



**SAHLGRENKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALENS ERFARENHETER AV ATT ARBETA INOM KRIGSOMRÅDEN**

En litteraturstudie

**Johnny Lindström och Sofia Olsson**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2015
Handledare:	Britt Borg
Examinator:	Ulrika Bergsten

# Abstract

Titel	Hälso- och sjukvårdspersonalens erfarenheter av att arbeta inom krigsområden
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2015
Handledare:	Britt Borg
Examinator:	Ulrika Bergsten

Nyckelord: militärsjuksköterska, sjuksköterska, hälso- och sjukvårdspersonal, erfarenhet, upplevelse, krig

---

**Inledning:** Sverige bidrar militärt till ett flertal konflikter i världen. Inom dessa styrkor ingår sjukvårdspersonal som arbetar i en hotfull miljö och samtidigt är de både soldat och sjukvårdspersonal. **Syfte:** att belysa sjuksköterskors och annan hälso- och sjukvårdspersonals erfarenheter av att arbeta i områden där det pågår krig. **Metod:** vald metod var litteraturöversikt. Artikelsökningen gjordes i databaserna Cinahl och PubMed, vilket resulterade i 11 vetenskapliga artiklar varav tio kvalitativa artiklar och en kvantitativ artikel. Artikelgranskning gjordes med stöd från Willman, Stoltz & Bahtsevani (2011). **Resultat:** sjukvårdspersonalen beskrev erfarenheter av att vara både militär och vårdare, som har varsina professionella gränser som kan hamna i obalans. Sjukvårdspersonalen beskrev även svårigheter att accepteras i sin roll av sina militära kollegor, men beskrev även gemenskap. Levnadsförhållandena innebar psykiska och fysiska utmaningar, och det beskrevs erfarenheter av miljön som hotfull mot sjukvårdspersonalens och andras liv, hälsa och säkerhet. Brist på resurser påverkade också sjukvårdspersonalens möjligheter att vårda, samtidigt som det beskrevs etiska dilemman av att inte kunna vårda och att ha ett emotionellt engagemang. Det ställdes höga krav och förväntningar på sjukvårdspersonalens kompetens, och de beskrev vikten av ett gott ledarskap. Sjukvårdspersonalen använde olika copingstrategier, och kunde även finna mening i sin situation. **Diskussion:** sjukvårdspersonalens erfarenheter kunde relateras till Maslows motivationsteori, vilket visade att de periodvis levde under förhållanden som innebar hinder för grundläggande behovsnivåer, samtidigt som det kunde vara möjligt att tillfredställa de högre nivåerna. **Slutsats:** sjukvårdspersonalen hade en psykiskt och fysiskt utmanande situation som krävde förberedelser. Vidare forskning efterfrågas på grund av liten mängd forskning inom området.

# Innehållsförteckning

Inledning .....	1
Bakgrund.....	1
Militärsjuksköterska som profession .....	1
Militärsjuksköterskans utbildning.....	1
Krigets lagar och den humanitära rätten .....	2
Akuta stressreaktioner.....	2
Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).....	3
Etisk eller moralisk stress .....	4
Lidande .....	5
Maslows motivationsteori.....	5
Problemformulering .....	5
Syfte .....	5
Metod.....	6
Urval .....	6
Datainsamlingsmetod.....	6
Analys .....	7
Etiska överväganden .....	7
Kvalitetsgranskning .....	8
Resultat .....	8
Dubbla roller .....	8
Balans mellan rollerna .....	8
Att passa in.....	9
Miljö .....	10
Levnadsförhållanden.....	10
Hotet från omgivningen .....	10
Psykiska och medicinska svårigheter.....	11
Ledarskap.....	12
Resurser .....	13
Etiska dilemman .....	13
Finna mening och coping.....	14
Diskussion.....	15
Metoddiskussion .....	15
Resultatdiskussion .....	16
Två roller.....	16
Den humanitära rätten .....	17
Stressreaktioner och välmående.....	17
Maslows motivationsteori .....	18
Resultatets användbarhet.....	19
Slutsats .....	19

Referenslista.....20

Bilaga 1 - Söktabell

Bilaga 2 - Kvalitetsgranskning

Bilaga 3 - Artikelöversikt

# Inledning

I dagsläget bidrar Sverige militärt till ett flertal konflikter i världen, bl.a. de större konflikterna i Afghanistan (Försvarmakten, u.å.a) och Kosovo (Försvarmakten, u.å.b). Tillsammans med dessa styrkor bidrar Sverige med sjukvårdspersonal (Försvarmakten, u.å.c). Sjuksköterskor i krigsområden arbetar i en miljö med många hot, både fysiskt och psykiskt (Shea, Vujanovic, Mansfield, Sevin & Liu, 2010), samt under en situation då de både är soldat och sjuksköterska (Kraemer, 2008). Frågan uppstår hur hälso- och sjukvårdspersonal, med störst fokus på sjuksköterskor och militärsjuksköterskor, erfar att arbeta inom områden där det pågår krig. Vi valde detta område för att vi är intresserade av akutsjukvård och eventuellt ska arbeta som militärsjuksköterskor.

## Bakgrund

### Militärsjuksköterska som profession

Sverige har sedan länge bidragit med medicinskt utbildad personal till fredsbevarande uppdrag (Rehman, 2011; Regeringskansliet, 2014a). Vårdpersonal har en skyldighet att på lika villkor vårda fångar, militär- och civilpersonal från sin egen trupp, koalitionsstyrkor och civila och militära personer från värdnationen. Detta betyder att de möter patienter i alla åldersgrupper med varierande omvårdnads- och medicinska behov, som kan ha många olika typer av skador och sjukdomar. Militärsjuksköterskan möter även patienter med allvarliga skador och olika traumafall, samt brännskador. De förhållanden som militärsjuksköterskorna arbetar under präglas dessutom av begränsade tillgångar till medicinsk utrustning och material (Kraemer, 2008). Sjukvårdspersonalen utsätts även för många stressorer, som att befinna sig i en miljö som innebär ett hot mot sin egen och andras säkerhet och att bevittna traumatiserande situationer (Nash, Vasterling, Ewing-Cobbs, Horn, Gaskin, Golden, & Baker, 2010).

Militärsjuksköterskor arbetar under en situation då de både är soldat och sjuksköterska, och det ställs därför krav på dem från båda professionerna (Kraemer, 2008). Sjuksköterskorna utsätts dessutom för många dilemman i krigszonen, både av etisk och lagsenlig karaktär (Kelly, 2010). Oavsett vilken kompetens och roll som en person inom det militära kommer att ha, t.ex. sjuksköterska, är det idag viktigt att se till att alla inom det militära är ordentligt beväpnad och utrustad med en stark grund, samt har kunskap om krigsfärdigheter (Kraemer, 2008).

### Militärsjuksköterskans utbildning

I Sverige går det som sjuksköterska utan militär utbildning eller erfarenhet att tjänstgöra i Försvarmaktens internationella insatser. En sjuksköterska som är intresserad av internationell tjänstgöring kan söka sig till det via svenska Försvarmakten. Om en sjuksköterska blir uttagen kallas han eller hon till Rekryteringsmyndigheten för prövning. Prövningen motsvarar antagningsprövningen som finns för Försvarmaktens Grundläggande Militär Utbildning (GMU) (Försvarmakten, u.å.d). Enligt Rekryteringsmyndigheten (2014) görs bl.a. en hälsobedömning, och prövningen av både teori och fysik, samt en psykologi- och säkerhetsintervju. Med godkänt resultat på prövningen får sjuksköterskan möjlighet att påbörja en grundläggande soldatutbildning för internationell tjänstgöring (GSU Int) vilket ger grundläggande militära kunskaper och färdigheter (Försvarmakten, u.å.d).

GSU Int är en utbildning som pågår under fem veckor där sjuksköterskan får lära sig att ta om sig själv och sina kamrater. Tyngdpunkten i utbildningen är säkerhet, både egen och andras. Utbildningen innehåller bl.a. momenten vapentjänst, sjukvårdstjänst, fysisk träning, strid och terminologi och det sker även förbandsövningar med övernattnig i fält. Efter godkänd GSU Int behöver sjuksköterskan gå en ytterligare utbildning - insatsutbildning (Försvarmakten, u.å.e). Insatsutbildningen är olika lång beroende på befattning, men kan vara mellan två veckor till några månader. Insatsutbildningens syfte är att ge en tydlig bild av insatsen, uppdragets bakgrund, säkerhetsutbildning, lagutveckling och krishantering (Försvarmakten, u.å.f).

## Krigets lagar och den humanitära rätten

Till krigets lagar, även kallat krigets folkrätt, hör regelkomplex som reglerar förhållanden under väpnade konflikter. Den humanitära rätten, inklusive regler om ockupation, och neutralitetsrätten hör till detta område (Röda Korset, 2014). Den humanitära tanken som ligger till grund för den humanitära rätten är gammal och fanns redan 500 år f. Kr. i Indien i den s.k. Manulagen. Den första permanenta mellanstatliga reglering av humanitär rätt kom till stånd i form av den första *Genèvekonventionen*. Den humanitära rätten skyddar personer som inte deltar i krig, såsom civila, sårade, sjuka, frihetsberövade, samt medicinskt och själavårdande militär personal. Dessa personer har rätt till respekt för sina liv och parterna i en konflikt måste ge dem hjälp och behandla dem humant vid alla tillfällen. Den humanitära rätten skyddar även civila objekt, som t.ex. bostäder, sjukhus, ambulanser och viktiga kulturella platser. Det förbjuds även, enligt den humanitära rätten, att förstöra infrastruktur och den naturliga miljön som är nödvändig för civilbefolkningens överlevnad, såsom dricksvatten och elförsörjning. Den humanitära rätten begränsar vilka typer av stridsmedel eller vapen och stridsmetoder som får användas vid en väpnad konflikt, samt förbjuder stridsmedel eller vapen och stridsmetoder som inte kan skilja mellan personer som strider (stridande) och personer som ej gör det (civila, sårade och sjuka samt krigsfångar). Vapen som orsakar överflödigt skada eller onödigt lidande (t.ex. personminor) är också förbjudet enligt den humanitära rätten (Röda Korset, 2012a).

Inom den humanitära rätten finns det grundläggande regler vid krig:

- Civilbefolkning ska skyddas och det ska skiljas mellan civila och stridande.
- Civila objekt får inte anfallas.
- Mord, tortyr, stympning, tagande av gisslan, avrättning utan korrekt rättegång, samt grym och förnedrande behandling är alltid förbjudet.
- Den som inte längre deltar i striderna ska skyddas.
- Sårade och sjuka ska skyddas
- Skyddsemlen måste respekteras. Till skyddsemlen tillhör röda korset, röda halvmånen och röda kristallen på en vit botten och dessa markerar skyddet för sjukvård i krig. Personer, byggnader eller föremål som bär dessa emblem ska respekteras och skyddas av parterna.
- Kriget får inte orsaka onödigt lidande.
- Familjer har rätt att hålla kontakt och att återförenas (Röda Korset, 2012b).

## Akuta stressreaktioner

Människor uppvisar en stor variation i sina sätt att uppleva och reagera på psykiska trauman. Ett psykiskt trauma ligger alltid till grund för en akut stressreaktion. Utifrån stress- och sårbarhetsmodellen bestäms hur starkt trauma som behövs för individen att utveckla en akut

stressreaktion. Med andra ord beror det på den personliga sårbarheten hos varje individ. Stress- och sårbarhetsmodellen visar att ytterligheterna är enkla och överdeterminerade stressreaktioner. Vid enkla stressreaktioner har traumat en betydande roll, medan den sårbara personligheten är avgörande vid överdeterminerade stressreaktioner. Ett svårt trauma kan orsaka en stressreaktion även hos robusta personligheter, medan det inte krävs mer än ett vardagligt trauma för att ge motsvarande reaktion hos en sårbar personlighet. Kvinnor och barn har större risk för att utveckla stressrelaterade tillstånd. Om en person tidigare kommit över en traumatisk händelse kan nya trauman kännas som mindre hotande, samtidigt som obearbetade trauman ökar sårbarheten (Ottosson & Ottosson, 2007).

Grundtonen i akuta stressreaktioner är ångest. Symtomen ska framträda i direkt anslutning till traumat (inom en timme) och om traumat är övergående ska symtomen börja minska inom 48 timmar. Då orsaken till den akuta stressreaktionen är uppenbar för individen själv och omgivningen är det en fråga om realångest. Ångesten har gemensamma somatiska yttringar men upplevs olika beroende på traumat som orsakat den. Huvudtyperna är fruktan, frustration, separation och skuld känslor. Ibland kan stressreaktioner få psykotisk valör (Ottosson, 2009).

## Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Den engelska benämningen av posttraumatiskt stressyndrom är "posttraumatic stress disorder" och har gett upphov till förkortningen PTSD, vilket har blivit en internationellt accepterad förkortning. Extrema psykiska trauman kan uppstå genom naturkatastrofer, tekniska brister och människors oförsiktighet eller onda intentioner. Faktorer som ökar risken för ett posttraumatiskt syndrom är kroppsskada, dödshot, att vara vittne till att andra skadas eller dör eller olösta konflikter. Kriterierna för PTSD enligt International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) och Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fjärde utgåvan (DSM-IV) är likartade: individen skall ha varit utsatt för en exceptionellt hotfull händelse eller händelse av katastrofal karaktär som skulle orsaka allvarlig stress hos de flesta människor. De symptom som ingår är:

- Återupplevande av efterhängsna minnesbilder, mardrömmar och ibland illusioner eller hallucinationer.
- Undvikande av allt som påminner om traumat. Dissociativ amnesi - oförmåga att i detalj minnas traumat.
- Psykofysiologisk aktivering med sömnstörning, koncentrationssvårigheter, irritabilitet, aggressionsutbrott, spänd vaksamhet och starka reaktioner på överraskande företeelser.
- Allmänt minskat intresse för omvärlden. Bristande förmåga till känslomässigt engagemang. Tendens att undvika mänskliga kontakter.

Symtomen kan uppstå direkt eller inom sex månader efter den traumatiska upplevelsen (Ottosson, 2009).

Det har i undersökningar framkommit att kvinnor har en högre risk att utveckla PTSD jämfört med män, samt att durationen hos kvinnor är längre och att durationen kan påverkas beroende på traumat. Psykofysiologin vid PTSD kännetecknas i de tidiga stadierna av aktivering av sympatikussystemet och kortikotropinfrisättande hormon-adrenokortikotrop hormon-kortisolaxeln (CRH-ACTH-kortisolaxeln). I senare stadier töms noradrenalinförråden på grund av ständig frisättning i kombination av låg återbildning. Återbildningen hindras då den sker under Rapid Eye Movement (REM)-sömn, vilken blir avbruten av mardrömmar. Utbränning av noradrenalinssystemet orsakar hypersensitivitet hos receptorerna vilket delvis förklarar den ökade autonoma reaktiviteten, allmänt minskat intresse, känsla av främlingskap samt oförmåga

att uttrycka känslor. Långvarig aktivering av CRH-ACTH-kotisolaxeln kan ha en neurotoxisk effekt på hippocampus, vilket kan orsaka minnesstörningar. Även detta system kan till slut bli utbränt. Minskad bindning till bensodiazepinreceptorerna i frontalkortex kan även bidra till symtombilden (Ottosson, 2009).

Eftersom personer med PTSD oftast söker för ospecifik ångest- och depressionssyndrom och har en ovilja att framkalla smärtsamma upplevelser blir många fall oförstådda. Läkarens och övrig vårdpersonals egen motvilja till frågor angående psykiska trauman kan riskera att dessa frågor inte blir ställda. Behandling vid PTSD är att i första hand eftersträva att patienten upplever skydd och trygghet. Senare behandling kan vara serotoninåterupptagshämmande (SSRI) läkemedel och venlafaxin vilket visat en gynnsam effekt. Bensodiazepiner kan ges under kortare perioder för att förbättra sömnen. En kontraindikation för bensodiazepiner är däremot om sekundär alkoholism har utvecklats, vilket ofta är fallet. Efter hand kan patienten uppmanas att utsätta sig för laddade situationer och tankar i sin egen takt med det slutgiltiga målet att minska ångestladdning och öka handlingsfriheten. Exponering för traumat är överlägsen avslappningsbehandling och mer effektiv än kognitiv terapi. Irrationella skuld- och skamkänslor kan kräva särskild bearbetning. Prevention av PTSD skulle kunna ske genom kognitiv beteendeterapi vid akuta stressreaktioner och begynnande PTSD, då det kan minska uppkomsten och svårighetsgraden av PTSD. Personer som fått hjälp av en genom utbildning förberedd grupp med genomarbetning och avreagering (s.k. debriefing) uttrycker ofta i efterhand uppskattning av insatserna. Dock visar kontrollerade studier att det inte finns några hållpunkter om att denna insats påverkar symtomutvecklingen på längre sikt (Ottosson, 2009).

En stor del av sjukvårdspersonalen som tjänstgör i krigsdrabbade områden upplever psykisk ohälsa vid hemkomsten. Av de militärer som kom hem från tjänstgöring i Iran rapporterade cirka 19 procent att de hade psykiska besvär, medan cirka 11 procent av de militärer som tjänstgjort i Afghanistan uppgav att de hade psykiska besvär. Exempel på dessa psykiska besvär är depression, ångest och PTSD (Hoge, Auchterlonie & Milliken, 2006). Enligt en studie av Elliot (2014) upplevde en stor del av sjuksköterskorna att hemkomsten från krigsområden som överväldigande. Sjuksköterskorna beskrev även att det kunde ta veckor att smälta hemkomsten och att de kom hem som en förändrad person.

## Etisk eller moralisk stress

Etisk eller moralisk stress uppstår i situationer där individen vet vad han eller hon skulle vilja göra för att handla rätt, men inte kan eller får göra det. Den svenske omvårdnadsforskaren Kim Lützen har med sina kollegor utvecklat kriterier för att sjuksköterskor ska kunna uppleva etisk eller moralisk stress:

- att sjuksköterskan är känslig för patienternas sårbarhet och bristande autonomi.
- att sjuksköterskan upplever yttre faktorer hindrar henne eller honom från att göra det som han eller hon tror är bäst för patienterna.
- att sjuksköterskan upplever att han eller hon inte har någon kontroll över situationen.

Etisk och moralisk stress har även beskrivits uppstå när en person har otillräcklighetskänslor över att inte kunna handla överrensstämmande med sitt samvete, samtidigt som personen saknar socialt stöd i form av möjlighet att ha en dialog angående problemet med andra (Sandman & Kjellström, 2013).



## Lidande

Lidande är en subjektiv och unik upplevelse, som innebär att människan konfronteras med något ont. Det kan finnas många olika orsaker till lidandet som kan ha olika karaktärer. Fysiskt eller somatiskt lidande kan bero på t.ex. smärta, medan lidande som har mer existentiell eller andlig karaktär t.ex. kan uppstå i de fall då livet eller relationer hotas. Emotionella orsaker till lidande kan t.ex. vara att ha konflikter eller bero på andra känslomässiga problem. Trots att själva lidandet är negativt och meningslöst, kan det leda till att individen tiden efter lidandet kan se positiva följder av det, eller att det kan ha en mening. Däremot är det ett överordnat mål inom hälso- och sjukvården att minska lidandet för patienterna (Arman, 2012). Den svenska organisationen Försvarsmedicincentrum utbildar sjuksköterskor och läkare för att arbeta tillsammans med Försvarsmakten under bl.a. internationella insatser. Deras värdegrund och målsättning är att människovärdet och livet är det viktigaste och sätts som högsta prioritet att bevara. Dessutom skall deras hälso- och sjukvårdspersonal arbeta för att minska lidande så mycket som möjligt för den vårdbehövande, både på ett fysiskt och psykiskt plan (Försvarsmakten, u.å.c).

## Maslows motivationsteori

Människans behov kan ställas i en hierarkisk ordning, med de mest grundläggande behoven underst. För att uppnå en nivå i behovshierarkin måste de tidigare nivåerna vara tillfredställda. Den första nivån, och det mest grundläggande behovet, relateras till människans direkta överlevnad, som att ha tillgång till vatten och näring, samt att kunna sova. När dessa behov är uppnådda, har människan ett behov av trygghet och att känna sig säker i sin miljö, samt att vara tillsammans med andra människor. Behovshierarkins tredje plan innefattar att uppleva samhörighet med andra i sin närhet och att få kärlek. Nästa nivå inbegriper människans behov av att uppskattas och att känna självrespekt. Den femte och sista behovsnivån innefattar individens önskan att uppnå sina mål och att utvecklas i färdigheter och som person, samt att sträva mot förändringar och att känna sig behövd (Maslow, 1987).

## Problemformulering

Hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar inom krigsdrabbade områden kan tänkas arbeta i en fysiskt och psykiskt påfrestande miljö. Kelly (2010) skriver att sjuksköterskans vård av skadade soldater kan ske i krigszon med direkt kontakt med fienden på grund av handgemäng, eller i närheten av strider mellan soldater och fienden där kulor, raketer och granater avfyras mellan parterna. Bland militär personal är det vid hemkomst vanligt med psykisk ohälsa (Hoge et al., 2006). Med tanke på riskerna med att arbeta under dessa förhållanden, är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal får djupare kunskap och förberedelse på hur det kan upplevas att arbeta i ett krigsdrabbat område. Denna kunskap kan även användas i utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal inför deras tjänstgöring.

## Syfte

Syftet med denna litteraturstudie är att belysa sjuksköterskors och annan hälso- och sjukvårdspersonals erfarenheter av att arbeta i områden där det pågår krig.

## Metod

Som design för detta arbete valdes litteraturstudie. Med litteraturstudie menas att litteratur är informationskällan (insamlingsdata) i arbetet (Olsson & Sörensen. 2011). Enligt Olsson och Sörensen (2011) styrs ofta examensarbeten mot litteraturstudier för att inte störa verksamheten i t.ex. hälso- och sjukvården. Litteraturstudien gjordes med stöd från Fribergs (2012) kapitel om litteraturöversikter.

## Urval

Inklusionskriterierna för artikelsökningarna var att de skulle bedömas som vetenskapliga artiklar, tidigast vara publicerade år 2005 och beröra händelser från väpnade konflikter från år 1990 och framåt, samt undersökte hälso- och sjukvårdspersonalens erfarenheter av att arbeta i ett krigsområde. Vid den senare sökningen var inklusionskriteriet att sjuksköterskor eller annan sjukvårdspersonal skulle ingå i studierna. Exklusionskriteriet var att studierna endast undersökte erfarenhet av hemkomst eller tiden innan tjänstgöringen.

## Datainsamlingsmetod

Flertal idéer och eventuella problemområden diskuterades och betänktes, och undersökning av publicerad litteratur gjordes på ämnesområden i samband med diskussionerna. Efter diskussion och med vetskap om att det fanns publicerad litteratur inom ämnet beslutades att skriva om sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta i krigsdrabbade områden. När problemområdet och syftet var bestämt gjordes en inledande litteratursökning. I samband med den inledande litteratursökningen började sökord arbetas fram genom att relevanta ord översattes från svenska till engelska termer baserat på svenska Medical Subject Headings (MeSH) (Karolinska Institutet, 2015), och Cinahl Headings i databasen Cinahl. Databaserna som valdes var Cinahl och Pubmed, eftersom Cinahl är en omvårdnadsdatabas (Östlundh, 2012) och Pubmed är en databas med mestadels biomedicinsk litteratur, men med inslag av omvårdnadslitteratur.

Sökningar med ett s.k. helikopterperspektiv gjordes, vilket enligt Friberg (2012) betyder att abstrakten läses igenom och bedöms i sin helhet. Detta kan visa hur forskningsområdet ser ut med vilka typer av studier som har gjorts (Friberg, 2012). Det framkom att det främst fanns kvalitativ forskning inom det valda området.

Vid vissa sökningar kunde samma artiklar återfinnas i både Cinahl och Pubmed, samt vid sökningar med olika sökord. Exempel på sökord som användes var: nurse eller nurses, nursing, war, combat och experience. Boolesk söklogik användes och sökorden kopplades samman med operatoren AND (Östlundh, 2012). Vid vissa sökningar användes trunkering med symbolen “\*”, som möjliggör träffar på sökordets alla böjningsformer (Östlundh, 2012). För att begränsa antalet och få fram aktuella artiklar med så god kvalitet som möjligt sattes begränsningar på majoriteten av sökningarna, som att de skulle vara publicerade sedan högst tio år och vara peer-reviewed, vilket innebär att de blivit granskade och godkända (för mer information om sökningar och träffar se Bilaga 1 - söktabeller).

När sökningarna gjordes undersöktes artiklarnas relevans till problemområdet först genom titel på artikeln, och om titeln verkade relevant lästes artikelns abstrakt. Efter att abstrakt lästs igenom valdes de studier som skulle läsas igenom i sin helhet och granskas. Sökning gjordes

även genom att undersöka referenserna från de artiklar som har valts för litteraturstudien, och det gjordes ytterligare sökningar i databaserna Cinahl och PubMed på de artikeltitlar som verkade vara relevanta för litteraturstudien. En reviewartikel av Gibbons, Hickling och Watts (2012) användes också på detta sätt för att hitta ytterligare studier. Abstrakten lästes igenom på de artiklar som kunde finnas genom databaserna, och om studien fortfarande verkade relevant lästes den igenom i sin helhet och bedömdes. De artiklar som exkluderades bedömdes inte stämma in på syftet eller var publicerade före år 2005, samt om de inte bedömdes vara vetenskapliga. Inga av de studier som hittades genom att söka på tidigare valda artiklars referenser valdes att inkluderas för resultatet, på grund av ovanstående exklusionskriterier.

Efter artikelgranskningen och i början av analysen av studierna ansågs antalet artiklar som svarade på syftet vara för få, vilket gjorde att en ytterligare sökning gjordes med hjälp av bibliotekarie. Motiveringen till detta var att hitta ytterligare artiklar som svarade på syftet och att undersöka om forskningsområdet kunde anses uttömt, om inga fler vetenskapliga artiklar kunde finnas. För denna sökning hämtades nya sökord från Cinahl Headings och från de artiklar som tidigare valts, och sökningarna utvidgades från att endast innefatta sjuksköterskor till att innefatta fler personalgrupper inom hälso- och sjukvård, genom sökord som t.ex. "military healthcare providers". Baserat på Karolinska Institutets (2013) *Termer för "Upplevelser" och "Bemötande" i olika former*, valdes ytterligare sökord, som "coping" och "adaptation" (för mer information angående sökningarna, se Bilaga 1 - söktabeller). Det gjordes även sökningar genom att söka på valda artiklars referenser och citeringar med hjälp av databasen Scopus. På det sistnämnda tillvägagångssättet hittades artikeln av Jones et al. (2008).

De artiklar som hittades i den senare sökningen samlade in data från deltagare som inte enbart var sjuksköterskor, utan tillhörde fler yrkeskategorier inom hälso- och sjukvård. I deras resultat kunde sjuksköterskornas unika erfarenheter inte urskiljas från de övriga personalkategorierna. Syftet utvidgades från att endast belysa sjuksköterskors erfarenheter till att belysa erfarenheter från sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal, som arbetar i områden där det pågår krig. Motiveringen till detta var att det inte fanns tillräcklig mängd tillgänglig forskning som endast undersökte sjuksköterskornas erfarenheter. I samband med den senare sökningen med hjälp och råd av en bibliotekarie kunde ej fler vetenskapliga artiklar hittas som svarade på syftet. Det tillgängliga forskningsområdet ansågs då vara uttömt och det togs beslut om att ej bredda syftet ytterligare, med tanke på tidsbegränsningen för litteraturstudien. Arbetet fortsatte med analys av de funna artiklarna.

## Analys

Analys av artiklarna gjordes genom att artiklarna lästes igenom i sin helhet flera gånger och efter inläsning började huvudteman framträda. Vid ytterligare inläsning av artiklarnas resultat och diskussion framkom även underteman. Analysen gjordes utifrån boken av Friberg (2012).

## Etiska överväganden

Sex av 11 artiklar var etiskt godkända av en eller flera etiska kommittéer. Resterande artiklar var godkända av en eller flera granskningsnämnder däribland ett flertal universitet som författarna var anställda vid. Alla artiklar byggde på ett frivilligt deltagande, där deltagarna fick grundlig information gällande studierna.

## Kvalitetsgranskning

Kvalitetsbedömningen av de kvalitativa artiklarna gjordes utifrån bilaga H och den kvantitativa artikeln utifrån bilaga G i boken av Willman et al. (2011). Bedömningen om studier har låg, medel eller hög kvalitet är en subjektiv uppfattning och kan göras genom att poängsätta frågorna, för att därefter göra en uträkning med poängantalet (Willman et al., 2011). Utifrån detta valdes att poängsätta varje fråga med ett poäng då svaret var ja i artikelgranskningen eller svar på beskrivande fråga angavs i artikeln. Maxpoäng för den kvalitativa artikelgranskningen och den kvantitativa artikelgranskningen var 19 respektive 21 poäng. Därefter bestämdes inom vilka procentsatser varje kvalitetsnivå befann sig i. Se Bilaga 2 för vilka procentsatser och antal poäng som varje kvalitetsnivå innebar.

## Resultat

Efter analys av studierna framkom följande huvudteman: dubbla roller, miljö, psykiska och medicinska svårigheter, ledarskap, resurser, etiska dilemman, samt finna mening och coping. Under de två huvudteman dubbla roller och miljö formulerades två underteman under vardera huvudtema: balans mellan rollerna och att passa in, samt levnadsförhållanden och hotet från omgivningen.

### Dubbla roller

#### Balans mellan rollerna

För arbeta som militärsjuksköterska krävdes fysisk styrka, att känna till utrustningen och ha förmåga att se situationen i sin helhet. Dessutom behövde de kunna vidta lämpliga åtgärder vid olycksplatsen och under transporten, och samtidigt vara psykiskt förberedda på att ta hand om patienter som kunde vara allvarligt skadade, döende eller döda (Lindblad & Sjöström, 2005). Det krävdes att militärsjuksköterskor var mångkunniga för att kunna svara på den dynamiska miljön som en konfliktzon innebar (Griffiths & Jasper, 2008).

För att passa in och fungera effektivt inom militären krävdes det att sjuksköterskan var anpassningsbar, flexibel och kunde förlika sig med de motstridiga identiteterna som sjuksköterska och soldat innebar. Militärsjuksköterskorna ansåg sig vara professionella soldater då de innehade dubbel profession, och upplevde en harmoni mellan de två rollerna och att de på ett enkelt sätt kunde byta mellan dem (Griffiths & Jasper, 2008). Enligt Lundberg, Kjellström, Jonsson och Sandman (2014) anpassade sig sjukvårdspersonalen efter att både vara militär och sjukvårdspersonal genom att genomföra arbetsuppgifter som inte endast var vårdande. Däremot kunde rollen och instinkten av att vara vårdare ibland ta större plats (Lundberg et al., 2014).

Konflikt- och krigszoner ställde unika krav på alla vårdgivare beträffande att balansera deras vårdande och militära roll, för att säkerställa att de höll sig till de uppförandekoder som fanns från båda professionerna (Griffiths & Jasper, 2008). Den militära medicinska personalen hade inte självförtroende i sina färdigheter som soldat och uttryckte behov av detta, både ur säkerhetsaspekt och för självförtroendet (Mark, Connelly, Hardy, Robison, Jones & Streett, 2009). Den militära uniformen var ett kraftfullt yttrande av auktoritet och beskrevs ge direkta signaler angående dess professionella gränser, samt associerades med förväntningar om färdigheter och beteende. Även om den traditionella bilden av vårdaren inte var självklar, fanns

den vårdande rollen ständigt där och sågs som en självständig roll från den militära. Att ha två arbetsroller, som sjuksköterska och militär, upplevdes som en dualism. Det krävdes att de hittade en balans mellan dessa roller och att hålla sig inom dessa professionella gränser, samt att vara kompetent inom båda områdena. Dessutom kunde de få mindre roller som inte hörde till något av yrkena (Griffiths & Jasper, 2008).

Vissa av militärsjuksköterskorna i studien av Griffiths och Jasper (2008) beskrev att de fick nya roller när de blev positionerade, som att deras militära färdigheter behövdes mer än deras kompetens i vård (Griffiths & Jasper, 2008). Det upplevdes viktigt för militärsjuksköterskor att vara bekväm med den militära utrustningen, t.ex. vapen och transportmedel (Lindblad & Sjöström, 2005). Sjukvårdspersonalen ansåg att det behövdes en dialog kring att vara beredd på att döda och hur detta känslomässigt kunde hanteras (Lundberg et al., 2014).

Militärsjuksköterskor kunde behöva anta en mångsidig och varierande roll. En konfliktsituation krävde mer generella kliniska färdigheter och militärsjuksköterskor kunde behöva anta ett antal underroller som ibland sträckte sig långt utöver de traditionella gränserna för sjukvården (Griffiths & Jasper, 2008). Deltagarna i studien av Mark et al. (2009) sa sig vara redo att uppfylla sina medicinska uppdrag, förutom när de tillfrågades att prestera och arbeta i andra arbetsområden än sitt egna, som t.ex. en tandläkare som tillbads arbeta med att triagera patienter.

### **Att passa in**

Det förekom att sjukvårdspersonalen vårdade civilbefolkning med ändamålet att få information från dem. På det sättet satte sjukvårdspersonalen de militära målen före vården. Detta gjordes enligt sjukvårdspersonalen för att passa in i den militära organisationen och att det handlade om att överleva. Sjukvårdspersonalen tjänstgjorde ibland som vakter medan de bar röda korsets emblem. De var medvetna om att detta stred mot den humanitära rätten, men gjorde det som anpassning till den militära situationen. Detta kunde bero på ett ökat hot från fienden och att det inte fanns tillräckligt med personal som kunde vakta (Lundberg et al., 2014).

Det är viktigt att militärsjuksköterskor kan arbeta sida vid sida med konventionell militär personal för att kunna försäkra optimal vård till skadad militär personal och lokalbefolkning (Griffiths & Jasper, 2008). Sjukvårdspersonalen i studien av Lundberg et al. (2014) upplevde att de hade lägre status än den övriga militära personalen och att militärerna inte såg dem som riktiga militärer, samt att de inte gjorde någonting. Sjukvårdspersonalen uttryckte att de kände sig tvungna att bevisa sig vara lika bra militärer som sjukvårdare. Detta kunde de t.ex. göra genom att vara aktiva på skjutbanan eller genom att utsätta sig för faror. Deltagarna kunde även uppleva att den ordinarie militära personalen kände bristande förtroende för den manliga sjukvårdspersonalen, eftersom vissa av dem hade en uppfattning om att vårkyrken var feminina yrken. Den manliga sjukvårdspersonalen kunde därför uppleva att de fick visa sig mer manliga för att bli accepterade (Lundberg et al., 2014). Enligt Jones et al. (2008) visades det signifikant att manlig sjukvårdspersonal spenderade mer tid närmare striderna och i nära kontakt med fienden. De hade då uppgifter som inkluderade ständig förflyttning av tung utrustning i samband med att enheterna avancerade. Kvinnlig personal tjänstgjorde oftare vid statiska fältsjukhus (Jones et al., 2008). Militärsjuksköterskor i studien av Griffiths och Jasper (2008) uppgav att de främst sågs som vårdare, och i andra hand som militär. Däremot beskrevs det som ett hinder för deras trovärdighet att inte anses som fullgoda militärer.

Känslor av gemenskap kunde beskrivas av sjuksköterskor som tjänstgjorde i Bosnien. De upplevde gemenskap då de befann sig i lägret eller när de väntade på arbetsuppgifter och var tillsammans med andra militärer. Genom att umgås med militärerna kunde militärsjuksköterskorna agera snabbare i en situation då dessa militärer behövde sjukvård, eftersom de inte ägnade lika mycket tid åt att tänka igenom situationen. Detta kunde förklaras genom att sjuksköterskorna blev vänner med militärerna och då hade en mer emotionell relation till patienten (Andersson, Dahlgren, Lundberg och Sjöström, 2007). En stor del av militärsjuksköterskorna i studien av Scannell-Desch och Doherty (2010) beskrev att de blev goda vänner med personalen omkring dem. Detta kunde förklaras genom att de litade på varandra och samarbetade mycket. Kamratskap, att arbeta tillsammans och att stötta varandra beskrevs som viktigt för militärsjuksköterskorna i Irak och Afghanistan. Jones et al. (2008) fann evidens på att brist av gruppsammanhållning och negativ syn på ledarskapet kunde vara en orsak till den större förekomsten av psykiska besvär hos sjukvårdspersonalen. Det var också vanligare med mångfaldiga fysiska symtom och fatigue bland män, jämfört med de vanliga militärerna.

## Miljö

### Levnadsförhållanden

Miljön i Irak och Afghanistan beskrevs som att det luktade illa och att den var högljudd, t.ex. på grund av helikoptrar (Scannell-Desch & Doherty, 2010). Irak beskrevs som ett varmt land (Scannell-Desch & Doherty, 2010; Agazio, 2010). Levnadsförhållandena för de amerikanska militärsjuksköterskorna i Irak och Afghanistan beskrevs vara mer primitiva för de som kommit dit i ett tidigt stadium av kriget, jämfört med de som anlände senare. T.ex. kunde deras boenden beskrivas som trånga. Militärsjuksköterskorna försökte också få deras boenden mer hemlika (Scannell-Desch & Doherty, 2010). Levnadsvillkoren i fält var tidvis dåliga (Lindbland & Sjöström, 2005). Miljön i Afghanistan under vintern kunde beskrivas ur sjuksköterskans perspektiv som kall och att det var svårigheter att få in och ut varor till deras område, vilket kunde leda till brist på vissa matvaror och bränsle. En rädsla på grund av det ständiga hotet från raketeld kunde också beskrivas (Zinsli & Smythe, 2009).

Militärsjuksköterskor kunde ha olika upplevelser av kriget beroende på hur nära fronten de befann sig. Om de befann sig långt ifrån fronten kunde de t.ex. koppla bort sig från krigssituationen (Griffiths & Jasper, 2008). Militärsjuksköterskor i Irak och Afghanistan beskrev patienternas stridsskador som hemska, och att miljön var kaotisk (Scannell-Desch & Doherty, 2010). Att se stora antal döda och skadade människor kunde ur sjuksköterskans perspektiv beskrivas som bisarrt och främmande (Zinsli & Smythe, 2009).

### Hotet från omgivningen

Krigsmiljön kunde beskrivas som hotfull (Agazio, 2010). Sjuksköterskorna beskrev ett flertal faror av att arbeta i Irak och Afghanistan, där både de själva och andra i sin närhet blev skadade eller dödade. Att arbeta i en sådan miljö kunde upplevas som skrämmande (Scannell-Desch & Doherty, 2010). Läkare och sjuksköterskor i Irak och Afghanistan var enligt Gibbons, Shafer, Aramanda, Hickling och Benedek (2014) medvetna om att de befann sig i en hotfull miljö och de kände sig vaksamma för möjliga faror. Ett hot var invånare som ibland bar explosiva ämnen (Gibbons et al., 2014). Innan sjukvårdspersonalen vårdade militärer som inte tillhörde sjukvårdarens egen enhet eller civila, var de tvungna att kroppsvisitera dem. Det var

dessutom svårt att se om patienten var fiende eller civil, eftersom fienden ofta saknade uniformer. Förhållningssättet till detta var i första hand att resonera utifrån ett militärt synsätt och sätta säkerheten först, och i andra hand ha ett vårdande perspektiv (Lundberg et al., 2014).

Sjuksköterskor i Lindblads och Sjöströms (2005) studie uttryckte frustration av att inte vara tillåtna att ge vård i områden som ansågs vara osäkra. Enligt Andersson et al. (2007) kunde det upplevas som stressande för militärsjuksköterskor att arbeta i en livshotande miljö, där det kunde vara svårt att på ett säkert sätt nå fram till patienten. Det var även stressande att ha långt avstånd till sjukhus och när det inte fanns möjlighet till att transportera patienten i helikopter.

När det uppstod konflikt mellan hoten från omgivningen och patientens behov av vård, kunde rollen som vårdare ibland få överhanden och sjukvårdspersonalen kunde då ignorera hoten i omgivningen för att kunna vårda patienten. Vid sådana tillfällen kunde även sjukvårdspersonalen ignorera order från befälhavande militärer, vilket kunde ge negativa konsekvenser för sjukvårdspersonalen genom att t.ex. bli degraderad (Lundberg et al., 2014). Deltagarna i studien av Gibbons et al. (2014) blev tillfrågade att beskriva en traumatisk händelse, varpå de flesta beskrev situationer där andra skadats och i mindre utsträckning när de själva skadats. Militärsjuksköterskor i studien av Andersson et al. (2007) beskrev att de kunde arbeta i områden med minor, och att de med totalt fokus på sin arbetsuppgift kunde åsidosätta faran för sig själv. Enligt Lindblad och Sjöström (2005) kunde en hotfull situation påverka sjuksköterskornas mod i utsträckningen från att ge vård till att avstå från att ge vård.

Deltagarna i studien av Gibbons et al. (2014) uppgav att miljön var oförutsägbar, men att sjukvården var densamma. Militärsjuksköterskor menade att vården på fält under extrema förhållanden var olik andra typer av vårdformer, och beskrev den som oförutsägbar (Lindblad & Sjöström, 2005). Det förekom att sjukvårdspersonalen kunde hamna på platser där de var helt ensamma med strider omkring sig, med ett långt avstånd till en säker förläggning. Detta kunde även ske utan att personen visste om det innan, och eftersom de var ensamma hade de hela ansvaret. Sådana situationer kunde upplevas som stressande och skrämmande, samt att de upplevde sig som otillräckliga (Lundberg et al., 2014). I studien av Lindblad och Sjöström (2005) uttryckte militärsjuksköterskorna att för de som inte var vana vid krigsmiljön kunde den vara stressande. De kunde även underskatta risker, vilket innebar faror för både sig själv och andra. Att däremot vara van att vistas i krigsmiljö kunde underlätta att koncentrera sig på patienten.

## Psykiska och medicinska svårigheter

Militärsjuksköterskor i Irak och Afghanistan hade svårigheter att tillgodose det stora behovet av akutsjukvård som fanns (Scannell-Desch & Doherty, 2010). Sjuksköterskor som var nyutexaminerade och saknade erfarenhet beskrevs inte ha tillräcklig självsäkerhet och autonomitet i att utföra arbetsuppgifterna (Agazio, 2010). Enligt Gibbons et al. (2014) kunde deltagarna uttrycka att de var helt fokuserade på sin arbetsuppgift, och 18 procent av dem uppgav att de hade en klar bild av sitt ansvarsområde. Sjuksköterskorna i studien Lindblad och Sjöström (2005) menade att det medicinska teamet behöver bestå av flera professioner.

Förväntningar av att ge psykologiskt stöd till kompaniet och att ta hand om personer med stressreaktioner, kunde för sjuksköterskor med mindre erfarenheter och kunskap kännas som ett tungt ansvar (Lindblad & Sjöström, 2005). Ingen av sjuksköterskorna i studien av Hagerty, Willams, Bingham och Richard (2011) var bekväma med att göra djupgående psykosociala

bedömningar. De var oroliga över vad de skulle göra när det uppstod situationer där det framkom information som de inte skulle vara beredda på (Hagerty et al., 2011). Det fanns enligt studien av Jones et al. (2008) ett signifikant samspel mellan att ge vård till skadade patienter och en ökad grad av psykologisk stress. Sjukvårdspersonal var mer benägen att rapportera psykologisk stress och flerfaldiga fysiska symtom än annan tjänstgörande personal (Jones et al, 2008).

Erfarenhet inom ambulansverksamheten kunde underlätta för militärsjuksköterskor att fatta medicinska beslut på kort tid och att vara mer bekväm med att arbeta utomhus. Att som sjuksköterska ha tidigare erfarenheter av att arbeta bland krigsfordon och veta hur man beter sig i den miljön kunde underlätta att fokusera på sin medicinska uppgift. Sjuksköterskor som var vana att ha en ledarroll hade ofta arbetat inom ambulansverksamheten. Detta kunde även underlätta att ta snabba och effektiva beslut, samt att tidigare ha sett trauman gjorde det lättare att hantera det (Lindblad & Sjöström, 2005).

## Ledarskap

Miljön vid tjänstgöring var en unik situation där ledarskap var viktigt för allas välmående (Mark et al., 2009). Andersson et al. (2007) beskrev en situation då officerare med högre rang tog medicinska beslut utan att ha rådfrågat läkare eller sjuksköterska. Officeraren försvårade situationen för den medicinska personalen, vilket gjorde ambulanspersonalen stressad. Detta kunde ha lett till fara för den skadade och fara för övrig personal (Andersson et al., 2007). Mark et al. (2009) skrev att när den medicinska personalen uttryckte missnöje med ledarskapet handlade det oftast om att den medicinska personalen behövde äventyra sin egen säkerhet. Det inte gick att lita på en ledare som uppfattades att bara bry sig om sig själv. Goda ledare beskrevs som reflekterande och omtänksamma personer som visste vad de själv och deras underordnade gjorde och som informerade dem. Samtidigt beskrevs de som synliga för sina underordnade genom att ställa frågor och uppriktigt visa intresse, samt upplevdes skydda dem (Mark et al., 2009).

Det ansågs vara viktigt med en tydlig uppdelning av vilka beslut som tas av var och en, eftersom både kommandörkaptenen över fordonet och sjuksköterskan hade samma medicinska ansvar (Lindblad & Sjöström, 2005). Kommunikation i form av t.ex. information och vem som tar vilka beslut var även en viktig del i att vara en god ledare. Detta uttryckte även den medicinska personalen då de hade ett behov av att veta den basala planen för vård av patienter, vem som bestämde, samt hur deras patienters vårdbehov skulle tillgodoses vid högre huvudkvarter. När informationen som de fick inte var adekvat stängde den medicinska personalen av mentalt och gjorde endast det som de blev tillsagda och inte mer (Mark et al., 2009). Det kunde vara problematiskt och svårt att kommunicera ute i fält under en akut situation. Exempel på kommunikationshinder kunde vara problem med språket eller att inte ha tillräcklig teknisk kunskap om de kommunikationshjälpmedel som användes. Att befinna sig i en stressad och hotfull miljö eller att arbeta under dåligt ledarskap kunde också påverka kommunikationen negativt (Andersson et al., 2007).

Det hörde till sjuksköterskans roll att utstråla självsäkerhet och att vara en förebild för att få militärerna att känna sig trygga. Svenska militärsjuksköterskor menade att erfarenhet inom ambulansvård underlättade att kunna leda på ett självsäkert sätt vid olycksfall (Lindblad & Sjöström, 2005).



## Resurser

Den militära sjukvårdspersonalen hade ofta endast tillgång till den utrustning och material som de kunde bära med sig. Dessutom arbetade de ofta ensamma eller med få medarbetare och samtidigt under tidspress (Lundberg et al., 2014). Militärsjuksköterskorna var tvungna att göra snabba prioriteringar när de mötte patienter med stridsskador. Detta berodde på att det var begränsade tillgångar till utrustning och material, samt att det ofta inte räckte till de patienter med dåliga chanser till överlevnad. Enligt militärsjuksköterskorna behövdes resurserna istället till de med bättre prognos (Lindblad & Sjöström, 2005). Soldater med kroniska sjukdomar eller tillstånd upplevdes av sjukvårdspersonalen som oanvändbara, skadliga och osäkra, samtidigt som resurser gick till dessa personer. En del av sjukvårdspersonalen uttryckte detta som ett slöseri med resurser (Mark et al., 2009).

När läkemedlen eller materialen riskerade att inte räcka till för de militära kollegerna, förekom det att de inte gav civilbefolkningen den vård som de behövde, för att spara på resurserna. På detta sätt prioriterades den egna sidan före värdlandet, vilket kunde strida mot sjukvårdspersonalens uppgift att vårda. På grund av denna problematik förekom det att sjukvårdspersonalen tvekade och övervägde om de skulle vårda patienter från värdlandet, trots att de var i behov av vård (Lundberg et al., 2014). Den medicinska personalen uttryckte frustration över deras upplevelse att resurser var ojämnt fördelade, vilket påverkade deras förmåga att göra sitt arbete (Mark et al., 2009). Sjuksköterskor kunde känna sig frustrerade över brist på utrustning eller förnödenheter (Lindblad & Sjöström, 2005). Sjukvårdspersonalen uttryckte även att det var bristfällig planering och resurser för både humanitära och fiendevårdande uppdrag, än vad som förväntades. Detta resulterade i förvirring angående vem som skulle få vård, eller var och av vem som vården skulle ges (Mark et al., 2009).

Den svenska sjukvårdspersonalen i studien av Lundberg et al. (2014) ville hjälpa civilbefolkningen eftersom de på plats såg hur begränsade landets resurser var. Sjukvårdspersonalen tog beslut inför varje nytt uppdrag angående om de skulle vårda folk från värdlandet eller om de inte skulle det. Ett argument för detta var att de ändå inte kunde göra en medicinsk uppföljning efter insatserna de gjorde. Ett motargument från sjukvårdspersonalens sida var att den vården de gav var bättre än ingenting. Material som inte skulle användas till deras egna trupper, t.ex. på grund av utgången datum, användes istället för att vårda folk från värdlandet (Lundberg et al., 2014). Sjuksköterskor beskrev att det var svårt att vårda civila. Detta berodde på att de önskade ge vård med god kvalitet, men att detta inte gick på grund av den nedsatta infrastrukturen och att det var svårt att transportera de civila patienterna. Dessutom var språkskillnaderna ett hinder för att ge god vård (Agazio, 2010).

## Etiska dilemman

Sjuksköterskorna blev känslomässigt involverade med patienterna och deras familjer, samt uttryckte oro angående bristen av klarhet i de professionella gränserna (Hagerty et al., 2011). I studien av Lundberg et al. (2014) delades patienterna som vårdades in i grupper: de som var på sjukvårdspersonalens egen sida och de som var på fiendesidan. Civila som var på deras sida inkluderades till den egna sidan. På grund av denna gruppering, och att många av patienterna var sjukvårdspersonalens nära vänner, upplevde de att det var svårt att förhålla sig neutral och professionell gentemot sina patienter (Lundberg et al., 2014). Att som militärsjuksköterska

vårda militärer på sin egen sida kunde upplevas som svårare och som ytterligare en stressfaktor, jämfört med att vårda andra militärer (Andersson et al., 2007).

Enligt Lundberg et al. (2014) var det svårt för sjukvårdspersonalen att vårda patienter från fiendesidan eftersom det var svårt att hålla känslorna borta. Detta kunde förklaras genom att de hjälpte fienden som de nyligen stridit med, för att efter tillfrisknandet möta dem i strid igen. Det upplevdes som svårt att vinna en strid, och att därefter hjälpa fienden.

Militärsjuksköterskor kunde uppleva hopplöshet när de bevittnade unga människor dö och inte kunna rädda dem (Lindblad & Sjöström, 2005). Det beskrevs även att det var psykiskt påfrestande att se allvarligt skadade patienter. Sjuksköterskorna kände empati för barnen i krigsmiljön, och de blev upprörda av att se de krigsskador som de fått. Att vårda de som tagits till fånga var svårt för många av sjuksköterskorna, och de kunde uppleva det som skrämmande (Scannell-Desch & Doherty, 2010). De mest intensiva stressorer som läkarna och sjuksköterskorna uppgav involverade ett nära och personligt engagemang till patienterna, särskilt när det gällde skadade soldater eller oskyldiga barn (Gibbons et al., 2014). Militärsjuksköterskor beskrev att respekten för människan och hennes liv inte fanns i krigsmiljön och att folk for illa. Exempel som beskrevs var att barn svält och tiggde mat, att befolkningens boningar blev förstörda och att det inte längre var en säker miljö för folket. Krigsmiljön utsatte militärsjuksköterskorna även för nya typer av etiska dilemman, vilket gav obehag som förvärrades av deras yrkesmässiga gränser (Griffiths & Jasper, 2008).

## Finna mening och coping

Enligt Gibbons et al. (2014) uppgav 12 procent av deltagarna att de använde copingstrategier, som t.ex. att distansera sig själv och att inte engagera sig emotionellt, eller att sluta engagera sig i patientens historia. Detta gjordes för att kunna fungera och att skydda sig själv personligen. Deltagarna beskrev att de såg det som kontraproduktivt att engagera sig emotionellt gentemot patienten, eftersom det ökade risken för dem att må dåligt psykiskt. T.ex. kunde det leda till känslor som frustration, självklandran och skuld-känslor (Gibbons et al., 2014). I studien av Hagerty et al. (2011) använde sig sjuksköterskorna av en mängd strategier för att klara av situationen. Alla utom en av sjuksköterskorna beskrev positiva copingstrategier som de ansåg vara hjälpsamma. Några av dessa personliga strategier var yoga, löpning, massage, skriva dagbok och ta egen tid för att bearbeta upplevelser. Sjuksköterskorna uttryckte även att gruppstöd och struktur var copingstrategier.

Majoriteten av sjuksköterskorna beskrev deras upplevelse av att vårda skadade soldater som stridit för sitt land som givande och meningsfullt, samt att det gav dem en känsla av mening och syfte (Hagerty et al., 2011). Av de deltagande läkare och sjuksköterskor i studien av Gibbons et al. (2014) uppgav 12 procent att de såg sina insatser som betydelsefulla, genom att de tjänade sin nation, deltog i ett viktigt uppdrag och hjälpte sina patienter. Oavsett vilken uppgift deltagarna hade eller var de befann sig, kände de sig tacksamma av att få vara delaktiga. Tio procent av läkarna och sjuksköterskorna kände tacksamhet för att ha sina kamrater omkring sig eller för att ha lyckats med ett uppdrag.

# Diskussion

## Metoddiskussion

Inklusionskriterierna för artikelsökningarna var att de tidigast skulle vara publicerade år 2005 och beröra händelser från väpnade konflikter och krig från år 1990. Motiveringen för detta var att krig har utvecklats i karaktär och teknik: bl.a. inom transport, förvaring, vapen och kommunikation, vilket har gett båda parter nya handlingsmöjligheter. Vapenutvecklingen har förbättrats i precision, vilket gör att det blir mindre oavsedda skador kring målet (B:son Uller & Lyth, u.å.). Eftersom studier som publicerats tidigare än år 2005 kan ha studerat händelser från år 1990 och framåt, kunde detta ha påverkat resultatet. Artiklar som studerade väpnade konflikter och krig innan år 1990 exkluderades på grund av ovanstående motivering, vilket begränsade urvalet. Resultatet av denna litteraturstudie belyste på detta sätt mer moderna krig, vilket gjorde resultatet mer aktuellt och applicerbart för nutiden. Eftersom tre av artiklarna som inkluderats i litteraturstudien var svenska, blev resultatet också mer applicerbart för svensk sjukvårdspersonal.

Litteraturstudien begränsades till vilka artiklar som Göteborgs Universitets bibliotek hade tillgång till och resultatet kunde ha påverkats om utbudet av tillgängliga artiklar varit större. Utbudet av tillgängliga artiklar ansågs vara uttömt, men det totala forskningsområdet kunde på grund av denna begränsning inte hävdas vara uttömt. Studien av Lundberg et al. (2014) var inte tillgänglig via universitetets utbud, men efter förfrågan till författarna skickades artikeln över mail. Detta kunde ha gjorts med fler otillgängliga artiklar om mer tid funnits till förfogande för litteraturstudien.

De sökord som användes kunde ha vidareutvecklats och använts i fler kombinationer än vad som gjordes i denna litteraturstudie. Detta hade kunnat göras om det funnits mer tid. Ett flertal grundliga sökningar gjordes dock och samma artiklar hittades med olika sökord, vilket kunde tyda på att möjligheten att nya artiklar skulle hittas blev mindre.

Inga av artiklarna som användes bedömdes ha låg kvalitet. Valet av hur många procent varje kvalitetsnivå i kvalitetsgranskningen gjordes utifrån vad som ansågs vara en skälig gräns. För att säkerställa att litteraturstudien hade ett resultat som grundades främst på artiklar som hade medel eller hög kvalitet, valdes en något högre gräns angående procentsatsen för låg kvalitet. Vi ansåg även att det var en kvalitet hos en artikel att ha fler citeringar. Vid artikelsökning användes begränsningen peer-reviewed vid alla sökningar utom en där peer-reviewed begränsningen av misstag inte fylldes i. Vid sökningen utan peer-reviewed begränsning valdes artiklarna av Agazio (2010) och Zinsli & Smythe (2009). Dessa artiklar framkom vid flertal sökningar med begränsningen peer-reviewed som gjordes efter att de valts, vilket tydde på att artiklarna av Agazio (2010) och Zinsli & Smythe (2009) var peer-reviewed och kunde användas i denna litteraturstudie. Vid sökning i databasen PubMed var alla artiklar peer-reviewed då alla artiklar som finns i databasen är detta. En del artiklar samlade in data som berörde mer än vad som ingick i vårt syfte, som t.ex. erfarenheter eller upplevelser från tiden innan eller efter tjänstgöringen. De data som svarade på syftet i denna litteraturstudie har tagits med och analyserats.

Six artiklar hade etiskt godkännande och kom ifrån Sverige, Storbritannien och Nya Zeeland. Resterande fem artiklar kom ifrån USA och hade inte ett uttalat etiskt godkännande, men var däremot godkända av både en eller flera granskningsnämnder eller universitet och

deltagarna deltog frivilligt i studierna. Ett mönster som framkom var att det endast var de amerikanska studierna som inte hade uttalat etiskt godkännande medan resterande artiklar från andra världsdelar hade det. Detta skulle kunna bero på sättet att skriva i olika delar av världen, och att godkännandet från en granskningsnämnd eller universitet i USA skulle kunna betyda att de var etiskt godkända. Detta kunde ha undersökts om mer tid funnits för litteraturstudien, men är något som kan undersökas i senare litteraturstudier inom forskningsområdet. Artiklarnas mening och innebörd har framförts så sakligt som möjligt, men eventuella missuppfattningar av studierna kan ha förekommit, vilket skulle kunna ha påverkat litteraturstudien. Även att ha valt ut delar av studierna för analys, kan ha resulterat i att data tagits från sin helhet och på det sättet missuppfattas.

Svårigheterna som möttes i processen i att skriva en litteraturstudie inom detta forskningsområde var den begränsade mängd forskningsmaterial som fanns tillgänglig och som passade till litteraturstudiens syfte. Detta kan tyda på att det fanns mindre forskning inom detta område, vilket vi anser vara positivt då den forskning som fanns tillgänglig inom området kunde inkluderas i litteraturstudien samt upptäcktes det att det var ett område som behöver mer forskning.

## Resultatdiskussion

### Två roller

Resultatet visade att tjänstgöring som sjukvårdspersonal i internationella insatser inom krigsområden ställde specifika krav på att vara anpassningsbar och mångkunnig för att kunna hantera de två roller och professioner som de hade, att både vara sjukvårdspersonal och soldat samtidigt (Griffiths & Jasper, 2008; Lindblad & Sjöström, 2005; Lundberg et al., 2014). Det var viktigt att hitta en balans mellan rollerna för att kunna befinna sig i den unika miljön, som krigsområden var, på ett säkert sätt och samtidigt utföra sina arbetsuppgifter (Griffiths & Jasper, 2008; Mark et al., 2009). Detta resultat styrks av det som beskrevs i bakgrunden, att det var en arbetssituation med två professioner och att det ställdes krav från de båda professionerna samt att oavsett befattning inom det militära var det viktigt att vara beväpnad och utrustad med en stark grund samt kunskaper i krigsfärdigheter (Kreamer, 2008).

Det som beskrevs i både resultat och bakgrund tydde på att det var viktigt att kunna vara sjuksköterska, eller annan sjukvårdspersonal, och samtidigt vara soldat vid tjänstgöring i internationella insatser. Svenska sjuksköterskor som ska tjänstgöra och saknade tidigare militär utbildning eller erfarenhet fick genomgå en särskild utbildning där sjuksköterskan fick grundläggande militära kunskaper (Försvarsmakten, u.å.d) vilket beskrevs i bakgrunden. Resultatet tydde på att utbildning inom det militära var nödvändigt och kunde till och med vara livsviktigt för att kunna klara av situationen och miljön. Det skulle kunna vara fördelaktigt att om den svenska utbildningen GSU Int anpassades ytterligare efter sjukvårdspersonalens arbetssituation. GSU Int som idag ges till sjuksköterskor och övrig sjukvårdspersonal kan kännas något liten och kort då den endast ger grundläggande militära kunskaper medan tjänstgöring ställde krav på att både kunna vara sjuksköterska samtidigt som soldat samt balansera dessa roller.

Instinkten att vårda kunde göra att hoten mot sig själv ibland ignoreras (Andersson et al., 2007; Lundberg et al., 2014), och att inte kunna nå fram till patienten kunde ge frustration (Lindblad & Sjöström, 2005). Detta kan tänkas innebära säkerhetsrisker, både för

sjukvårdspersonalen och soldaterna, samt ställde höga krav på sjukvårdspersonalen, eftersom de behövde överväga riskerna samtidigt som deras främsta uppgift var att vårda patienter. Eftersom en skadad sjukvårdare inte kan vårda några patienter, innebär det risker även för andra i omgivningen som senare kan behöva vård. Dessutom skulle militärerna behöva lägga mer fokus på den skadade sjukvårdaren, vilket skulle kunna göra att skyddet mot fienden minskar och försätter truppen i större fara. Då sjukvårdarna innehar dubbla professioner och speciella kompetenser skulle de kunna vara svårersätterliga jämfört med vanlig militär personal.

## **Den humanitära rätten**

I resultatet framkom det att inte bara militärer eller fienden blev skadade utan även civilbefolkning (Lundberg et al., 2014; Griffiths & Jasper, 2008) samt att barn for illa och blev skadade (Scannell-Desch & Doherty, 2010; Gibbons et al., 2014). Detta stred mot den humanitära rätten då det i bakgrunden beskrevs att civila, sårade, sjuka, frihetsberövade och medicinsk- och själavårdande personal ska skyddas samt deras liv ska respekteras och parterna ska ge dem hjälp och behandla dem humant vid alla tillfällen (Röda Korset, 2012a). Lundberg et al. (2014) beskrev att sjukvårdspersonal som bar röda korsets emblem kunde ibland ha tjänstgöring som vakter samt att de själva var medvetna att detta stred mot den humanitära rätten. Som beskrivits i bakgrunden måste skyddsemblem, t.ex. Röda korset, respekteras och personer som bär något av emblemen ska respekteras och skyddas av parterna (Röda Korset, 2012b). Som det beskrevs ovan följdes inte alltid den humanitära rätten av båda parterna. Regeringskansliet (2014b) skrev att den humanitära rätten ska tillämpas i varje förklarad krig eller annan väpnad konflikt som uppstår mellan två eller fler av de höga fördragsslutande parterna, även om en av dem inte erkänner att krigstillstånd existerar. En anledning till att vissa parter inom väpnade konflikter eller krig inte tog hänsyn till den humanitära rätten skulle tänkas kunna vara att de var mindre grupper eller aktivistgrupper, t.ex. al-Qaida, som stred mot andra grupper eller ett land, och att de grupperna då kunde tänkas tycka sig inte stå under krigets lagar och den humanitära rätten. Det var dock oroande att den humanitära rätten inte följdes, och särskilt av svenska trupper som beskrevs ovan av Lundberg et al. (2014), då den humanitära rätten finns till för att skydda de som inte strider, vilket inte blir fallet om den inte följs.

## **Stressreaktioner och välmående**

I resultatet beskrevs att sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal uttryckte stress i olika situationer (Andersson et al., 2007; Gibbons et al., 2014; Jones et al., 2008; Lindblad & Sjöström, 2005; Lundberg et al., 2014) samt bevittnade människor som skadades, var skadade, for illa eller var döda (Gibbons et al., 2014; Lindblad & Sjöström, 2005; Scannell-Desch & Doherty, 2010; Zinsli & Smythe, 2009). Detta var saker som skulle kunna leda till akuta stressreaktioner beroende på den personliga sårbarheten (Ottosson & Ottosson, 2007), samtidigt som det ger en ökad risk för PTSD då det beskrevs i bakgrunden att faktorer som ökade risken för PTSD kunde vara kroppsskada, dödshot och att vara vittne till att andra skadas eller dör. Dessutom var ett kriterie för PTSD enligt ICD-10 och DSM-IV att personen skulle ha varit utsatt för en exceptionellt hotfull händelse av katastrofal karaktär som skulle orsaka allvarlig stress hos de flesta människor (Ottosson, 2009). Krig och krigsområden innebar ofta exceptionellt hotfulla händelser av katastrofal karaktär och skulle kunna orsaka allvarlig stress hos de flesta människor, vilket gör att situationen av att befinna sig i krig och krigsområden ger

en ökad risk för att drabbas av PTSD gällande alla yrkeskategorier som arbetat inom krigsområdet.

PTSD är ett tillstånd som medför stort lidande, samt sänkt funktionsförmåga (Klarin, 2012). Att arbeta inom krigsområden eller att få PTSD, skulle på så vis kunna leda till lidande och sänkt funktionsförmåga, vilket skulle kunna påverka personens livskvalitet, livsföring och arbetsförmåga negativt. Detta skulle i sin tur kunna påverka personens möjlighet att arbeta och fungera i samhället. Påverkas arbetsförmågan negativt påverkas även samhället i form av kostnader för sjukskrivning och arbetsförlust. Att ge stöd och försöka minska lidande samt utveckling av PTSD eller andra stressreaktioner hos de personer som tjänstgör kan på det sättet ses som arbete för hållbar utveckling både på person- och samhällsnivå. Det styrks av vad som beskrevs i bakgrunden, efter att ha kommit över en traumatisk händelse kan nya trauman kännas mindre hotande, samtidigt som obearbetade trauman ökar sårbarheten (Ottosson & Ottosson, 2007).

En annan typ av stress som beskrevs i resultatet var etisk stress som uppkom då sjukvårdspersonalen ställdes inför etiska dilemman och beslut eller där de ville hjälpa eller vårda men fick inte på grund av säkerhetsskäl (Lindblad & Sjöström, 2005; Griffiths & Jasper, 2008). I studierna av Mark et al. (2009), Lindblad & Sjöström (2005) Lundberg et al. (2014) och Agazio (2010) benämndes inte etisk stress, men de upplevelser som de beskrev kan tänkas innebära etisk stress. Etisk stress kan tänkas innebära lidande för sjukvårdspersonalen, eftersom konflikter eller andra känslomässiga problem kan vara orsaker till emotionellt lidande (Arman, 2012).

### **Maslows motivationsteori**

Resultatet kunde kopplas till Maslows motivationsteori (Maslow, 1987), där de olika behoven ibland kunde tillfredställas och ibland inte uppnås på grund av olika omständigheter. Den första nivån i Maslows motivationsteori, som handlade om direkt överlevnad med tillgång till vatten och föda, samt att kunna sova (Maslow, 1987), kunde relateras till sjukvårdspersonalens tidvis dåliga levnadsförhållanden (Lindblad & Sjöström, 2005; Scannell-Desch & Doherty, 2010), som kunde innebära att ha brist på matvaror (Zinsli & Smythe, 2009) och att vistas i ett hårt klimat (Agazio, 2010; Scannell-Desch & Doherty, 2010; Zinsli & Smythe, 2009).

Den andra nivån i behovshierarkin, som beskrev behov av trygghet, säkerhet och att vara tillsammans med andra människor (Maslow, 1987), kunde kopplas till sjukvårdspersonalens erfarenheter av den hotfulla miljön (Agazio, 2010; Andersson et al., 2007; Gibbons et al., 2014; Lindblad & Sjöström, 2005; Lundberg et al., 2014; Scannell-Desch & Doherty, 2010; Zinsli & Smythe, 2009) och det sociala behovet, som kunde belysas i studien av Lundberg et al. (2014), där sjukvårdspersonalen beskrev situationer då de plötsligt blev ensamma i en farlig miljö, samtidigt som de hade hela det vårdande ansvaret. Att inte trygghet hos annan personal hörde också till sjuksköterskans roll (Lindblad & Sjöström, 2005). Detta kunde ha lett till existentiellt lidande då hot mot livet kunde leda till existentiellt lidande (Arman, 2012).

Behovshierarkins tredje plan innefattade samhörighet och kärleksbehov, medan den fjärde nivån handlade om att uppskattas och att känna självrespekt (Maslow, 1987). Dessa två nivåer i behovshierarkin kunde relateras till det sociala samspelet, som kunde beskrivas som både något positivt och negativt. Det framkom att det kunde finnas gemenskap och nära kamratskap (Andersson et al., 2007; Scannell-Desch & Doherty, 2010), som även kunde vara en källa till

stöd (Scannell-Desch & Doherty, 2010). Det sociala samspelet kunde beskrivas i form av negativa erfarenheter, som att ha lägre status (Lundberg et al., 2014) och att inte bli accepterad i sin roll, samt att inte ses som riktig militär (Griffiths & Jasper, 2008; Lundberg et al., 2014), vilket kunde vara negativt för deras trovärdighet (Griffiths & Jasper, 2008; Lundberg et al., 2014).

Den femte och sista behovsnivån innefattade bl.a. att utvecklas i färdigheter och som person, samt att sträva mot förändringar och att känna sig behövd (Maslow, 1987). Sjukvårdspersonalen beskrev att deras insatser var meningsfulla, både för sin nation och sina patienter (Gibbons et al., 2014; Hagerty et al., 2011). De kunde även beskriva att de deltog i ett viktigt uppdrag och att de kände sig tacksamma (Gibbons et al., 2014). Detta kunde ge sjukvårdspersonalen en känsla av mening och syfte (Hagerty et al., 2011).

Det beskrevs i flera fall hinder mot grundläggande behov i behovshierarkin, vilket motiverar att sjukvårdspersonalen behöver bättre levnadsförhållanden. De grundläggande behovsnivåerna behövde tillfredställas innan de högre nivåerna kunde nås. I majoriteten av studierna i resultatet beskrevs att den första och grundläggande nivån inte kunde uppnås och på så sätt skulle inte resterande behov uppstå. På första behovsnivån ingick sömn, men eftersom sömn eller sömnkvaliteten inte nämndes i studierna skulle detta kunna motivera vidare forskning. Sönnen kunde hypotetiskt sett ha blivit störd på grund av den miljö som beskrevs i resultatet. Utifrån Maslows behovshierarki (Maslow, 1987) kan resultatet tolkas som att sjukvårdspersonalen som arbetade inom krigsområden periodvis inte kunde uppnå högre behovsnivåer, vilket skulle kunna tänkas leda till sämre upplevd hälsa. Dock beskrev resultatet att det var möjligt att uppnå alla fem behovsnivåer även om sjukvårdspersonalen befann sig i krigsområden.

### **Resultatets användbarhet**

Resultatet är viktigt och användbart för sjukvårdspersonal som planerar att tjänstgöra i internationella insatser som innefattar krig för att ge förkunskap om hur upplevelsen kan erfaras och ge dem möjlighet att förbereda sig. Resultatet är inte generaliserbart, då majoriteten är kvalitativt insamlad data, men belyser hur det kan upplevas och erfaras att arbeta inom krigsområden. Det hittades gemensamma teman, vilket tyder på liknande erfarenheter både från sjukvårdspersonal från Sverige och andra länder.

### **Slutsats**

Att tjänstgöra som sjukvårdspersonal inom krigsområden kan vara en utmaning både psykiskt och fysiskt. Miljön är oftast annorlunda än från västvärlden, och karaktäriseras av hot och stress, samt ställer höga krav på sjukvårdspersonalens kompetens. Tjänstgöringen kan innebära att sjukvårdspersonalen får två professioner, sjukvårdspersonal och soldat. Förberedelser är viktiga, särskilt för den sjukvårdspersonal som ej har någon tidigare erfarenhet av krig eller kortare militär utbildning. Vidare forskning efterfrågas på grund av en liten mängd forskning inom området, förslagsvis kring erfarenheter av att delta i uppdrag i krigsområden som leds av hjälporganisationer.

## Referenslista

- Agazio, J. (2010). Army nursing practice challenges in humanitarian and wartime missions. *International Journal Of Nursing Practice*, 16(2), 166-175. doi:10.1111/j.1440-172X.2010.01826.x
- Andersson, S., Dahlgren, L., Lundberg, L., & Sjöström, B. (2007). The criteria nurses use in assessing acute trauma in military emergency care. *Accident & Emergency Nursing*, 15(3), 148-156.
- Arman, M. (2012). Lidande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 185-198). Lund: Studentlitteratur.
- B:son Uller, L. & Lyth, E. (u.å.). Krig. I *Nationalencyklopedin*. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/krig>, hämtad 2015-02-23
- Elliott, B. (2014). Military nurses' experiences returning home from war. *Journal of Advanced Nursing*. 00(0), 000-000. doi: 10.1111/jan.12588
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I Friberg, F. (Red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Försvarmakten. (u.å.a). *Afghanistan - RSM*. Hämtad 2015-02-03, från <http://www.forsvarsmakten.se/sv/var-verksamhet/internationella-insatser/pagaende-internationella-insatser/afghanistan-isaf/>
- Försvarmakten. (u.å.b). *Kosovo - KFOR*. Hämtad 2015-02-03, från <http://www.forsvarsmakten.se/sv/var-verksamhet/internationella-insatser/pagaende-internationella-insatser/kosovo-kfor/>
- Försvarmakten. (u.å.c). *Försvarsmedicincentrum - FömedC*. Hämtad 2015-02-02, från <http://www.forsvarsmakten.se/sv/organisation/forsvarsmedicincentrum/>
- Försvarmakten. (u.å.d). *Möjliga vägar till en utlandstjänst*. Hämtad 2015-01-28, från <http://jobb.forsvarsmakten.se/sv/sahar-kan-du-tjanstgora/tjanstgoringsformer/utlandstjanst/mojliga-vagar-till-en-utlandstjanst/>
- Försvarmakten. (u.å.e). *GSU Int*. Hämtad 2015-01-28, från <http://jobb.forsvarsmakten.se/sv/sahar-kan-du-tjanstgora/tjanstgoringsformer/utlandstjanst/gsu-int-utbildning/>
- Försvarmakten. (u.å.f). *Insatsutbildningen*. Hämtad 2015-01-28, från <http://jobb.forsvarsmakten.se/sv/sahar-kan-du-tjanstgora/tjanstgoringsformer/utlandstjanst/insatsutbildningen/>



- Gibbons, S. W., Hickling, E. J., & Watts, D. D. (2012). Combat stressors and post-traumatic stress in deployed military healthcare professionals: an integrative review. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(1), 3-21. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05708.x
- Gibbons, S. W., Shafer, M., Aramanda, L., Hickling, E. J., & Benedek, D. M. (2014). Combat health care providers and resiliency: Adaptive coping mechanisms during and after deployment. *Psychological Services*, 11(2), 192-199. doi:10.1037/a0033165
- Griffiths, L., & Jasper, M. (2008). Warrior nurse: duality and complementarity of role in the operational environment. *Journal Of Advanced Nursing*, 61(1), 92-99.
- Hagerty, B. M., Williams, R. A., Bingham, M., & Richard, M. (2011). Military Nurses and Combat-Wounded Patients: A Qualitative Analysis of Psychosocial Care. *Perspectives In Psychiatric Care*, 47(2), 84-92. doi:10.1111/j.1744-6163.2010.00275.x
- Hoge, C., Auchterlonie, J., & Milliken, C. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA: Journal Of The American Medical Association*, 295(9), 1023-1032.
- Jones, M., Fear, N. T., Greenberg, N., Jones, N., Hull, L., Hotopf, M., Wessely, S. & Rona, R. J. (2008). Do medical services personnel who deployed to the Iraq war have worse mental health than other deployed personnel? *European Journal of Public Health*, 18(4), 422-427. doi:10.1093/eurpub/ckn031
- Karolinska Institutet. (2013). *Termer för "Upplevelser" och "Bemötande" i olika former*. Hämtad 2015-02-12, från [http://www.kib.ki.se/sites/default/files/upplevelsebegrepp\\_2013.pdf](http://www.kib.ki.se/sites/default/files/upplevelsebegrepp_2013.pdf)
- Karolinska Institutet. (2015). *Svensk MeSH - MeSH sökverktyg*. Hämtad 2015-02-12, från [http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh\\_se.cfm](http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm)
- Kelly, J. (2010). Battlefield conditions: different environment but the same duty of care. *Nursing Ethics*, 17(5), 636-645. doi:10.1177/0969733010373434
- Klarin, N. (2012). *PTSD Posttraumatisk stressyndrom* (Strategisk plan för den psykiatriska vården i Skåne. Delrapport – PTSD). Skåne: Region Skåne.
- Kraemer, L. (2008). A military twist to the profession of nursing. *MEDSURG Nursing*, 17(4), 275-277.
- Lindblad, C., & Sjöström, B. (2005). Battlefield emergency care: a study of nurses' perspectives. *Accident & Emergency Nursing*, 13(1), 29-35.
- Lundberg, K., Kjellström, S., Jonsson, A., & Sandman, L. (2014). Experiences of Swedish military medical personnel in combat zones: adapting to competing loyalties. *Military Medicine*, 179(8), 821-826. doi:10.7205/MILMED-D-14-00038

- Mark, D. D., Connelly, L. M., Hardy, M. D., Robison, J., Jones, C. C., & Streett, T. A. (2009). Exploring deployment experiences of army medical department personnel. *Military Medicine*, 174(6), 631-636.
- Maslow, A.H. (1987). *Motivation and personality*. (3. ed.) New York: Harper & Row.
- Nash, W., Vasterling, J., Ewing-Cobbs, L., Horn, S., Gaskin, T., Golden, J., & ... Baker, D. (2010). Consensus Recommendations for Common Data Elements for Operational Stress Research and Surveillance: Report of a Federal Interagency Working Group. *Archives Of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91(11), 1673-1683. doi:10.1016/j.apmr.2010.06.035
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Ottosson, H. & Ottosson, J. (2007). *Psykiatriboken*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Ottosson, J. (2009). *Psykiatri*. (7., [uppdaterade] uppl.) Stockholm: Liber
- Regeringskansliet. (2014a). Fredsfrämjande insatser. Hämtad 2015-02-11, från <http://www.regeringen.se/sb/d/11072>
- Regeringskansliet. (2014b). *Folkrätt: krigets lagar*. Hämtad 2015-02-27, från <http://www.regeringen.se/sb/d/514/a/21757>
- Rehman, S. (2011). *Fredsfrämjande insatser: förr och nu*. Stockholm: Försvarshögskolan. Hämtad 2015-02-11, från <http://www.fhs.se/Documents/Externwebben/om-fhs/Organisation/ILM/Sociologi%20och%20ledarskap/Dokument/Svenska%20fredsfr%C3%A4mjade%20insatser%202011-06-15.pdf>
- Rekryteringsmyndigheten. (2014). *Antagningsprövningen*. Hämtad 2015-01-28, från <http://www.rekryteringsmyndigheten.se/malgruppsnavigering/om-du-skall-testas/gmu-fran-ansokan-till-utbildningsstart/antagningsprovningen/>
- Röda Korset. (2012a). *Den humanitära rättens grunder*. Hämtad 2015-01-29, från <http://www.redcross.se/om-oss/krigets-lagar/den-humanitara-rattens-grunder/>
- Röda Korset. (2012b). *Grundläggande principer och regler*. Hämtad 2015-01-29, från <http://www.redcross.se/om-oss/krigets-lagar/den-humanitara-rattens-grunder/grundlaggande-principer-och-regler/>
- Röda Korset. (2014). *Krigets lagar*. Hämtad 2015-01-29, från <http://www.redcross.se/om-oss/krigets-lagar/>
- Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

- Scannell-Desch, E., & Doherty, M. (2010). Experiences of U.S. Military nurses in the Iraq and Afghanistan wars, 2003-2009. *Journal Of Nursing Scholarship*, 42(1), 3-12. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01329.x
- Shea, M.T., Vujanovic, A.A., Mansfield, A.K., Sevin, E. & Liu, F. (2010). Posttraumatic stress disorder symptoms and functional impairment among OEF and OIF National Guard and Reserve veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 23 (1), pp. 100-107. doi: 10.1002/jts.20497
- Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Zinsli, G., & Smythe, E. (2009). International humanitarian nursing work: facing difference and embracing sameness. *Journal Of Transcultural Nursing*, 20(2), 234-241. doi:10.1177/1043659608330351
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg. (red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1 – Söktabell

CINAHL

Datum	Sökord	Begränsningar	Träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2015-01-22	Military nursing AND experience	Peer-reviewed Research article	44	3	1	Scannell-Desch & Doherty (2010)
2015-01-23	Nurse AND war AND experience		70	4	2	Zinsli & Smythe (2009)  Agazio (2010)
2015-01-23	Wartime AND nurses	10 år Peer-reviewed	26	5	1	0
2015-01-23	Nurses AND war AND experience	Peer-reviewed	64	8	1	Andersson, Dahlgren, Lundberg & Sjöström (2007)
2015-01-23	Military nurse* AND experience*	Peer-reviewed 10 år	41	6	1	Hagerty, Williams, Bingham & Richard (2011)
2015-01-23	Military nursing AND experience	Peer-reviewed	99	8	1	Lindblad & Sjöström (2005)

2015-01-23	Army nurses	10 år Peer-reviewed	63	3	1	0
2015-02-04	Wartime AND nurses	10 år Peer-reviewed	25	5	1	0

PubMed

<b>Datum</b>	<b>Sökord</b>	<b>Begränsningar</b>	<b>Träffar</b>	<b>Lästa abstract</b>	<b>Granskade artiklar</b>	<b>Valda artiklar</b>
2015-01-23	Nurse AND combat AND experience	10 år	33	10	1	Lundberg, Kjellström, Jonsson & Sandman (2014)
2015-01-23	Nurse* AND adaptation AND war	10 år	42	10	1	Griffiths & Jasper (2008)
2015-01-23	Nurse AND war AND experience	10 år	74	13	1	0
2015-02-10	Military nursing AND coping	10 år	107	3	0	0

2015-02-10	Military personnel AND nursing AND adaptation	10 år	73	6	1	Gibbons, Shafer, Aramanda, Hickling & Benedek (2014)
2015-02-10	Psychological AND military nursing	10 år	188	13	4	Mark, Connelly, Hardy Robison, Jones & Streett (2009)
2015-02-10	Military healthcare providers AND nursing AND adaptation	10 år	76	4	2	0
2015-02-10	Helathcare provider AND combat AND coping	10 år	96	3	0	0

## Bilaga 2 - Kvalitetsgranskning

### Kvalitativ studie - max 19 poäng

<b>Bedömd kvalitet</b>	<b>Antal poäng (procent)</b>	<b>Antal poäng</b>
Låg	0-50 %	0-9 poäng
Medel	50-75 %	10-15 poäng
Hög	75-100 %	16-19 poäng

### Kvantitativ studie - max 21 poäng

<b>Bedömd kvalitet</b>	<b>Antal poäng (procent)</b>	<b>Antal poäng</b>
Låg	0-50 %	0-10 poäng
Medel	50-75 %	11-15 poäng
Hög	75-100 %	16-21 poäng

## Bilaga 3 - Artikelöversikt

**Titel:** Army nursing practice challenges in humanitarian and wartime missions

**Författare:** Agazio, J.

**Tidsskrift:** International Journal of Nursing Practice

**Årtal och land:** 2010, USA

**Syfte:** vilka utmaningar möter sjuksköterskor i den praktiska omvårdnaden under deltagandet i militära uppdrag eller humanitära insatser.

**Metod:** kvalitativ och beskrivande design. Intervjuer person till person, alternativt över telefon.

**Deltagare:** 75 militärsjuksköterskeofficerare som varit positionerade i länder där det inte pågått krig (främst Bosnien, Honduras och Kosovo), och i krigsområden (Irak, Afghanistan, Kuwait och Saudiarabien).

**Resultat:** sjuksköterskorna möter utmaningar att ge vård med god kvalitet, speciellt när de möter allvarliga skador hos patienterna. Det krävs mycket kunskap, och att sjuksköterskorna anpassar sig efter omständigheterna.

**Slutsats:** genom att förstå vilka omständigheter som sjuksköterskorna arbetar i kan sjuksköterskor få bättre förberedelse inför liknande uppdrag.

**Etiskt godkännande:** granskad av granskningsnämnd vid ett universitet och två centra för militär medicin.

**Antal citeringar:** 4

**Bedömd kvalitet:** medel (15 poäng)

---

**Titel:** The criteria nurses use in assessing acute trauma in military emergency care.

**Författare:** Andersson, S., Dahlgren, L., Lundberg, L., & Sjöström, B.

**Tidsskrift:** Accident & Emergency Nursing,

**Årtal och land:** 2007, Sverige

**Syfte:** svenska militärsjuksköterskor har begränsade erfarenheter i att vårda patienter i krigsområden, men sänds ändå iväg på många olika militära insatser. Syftet med studien var att utforska utifrån vilka kriterier sjuksköterskor förlitar sig på vid bedömning av patienter i akuta fall, samt vad som påverkar den akuta vården när de möter patienter med skador.

**Metod:** fenomenografisk studie med semistrukturerade intervjuer (kvalitativ).

**Deltagare:** 12 sjuksköterskor som arbetat inom ambulansgrupp i Bosnien. Av dessa var åtta män och fyra var kvinnor.

**Resultat:** sjuksköterskan bedömer trauman i akuta situationer med kriterier, såsom psykologi och anatomi, orsak, ett holistiskt synsätt, kommunikation, samhörighetskänslor, den militära miljön och att känna sig säker på det medicinska omhändertagandet.

**Slutsats:** sjuksköterskor behöver träna sig på dessa kriterier innan de börjar arbeta med militär akutvård. Det behövs därför realistiska övningar där den civila akutsjukvården blandas med den militära.

**Etiskt godkännande:** godkänd av etisk kommitté.

**Antal citeringar:** 0

**Bedömd kvalitet:** hög (17 poäng)



---

**Titel:** Combat health care providers and resiliency: Adaptive coping mechanisms during and after deployment.

**Författare:** Gibbons, S. W., Shafer, M., Aramanda, L., Hickling, E. J., & Benedek, D. M.

**Tidsskrift:** Psychological Services

**Årtal och land:** 2014, USA

**Syfte:** att undersöka hur olika yrkeskategorier ur hälso- och sjukvårdspersonalen reagerar på trauman genom att identifiera upplevelser kring kontroll, sin egen förmåga, värderingar och vilka coping-strategier som används vid hemkomsten för sjuksköterskor och läkare som tjänstgjort i militära insatser inom krigs- eller terroristområden.

**Metod:** deskriptiv utforskande design med frågeformulär och semistrukturerade intervjuer (kvalitativ).

**Deltagare:** 12 sjuksköterskor och åtta läkare med olika erfarenheter och specialiteter.

**Resultat:** sjukvårdspersonalen upplevde att de hade störst kontroll över sin roll som vårdare i fält. De copingstrategier som var viktigast var att ha kontroll och att se en mening. Andra copingstrategier som användes var socialt stöd (vilket användes av alla deltagare) och att delta i aktiviteter som gjorde det möjligt att reflektera över sig själv. Trots att deltagarna utsattes för traumatiska situationer, visade de positiva resultat på grund av copingstrategier.

**Slutsats:** copingstrategier, som socialt stöd, betydelsefulla sociala kontakter och att delta i aktiviteter, kan användas i sjukvårdspersonalens utbildning. Detta är viktigt eftersom copingstrategier har betydelse för hur individen påverkas av stressen i stridsmiljön.

**Etiskt godkännande:** godkänd av granskningsnämnder från forskarnas akademiska institutioner.

**Antal citeringar:** 0

**Bedömd kvalitet:** hög (17 poäng)

---

**Titel:** Warrior nurse: duality and complementarity of role in the operational environment.

**Författare:** Griffiths, L., & Jasper, M.

**Tidsskrift:** Journal of Advanced Nursing

**Årtal och land:** 2008, Storbritannien

**Syfte:** att undersöka militärsjuksköterskans roll i krigsmiljön, speciellt förhållandet mellan de personliga, professionella och organisatoriska principerna, och att identifiera vilken verklig eller potentiell effekt detta har på sjuksköterskans roll i denna unika miljö.

**Metod:** studiens design var Grounded Theory, och data samlades in genom intervjuer och fokusgrupper (kvalitativ).

**Deltagare:** 24 militärsjuksköterskor.

**Resultat:** tre kategorier beskrevs, som handlade om konflikternas verklighet, militärsjuksköterskornas två roller (vårdande och militär) och övergången från sjuksköterska till militär. Tillsammans bildade dessa kategorier en huvudkategori.

**Slutsats:** den symbiotiska relationen mellan vårdare och militär är en konsekvens av de strategier som används av militärsjuksköterskor för att anta sin dualistiska roll. Ytterligare forskning behövs för att utforska innebörden av den vårdande rollen i krigszonen från militära och civila perspektiv.

**Etiskt godkännande:** godkänt av etisk kommitté.

**Antal citeringar:** 7

**Bedömd kvalitet:** hög (16 poäng)

---

**Titel:** Military Nurses and Combat-Wounded Patients: A Qualitative Analysis of Psychosocial Care.

**Författare:** Hagerty, B. M., Williams, R. A., Bingham, M., & Richard, M.

**Tidsskrift:** Perspectives In Psychiatric Care

**Årtal och land:** 2011, USA

**Syfte:** att undersöka erfarenheter från krigsskadade patienter och militärsjuksköterskorna som vårdar dem.

**Metod:** kvalitativ och fenomenologisk design, med fokusgrupper.

**Deltagare:** 20 sjuksköterskor och åtta krigsskadade patienter. Sjuksköterskorna arbetade antingen inom flygvapnet, armén eller flottan. Av dessa var 16 kvinnor och fyra var män.

**Resultat:** teman framkom, som coping (aktiviteter för att bearbeta intryck, att ha en uppgift), delade erfarenheter (viktigt att dela erfarenheter med kollegor, militärsjuksköterskor har en starkare relation till soldater än civila sjuksköterskor), hitta mening (meningsfullt och en ära att vårda soldater), psykosocial omvårdnad (lyssna och visa empati är intuitivt). Sjuksköterskorna har olika patientmöten beroende på om de arbetar i flygvapnet, armén eller flottan), familjen (kan ses som viktig för patientens tillfrisknande, men även ett hinder för sjuksköterskan) och byråkrati (ofta ett hinder för vården). Sjuksköterskorna beskrev även professionella gränser (brist på kunskap om professionella gränser kring patienten och närstående, samt svårigheter att hitta balans i dessa relationer. Dessutom var det vanligt att fästa sig vid patienten).

**Slutsats:** det kan hjälpa för sjuksköterskor och patienter att finna meningsfullhet, för att de lättare kan hantera intryck som utsätter dem för stress.

**Etiskt godkännande:** godkänd av tre militära granskningsnämnder och ett universitet.

**Antal citeringar:** 5

**Bedömd kvalitet:** hög (16 poäng)

---

**Titel:** Do medical services personnel who deployed to the Iraq war have worse mental health than other deployed personnel?

**Författare:** Jones, M., Fear, N. T., Greenberg, N., Jones, N., Hull, L., Hotopf, M., Wessely, S. & Rona, R. J.

**Tidsskrift:** European Journal of Public Health

**Årtal och land:** 2008, Storbritannien

**Syfte:** att jämföra förekomsten av psykisk ohälsa hos sjukvårdspersonal med övrig militär personal under Irakkriget.

**Metod:** RCT- och kohortstudie, med enkäter (kvantitativ).

**Deltagare:** läkare, sjuksköterskor och övrig sjukvårdspersonal (totalt 479 deltagare), samt en kontrollgrupp med militär personal (5345 deltagare).

**Resultat:** sjukvårdspersonal uppgav oftare än övrig militär personal psykiska problem och flera fysiska symtom, samt fatigue bland de manliga deltagarna. PTSD och stor alkoholkonsumtion förekom lika ofta bland sjukvårdspersonal som övrig personal. Orsakerna till psykisk ohälsa framkom vara att ha varit med om traumatiska situationer och dålig gruppsammanhållning, samt dålig beredskap. Det var vanligare bland sjukvårdspersonal att använda sjukvård vid hemkomst jämfört med övrig personal.

**Slutsats:** det finns ett litet överskott av psykisk ohälsa bland sjukvårdspersonal. Detta kan förklaras genom att de har en sämre gruppsammanhållning och traumatiska erfarenheter från

vård eller hemkomst. Sambandet mellan psykisk ohälsa och att ha en sjukvårdsroll var inte en konsekvens av en större grupp reservofficerare i gruppen.

**Etiskt godkännande:** granskad av etiska kommittéer.

**Antal citeringar:** 12

**Bedömd kvalitet:** medel (14 poäng)

---

**Titel:** Battlefield emergency care: a study of nurses' perspectives.

**Författare:** Lindblad, C., & Sjöström, B.

**Tidsskrift:** Accident & Emergency Nursing

**Årtal och land:** 2005, Sverige

**Syfte:** att undersöka och beskriva hur sjuksköterskor uppfattar akutsjukvården på slagfält.

**Metod:** kvalitativ design med intervjuer.

**Deltagare:** 11 manliga militärsjuksköterskor inom det svenska försvaret.

**Resultat:** det framkom tre större teman. Det första temat innehöll underteman, som beskrev miljön som oförutsägbar, hotfull, okänd, utmanande och komplex. Det andra temat handlade om vikten av ett gott ledarskap, med underteman såsom ansvar, uppförande och kompetens att ta beslut. Det sista temat beskrev utbildning, erfarenheter av att vårda militära olycksfall och tidigare erfarenheter och färdigheter.

**Slutsats:** akutsjukvården i stridsområden behöver grunda sig i vetenskap och beprövad erfarenhet, för att kunna ge patienterna individanpassad vård med god kvalitet.

**Etiskt godkännande:** godkänd av en etisk kommitté.

**Antal citeringar:** 1

**Bedömd kvalitet:** hög (16 poäng)

---

**Titel:** Experiences of Swedish military medical personnel in combat zones: adapting to competing loyalties.

**Författare:** Lundberg, K., Kjellström, S., Jonsson, A., & Sandman, L.

**Tidsskrift:** Military Medicine

**Årtal och land:** 2014, Sverige

**Syfte:** att undersöka den svenska sjukvårdspersonalens erfarenheter av vad det betyder att utöva en vårdande roll i en krigszon.

**Metod:** beskrivande och kvalitativ design med induktiv metod i form av individuella intervjuer.

**Deltagare:** fem läkare, åtta sjuksköterskor och sju stridssjukvårdare (totalt 20 svenska deltagare) som deltagit i strider i t.ex. Afghanistan, Afrika, Bosnien och Kosovo mellan år 2009 till 2012.

**Resultat:** fyra kategorier kom fram i studien. Den första handlade om att befinna sig i en organisation som inte är inriktad på vård. Nästa kategori beskrev att vårda i samband med känslomässigt laddade relationer. Nästa handlade om att det saknades dialog kring att döda, medan den sista kategorin beskrev prioriteringar vid begränsade resurser.

**Slutsats:** sjukvårdspersonalen strider ibland mot den humanitära rätten och det finns spänningar mellan det militära, den humanitära rätten och sjukvårdens mål.

**Etiskt godkännande:** godkänd av etisk kommitté.

**Antal citeringar:** gick ej att finna (finns inte med i Scopus).

**Bedömd kvalitet:** hög (17 poäng)

---

**Titel:** Exploring deployment experiences of army medical department personnel.

**Författare:** Mark, D. D., Connelly, L. M., Hardy, M. D., Robison, J., Jones, C. C., & Streett, T. A.

**Tidsskrift:** Military Medicine

**Årtal och land:** 2009, USA

**Syfte:** att beskriva den militära sjukvårdspersonalens erfarenheter från Operation Iraqi Freedom och Operation Ökenstorm.

**Metod:** 12 fokusgrupper (kvalitativ).

**Deltagare:** 39 manliga deltagare som var sjukvårdspersonal och varit positionerade minst två månader i Kuwait och Irak. Sjukvårdspersonalen bestod av 15 sjuksköterskor, 32 officerare, 13 läkare, sju värvade, två tandläkare och två dietister.

**Resultat:** ledarskap, säkerhetsproblem och bekymmer kring att vara redo var de teman som främst diskuterades. Diskussionerna handlade främst om behov under tjänstgöringen och resultatet påvisar att problem som uppstår under tjänstgöringen är inte bundet till plats eller tid, utan det finns stora likheter mellan de två krigen, samt sjukvårdspersonalens roll och olika typer av sjukvårdsenheter.

**Slutsats:** studiens resultat kan appliceras generellt på tjänstgörande sjukvårdspersonal, och har möjlighet att påverka den nuvarande politiken kring ledarskap, beredskap och säkerhet inför framtida placeringar för sjukvårdspersonal.

**Etiskt godkännande:** godkänd av granskningsnämnd.

**Antal citeringar:** 4

**Bedömd kvalitet:** medel (15 poäng)

---

**Titel:** Experiences of U.S. Military Nurses in the Iraq and Afghanistan Wars, 2003-2009

**Författare:** Scannell-Desch, E., & Doherty, M.

**Tidsskrift:** Journal of Nursing Scholarship

**Årtal och land:** 2010, USA

**Syfte:** beskriva den levda erfarenheten hos amerikanska militärsjuksköterskor som tjänstgjort i Irak och Afghanistan under krigsåren 2003 till 2009, och livet efter hemkomsten från krig.

**Metod:** Colaizzis fenomenologiska metod styrde studien och var både induktiv och deduktiv. Intervjuer som styrdes av fyra datagenererade frågor (kvalitativ).

**Deltagare:** 37 militärsjuksköterskor (18 från armén, fyra från flottan och 15 från flygvapnet) som tjänstgjort i Irak- eller Afghanistankrigen, varav fem män och 32 kvinnor. Alla tjänstgjorde i Irak eller Afghanistan under fyra till 16 månader. Sex sjuksköterskor tjänstgjorde två gånger, varav tre deltagare två gånger i Irak och tre av dem i både Irak och Afghanistan.

**Resultat:** tjänstgöring i krigstid var en svår utmaning och vad deltagarna har lärt sig behöver delas med sjuksköterskor som i framtiden ska placeras i krigsmiljöer. Hemkomsten var svårare än vad sjuksköterskorna hade förväntat sig, och återintegrationen kräver tid och möda.

**Slutsats:** att som sjuksköterska vårda i krig är en unik erfarenhet, oavsett utbildning, förberedelser eller träning. Det finns många variabler som påverkar erfarenheter och effekter, både professionellt och personligt.

**Etiskt godkännande:** Godkänd av granskningsnämnder på tre universitet där författarna var anställda.

**Antal citeringar:** 14

**Bedömd kvalitet:** hög (17 poäng)

---

**Titel:** International humanitarian nursing work: facing difference and embracing sameness

**Författare:** Zinsli, G., & Smythe, E.

**Tidsskrift:** Journal Of Transcultural Nursing

**Årtal och land:** 2009, Nya Zeeland

**Syfte:** att lyssna till sjuksköterskors erfarenheter av att befinna sig i katastrof- eller biståndssammanhang.

**Metod:** fenomenologisk design utifrån Heideggers metod med intervjuer (kvalitativ).

**Deltagare:** sju sjuksköterskor plus en av författarna. Deltagarna hade erfarenhet av att arbeta i katastrof- eller biståndsuppdrag internationellt, t.ex. genom organisationerna Röda Korset och CARE.

**Resultat:** det är stor skillnad mellan skador och möjligheter till behandling, samt att det finns ett stort behov av vård. Det skiljer sig mellan länderna hur hotfull miljön är. Likheterna finns i de mellanmännsliga kontakterna.

**Slutsats:** det finns varierande likheter och skillnader hur erfarenheterna kan vara för sjuksköterskorna.

**Etiskt godkännande:** godkänd av en etisk kommitté.

**Antal citeringar:** 3

**Bedömd kvalitet:** medel (13 poäng)