor ger en oförmåga att sätta gränser mellan sjuksköterskan och patienten, det är därmed svårt för dem att distansera sig från patienterna. [16]

Däremot har man sett att det finns en positiv korrelation mellan lägre STS och med högre kognitiv empati.[14]

Ålder och år inom sjuksköterskeyrket, arbetstid

Det har visats i studier att det finns en korrelation mellan närvaro av STS och ålder. I studien av Dominguez-Gomez och Rutledge visade det på en korrelation av signifikant art.[8] Även i studien av Quinal, Harford och Rutledge fann man korrelation dock av icke signifikant art mellan ökad närvaro av STS och högre ålder samt fler år inom sjuksköterskeyrket, denna korrelation fann man även i Yoders studie även den utan statistisk signifikans.[9,11] Medan man inte fann någon korrelation mellan STS och ålder i Abendroth och Flannerys studie.[12] I Robins, Meltzer och Zelikovskys studie ser man ett högre medelvärde på CFST formulärets CF-del hos de med lång anställningstid jämfört mot de med kort anställningstid.[14]

Det finns inga signifikanta korrelationer mellan STS och vilken arbetstid sjuksköterskan hade i studierna av Dominguez-Gomez och Rutledge samt Quinal, Harford och Rutledge.[8,9] I Yoders studie finns en skillnad av signifikant art där 8-timmarsskiftarbete uppvisar ett högre medelvärde av STS än vad 12-timmarsskiftarbete gjorde.[11] I Frank och Karioth studie finner de däremot en signifikant korrelation mellan STS och arbetstimmar per dag.[17]

PÅVERKAN, FÖRÄNDRINGAR OCH SYMTOM

Ändrad självbild

Sjuksköterskor sympatiserar med sina patienter och försöker hjälpa dem, i detta finns det en risk att en nära identifikation sker och när så sjuksköterskan lämnar sitt arbete så tar hon med sig sitt arbete hem. Detta påverkar sjuksköterskans värderingar och känslor inte bara på sådant sätt att hennes yrkesidentitet förändras utan det påverkar även henne i sin roll i hemmet och sitt privatliv – vilket är en del av Vicarious Traumatization.[J] STS kan också påverka självbilden, i studien av Quinal, Harford och Rutledge så rapporterar 23,3% att de "ibland" till "väldigt ofta" har en känsla av att återuppleva patienters trauma, samma symptom finns rapporterat till 20,9% i studien av Dominguez – Gomez och Rutledge. I dessa två studier så rapporteras det även att 27.9% av onkolgisjuksköterskor jämfört med 26.9% av akutsjukvårdsjuksköterskor i studierna får en betingad psykologisk reaktion till intrusiva tankar om patienter. [8,9]

Ett extremt exempel på ändrad självbild visar Goldblatt på i sin studie där en av de intervjuade sjuksköterskorna berättar att hon identifierat sig med en kvinna som hon

har vårdat, denna kvinna har blivit grovt misshandlad och fått sitt ansikte krossat. Hon beskriver hur svårt det var att se detta, hur hon kunde se sig själv som denna patient. Det till den grad att denna sjuksköterska såg det blodiga, misshandlade ansiktet av patienten när hon själv tittade sig i spegel. I detta förlorade sjuksköterskan inte bara en del av sin yrkesidentitet när hon såg sig som en av hennes patienter utan hon påverkades i hela sin identitet. Ett annat exempel är att i vårdande av sina patienter känner sjuksköterskor en sympati för dessa utnyttjande kvinnor och känner en frustration och även en ilska över vad deras patienter utsatts för. Detta kan leda till känslor av oprofessionalitet i sin yrkesroll.[16]

Förlorade sömn/ sömnsvårigheter pga traumapåminnelse

Abendroth och Flannerys studie visar på en positiv korrelation mellan sjuksköterskans förlorade sömn på grund av påminnelse av patienters trauman och risk för STS enligt resultat i ProQOL-CSF-R-III formuläret.[12] I studien på sjuksköterskor i akutsjukvården så var sömnsvårighet det symtomet men näst högsta medelvärdet och rapporterades av 52,2% av sjuksköterskorna i studien. Dock finns ingen korrelation redovisad mellan individuella symtom och STSS resultatet i helhet. [8] I studien på sjuksköterskor inom onkologi rapporterades symtomet sömnsvårigheter som det med det högsta medelvärdet och rapporterades av 48.8% av de svarande, även i denna studie finns ingen korrelation redovisad mellan enskilda symtom och STSS resultatet i helhet.[9]

Privat- och familjelivet

Frank och Karioth visar i sin studie att sjuksköterskornas arbete med orkansäsongens offer påverkade sjuksköterskornas familje- och privatliv, vilket 73% i denna studie samtyckte eller starkt samtyckte till. Detta var av statistisk signifikans.[17]

Ändrad bild av omvärlden

Att vårda människor utsatta för trauman påverka sjuksköterskans bild av en trygg värld. Ett exempel på hur sjuksköterskans arbete kan förändra hennes bild av omvärlden ges i Goldblatts studie om vicarious traumatization som visar på att arbetet med att vårda kvinnor utsatta för våld i nära relationer påverkar sjuksköterskans bild av sin omvärld till att kännas osäkrare. Sjuksköterskor blir konfronterade med faktumet att ingen är immun mot våld i nära relationer, vilket leder till en rädsla och osäkerhet över deras egen situation - där de behöver bevis på att deras verklighet inte är lika otrygg som verkligheten som deras patienter upplever. Dessa sjuksköterskor söker emotionellt stöd hos sin partner för att hantera sin jobbsituation och i det stöd som de får, får de också bekräftelse på att deras situation är skiljt från den som deras patienter genomlever.[16]

COPING STRATEGIER

Resurser

Det visar sig att de sjuksköterskor som har mer resurser att tillgå för att hantera stressorer (som sorg på arbetsplatsen och multipla trauman/dödsfall) i arbetslivet och hemmet visade på en lägre nivå av stress.[15] Det är visat att känslan av att ha resurser att tillgå ökade efter att sjuksköterskor genomgått ett program för att öka kunskapen om STS.[15]

Stresshanterings modeller

Att använda sig av stresshanteringsmodeller visade sig vara förenat med en lägre nivå av STS dock så var inte skillnaden statistisk signifikant. I Quinal, Harford och Rutledge studie så är användningen av massage som stresshanteringsmodell förenat med lägre nivå av STS och statistiskt signifikant. [8,9] Självanalys används också som stresshanteringsmodell av sjuksköterskorna i en studie av Maytum, Heiman och Garwick.[13] Att utveckla en kunskap eller medvetenhet för personliga stressorer är behjälplig i hanteringen av STS.[13]

Skilja privatliv från arbetsliv

Aktiviteter utanför arbetet som familj, hobbies, kyrka eller andra sociala aktiviteter användes som copingstrategier för att skilja på arbetsliv och privatliv.[11,13] Även att ta vara på ickearbetsrelaterade relationer var en copingstrategi.[13]

Mentorer/Arbetskollegor

Om man har en vän eller mentor att tillgå som är behjälplig i att diskutera arbetsrelaterade problem så har det visat på en lägre STS.[9] Även den informella debriefingen har identifierats i studier som en copingstrategi.[11,13] Att utveckla fungerande relationer med arbetskollegor och genomföra formella genomgångar med kollegor var sätt att hantera stressorer.[13]

Förändring

Kortsiktiga strategier för att hantera stressorer som rapporterats var att byta åtagande, ta en paus från en patient eller ta några extra dagar ledigt. Om det inte går att hantera på annat sätt så krävdes det en förändring av personlig involvering med patienten eller situationen. Där ett ignorande av situationen eller att göra sig känslomässig avskild från patienten var ett sätt att hantera det. Att avskilja sig fysiskt från stressorerna kan också det användas som coping faktor, exempel på detta är att byta avdelning och gå ner i arbetstid eller att lämna organisationen eller sjuksköterskeyrket.[11,13]

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Tanken som genomsyrade metodvalet var att man först bör veta var forskningen inom området står idag för att kunna fortsätta i vidare forskning, det har också visat sig ge ett svar på syftets frågeställning. Detta examensarbete kan senare användas för att påvisa att ytterligare forskningen inom specifika områden är nödvändig.

Litteraturstudien i denna kandidatuppsats komplicerades dock av att det råder en viss begreppsförvirring inom området som syftet anger, där olika begrepp helt eller delvis går in i varandra och en helt klar definition inte existerar i dagsläget. Det bedrivs dock forskning på detta område och området ter sig relativt nytt åtminstone inom sjuksköterskeområdet. En klar definition som kan leda till ett utvecklande av bättre forskningsinstrument i form av frågeformulär behövs.

I arbete med sökning av litteratur och analysen av litteraturen så framgår det att det finns få kvalitativa studier på området och de flesta av studierna är gjorda inom andra yrkesgrupper. Då kunskap om upplevelsen av tillstånden kring komplikationer av omvårdnaden som sjuksköterskor ger kan tänkas skilja sig i sin natur mot den upplevd av en psykoterapeut, därmed ses det ett behov av utökad forskning för att belysa sjuksköterskeperspektivet kring dessa tillstånd.

Utöver detta var det så att majoriteten av forskningen hade utförts i USA. Detta för med sig frågan om generaliserbarhet; kan vi anta att studiernas resultat kan appliceras på den svenska sjukvården? Det kan argumenteras om att det råder ett tuffare klimat i amerikanska sjukvården med ett grövre våld, mer trafik och därigenom många traumapatienter samtidigt som de har en hårdare ekonomiskt styrd sjukvård. Det går dock inte att förbise att grovt våld, sjuka barn, trauman från trafiken och en pressad sjukvård också finns inom den svenska sjukvården och därmed bör också Secondary Traumatic Stress, Compassion Fatigue samt Vicarious Traumatization även finns bland Sveriges sjuksköterskor. Det som blir frågan är nog snarare i vilken grad dessa tillstånd uppträder, forskning eftersöks därför även på detta område för att spegla den svenska sjukvården.

Denna kandidatuppsats har präglats av kvalitativa studier och kontrollen av resultatetstexten mot källtexten. Det är tänkbart att en syntesisering av text kan ha blivit lidande genom detta arbete. Kvantitativa artiklar presenterar sitt resultat i siffror, procent, tabeller och diagram, detta gör det svårt att väva samman en resultattext som skall beskriva de sammanlagda resultaten.

Secondary Traumatic Stress, Vicarious Traumatization och Compassion Fatigue beskrivs till följd av upplevda symtom, det finns inte många objektiva tecken att förlita sig till, de är med andra ord till sin natur kvalitativa. Detta gör att fenomenen är speciellt svår beskrivna i kvantitativa artiklar och därmed följer det en frågeställning: Har kandidatuppsatsen kunnat beskriva dessa fenomen som har en ganska strikt kvalitativ prägel, trots den kvantitativ prägel som har erhållits genom att kvantitativa artiklar har varit i majoritet?

RESULTATDISKUSSION

Prevalens

Vi ser i resultatet att en prevalens av STS finns inom intervallet av 15,8% till 39%, vilket är resultaten som de presenteras i de analyserade artiklarna. [8,9,10,11,12,14,17]

Detta resultat kompliceras dock av att undersökningarna använder sig av olika formulär och skalor, och därmed kriterier för vad som anses vara låg, måttlig och hög risk/ närvaro av STS. Det verkar inte finnas någon gemensam klart definierad gräns var närvaro av STS ligger eller kriterier för när STS övergår i STSD, till detta kommer den begreppssammanblandning som förekommer i området. Detta kan ses i resultaten vad gällande prevalensen.

För två av studierna presenteras en siffra på prevalens kring 80% vad gällande måttlig till hög risk.[10,12] Två andra artiklar har en prevalens på 27% till 39% för samma fraser – måttlig till hög risk.[14,17]

Ytterligare så finns det inte tillräckligt med underlag för att kunna säga hur prevalensen för STS skiljer sig inom olika avdelningsspecialiseringar. Då studierna som inkluderar flera avdelningsspecialiteter har så få deltagande inom varje specialitet att det inte går att generalisera till den grad att går att säga att inom vilket område som det är störst risk att drabbas av STS och var det är minst risk. Det finns dock en tendens som visar att akutsjukvårdssjuksköterskor utsätts för en större risk än onkologi-sjuksköterskor[8,9,11]. Samt att det oavsett vilken specialitet så är det omvårdnaden av sjuka barn som ger starka reaktioner.[13]

Empati och gränsdragning

Utöver resultaten kring prevalensen är resultaten kring den bakomliggande faktorn som handlar om gränsdragningen mellan patient och sjuksköterska, något som behövs diskuteras.

Efter att ha läst ”Empati- att förstå andra människors känslor” så står det klart att de allra flesta artiklar syftar till det som Ulla Holm benämner som en affektiv empati när de i sin text skriver ordet empati. Ulla Holms menar att en enbart affektiv empati kan ge en sammanblandning mellan sjuksköterska och patient.[2] Detta påvisas i resultatet; då en empati som suddar ut gränsdragningen mellan patienten och sjuksköterskan används, som den tydligt gör för många i dessa studier, påverkar detta sjuksköterskan negativt.[11,12,13,14,16]

I en studie har man dock visat att den kognitiva empatin fungerar som en skyddande faktor.[14] Vilket överensstämmer med vad Ulla Holm beskriver om empati.[2]

I studier finns en association mellan högre utbildningsgrad och minskad risk för STS, vad som ligger bakom detta resultat framgår inte.[8,14,15]

Det kan tänkas att med en högre utbildning kommer en högre analyserande förmåga som får empatin att till högre grad vara medveten och reflekterande. Om det förhåller sig så skulle det ytterligare ett belägg för hur viktigt det är att en fungerande och medveten empati, som innehåller en affektiv och kognitiv del, lärs ut i utbildningen för sjuksköterskor.

Ulla Holm menar att det är denna skiftning mellan affektiv och kognitiv empati som möjliggör en effektiv empati där risken att komma till skada som följd av ett ohälsosamt delande av känslor minskar.[2] Morse har presenterat ett begrepp som kan användas i detta sammanhang; *compathy*. Ett begrepp som visar på en medkännande delande av fysiska reaktioner i kroppen som till exempel smärta.[1]

Det påvisas i artiklar som ingår i detta examensarbete att även fysiska reaktioner utlöses av påträngande tankar om patienter.[8,9] Denna medkännande sjukdom får därmed inte bara konsekvenser i ett psykiskt lidande utan även i ett fysiskt. Denna del av symtombilden har dock inte behandlats i detta arbete då det faller utanför syftet. Det finns dock ett behov att följa upp med kompletterande forskning på huruvida STS, CF och VT har effekter på sjuksköterskans fysiska hälsa.

Betydelse och förändringar

Ett ytterligare resultat som behöver lyftas fram från examensarbetet i denna diskussion är en del av copingstrategierna: Sjuksköterskor i alla studier försöker att hantera och motverka uppkomster av symtomen för STS, CF och VT. Att skilja sitt privatliv från arbetslivet har visat sig vara viktigt i studier som copingstrategi.[11,13] En koppling mellan viljan att skilja yrkesliv från privatliv och gränsdragningen mellan patient och sjuksköterska kan här göras, behovet att göra åtskillnaden kan handla om att man behöver skapa sig ytterligare en distans till det omvårdande arbetet med sjuka patienter.

Att forskning och kunskap inom detta område, om hur sjuksköterskan påverkas och i flera fall drabbas av sitt arbete med att vårda svårt sjuka patienter, är viktigt - poängteras starkt av det att i studierna som granskats så har sjuksköterskor ansett att lämna sjuksköterskeyrket helt kan vara en copingstrategi för att orka med vardagen överhuvudtaget.[11,13] Detta belyser återigen vikten av att få en utbildning som inkluderar en förmåga att hantera de effekter som omvårdandet av svårt sjuka patienter har på sjuksköterskan.

En förhoppning är att detta examensarbete kan bidra till att ändra kursutformningen i sköterskeutbildningen, som har misslyckats med att ge tillfredställande svar på frågorna som beskrevs i inledningen. En annan förhoppning är att sjuksköterskor som redan är yrkesverksamma kan ta del av denna kandidatuppsats så den kan bidra till att öka medvetenheten om STS, CF och VT och dess symtom och därmed hur de kan skydda sig från dessa tillstånd.

Det är viktigt att påpeka att avseendet med denna kandidatuppsats inte är att uppmåna sjuksköterskor att ta större avstånd till sina patienter, det handlar om att belysa riskerna och symtom som finns och visa på sätt att motverka deras uppkomst.

REFERENSER:

1. Morse J, Mitcham C. Compathy: the contagion of physical distress. *Journal of Advanced Nursing* [serial on the Internet]. (1997, Oct), [cited February 16, 2011]; 26(4): 649-657. Available from: CINAHL.
2. Holm U. *Empati – Att förstå andra människors känslor*. Malmö: Natur och Kultur, 1992
3. Figley C R. *Treating compassion fatigue*. London: Brunner-Routledge, 2002.
4. Coetzee S, Klopper H. Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nursing & Health Sciences* [serial on the Internet]. (2010, June), [cited February 21, 2011]; 12(2): 235-243. Available from: CINAHL.
5. Baird K, Kracen A. Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: a research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly* [serial on the Internet]. (2006, June), [cited February 21, 2011]; 19(2): 181-188. Available from: CINAHL.
6. Wicks RJ. *Overcoming secondary stress in medical and nursing practise: a guide to professional resilience and personal well being*. Oxford: Oxford University press inc, 2006.
7. Rothschild B. *Help for the helper: the psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. New York: W.W. Norton & Company inc, 2006
8. Dominguez-Gomez E, Rutledge D. Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *JEN: Journal of Emergency Nursing* [serial on the Internet]. (2009, May), [cited February 28, 2011]; 35(3): 199-204. Available from: CINAHL.
9. Quinal L, Harford S, Rutledge D. Secondary traumatic stress in oncology staff. *Cancer Nursing* [serial on the Internet]. (2009, July), [cited February 28, 2011]; 32(4): E1-7. Available from: CINAHL.
10. Hooper C, Craig J, Janvrin D, Wetsel M, Reimels E. Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties. *JEN: Journal of Emergency Nursing* [serial on the Internet]. (2010, Sep), [cited March 21, 2011]; 36(5): 420-427. Available from: CINAHL.
11. Yoder E. Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research* [serial on the Internet]. (2010, Nov), [cited March 20, 2011]; 23(4): 191-197. Available from: CINAHL.

12. Abendroth M, Flannery J. Predicting the risk of compassion fatigue. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* [serial on the Internet]. (2006, Nov), [cited February 28, 2011]; 8(6): 346-356. Available from: CINAHL.
13. Maytum J, Heiman M, Garwick A. Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Healthcare* [serial on the Internet]. (2004, July), [cited March 21, 2011]; 18(4): 171-179. Available from: CINAHL.
14. Robins P, Meltzer L, Zelikovsky N. The experience of secondary traumatic stress upon care providers working within a children's hospital. *Journal of Pediatric Nursing* [serial on the Internet]. (2009, Aug), [cited March 1, 2011]; 24(4): 270-279. Available from: CINAHL.
15. Meadors P, Lamson A. Compassion fatigue and secondary traumatization: provider self care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Healthcare* [serial on the Internet]. (2008, 2008 Jan-Feb), [cited February 28, 2011]; 22(1): 24-34. Available from: CINAHL.
16. Goldblatt H. Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing* [serial on the Internet]. (2009, Aug), [cited February 28, 2011]; 65(8): 1645-1654. Available from: CINAHL.
17. Frank D, Karioth S. Measuring compassion fatigue in public health nurses providing assistance to hurricane victims. *Southern Online Journal of Nursing Research* [serial on the Internet]. (2006, Nov), [cited February 28, 2011]; 7(4): 1-13. Available from: CINAHL.

BILAGA 1 – ARTIKELÖVERSIKT

Ref nr: 8

Titel: Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses.

Författare: Dominguez-Gomez E, Rutledge D

Tidskrift: Journal of Emergency Nursing, 35(3): 199-204.

Land:

Tryckår: 2009

Syfte: Att undersöka prevalensen av STS bland sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvården i södra californien.

Metod: Kvalitativ metod, enkätundersökning innehållande ett formulär med frågor angående demografiska uppgifter och Secondary Traumatic Stress Scale (STSS) av BE Bride.

Undersökningsgrupp: 67 sjuksköterskor inom akutsjukvården i södra californien.

Ref nr: 9

Titel: Secondary traumatic stress in oncology staff.

Författare: Quinal L, Harford S, Rutledge D.

Tidskrift: Cancer Nursing, 32(4): E1-7.

Land: USA

Tryckår: 2009

Syfte: Att studera prevalensen av STS hos personal på en onkologi enhet, samt att personal karakteristik och användandet av specifika stresshanteringsmodeller var associerade till att inte ha STS.

Metod: Kvalitativ metod, enkätundersökning innehållande ett formulär med frågor angående demografiska uppgifter och Secondary Traumatic Stress Scale (STSS) av BE Bride.

Undersökningsgrupp: 46 sjuksköterskor på en onkologienhet.

Ref nr: 10

Titel: Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties.

Författare: Hooper C, Craig J, Janvrin D, Wetsel M, Reimels E.

Tidskrift: Journal of Emergency Nursing, 36(5): 420-427.

Land: USA

Tryckår: 2010

Syfte: Att undersöka mönstren av compassion satisfaction, utbrändhet och compassion fatigue hos sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvården jämfört med sjuksköterskor inom andra specialicerade avdelningar så som onkologi, nephrologi och intensivvården

Metod: Explorativ kvantitativ enkätundersökning användandes formuläret The Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales, R-IV av Stamm.

Undersökningsgrupp: 109 sjuksköterskor arbetande inom akutsjukvård, intensivvård, nephrologi och onkologi.

Ref nr: 11**Titel:** Compassion fatigue in nurses.**Författare:** Yoder E**Tidskrift:** Applied Nursing Research, 23(4): 191-197.**Land:** USA**Tryckår:** 2010**Syfte:** Att beskriva prevalensen av CF inom ett brett spectrum av sjuksköterskor och undersöka situationer vilket leder till CF och coping metoder.**Metod:** Enkätundersökning där första delen innehöll ett frågeformulär angående demografisk data, del två var formuläret Professional Quality of Life Scale (ProQOL R-IV) av Stamm (kvantitativ del), den tredje delen var 2 frågor angående upplevelsen av CF och coping metoden som inbjöd till narrativt svar (kvalitativ del).**Undersökningsgrupp:** 106 Sjuksköterskor anställda inom hemsjukvården, akutsjukvården, intensivvården, onkologi, medicinsk-kirurgiska avdelningar och "progressive care" avdelning.**Ref nr: 12****Titel:** Predicting the risk of compassion fatigue.**Författare:** Abendroth M, Flannery J.**Tidskrift:** Journal of Hospice & Palliative Nursing, 8(6): 346-356.**Land:** USA**Tryckår:** 2006**Syfte:** Att undersöka och beskriva prevalensen av CF hos sjuksköterskor som arbetar inom hospice, samt att undersöka samband mellan sjuksköterskekaraktäristik och risk för CF**Metod:** kvantitativ metod. Enkätundersökning, en demografisk enkät utvecklad av forskarna och enkäten the Professional Quality of Life Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales: Revision-III av Stamm användes.**Undersökningsgrupp:** 216 sjuksköterskor arbetande inom hospice verksamhet.**Ref nr: 13****Titel:** Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families**Författare:** Maytum J, Heiman M, Garwick A.**Tidskrift:** Journal of Pediatric Healthcare, 18(4): 171-179**Land:** USA**Tryckår:** 2004**Syfte:** Att identifiera de utlösande faktorerna och coping strategierna som sjuksköterskor som arbetar med barn som har kroniska sjukdomstillstånd använder för att hantera CF och utbrändhet.**Metod:** Intervjuer, kvalitativ deskriptiv metodik och kvalitativ innehållsanalys**Undersökningsgrupp:** 20 sjuksköterskor som arbetar med barn med kroniska sjukdomstillstånd.

Ref nr: 14

Titel: The experience of secondary traumatic stress upon care providers working within a children's hospital.

Författare: Robins P, Meltzer L, Zelikovsky N.

Tidskrift: Journal of Pediatric Nursing, 24(4): 270-279.

Land: USA

Tryckår: 2009

Syfte: Att undersöka betydelsen av sjukvårdspersonalens rutinmässiga exponering för medicinskt trauma inom ett barnsjukhus. Att dessutom undersöka relationen mellan demografiska variabler och Compassion satisfaction and fatigue test samt undersöka relationen mellan sekundär trauma och nivåer av empati, spiritualitet och coping hos barnsjukhusets sjukvårdspersonal.

Metod: Kvantitativ metod, enkätundersökning; IRI, SIBS, Brief COPE, CFST samt en demografisk enkät.

Undersökningsgrupp: 314 sjukvårdspersonal arbetande vid the Children's hospital of Philadelphia

Ref nr: 15

Titel: Compassion fatigue and secondary traumatization: provider self care on intensive care units for children.

Författare: Meadors P, Lamson A.

Tidskrift: Journal of Pediatric Healthcare [serial on the Internet, 22(1): 24-34.

Land: USA

Tryckår: 2008

Syfte: Att undersöka utbredningen av CF i sjukvårdspersonal som arbetar på intensivvårds avdelningar för barn. Ett sekundär syfte var att utvärdera effektiviteten av hålla utbildande seminarium angående CF för sjukvårdspersonal anställda på intensivvårdsavdelningar för barn.

Metod: Kvantitativstudie, 185 sjukvårdare anställda på ett barnsjukhus närvarade på ett seminarium och fyllde i ett frågeformulär för och efter seminariet. En modifierad version av Social Readjustment Scale, Index of Clinical Stress och ett CF mätningenkät utvecklat av författarna användes.

Undersökningsgrupp: 185 sjukvårdspersonal anställda på ett barnsjukhus som närvarade på ett utbildningsseminarium för CF.

Ref nr: 16

Titel: Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences

Författare: Goldblatt H

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing, 65(8): 1645-1654

Land: Israel

Tryckår: 2009

Syfte: Att studera effekten av omvårdnad av misshandlade kvinnor på sjuksköterskors yrkes- och privatliv.

Metod: Djup intervjuer som datainsamling tills saturation uppnåtts

Undersökningsgrupp: Sjuksköterskor som jobbar med omvårdnad av misshandlade kvinnor inom olika vårdkontexter.

Ref nr: 17

Titel: Measuring compassion fatigue in public health nurses providing assistance to hurricane victims

Författare: Frank D, Karioth S

Tidskrift: Southern Online Journal of Nursing Research, 7(4): 1-13

Land: USA

Tryckår: 2006

Syfte: Att undersöka sjuksköterskors risk för CF relaterad till deras under arbete i 2004 års orkansäsong i Florida samt att undersöka risken för CF tre till fyra månader senare.

Metod: En enkätundersökning designad för att ge kvalitativ och kvantitativ data, där de svarande fick fylla i en enkät hur de känt sig under själva arbetet och en enkät de kände sig i dagsläget (tre till fyra månader efter).

Undersökningsgrupp: 117 sjuksköterskor som arbetat under 2004 års orkansäsong i Florida.
