



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

COPINGSTRATEGIER FÖR AMBULANSPERSONAL

STRESS OCH PTSD- RELATERADE SYMTOM

Linus Persson, Caroline Sahlberg

Uppsats/Examensarbete: 15 hp
Program och/eller kurs: OM5250
Nivå: Grundnivå
Termin/år: Ht/2015
Handledare: Pether Jildenstål
Examinator: Anette Erichsen Andersson
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill rikta ett varmt tack till vår handledare Pether Jildenstål som under hela skrivandeprocessen från ett blankt papper till färdig uppsats stöttat oss. Tack för att du alltid tagit dig tid att svara på våra frågor och kommit med snabb respons. Du har uppmuntrat oss när vi behövt det som mest.

Titel (svensk)	Copingstrategier för ambulanspersonal. Stress och PTSD-relaterade symtom
Titel (engelsk)	Copingstrategies for EMS-personell. Stress and PTSD-related symptoms
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2015
Författare	Linus Persson, Caroline Sahlberg
Handledare:	Pether Jildenstål
Examinator:	Anette Erichsen Andersson

Sammanfattning

När ambulanspersonal står inför händelser där de arbetat under extremt påfrestande situationer går de knappast ifrån arbetet opåverkade av händelserna. Hur de efter ett sådant uppdrag hanterar sina känslor och upplevelser kommer att påverka deras välmående och yrkesroll samt patientsäkerheten. Misslyckas individen med att använda gynnsamma copingstrategier efter en Personal Disturbing Incident, ökar risken för utveckling av stress och symtom, relaterade till post traumatiskt stresssyndrom. Ambulanspersonalen har genom sin utbildning den teoretiska specialistkompetens som behövs för att möta olika typer av situationer, de är dock inte immuna emot att känna och själva uppleva vissa situationer som traumatiska och känslomässigt påfrestande. Syftet med uppsatsen är att undersöka om det finns copingstrategier som är gynnsamma för ambulanspersonal vad det gäller att minska risken för stress och symtom relaterade till post traumatiskt stresssyndrom efter en upplevd Personal Disturbing Incident. Uppsatsen genomfördes genom en systematisk litteraturstudie där 10 stycken vetenskapliga artiklar, nio kvantitativa och en kvalitativ, ligger till grund för resultatet. I analysen identifierade författarna fem huvudteman och nio stycken underteman. Resultatet visar att prevalensen av symtom relaterade till stress och symtom är hög bland ambulanspersonal, samt att det finns gynnsamma och direkt skadliga copingstrategier. Slutsatsen är att de uppdrag som involverar barn, kollegor eller då man har en personlig koppling till de drabbade, är de situationer vilka är mest förekommande som en Personal Disturbing Incident. Enligt resultatet finns det strategier vilka benämns som väldigt gynnsamma gällande coping och även copingstrategier vilka ses som direkt skadliga. Genom att bemästra känslomässigt påfrestande situationer med hjälp av copingstrategier och därigenom förebygga symtom relaterade till stress och post traumatiskt stresssyndrom, torde patientsäkerheten främjas.

Nyckelord: Copingstrategier, ambulanspersonal, stress, PTSD, patientsäkerhet .

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Ambulansen i Sverige	1
Coping och copingstrategier	2
Stress	3
Stressorer.....	3
Stressupplevelser.....	4
Fysiologiska stressreaktioner	4
Återkoppling & bearbetning	5
Kroppsliga effekter av stress.....	5
Positiv stress och negativ stress	5
Yrkesrelaterad stress	6
Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)	6
Symtombilder/Diagnos	6
Epidemiologi.....	7
Fysiologiska reaktioner vid PTSD	7
Personal Disturbing Incident (PDI)	7
Vårdvetenskap och omvårdnad	8
Patientsäkerhet	8
Arbetsmiljö	8
Problemformulering	9
Syfte	9
Metod	10
Vald metod	10
Databaser	10
Insamling och urval av data	10
Dataanalys	11
Etiska ställningstagande	11
Resultat.....	11
Bemästring och hantering	11
Effektiva copingstrategier	11
Dåliga/skadliga copingstrategier.....	12
Socialt stöd	12

Vänner och familj	12
Kollegor	13
Distansering	13
Introvert.....	13
Konfrontation	13
Reaktioner	14
Personal Disturbing Incident.....	14
Prevalens av stress och PTSD- relaterade symtom.....	14
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
Slutsats	20
Klinisk tillämpning.....	20
Vidare Forskning.....	20
Referenslista	21
Bilagor.....	26

Inledning

”Larmet går. Prio etta. Om nittio sekunder ska bilen ha lämnat stationen. Pulsen ökar. Uppdraget från SOS visas på skärmen. Bilolycka, barn inblandat. Pulsen ökar ytterligare. Blåljusen slås på, snart är vi där.”

Ambulanspersonalen står i ständig beredskap för att vara samhället behjälpligt vid akuta sjukdomstillstånd, olyckor och katastrofer (Lennqvist, 2009). Redan på väg ut mot ett larm kommer tankarna om vad som väntar på olycksplatsen vid framkomst och samtalet börjar om hur arbetet bäst skall läggas upp. Informationen om ett larm som ambulanspersonalen får är emellanåt bristfällig vilket gör att möjligheten till mental förberedelse minskar och känslan av stress kan öka. På television (TV) visas delar av ambulanspersonalens vardag, men speglar bilden i TV verkligheten? Arbetsförhållandena vid till exempel en trafikolycka är sällan optimala och hur hanterar ambulanspersonalen sina egna känslor om de till exempel inte lyckas med att rädda den drabbade? Finns det några copingstrategier vilka ambulanspersonalen använder för att inte drabbas negativt av stress efter att de varit utsatta och upplevt påfrestande situationer?

Bakgrund

Ambulansen i Sverige

Ambulanssjukvård definieras av Socialstyrelsen (2013) som hälso-och sjukvårdsinsatser, som utav hälso-och sjukvårdspersonal genomförs i anslutning till en ambulans. Hälso- och sjukvårdspersonal identifieras i sin tur till de personer som i sin yrkesverksamma roll utför hälso-och sjukvårdstjänster. Med begreppet prehospital akutsjukvård menar man de direkta medicinska åtgärder som utförs av hälso-och sjukvårdspersonal utanför sjukhus (Socialstyrelsen, 2013).

I skrivande stund finns det i ambulansen två yrkeskategorier. Ambulanssjukvårdare, vilka är undersköterskor med påbyggnadsutbildning i ambulanssjukvård, eller sjuksköterskor med eller utan 40 veckors specialistutbildning vanligtvis inom ambulanssjukvård, anesthesiologi eller intensivvård (Socialstyrelsen, 2013). Vidare ställer Socialstyrelsen krav på att det i varje ambulans skall finnas minst en grundutbildad sjuksköterska, då det måste finnas hälso och sjukvårdspersonal vilken är behörig att administrera läkemedel (SOSFS 2000:1).

Inom ambulanssjukvården kan personalen möta komplexa och olikartade situationer vilket ställer krav på en bred kompetens. Enligt Svensk Sjuksköterskeförenings kompetensbeskrivning för specialistutbildade ambulanssjuksköterskor skall kompetensen omfattas av:

” Vård av patienter med akuta vårdbehov. Det innebär både att snabbt bedöma och prioritera vårdåtgärder för patienter med livshotande tillstånd och vårda i situationer som traditionellt sett inte betraktas som akuta. Kompetensen inbegriper kunskap om sjuka och/eller skadade patienter i alla åldrar, med hälsoproblem, liksom barnafödande.”

(Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Vid en skadeplats är det den ambulans, vilken är först på plats, som blir ledningsambulans och initialt leder sjukvårdens arbete på plats. Besättningen i ambulansen innehar på skadeplatsen två funktioner, Sjukvårdsledare (SL), samt medicinskt ansvarig (MA). Den person i ambulansbesättningen som innehar den högsta medicinska kompetensen tar det medicinska ansvaret. Med detta menas att om en grundutbildad sjuksköterska samt en vidareutbildad dito arbetar tillsammans så tar den vidareutbildade sjuksköterskan det medicinska ansvaret (Policydokument, Skåne Län, 2006, Lennqvist, 2009).

Som sjukvårdsledare är sjuksköterskan chef och leder och fördelar sjukvårdspersonalen inom skadeområdet. Sjukvårdsledaren skall samråda med den medicinskt ansvariga och ta hänsyn till medicinska bedömningar i sina beslut. Vidare är det också sjukvårdsledaren som samverkar med räddningsledare och polisinsatschef. Skulle det behövas ytterligare resurser för vård och transport är det sjukvårdsledaren som rekviderar dem. Som medicinskt ansvarig skall sjuksköterskan bedöma vårdbehovets art och omfattning hos patienterna och styra fördelningen av enskilda patienter till anvisade sjukhus (Policydokument, Skåne Län, 2006, Lennqvist, 2009).

Skulle sjuksköterskan som innehar den högsta medicinska kompetensen känna att denne inte klarar av att utföra sitt uppdrag, kan arbetsuppgiften delegeras till annan person. Detta måste ske genom tydliga instruktioner till berörd person samt genom att meddela all berörd personal samt samverkande organisationer (Policydokument, Skåne Län, 2006, Lennqvist, 2009).

Coping och copingstrategier

Richard Lazarus, amerikansk psykolog vid Universitetet i Berkley Californien, är forskaren som gjort begreppet Coping känt (Währborg, 2011). Lazarus menar att när människor ställs inför situationer som kräver mer av oss än vad vi kan klara av, kan vi använda oss av coping för att hantera och övervinna dessa situationer. Enligt Lazarus definieras coping som: *”Ständigt föränderliga, kognitiva och beteendemässiga ansträngningar för att klara specifika yttre och/eller inre krav som tär på eller till och med övergår individens resurser”* (Lazarus & Folkman, 1980).

Lazarus återkommer till två typer av coping, känslfokuserad coping, även kallad emotion-focused coping, samt problemfokuserad coping, problem-focused coping. Genom den känslfokuserade copingen försöker individen genom vissa beteendemässiga strategier hantera sina känslor istället för att hantera situationen. För att mildra en känsla kan den välja att gå ut och springa, inta alkohol i berusningssyfte eller söka stöd i andra sociala sammanhang för att splittra tankarna. Individen kan också välja att omtolka hela situationen och fokusera på mindre hotfulla situationer. Den problemfokuserade copingen är mer direkt. Här vill individen hitta ett sätt att klara av den stressade situationen bättre. Problemet definieras och lösningar vägs mot varandra (Lazarus & Folkman, 1980).

När individen möter en potentiell riskfaktor genomför den en kognitiv värdering i två steg. Värderingen syftar till att bedöma om kraven överstiger de tillgängliga resurserna. Vid den första bedömningen ställer sig individen frågan, vad har händelsen för mening, hur kommer den att påverka mig? Upplevs händelsen då som stressande, med förestående skada, känsla av hot eller en möjlighet till utmaning går individen direkt till den andra kognitiva värderingen. Här är frågor som; Vad kan jag göra? Vad kommer situationen att kosta mig? eller vilket resultat kan jag vänta mig av situationen? vanliga att ställa (Lazarus & Folkman, 1980).

Lazarus definition av åtta olika copingstrategier:

1. Konfronterande coping. Här möter individen problemet med motstånd. Problemet skall inte få vinna.
2. Distanserande coping. Här vet individen om att problemet finns, men väljer att inte göra något åt det. Tanken är att problemet skall få lösa sig självt.
3. Utåtriktad känslomässig coping. Individen väljer att tala öppet om problemet och visa vilka känslor den upplever.
4. Inåtvänd känslomässig coping. Här väljer individen att stänga inne sina känslor. Skulle individen blotta sina känslor skulle det innebära att när andra bidrar med åsikter och tankar blir det svårare att göra ett val och ta beslut.
5. Ansvarsfull coping. Här står individens egen reflektion i centrum, individen kan fråga sig, vad har jag gjort för fel och hur kan jag göra för att inte drabbas av detta i framtiden?
6. Ansvarslös coping. Här förnekar individen totalt att det finns ett problem överhuvudtaget.
7. Intellektuell coping. Här bygger strategin på att individen först genomför en grundlig analys av det uppkomna problemet och därefter noga undersöker de möjliga lösningarna.
8. Hopporienterad coping. Individen har här en optimistisk och positiv tro på livet och hoppas och tror på det bästa.

(Lazarus & Folkman, 1984).

Stress

Begreppet stress myntades 1936 av Hans Selye som då publicerade den första artikeln om stress i tidskriften Nature (Eriksen & Ursin, 2013). Sedan dess har det forskats mycket på området och i nutid är det inte längre någon som ifrågasätter att stress är en utav våra största folkhälso och nationalekonomiska utmaningar (Eriksen & Ursin, 2013).

Fyra huvudbegrepp

Stress kan ses som ett samlingsord för fyra olika begrepp: Stressorer, stressupplevelser, stressreaktioner (fysiologiska) och återkoppling och bearbetning av reaktionen (Eriksen & Ursin, 2013).

Stressorer

Stressorer står för de stimuli vilka framkallar en känsla eller reaktion av stress i oss. Det är den enskilda individens tidigare erfarenheter och upplevelser som avgör om en situation kommer att uppfattas som farlig, hotfull, krävande eller lockande. Det finns alltså ingen bestämd typ av stimuli som gör sig förtjänt av namnet stressor, man måste utgå ifrån varje individ (Eriksen & Ursin, 2013). En stressor kan således uppfattas som både negativ och positiv utifrån betraktarens egna ögon (Karlsson, 2007). Alarm - och/eller aktiveringsreaktioner som ger upphov till känslan av stress yttras vanligtvis i alla situationer som innehåller nya eller oväntade stressorer och uppkommer till följd av att hjärnan

registrerar något nytt som inte sedan tidigare är upplevt (Eriksen & Ursin, 2013). Stressorer kan komma utifrån eller grunda sig i en inre konflikt (Bunkholdt, 2004).

Stressupplevelser

När individen utsätts för ett stimulus, som för hjärnan sedan tidigare är okänt, reagerar den med en generell alarmreaktion. Utifrån tidigare erfarenheter görs en bedömning av stimulits innebörd. Bedömningen som görs påverkar sedan upplevelsen av situationen, såväl kognitivt som emotionellt. Tolkas det som obehagligt eller hotande benämns reaktionen på den ofta som stress. De individuella skillnaderna för ett och samma stimuli kan vara stora och utgår ifrån individens medhavda resurser, förutsättningar och erfarenheter. Dessa erfarenheter kallas för stimulus- och responsförväntningar. (Eriksen & Ursin, 2013).

Fysiologiska stressreaktioner

Evolutionärt är stress en mänsklig reaktion för att bemästra hotfulla situationer och främja överlevnad (Ottosson & Ottosson, 2007). När man pratar om stress inom fysiologin definieras det som: *"Påfrestningar som förändrar, eller hotar att förändra, kroppens inre miljö"* (Sand, Sjaastad, Haug, & Bjålie, 2006). Vid stress försätts kroppen i ett tillstånd av skärpt beredskap, det sker en generell aktivering i hjärnan med ökad vaken och vaksamhet. Påslaget i hjärnan följs av fysiologiska och biokemiska förändringar i det centrala nervsystemet (CNS) (Währborg, 2011).

Funktionen i kroppens inre organ styrs av det autonoma nervsystemet (ANS). ANS delas in i två grupper, det sympatiska och det parasympatiska nervsystemen. Det sympatiska nervsystemet (sympatikus) aktiveras när kroppen behöver ha tillgång till extra kraft. Vid aktivering av sympatikus stimuleras hjärteffekten och frekvensen ökar. Detta leder till att blodtillförseln från hjärtat och ut i kroppen ökar. Kärlden i hud och inre organ dras samman (vasokonstriktion) och kärlden i muskulaturen vidgas (vasodilation). Ett aktiverat sympatikus har också en avslappnande effekt på muskulaturen i bronkerna. Pupillerna vidgas, blodsockernivån höjs, svettkörtlar aktiveras och tarmrörelser hämmas.

Det parasympatiska nervsystemet (parasympatikus) är mest aktivt i vila och har en viktig roll då det gäller vår återhämtning. Parasympatikus sänker hjärtfrekvensen och stimulerar till ökat tonus och kontraktion i bronkmuskulaturen. Aktivitet i parasympatikus ger upphov till en ökad tarmperistaltik och påverkar näringsupptaget ifrån tarmen. Parasympatikus är nödvändigt för tömning av vår tarm och urinblåsa (Lännergren, Westerblad, Ulfendahl & Lundberg, 2012).

Hypotalamus är belägen i hjärnan och är överordnat centrum för ANS. Den kan ses som länken mellan CNS och ANS (Sand, et al. 2006). Hypotalamus är också länken mellan nervsystem och det endokrina systemet och producerar hormoner som antingen stimulerar eller hämmar de endokrina cellerna i hypofysen. Hypofysen sköter aktiviteten i många av de endokrina körtlarna. Bland annat i binjurebarken som i sin tur har stor inverkan på hormonutsöndringen vid en stressreaktion (Sand, et al. 2006). Ett av våra viktigaste stresshormon är kortisol. Utsöndringen av kortisol ökar vid en stressreaktion och frisätts från binjurebarken, ökningen sker genom CNS och hypotalamus. Kortikotropfrisättande hormon (CRH) frisätts från hypotalamus vilket i sin tur ger en ökad utsöndring av hormonet adrenokortikotrop hormon (ACTH) ifrån hypofysen. ACTH i sin tur ger upphov till frisättningen av kortisol i binjurebarken (Sand, et al. 2006). Kortisol har inverkan på alla kroppens celler och vid en

stressituation är den viktigaste funktionen att det ger upphov till blodsockernivån i blodet ökar vilket bidrar med att säkra energitillförseln till hjärnan och andra organ och vävnader. Med en ökad halt av kortisol i plasma kan vi känna av ett stresspåslag med symptom och tecken som det innebär. Den ökade koncentrationen kan vara tillfällig eller långvarig (Sand, et al. 2006, Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2014).

Återkoppling & bearbetning

Stress upplevs när fysiologiska reaktioner som hög hjärtfrekvens, svettningar och värmepåslag känns av. De stora individuella skillnaderna i reaktionerna på en situation sker till följd av stimulus och responsförväntningar och bygger till stor del på våra tidigare erfarenheter och kunskaper. Förväntningar bygger på inlärning. Om sambandet mellan ett visst stimuli och en viss respons sätts samman så kommer individen med största sannolikhet att agera utefter sina tidigare erfarenheter nästa gång samma situation uppstår. Om responsen var god kommer handlingen att upprepas, om responsen var negativ kommer reaktionen att vara annorlunda eller undvikande (Arnetz & Ursin, 2013).

Kroppsliga effekter av stress

Flera sjukdomar och syndrom ses som stressrelaterade då stress har påvisade effekter på kroppens organ. Många av dessa, är idag våra största folkhälsosjukdomar (McEwen, 2013, Pellmer, Wramner & Wramner. 2012). Hypertoni, är sett till sina följder, även en av de mest allvarliga folkhälsosjukdomarna då de kraftigt ökar risken för att senare i livet ge organskador och sjukdomar relaterade till hjärta, hjärna och njurar (Bergström, 2013). Hjärt-kärlsjukdomar, dit hjärtinfarkt, kärlkramp och stroke hör, är idag den största orsaken till för tidig död (Währborg & Friberg, 2013, Pellmer et al., 2012). Kliniska studier har också visat att stress hos barn, ungdomar och unga vuxna ger ökad risk för hjärt- kärlsjukdom i medelåldern (Währborg & Friberg, 2013). Några av de vanligaste mag- tarmsjukdomarna, såväl funktionella och organiska, har gått att koppla till stress, både då det gäller debut och förvärrande av tillståndet. Exempel på sjukdomar är inflammatorisk tarmsjukdom (IBD), irritable bowel syndrome (IBS) och magsår (Simrén, 2013) Störd nattsömn är ytterligare ett utav samhällets stora folkhälsoproblem. Sömn är viktigt för återhämtningen för alla kroppens aspekter. Stress har visats påverka flertalet av de återhämtningsprocesser som sker under sömn. En dålig sömn kan ge upphov till bland annat hormonrubbingar, koncentrationssvårigheter och nedsatt immunförsvar (Åkerstedt & Kecklund, 2013).

En studie som genomförts på ambulanspersonal visar att deras kortisolnivåer är högre på morgonen de dagar de ska arbeta än vid lediga dagar. Samma studie visar även att ambulanspersonal har en ökad hjärtfrekvens och ett högre blodtryck innan arbete än efter. Detta relaterat till en oro över arbetsförhållanden (Aasa, Kalezic, Lyskov, Ängquist & Barnekow-Bergkvist, 2006).

Positiv stress och negativ stress

Stressaktivering är i grunden inte skadligt. Det är tvärtom nödvändigt för vår överlevnad. Ett visst stresspåslag krävs för inlärning, träning och förbättring av prestationer. Det är när reaktionen inte avtar och istället blir bestående som stressen blir farlig. Bestående aktivering sker när man inte kan bemästra och/eller ta sig ur en viktig eller farlig situation (McEwen, 2013).

Den positiva stressen sätts i samband med utmaningar individen utvecklas av och risker som sedan belönas med något. Hög grad av självkänsla, impuls kontroll och beslutsförmåga är viktiga för att kunna bemästra stress och göra den till något positivt. Även negativa stressreaktioner kan ses som utvecklande men det krävs att individen har förmågan att bemästra och anpassa det stimuli vilket ger upphov till stressreaktionen (McEwen, 2013). En kortvarig stress ger ökat påslag i dopaminaktivitet vilket kan ge upphov till ökad tillfredsställelse (Skårderud, et al. 2014). Negativ stress har sitt upphov i situationer där dåliga saker händer och där man kan präglas av tidigare, negativa, upplevelser som kan skada och/eller påverka omdömesförmågan, impuls kontrollen och den adekvata känslan. Vid negativ stress ger oförmågan att bemästra situationen negativa följder för såväl beteende och fysiologi (McEwen, 2013).

Vid varaktig stress sänks serotoninivåerna vilket försätter cortex i ett nedstämt läge. En långvarig stress leder till att dopaminaktiviteten sjunker. Sänkt aktivitet bland dessa transmittorsubstanser kan ge upphov till depression. En depression i sin tur leder till att en hög stressnivå upprätthålls genom automatiskt negativa tankar (Skårderud, et al. 2014).

Yrkesrelaterad stress

Under en arbetsvecka utgör arbetet och resorna dit och hem över halva vår vakna tid. Hur vi mår på vår arbetsplats och hur vi påverkas av den har därför stor inverkan på hela individens mående och välbefinnande (Toomingas, Mathiassen & Wigaeus-Tornqvist, 2008). Enligt Socialstyrelsens folkhälsorapport (2009) ökar den arbetsrelaterade stressen hos både män och kvinnor. Då främst hos de som är anställda inom landstinget där hälso- och sjukvårdspersonal utgör en av de mest utsatta grupperna. Att arbeta inom vården ses som psykiskt påfrestande både gällande mötet med patienter, risken för att utsättas för traumatiska situationer och då det gäller att hantera de organisatoriska förändringar som ständigt sker. Ytterligare en källa till stress inom sjukvården är förekomsten av skiftarbete och obekväma arbetstider. Detta då hälsoeffekterna utav arbete som stör dygnsrytm och sömn har visats ha negativa effekter (Åkerstedt, 2008). Att ständigt arbeta under en form av tidspress ses även som en utav de främsta orsakerna till negativ psykisk stress (Melin, 2008).

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är ett traumaspecifikt, psykiskt, sjukdomstillstånd (Lundin, 2010). Den psykofysiologiska reaktionen på det upplevda traumat ger upphov till total hjälplöshet, skräck, ångest och depressiva symtombilder som kan uppstå i direkt anslutning till det upplevda traumat eller med fördröjd effekt (Ottosson & Ottosson, 2007). Tillståndet innebär ett stort lidande för den drabbade och medför ett livsbegränsat handikapp (Bergh-Johannesson & Lundin, 2009).

Symtombilder/Diagnos

Enligt Ottosson och Ottosson (2007) återupplever den drabbade situationen genom så kallade flashbacks i ett första skede. Detta sker i form av bilder, ljud, dofter, mardrömmar och minnen som är svåra eller omöjliga att tränga undan. Dessa flashbacks kan ske spontant eller framkallas av något som påminner om den traumatiska upplevelsen. Andra delen handlar om distansering. För att skydda sig själv undviker individen sådant som påminner om det traumatiska. Undanträngning av minnesbilder och minnesluckor är vanligt förekommande.

Den tredje delen är överspändhet i form av ångest, sömnrubbningar, agitation, koncentrationssvårigheter, paranoia och överdrivna reaktioner på moment som överraskar. Den sista delen är känslomässig bedövning där förmågan att koppla ihop tankar och känslor stängs av, känslomässig avtrubbning och avstängdhet uppstår och den känslomässiga insikten uteblir (Ottosson & Ottosson, 2007). Genom att symtombilden stämmer överens med och uppfyller kriterierna för PTSD enligt ICD-10 kan en diagnos fastställas (Socialstyrelsen, 2011). I bedömning av vad som krävs för att kunna ställa en PTSD diagnos används som ett komplement utöver ICD-10, DSM-IV. DSM-IV är den andra utgåvan av det protokoll som utgör kriterierna för psykiatrisk diagnostik. Enligt DSM-IV ska störningen ha varit varaktig i mer än en månad för att diagnosen PTSD skall kunna ställas (American Psychiatric Association, 1994).

Epidemiologi

Kvinnors risk för att utveckla PTSD är dubbelt så hög som risken för män. Det finns inget konkret samband mellan graden av trauma och risken att drabbas, sett utifrån. Allt ligger i hur individen själv upplever traumat och den egna sårbarheten. Faktorer som påverkar är också omgivningens förmåga till stöd i efterförloppet och de förhållanden som råder (Ottosson & Ottosson, 2007). Individer med erfarenhet av flykt är de som mest frekvent drabbas och diagnostiseras av tillståndet. Dock kan alla drabbas. Den kliniska symtombilden kan uppkomma i relation till bland annat misshandel, sexuella övergrepp katastrofer/olyckor och vid en svår förlösning (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2014).

Fysiologiska reaktioner vid PTSD

Vid PTSD kan man påvisa både neurofysiologiska och hormonella förändringar (Skårderud, et al. 2014). Aktuell forskning har påvisat att kronisk PTSD kan leda till en hippocampusatrofi och volymminskningen påverkar därigenom vår minnesförmåga (Olsson, 2013, Skårderud, et al. 2014). Den anatomiska förändringen kan härledas till det stora och långvariga kortisolpåslag som finns. Den höga kortisolhalten ger en ökad genomsläpplighet för kalcium i cellmembranen för hippocampus-neuronerna vilket leder till en slags förgiftning. Samtidigt så hämmas tillväxten av nya neuroner (Skårderud, et al. 2014). Den psykiska påfrestningen under sjukdomen leder även till en sämre fysisk hälsa då de psykologiska och biologiska mekanismerna hela tiden integrerar med varandra. Dessa neurokemiska förändringar kan ge bestående men och följder som immunologiska förändringar, ökad infektionskänslighet, förändrad thyroidea-funktion, ökad sårbarhet för hypertoni och hjärt- kärlsjukdomar, kroniska smärttillstånd, förändrad smärttolerans och känslighet. Det har också påvisats en ökad benägenhet för hög alkoholkonsumtion, rökning, dålig kosthållning, narkotika och läkemedelsmissbruk (Skårderud, et al. 2014).

Personal Disturbing Incident (PDI)

Med en Personal Disturbing Incident menas att ambulanspersonalen upplever en: ”*Personally disturbing incident, or critical incident, defined as an event that is sufficiently disturbing to overwhelm or threaten to overwhelm the individual’s normal coping methods*” (Mitchell & Bray, 1990) . Vidare i uppsatsen kommer personal disturbing incident benämnas som PDI.

Vårdvetenskap och omvårdnad

Det vetenskapliga området för sjuksköterskan är vårdvetenskap (Rehn, 2013).

Vårdvetenskapen ligger till grund för ämnet omvårdnad (Wiklund, 2005). Sjuksköterskan ses idag som en omvårdnadsexpert (Rehn, 2013). Omvårdnadens mål syftar till att främja individens hälsa genom att förebygga ohälsa och lidande. Sjuksköterskan strävar efter att arbeta efter en holistisk människosyn d.v.s. se till hela människan och dess känsla av välbefinnande. Genom detta perspektiv ses en god hälsa som mer än bara avsaknad av sjukdom. Omvårdnad definieras som det vetenskapliga ämne vilket besitter kunskap om handlingar och relationer som ska främja individens väg mot psykisk, fysisk, social och existentiell hälsa. Sjuksköterskan skall ge tröst och främja välbefinnande, trygghet och delaktighet genom att förebygga lidande (Jakobsson & Lützén, 2009).

Att bedriva vård av god kvalitet är ett utav de viktigaste och mest grundläggande målen för Svensk hälso- och sjukvård (Leksell & Lepp, 2013). Socialstyrelsen har tagit fram sex områden vilka skall definiera en kvalitativt god vård. Den goda vården skall vara evidensbaserad, bedrivs patientfokuserat, den skall vara säker, effektiv och jämställd, vidare skall vården också genomföras inom ramen för vårdgarantin (Socialstyrelsen, 2009). Dessa sex områden utgör grunden för sjuksköterskans kärnkompetenser vilka är, personcentrerad omvårdnad, evidensbaserad omvårdnad, teamarbete, säker vård, förbättringskunskap samt informatik (Leksell & Lepp, 2013).

Patientsäkerhet

En av sjuksköterskans sex kärnkompetenser är säker vård. Begreppet säker vård syftar till det säkerhetsarbete som ska förhindra misstag vilka är individ- eller systemrelaterade och medför skador och lidande för patienten (Edberg, Ehrenberg, Friberg, Wallin, Wijk & Öhlen, 2013). Kärnkompetensen säker vård är den som innefattar patientsäkerheten (Öhrn, 2013). Patientsäkerheten ses både som en disciplin, vars mål är att skapa ett fungerande hälso- och sjukvårdssystem, och som en egenskap hos systemet att förebygga och minimera effekten av negativa händelser (Ödegård, 2013). Enligt patientsäkerhetslagen definieras patientsäkerheten som *”skydd mot vårdskada”*. En vårdskada definieras i sin tur som *”lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits”* (SFS 2010:659). Omvårdnadsteoretikern Virginia Henderson (1997) betonar patientsäkerheten då hon hävdar att det är sjuksköterskans ansvar att skydda patienten mot vårdrelaterade skador. Vårdrelaterade skador kan ge uttryck i såväl fysiskt som psykiskt lidande (Reason, 2013).

Cook (2013) menar att det finns ett stort intresse för området patientsäkerhet, trots det har det gjorts få framsteg inom ämnet. Problemet med patientsäkerheten är stort. Inom den medicinska vården finns flera okända och osäkra faktorer. Att patienten redan från början är i en utsatt position innebär att risken för skada är hög från första stund.

Arbetsmiljö

Våra förtroendevalda politiker och nämndemän bär det yttersta ansvaret för att de resurser, som behövs för ett gott arbetsmiljöarbete, ges och för att arbetsmiljölagen följs i verksamheten. Varje arbetsgivare har också ett ansvar att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete för att förhindra att olyckor uppstår (AFS: 2001:1) Efter en olycka eller traumatisk händelse ska arbetsgivaren erbjuda det stöd som behövs för att återfå balans. Det

ska finnas klara rutiner om hur en anställd snabbt kan få och/eller begära stöd efter en situation som upplevts som traumatisk. Arbetsmiljölagen, kapitel 3 § 2c, stipulerar att arbetsgivaren hålls ansvarig för att den företagshälsovård som enheten kräver finns att tillgå. Enligt arbetsmiljöverket ska det på varje arbetsplats finnas den beredskap och de rutiner som den specifika verksamheten kräver för ett fungerande krisstöd. Det skall också säkerställas att arbetstagaren vet hur krisstödet är uppbyggt och organiserat. Vidare skall chefer och arbetsledare ha tillräckliga kunskaper om krisstöd för att uppmärksamma behov, planera och genomföra ett sådant (AFS: 1999:7).

Problemformulering

Vi arbetar båda inom akutsjukvården och träffar därför mycket personal från ambulanssjukvården. När ambulanspersonalen vi träffat stått inför händelser där de arbetat under extremt påfrestande betingelser och där de kunnat se bilder från och läsa om händelserna i tidningarna tror vi inte att de går opåverkade från arbetet. Hur hanterar de sina egna känslor efter sådana uppdrag? Vad händer med en anställd i ambulansen om den fastnar i negativa tankar och upplever att den är misslyckad i sitt arbete? Vi vet att ambulanspersonalen genom sin utbildning har en teoretisk kunskap, som behövs för att möta många typer av uppkomna situationer. Dock är troligen inte ambulanspersonalen immun emot att känna och själv uppleva vissa situationer som traumatiska och känslomässigt påfrestande.

I takt med att samhället och sjukvården utvecklas så ökar kraven på ambulanspersonalen. Statistiken visar också att uppdragen för ambulansen i hela Sverige blir fler och av mer omfattande art, vilket till exempel anses bero på befolkningsökning, gängvåld, tillgänglighet till vapen och narkotika (Lennquist, 2009). Enligt ambulanschefen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Leif Persson (Personlig kommunikation, 10/9 - 2015), har uppdragen i Göteborg ökat med 3 - 5% varje år sedan 2007 och år 2014 genomförde ambulansen 76.000 uppdrag, vilket innebär cirka 208 uppdrag per dag.

Forskning har visat att ett långvarigt stresspåslag i arbetet kan ge upphov till stress och PTSD relaterade symtom och i förlängningen leda till att PTSD utvecklas (Melin, 2008). I symtombilden för stress och PTSD- relaterade symtom kan känslomässig avtrubbning och likgiltighet ses, vilket påverkar den empatiska förmågan (Figley, 1995). Kan ambulanspersonal inte bemästra dessa känslor, skulle det kunna påverka det mellanmänniska mötet negativt, vilket kan göra det svårt för ambulanspersonalen att ta över patientens lidande och att undvika att spegla sitt eget lidande gentemot patienten. Vilka coping strategier finns för att förhindra detta och används dem på ett relevant sätt för att främja välbefinnandet hos personalen?

Syfte

Syftet med studien är att undersöka om det finns copingstrategier som är gynnsamma för ambulanspersonal vad det gäller att minska risken för stress och PTSD-relaterade symtom efter en PDI.

Metod

Vald metod

Detta examensarbete genomfördes som en systematisk litteraturstudie. Att skriva en litteraturbaserad uppsats innebär att kunskapen fördjupas och utvecklas inom det valda området genom att granska och ta del av redan befintliga texter och studier (Dahlborg - Lyckhage, 2012).

Databaser

I databaser samlas dokument som grupperas, sorteras och i flera fall granskas för att sökningar och urval ska underlättas. Det finns flera typer av databaser och de flesta är indelade efter ämnesområden då urvalet är anpassat för specifika målgrupper. Det finns också databaser vilka är tvärvetenskapliga (Östlundh, 2012). Till vår sökprocess av vetenskapliga artiklar valdes databasen Cinahl, PubMed och Scopus ut. Dessa databaser valdes då de var relevanta för vårt ämne. Artiklar valdes ifrån alla databaserna.(Bilaga 1).

Insamling och urval av data

I våra sökningar har vi utgått ifrån vårt syfte och vår problemformulering. Våra sökord valdes ut efter lämplighet för att representera vårt tänkta syfte och problemformulering. Vi tog hjälp av MESH-termer och Cinahl headings vilka är ämnesordlistorna för databaserna PubMed och Cinahl. Genom att ta hjälp av dessa ämnesordlistor kan man enklare hitta de sökord som beskriver ett ämne i en specifik databas (Östlundh, 2012). Under vår sökning kompletterade vi med sökord för att öppna upp sökningen och erhålla fler träffar, vilket Östlundh (2012) beskriver. I sökningarna använde vi oss även av trunkeringar. Med en trunkering öppnar man upp för att ordet ska vara sökbart i alla sina böjningar (Östlundh, 2012). I våra databaser användes tecknet ”*” för trunkering.

Den inledande sökningen påbörjades med hjälp av sökord överensstämmande med syftet. De sökord som blev centrala i den inledande sökningen var: coping* and EMS*. Det visades att sökningen var allt för smal och artikelträffarna var få. För att då öppna upp sökningen kompletterades den med sökorden: emergency, medical service, prehospital, trauma, ambulance. Som begränsning i Cinahl användes Peer-reviewed, vilket begränsar sökningen till resultat där experter inom området har granskat artikeln innan publicering (William, Stoltz & Bahtsevani, 2011). I bilaga 1 redovisas vår söktabell.

Vidare läsning i funna artiklars referenslistor ledde till sökning i databaser efter specifika artiklar för att ta del av dess empiriska stöd. Detta benämns som manuell sökning (Axelsson, 2008).

De inklusionskriterier vi valde att ha med vid sökning innefattade att det skulle finnas ett abstract tillgängligt, artikeln skulle vara i fulltext och artiklarna kunde härröra från hela världen. Vidare skulle artiklarna vara skrivna på det engelska språket. I databasen Cinahl begränsades litteratursökningen också till Peer reviewed.

Dataanalys

Val av analysmetod görs utefter typen på den text som ska analyserats (Friberg, 2012). Av de artiklar vilka framkom utifrån sökningen, genomlästes titeln för att se om den passade mot vårt syfte. I nästa steg lästes artikelns abstract samt resultat igenom. Därefter kvalitetsgranskades utvalda artiklar utefter förslagen metod av William et al. (2011). Artiklarna med kvantitativ metod granskas enligt bilaga 2 och den artikeln med en kvalitativ metod är granskad enligt bilaga 3. Mallarna för analys modifierades för att bättre vara anpassade för granskning av artiklarna gentemot vår uppsats. Detta är enligt William et al. (2011) ett korrekt förfarande då granskningsprotokoll alltid måste utformas och anpassas efter de unika ändamål som finns med granskningen. Valda artiklar redovisas i artikelöversikten i bilaga 4.

Mallen för granskning av de kvantitativa artiklarna innehöll elva frågor. Mallen för granskning av den kvalitativa artikeln innehöll tio frågor. Frågorna besvarades, utefter vardera artikeln, med antingen ett ja eller ett nej. Ett ja resulterade i ett poäng och ett nej gav inga poäng. Poängen räknades sedan samman för att avgöra om kvaliteten var hög, medel eller låg. För att uppnå hög kvalitet fick endast ett poängavdrag förekomma och för medelhög var tre avdrag tillåtna.

För erhålla en djupare förståelse och uppfattning av de valda artiklarna lästes samtliga artiklar flertalet gånger av författarna. Efter genomläsning diskuterades fynden för att hitta likheter och skillnader. Författarna skapade mindmaps för att tydliggöra sina tankar. Därefter framkom fyra huvudteman och nio passande subteman (Axelsson, 2008), dessa redovisas i resultattabell i bilaga 5.

Etiska ställningstagande

Åtta av våra tio artiklar redovisar för en etisk prövning och ett etiskt godkännande. I de två artiklar där det ej redovisas för något etiskt godkännande har artikelförfattarna redogjort för att deltagarna själva valt att vara med i studien och artikelförfattarna har diskuterat kring de etiska aspekterna rörande studien. Vidare är samtliga artiklar Peer reviewed, samt vetenskapligt publicerade.

Resultat

I analysen framkom fyra huvudteman, därefter skapades underteman till respektive huvudtema. Det första temat, ”*Bemästring & Hantering*”, behandlar de effektiva respektive de skadliga strategierna för coping som framkommit. Temat ”*Socialt stöd*” berör de olika typer av socialt stöd som utifrån våra artiklar beskrivs som väldigt viktigt för att kunna hantera en PDI. Det tredje temat, ”*Distansering*”, tar upp de sätt vilka ses som dåliga eller direkt skadliga gällande coping. Det sista temat är ”*Reaktioner*”. Här beskrivs de känslor och upplevelser vilka kan uppstå efter en upplevt PDI och som individen måste bemästra genom coping.

Bemästring och hantering

Effektiva copingstrategier

I Essex och Scotts studie (2007), där 139 stycken ambulanspersonal deltog, svarade samtliga

att en effektiv copingstrategi för dem var att tala med sina kollegor. Utöver detta uppgav respondenterna att det var effektivt att tänka på de positiva sidorna med arbetet (n= 132, 94,9%) , tänka på sin egen familj (n= 128, 92,0%) samt tänka på intressen utanför arbetet (n= 126, 92,0 %) (Essex & Scott, 2007).

När Holland (2011) undersökte hur effektiva vissa copingstrategier är, som ambulanspersonal använder när de lindrar effekten efter att ha varit med om en PDI, fann de två stycken copingstrategier vilka visat sig vara gynnsamma eller mycket gynnsamma. I likhet med Essex och Scott (2007) menar respondenterna även här att det mest effektiva är att tala med sina kollegor, samt tänka på de bra sidorna med arbetet (Holland, 2011). Även i studien gjord av Alexander och Klein (2001) visade resultatet att ambulanspersonal föredrar och finner det effektivt att prata med kollegor. 94% uppgav att de använde sig av samtal med kollega som en strategi för coping. 49% menade att det var väldigt effektivt och 47% såg det som effektivt.

Liknande copingstrategier finns bland Mishra, Goebert, Char, Dukes och Ahmeds (2009) respondenter. De tre copingstrategier vilka respondenterna använder mest frekvent är att omtolka situationen till något positivt (63%), söka socialt stöd och stöd hos familjen (59%) samt att uppmärksamma och vädra sina tankar (46%) (Mishra et al. 2009).

Endast en metod av coping kan inte garantera att skadliga effekter av det upplevda PDI:n uteblir. Ambulanspersonalen behöver flera metoder av bemästring vilka behärskas och kan användas selektivt (Alexander & Klein, 2001, Shakespeare-Finch, Smith & Obst, 2002).

Dåliga/skadliga copingstrategier

Holland (2011) påvisar fem copingstrategier som är skadliga för ambulanspersonal att använda. Första copingstrategin av de fem är ”escape/avoidance”, där individen använder önsketänkande och ändrar sitt beteende för att undvika problemet. Den andra är, ”distancing”, där individen använder kognitiva strategier för att förminska hur viktig situationen egentligen är. Därefter nämns ”confrontive coping” där individen gör om situationen, visar en viss fientlighet genom att gå i försvarsställning och tar risker. ”Accepting responsibility coping” är den fjärde som nämns, där individen accepterar sitt ansvar och försöker att hitta en lösning. Sist nämns ”self-control coping” där individen använder känslor samt handlingar för att normalisera sina tankar och sitt beteende (Holland, 2011).

Essex och Scott (2007) har i sin forskning påvisat att copingstrategin ”behålla sina tankar för sig själv” samt ”undvika att tänka på vad du arbetar med”, anses vara ogynnsamma eller mycket ogynnsamma. Även forskning gjord av Alexander och Klein (2001) påvisar att hålla tankar inom sig upplevs som ogynnsam. 59% av respondenterna uppger metoden som väldigt ogynnsam och 12% beskriver den som ogynnsam. Jonsson och Segesten (2004) hävdar dock att en inre dialog kan vara effektivt. Men detta endast då individen varit utsatt för liknande upplevelse tidigare och har kunnat bemästra denna på ett bra sätt.

Socialt stöd

Vänner och familj

Det sociala stöd individen finner i vänner och familj beskrivs som viktigt för att kunna hantera en PDI, förebygga stressrelaterade symtom och fungera i såväl vardag som yrkesroll (Jonsson & Segesten, 2004). Vikten av det sociala stödet belyses även av Jonsson, Segesten

och Mattsson (2002) då familjeförhållanden och funktionen i det egna sociala nätverket menas ha stor inverkan på individens förmåga till coping. Det beskrivs som enklare och mer accepterat att visa sina riktiga känslor för nära och kära då det finns en redan befintlig trygghet och tillit (Jonsson & Segesten, 2004). Om man inte får gehör då man söker sig till någon närstående kan en känsla av att "jag har fel" växa och känslor som ilska, bitterhet, skuld, självförakt, svek och förödmjukelse få grund (Jonsson & Segesten, 2004).

Kollegor

Hur kollegor uppträder emot den eller de som upplevt ett PDI har visats ha stor påverkan på hur individen hanterar efterförloppet av upplevelsen (Alexander & Klein, 2001).

Jonsson och Segesten (2003) skriver om stödet inom teamet och av kollegor som en utav de viktigaste faktorerna för att förebygga stressrelaterade symtom. Artikelförfattarna menar att kollegor erbjuder ett socialt stöd där det finns en djupare förståelse för de extrema och påfrestande situationer som man kan utsättas för som ambulanspersonal.

Organisation

I en studie av Alexander & Klein (2001) redogörs det för att 76% av respondenterna uppger att de känner att organisation och ledning inte engagerar sig i välbefinnandet hos personalen efter en händelse som upplevts som ett PDI. Då det kollegiala stödet visats ha stor vikt gällande bemästringen av ett PDI menar Alexander & Klein (2001) även att organisation och ledning måste främja detta.

All ledning inom ambulansverksamheten borde skaffa sig kunskap om hur personalen utsätts för ett PDI och hur förmågan och möjligheten till att bemästra situationen ser ut (Mishra et al, 2010, Jonsson, Segesten & Mattsson, 2003). Vidare hävdas att ledning och organisation måste bli bättre på att identifiera de som lider av stressrelaterade symtom (Jonsson, Segesten, Mattsson, 2003. Jonsson & Segesten, 2004).

Distansering

Introvert

Att hålla tankar och känslor, relaterade till det som upplevts som en PDI, inom sig beskrivs som en utav de mest frekvent använda copingstrategierna (Clohessy & Ehlers, 1999, Alexander & Klein, 2001). Jonsson & Segesten (2004) definierar den inre dialogen som ett försök hos individen till att bestämma sig för hur denne ska reagera. Holland (2011) menar att ambulanspersonalen genom att vända sig inåt och hålla känslorna inom sig distanserar sig för att undvika det som upplevts som känslomässigt påfrestande.

Konfrontation

Holland (2011) menar att även ett konfrontativt beteende med högre irritabilitet och risktagande kan användas som ett sätt att distansera sig ifrån den upplevda PDI:n. Vidare hävdas att distansering via konfrontation kan vara traditionellt hos ambulanspersonal då de ofta ses som hårdhudade individer vilka skall klara av känslomässigt påfrestande situationer. (Holland, 2011, Alexander & Klein, 2001).

Reaktioner

Personal Disturbing Incident

Tre artiklar tar upp begreppet PDI. De situationer vilka skattas högst som PDI:er av ambulanspersonal i två av tre artiklar involverar barn och kollegor. Holland (2011) identifierar fem stycken olika PDI:er vilka signifikant leder till stressymtom. Det är situationer där barn skadas eller dör som mest frekvent ger upphov till en PDI, därefter skattas händelser där respondenterna får behandla sin familj eller vänner. De övriga tre PDI:erna är när respondenterna får behandla offer för katastrofer, brott eller brännskador. (Holland 2011). Mishra et al. (2009) definierar också fem stycken PDI:er i sin forskning. Även här skattar respondenterna olyckor där barn är inblandade, eller där de får behandla en allvarligt skadad eller möta en död kollega högst. Därefter är det uppdragen där respondenterna får behandla patienter med psykiska sjukdomar, patienter med brännskador eller hantera anhöriga som anses vara de mest påtagliga PDI:erna. Alexander och Klein (2001) menar att även situationer där individen känner sig hjälplös i yrkesrollen, där samarbetet brister och då man får fel och/eller bristande information innan man når platsen för uppdraget kan vara upphov till en PDI.

Jonsson & Segesten (2004) beskriver att personalen efter en upplevd PDI känna sig förvirrade, upprörda, utmattade, ledsna och skakade. Studien visar också att det för vissa tar timmar att bearbeta dessa känslor i relation till det individen precis upplevt, för andra tar situationen år att bearbeta (Jonsson & Segesten, 2004). Påträngande minnen, känslor av skuld, irritabilitet och likgiltighet har uppgetts som vanliga i relation till den upplevda PDI:n (Jonsson & Segesten, 2003).

Individen beskriver enligt Jonsson & Segesten (2004) minnen från upplevelsen som fyllda av skuld vilket i sin tur leder till en negativ respons. Känslan av skuld, tankar om att ha kunnat göra något annorlunda och ha kunnat göra mer beskrivs som svåra att sätta ut, även då individen vet att denne handlat rätt. Känslor av skam beskrivs ha sin grund i att den egna självbilden raseras, detta till följd av att reaktionen på det upplevda gav starkare reaktioner än förväntat. Tron att individen klarar av att hantera pressade och påfrestande situationer byts mot maktlöshet och känslan av att vara oduglig. Rädslan över att även av omgivningen uppfattas som oduglig och se de egna bristerna kan vara stor. En oro för att den egna karriären ska påverkas negativt om individen visar sig sårbar och söker hjälp för att hantera känslorna efter en upplevd PDI påverkar förmågan att bemästra (Jonsson & Segesten, 2004).

Jonsson och Segesten (2003) hävdar att ambulanspersonal som i sin yrkesroll känner sig emotionellt överväldigad och/eller slutkörd sannolikt kommer att ge en sämre och mindre säker vård. Bristfälligt och oempatiskt bemötande mot patient och anhöriga kan ha sin grund i en känslomässig påfrestande upplevelse som inte hanterats och bemästrats (Jonsson & Segesten, 2004, Jonsson, Segesten & Mattson, 2002).

Prevalens av stress och PTSD- relaterade symtom

Ambulanspersonal är eller kan ständigt utsättas för traumatisk stress då de i sitt dagliga arbete hjälper andra i akuta situationer. Att upprepade gånger utsättas för situationer som ligger

utanför det normala gör att ambulanspersonal har en ökad risk för att utveckla stressrelaterade symtom och i förlängningen PTSD (Jonsson & Segesten, 2003). I de utav artiklarna där prevalensen av stress och stressrelaterade symtom undersöks visas att en betydande mängd av respondenterna uppvisar tecken på symtom som kan härledas till stress. Flertalet skattar positivt för uppvisandet av en symtombild som är den samma som vid PTSD.

Jonsson och Segesten (2003) har i sin studie jämfört sitt resultat gällande prevalensen av stressrelaterade symtom hos ambulanspersonal med förekomsten hos den övriga befolkningen. Artikelförfattarna har funnit att ambulanspersonal löper en betydande högre risk än den övriga befolkningen att påvisa symtom relaterade till stress vilka i förlängningen möjligen skulle kunna leda till en PTSD diagnos. En ytterligare studie av Jonsson, Segesten och Mattsson (2002) stödjer ovanstående och hävdar samtidigt att ambulanspersonal har en ökad risk för stressrelaterade symtom och en möjlig utveckling av PTSD även då den enskilde själv inte upplever att denne utsatts för en PDI.

Mishra et al. (2009) har i sin studie, på 105 anställda, vid ambulansen i en ort på Hawaii påvisat att 83% av respondenterna uppvisar symtom på PTSD och hela 4 % uppvisar vid screening, symtom för möjlig PTSD diagnos. Holland (2011) studerade 180 anställda vid ambulansen i Durham Carolina och fann att 29% av respondenterna uppvisade symtom relaterade till stress av sådan grad att de indikerar för möjlig PTSD diagnos. Vidare har Alexander och Klein (2001) i sin forskning fått fram att 30% av respondenterna uppvisar en stark symtombild för PTSD.

I en studie av Jonsson, Segesten och Mattsson (2002) där prevalensen av PTSD symtom undersökts framkom att utav 223 personer, vilka uppgav sig ha upplevt ett PDI, skattade 15,2 % 30 eller mer på IES-15 (Impact of Event Scale) skalan. Ett resultat över 31 indikerar för en stressreaktion med symtom som kan relateras till eller kan leda till PTSD. Nio personer skattade 41 eller högre. Detta resultat ger utifrån screeningen indikation på att symtom som är fullgoda för att en PTSD diagnos kan föreligga. I Clohessy och Ehlers (1999), forskning möter 21 % av respondenterna kriterierna för symtombilden vid PTSD och 22% screenar för andra psykiatriska symtom relaterat till den upplevda PDI:n.

Diskussion

Syftet med studien är att undersöka om det finns copingstrategier som är gynnsamma för ambulanspersonal vad det gäller att minska risken för stress och PTSD- relaterade symtom. Resultatet visar att ambulanspersonal löper en större risk för att utveckla stress och PTSD- relaterade symtom och i förlängningen, PTSD än befolkningen i stort. Detta gör att prevalensen av stress och PTSD- relaterade symtom i den undersökta gruppen är hög. Resultatet visar vidare att gynnsamma copingstrategier finns och vilka utav dem som ses som fungerande respektive icke fungerande. Flertalet av artiklarna pekar på vikten av ett gott socialt stöd för att kunna hantera och bemästra en PDI och därigenom förebygga ohälsa och främja välbefinnandet hos individen (Jonsson & Segesten, 2003. Jonsson & Segesten, 2004. Alexander & Klein, 2001).

Metoddiskussion

Syftet med metoddiskussionen är att visa hur kvaliteten har säkerställts i vårt examensarbete, såväl styrkor som svagheter ska diskuteras (Henricsson, 2013).

En styrka i denna litteraturstudies resultat är att det bygger på studier inte bara genomförda i Sverige utan även i ett flertal engelskspråkiga länder runtom i världen. Det visar att de problem vi har kunnat visa på inte bara kan ses i Sverige. Den prehospitla sjukvården skiljer sig dock åt internationellt, såväl på organisatorisk nivå som på en yrkesmässig nivå. I Sverige arbetar i huvudsak två kategorier av personal, ambulanssjukvårdare samt grund eller vidareutbildade sjuksköterskor, medan det till exempel i England är så kallade Paramedics som sköter vården. Författarna menar att de utvalda artiklarna dock är relevanta trots att personalen i ambulansen inte har en identisk formell utbildning. Oavsett var i världen ambulanspersonal arbetar möter de människor vilka varit utsatta för olika typer av olyckshändelser såsom trafikolyckor och arbetar ofta under stress.

Alla artiklar, som ligger till grund för resultatet, är skrivna på engelska. Engelska är inte vårt modersmål vilket gör att språkliga missuppfattningar kan uppstå. Nyanser i språk kan vara svåra att skönja. Vidare är arbetet tidsbegränsat vilket kan ses som en begränsning i det avseende att vi inte hunnit med att samla in någon egen information och sätta oss in i vilka luckor det finns inom forskningen.

Antalet träffar i den första sökningen var få och sökningen fick öppnas upp. Detta trots relevanta sökord. All sökning skedde med trunkering för att ytterligare öppna upp och göra ordet sökbart i alla dess böjningar. Även då vi anser att våra sökord var adekvata och relevanta så är det möjligt att andra eller ytterligare sökord hade gett en större bredd i sökningen och andra träffar. De antal artiklar vi slutligen fann som relevanta och av godtagbar kvalitet var få men, har ett tilltalande och kärnfullt innehåll för denna sorts sammanställning.

Vidare är nio av tio artiklar i resultatet är av kvantitativ art. Detta gör att resultatdelen består av mycket siffror vilket gör att den kan bli svår att läsa och tolka. Med ett ämne som vårt hade det kanske varit intressant med några kvalitativa studier för att kunna beskriva ambulanspersonalens känslor och tankar och därmed på ett djupare sätt kunna förstå och tolka resultatets validitet.

Artiklarna som resultatet bygger på är skrivna från 1999 och framåt. Hur väl äldre artiklar representerar det nuvarande forskningsläget går att diskutera. Författarna ansåg att detta var nödvändigt då, författarna enligt ovan, fann ett begränsat antal artiklar vilka ansågs som bra och passande enligt syfte. Forskningen inom detta område verkar när man läser de senaste artiklarna inte gått framåt med hög fart och de tidigare artiklarnas resultat överensstämmer med de senare studierna.

Artiklarna granskades utifrån en modifierad granskningsmall enligt William et al. (2011) Alla våra artiklar utom två skattades till att ha hög kvalitet, de övriga två ansågs ha en medelhög kvalitet. Då granskningen av artiklarna genomfördes baserat på våra relativt nya och begränsade kunskaper inom metodområdet, så skulle möjligen mer erfarna granskare kunnat förkasta någon artikel.

Resultatdiskussion

Nedan diskuteras tidigare forskning samt det resultat vilket framkommit i uppsatsen.

Det sociala stödet nämns av respondenterna i flertalet av artiklarna som avgörande för bemästring och hantering. Det sociala stödet kan komma från kollegor på den egna arbetsplatsen eller ifrån familj, vänner och andra anhöriga. (Alexander & Klein, Jonsson & Segesten 2003, Jonsson & Segesten 2004). Finns ett stort socialt nätverk och stabila familjeförhållanden, där individen i hemmets trygga miljö tillåts prata öppet om det upplevda, torde individen ha lättare att bemästra en PDI än om så inte är fallet. Skulle det vara så kan det spela roll om individen är gift, har sambo eller lever ensam. Att hantera och försöka bemästra en upplevd PDI skulle rimligtvis då ha påverkan på de egna familjeförhållandena. Jannati, Mohammadi och Seyedfatemi (2011) och Tunnah, Jones och Johnstone (2012) menar att stödet ifrån nära anhöriga och vänner kan bidra med ett bredare perspektiv och därmed underlätta för individen. Viss ambulanspersonal finner en emotionell distans till sina anhöriga i efterförloppet av ett upplevt PDI vilket kan leda till bråk och diskussioner. En del upplever en rädsla och blir överbeskyddande mot sina nära. Positivt kan vara att individen uppskattar sin egen familjesituation och sina relationer mer efter att ha utsatts för en PDI (Regehr, Goldberg & Hughes, 2002).

I resultatet beskrivs en av de mest påfrestande PDI:erna som de där kollegor är inblandade (Alexander & Klein 2001, Essex & Scott, 2007, Holland 2011). Skulle en individ i den egna personalgruppen skadas allvarligt eller till och med omkomma i en olycka dit kollegor larmas är det inte bara de som dras på larmet som påverkas. Situationen kommer mest troligt att skaka om hela personalgruppen och därmed påverka det kollegiala stödet. Är utgången för den drabbade kollegan av dödlig art skulle det kunna vara så att den egna positionen i arbetsgruppen påverkas. Författarna har dock inte funnit något skrivet kring detta och som författarna ser det finns två möjliga utgångar. Antingen så försämras stödet då hela gruppen är känslomässigt påverkad, eller så hittar gruppen ett starkare stöd där den binds samman av att gruppen upplever samma trauma. Jonsson & Segesten (2003) visar att ambulanspersonalen löper större risk att utveckla stress och PTSD relaterade symtom då individen på ett personligt plan kan identifiera sig och/eller relatera till den drabbade, vilket också stöds av Jonsson, Segesten och Mattsson, (2002).

I resultatet nämns att personal upplever att organisationen inte lägger vikt vid personalens välbefinnande (Alexander & Klein, 2001). Att ledningen inom den prehospitla vården uppmärksammar de som varit med om en PDI och arbetar för ett öppet klimat tror författarna är viktigt. Att utbilda och informera om den hjälp och det stöd som finns att tillgå är också av största relevans. Detta stöds av Halpern, Maunder, Schwartz, och Gurevich (2014) som menar att en av de största, organisatoriska, utmaningarna handla om att få bort den kulturella stigmatiseringen av sårbarhet som de påstår finns inom yrket. Då resultatet tydligt visar att det kollegiala stödet är av stor vikt vid bemästring anser författarna att ledningen har ett ansvar då det gäller att forma en bra personalgrupp där miljön är accepterande. Vidare är det intressant att fundera över hur organisationen rekryterar sin ambulanspersonal. Individen skall vara lämplig för arbetet, både kunskapsmässigt och personlighetsmässigt. Det är också viktigt att personen kommer passera bra in i gruppen. Som nyanställd tror författarna att det är av största vikt med en god introduktion som bör präglas av en öppenhet där det tillåts och accepteras att diskutera och reflektera kring de situationer individen möter. Svensk sjuksköterskeförening menar i Värdegrund för Omvårdnad (2010) att etikronder visat sig vara effektiva på arbetsplatser där svåra etiska beslut fattas. Syftet med etikronden är att lyfta fram den tysta kunskapen och diskutera olika uppfattningar om situationer och få personalgruppen att känna

igen värdekonflikter. Med hjälp av en diskussionsledare skall alla få komma till tals och denne använder öppna frågor som ”hur tänker du om denna situationen” och ”kan du utveckla vad du menar”. Denna modell kan vara lämplig att använda om personalgruppen vill arbeta för ett öppet klimat (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Halpern et al. (2008) menar att en möjlighet till en kort tids återhämtning mellan uppdragen är en bra och effektiv strategi för att motverka negativa, stressrelaterade, symtom. Under den återhämtningen har man tid att reflektera över sina egna känslor, samtala med sina kollegor eller anhöriga. I en studie på ambulanspersonal, vilken bygger på intervjuer, berättar en respondent att efter ett upplevt PDI behöver få sätta sig ner. Ytterligare en respondent berättar om en situation där chefen frigjorde de inblandade från arbetet några timmar, bjöd på lunch och satte sig ner för att prata. Detta uppgavs som hjälpsamt och uppskattat då någon visade förstående och att man tilläts att reflektera och diskutera (Halpern et al. 2008).

Jonsson & Segesten (2003) menar att graden av självkänedom påverkar den egna förmågan till coping. Alexander & Klein (2001) hävdar i sin tur att viss ambulanspersonal i deras studie, till följd av bristande självkänsla och självkänedom, inte kan hantera den egna känslomässiga svagheten. Hur det kommer sig att prevalensen av stress och PTSD relaterade symtom är så hög trots att effektiva metoder för coping har påvisats tycker författarna är en relevant fråga att ställa. I en studie av Halpern et al. (2008) redogör ambulanspersonal själva för att den måste vara stark och tuff och att individen inte kan tillåta sig själv att påverkas. De beskriver det som att man ska bita ihop och komma upp i sadeln igen. De uttrycker att alla vill vara starka och att individen varken vill erkänna för sig själv eller andra att denne behöver stöd, detta med rädsla för att verka svag. Detta kan stödja ovanstående påståenden. Mitchell (1983) myntade, i en studie, uttrycket Rescue Personality. Det finns inte mycket forskning om det påstådda karaktärsdraget. De som forskar på området är inte överens och det finns inga säkra bevis på att en så kallad generell räddningspersonlighet existerar (Wagner, 2005. Klee & Renner, 2013). Karaktärsdrag för en Rescue Personality beskrivs som lugn & metodisk, rastlös, extrovert, pliktrogen, älskvärd, känslomässigt instängd, risktagande och tävlingssökande (Klee & Renner, 2013). Halpern et al. (2008) påvisar i sin studie att ambulanspersonal föredrar att prata med kollegor men att individen ändå håller känslorna inom sig. Detta hävdar Halpern et al. (2008) går att härleda till en självbild som bygger på känslomässig självständighet. Även detta påstående kan enligt författarna stödja teorin om att självuppfattning och självkänedom påverkar förmågan till coping.

Kvinnor har visats ha större benägenhet för att drabbas av PTSD än män (Ottosson & Ottosson, 2007). I resultatet framkommer dock inga skillnader i prevalensen av stress och PTSD relaterade symtom mellan manlig och kvinnlig ambulanspersonal. I den specifika yrkeskategorin är förekomsten mer jämt fördelad än i samhället i stort (Jonsson & Segesten, 2003). Är detta till följd av att de kvinnliga kollegorna är bättre på att prata om sina upplevelser än de manliga? Aasa, et al (2005) menar att män upplever möjligheten till stöd som ett större problem än kvinnor.

Att utsättas för vad som upplevs som en PDI kan ge såväl fysiska som psykiska effekter både under pågående situation och i efterförloppet. Hur individen reagerar beror på erfarenhet,

utbildning och den egna livssituationen. Under pågående insats kan individen känna sig hjälplös, arg och situationen kan verka överklig. Även fysiska reaktioner som ökat muskeltonus, yrsel, illamående, darrighet och svettningar (Jande-Waldav & Winarve, 2003). Dessa känslor och symtom stämmer överens med de stressreaktioner som nämns av Eriksen och Ursin, (2013).

I efterförloppet av en PDI är det de upplevelser individen tog in i relation till insatsen som bestämmer reaktionerna. Upprepningar av bild och ljudliga minnen, trötthet, ilska, irritabilitet, ångest, självförebåelse, olust, sorg och sömnsvårigheter beskrivs av Jande-Waldav och Winarve (2003) som väntade reaktioner. Att individen själv inser att dessa symtom inte är något onormalt menar Jande-Waldav och Winarve (2003) är relevant för att förstå och våga bearbeta det upplevda. Nämnade reaktioner är alla symtom för PTSD enligt Ottosson och Ottosson (2007). Även om reaktionerna inom den närmsta tiden är normala och kanske också nödvändiga för bearbetningen, kan de i förlängningen, i obearbetad form, leda till en PTSD diagnos med både privat och yrkesmässig påverkan och lidande för individen.

En viktig del av omvårdnadsarbetet är att förmedla trygghet och tillit till patienten (Rooke, 1999). Då individen lider av stress eller PTSD relaterade symtom, efter en upplevt PDI, torde den empatiska förmåga som krävs för att skapa trygghet och tillit för patienten påverkas vilket i sin tur kan påverka förmågan till att förmedla god omvårdnad (Figley, 1995). Jande-Waldav och Winarve (2003) beskriver att den relation och de känslor ambulanspersonalen har för en individ eller en situation påverkar det egna bemötandet i hög grad. Vidare beskriver de att man som hjälpare måste kunna arbeta professionellt och för att kunna göra detta effektivt måste individen vara känslomässigt obelastad i en pressad situation. Har ambulanspersonalen då obearbetade händelser som påverkat en negativt kommer denne inte att arbeta utan en känslomässig belastning vilket kommer att påverka det egna bemötandet gentemot situationen, patienten och andra inblandade då risken för att det egna lidandet speglas på patienten torde öka. Detta kommer att påverka såväl den drabbades upplevelse som patientsäkerheten (Jande-Waldav & Winarve, 2003).

Författarna upplever att begreppet PTSD till viss del används felaktigt i de valda artiklarna. I artiklarna verkar det som om screeningresultaten från enkäter används som grund för att säga att individen har en PTSD-diagnos. (Clohessy & Ehler, 1999. Alexander & Klein, 2001. Jonsson, Segesten & Mattsson, 2003. Jonsson & Segesten, 2003. Jonsson & Segesten, 2004). För att en PTSD diagnos skall kunna fastställas krävs en djupare bedömning än bara screening via enkäter. Enligt DSM-IV är det viktigaste att symtomen skall vara bestående över en månad och att individen skall vara drabbad av en funktionsnedsättning i relation till sina symtom (American Psychiatric Association, 1994). Skulle alla i vårt resultat skatta så pass högt för PTSD relaterade symtom att risken för en diagnos är hög torde sjukskrivningstalen vara avsevärt högre än vad det är idag. Enligt Leif Persson, ambulanschef vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Personlig kommunikation, 30/10-2015) har ambulansverksamheten inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset ett mycket lågt sjukskrivningstal på omkring 4-5%. Att ambulanspersonal kommer att utsättas för olika typer av PDI:er är förväntat och författarna ställer sig därför tveksamma till att benämna de symtom som beskrivs som PTSD utan istället som akuta stressymtom.

Slutsats

Förekomsten av stress och PTSD relaterade symtom är hög hos den prehospitala personalen, detta i relation till en upplevd PDI. De uppdrag som involverar barn, kollegor eller då man har en personlig koppling till de drabbade, är de situationer som är mest förekommande som en PDI. Enligt resultatet finns det strategier vilka benämns som väldigt gynnsamma gällande coping och även copingstrategier som ses som direkt skadliga. Genom att bemästra känslomässigt påfrestande situationer med hjälp av copingstrategier, och därigenom förebygga stress och PTSD relaterade symtom, torde patientsäkerheten främjas.

Klinisk tillämpning

Författarna hoppas att resultatet i uppsatsen kan delta i spridandet av kunskapen om förekomsten av stress och PTSD relaterade symtom i ambulansverksamheten. Detta för att uppmärksamma arbetsgivare, utbildningsväsende, yrkesverksamma och andra föreningar om den problematik som finns inom ambulansorganisationer som står inför förändring i ett samhälle där larmen blir fler arbetsklimatet blir hårdare och där hot och våld ökar.

Vidare Forskning

Den höga prevalens av stress och PTSD relaterade symtom som förekommer är motsägelsefull i relation till de fynd vilka bekräftar att gynnsamma coping strategier existerar. Kanske ställs fel frågor eller så används fel mätinstrument? Klart står i vilket fall att mer forskning på området krävs för att förebygga psykisk ohälsa hos personalen och därmed främja såväl personalhälsan som patientsäkerheten.

Trots en hög förekomst av stress och PTSD relaterade symtom är sjukskrivningstalen bland den undersökta ambulanspersonalen lågt. Detta torde betyda att man trivs bra i yrkesrollen och stannar kvar på arbetsplatsen trots den stora psykiska påfrestande det emellanåt innebär. Att med hjälp av till exempel kvalitativa djupintervjuer ställa frågor om hur arbetsplatsen är utformad torde kanske vara en intressant vinkel.

Att forska vidare kring ledarskap och organisationen inom den prehospitala vården tror författarna är relevant. Då inte bara forskning kring det ledarskap vilket sker ute på olycksplatser, utan det strategiska ledarskapet vilket bedrivs inne på ambulansstationen och det ledarskap vilket är närmast medarbetaren. Finns det tillräckliga organisatoriska möjligheter för att kunna hantera känslomässigt påfrestande situationer? Hur ser en optimal ambulansorganisation ut? Har cheferna möjlighet att bedriva ett gott ledarskap på arbetsplatsen? Krävs det till exempel en speciell typ av ledare inom ambulansverksamheten?

Vidare forskning kring begreppet "rescue personality" hade varit intressant. Finns det någon bäring i begreppet och om det gör det, hur ska organisationen agera för att få rätt man på rätt plats? Är det "rätt" individer som kommer till ambulansen? Finns det möjligheter att forska kring en kravprofil? Det kanske inte räcker med en vidareutbildning inom ambulanssjukvård och att personen verkar "passa" på jobbet?

Referenslista

- Aasa, U., Brulin, C., Ångquist, K-A., & Barnekow-Bergkvist, M. (2005). Work-related psychosocial factors, worry about work conditions and health complaints among female and male ambulance personnel. *Scandinavian Journal of Caring Science* 19, 76-81.
- Alexander, A.D., & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents: Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *The British Journal of Psychiatry*. 178(1), 76-81.
- American Psychiatric Association (1994) *MINI- D IV, Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Arbetsmiljöverket. (1999), Första hjälpen och krisstöd. Hämtad 2015-10-11, från <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/forsta-hjalpen-och-krisstod-foreskrifter-afs1999-7.pdf>
- Arbetsmiljöverket. (2001), Systematiskt arbetsmiljöarbete. Hämtad 2015-10-11, från <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/systematiskt-arbetsmiljoarbete-foreskrifter-afs2001-1.pdf>
- Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. M, Granskär. & B, Höglund-Nielsen. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 203-220). Lund: Studentlitteratur.
- Bergh-Johannesson, K., & Lundin, T. (2009). Psykologiskt och socialt omhändertagande av drabbade. S, Lennquist. (Red.). *Katastrofmedicin* (s.355-372). Stockholm: Liber.
- Bergström, G. (2013). Högt blodtryck. B, Arnetz., & R, Ekman. (Red.). *Stress - gen. individ och samhälle* (s. 105-115). Stockholm: Liber.
- Bunkholdt, V. (2004). *Psykologi - En introduktion för sjuksköterskor, socialarbetare och övrig vårdpersonal*. Lund: Studentlitteratur.
- Clohessy, S., & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 251-265.
- Cook, R. (2013). Systemperspektivet på säkerhet. S, Ödegård. (Red.). *Patientsäkerhet - Teori och praktik* (s.142-147). Stockholm: Liber.
- Dahlborg Lyckhage, E. (2012). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. F, Friberg. (Red.). *Dags för uppsats -Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.23-37). Lund: Studentlitteratur.
- Edberg, A-K., Enberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. (2013). Introduktion. A-K, Edberg., A, Enberg., F, Friberg., L, Wallin., H, Wijk., & J, Öhlen. (Red.). *Omvårdnad på avancerad nivå- kärnkompetenserna inom sjuksköterskans specialistområden*. (s. 15-26). Stockholm: Liber.
- Eriksen, H.R., & Ursin, H. (2013). Kognitiv stressteori. B, Arnetz., & R, Ekman. (Red.). *Stress - gen. individ och samhälle* (s. 25-34). Stockholm: Liber.

- Essex, B., & Scott, L. (2008). Chronic stress and associated coping strategies among volunteer EMS personnel. *Prehospital Emergency Care*, 12(1), 69-75.
- Figley, C-R. (1995) *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- Friberg, F. (2012). Tankeprocessen under examensarbetet. F, Friberg. (Red.). *Dags för uppsats -Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.37-46). Lund: Studentlitteratur.
- Halpern, J., Gurevich, M., Schwarz, B., Brazeau, P. (2008). Interventions for critical incident stress in emergency medical services: a qualitative study. *Stress and Health* 25, 139-149
- Halpern, J., Maunder, R-G., Schwartz, B., & Gurevich, M. (2014). Downtime after critical incidents in emergency medical technicians / paramedics. *BioMed Research International*. doi: 10.1155-2014-4831140.
- Henderson, V. (1997). *Basic principles of nursing care*. Genève: International Council of Nurses.
- Henricson, M. (2013). Diskussion. M, Henricsson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod- från ide till examination inom omvårdnad* (s. 471-478). Lund: Studentlitteratur.
- Holland, M. (2011). The dangers of detrimental coping in emergency medical services. *Prehospital Emergency Care*, 15(3), 331-337.
- Jakobsson, E., & Lützén, K. (2009). Omvårdnad som profession och akademiskt ämne. A, Ehrenberg., & L, Wallin. (Red.). *Omvårdnadens grunder - ansvar och utveckling* (s.23-44). Lund: Studentlitteratur.
- Janatti, Y., Mohammadi, R., & Seyedfatemi, N. (2011). Iranianian Clinical Nurses copingstrategies for jobstress. *Journal of occupational health*, 53, 123-129.
- Jande-Waldav, C., & Winarve, B. (2003). *Prehospitalt akut omhändertagande - Enligt principen L-ABCDE*. Räddningsverket: Karlstad.
- Jonsson, A., Segesten, K., & Mattson, B. (2002). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, 20(1), 79-84.
- Jonsson, A., & Segesten, K. (2003). The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service. *Accident & Emergency Nursing*, 11(3): 141-152.
- Jonsson, A., & Segesten, K. (2004). Guilt, shame and need for a container: a study of post-traumatic stress among ambulance personnel. *Accident & Emergency Nursing*, 12(4), 215-223.
- Karlsson, L. (2007). *Psykologins grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- Katastrofmedicinsk Beredskap, Skåne Län. (2006). *Samverkan och ledning vid räddningsinsats Policydokument för Skåne län*. Lund.

- Klee, S., & Renner, K-H. (2013). In search of the "Rescue Personality". A questionnaire study with emergency medical services personnel. *Personality and Individual Differences* 54(5), 669-672.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leksell, J., & Lepp, M. (2013). En kvalitativ god omvårdnad inom hälso och sjukvård. J. Leksell & M. Lepp. (Red.). *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (11-14). Stockholm: Liber.
- Lennquist, S. (2009). Katastrofmedicin -definitioner och mål. S, Lennquist. (Red.). *Katastrofmedicin* (s.11-18). Stockholm: Liber.
- Lennquist, S. (2009). Sjukvårdsinsats i skadeområde. S, Lennquist. (Red.). *Katastrofmedicin* (s.81-102). Stockholm: Liber.
- Lundin, T. (2010). Traumatiska stressyndrom. J, Herlofson., L, Ekselius., L-G, Lundh., A, Lundin., B, Mårtensson., & M, Åsberg. (Red.). *Psykiatri* (s.361-368). Lund: Studentlitteratur.
- Lännergren, J., Weterblad, H., Ulfendahl, M., & Lundberg, T. (2012). *Fysiologi*. Lund: Studentlitteratur.
- McEwen, BS. (2013). Stressfaktorers skyddande och skadliga effekter. B, Arnetz., & R, Ekman. (Red.). *Stress - gen. individ och samhälle* (s. 86-97). Stockholm: Liber.
- Melin, B. (2008). Arbete med hög psykisk belastning. A, Toomingas., S-E, Mathiassen., & E, Wigaeus Tornqvist. (Red.). *Arbetslivsfysiologi* (s.241-275). Lund: Studentlitteratur.
- Mishra, S., Goebert, D., Char, E., Dukes, P., & Ahmed, I. (2009). Trauma exposure and symptoms of post-traumatic stress disorder in emergency medical services personnel in Hawaii. *Emergency Medicine Journal*, 27(9), 708-711.
- Mitchell, JT., Bray, G. (1990). *Emergency Services Stress; Guidelines for Preserving the Health and careers of Emergency Services Personnel*. Prentice Hall: Englewood Cliffs
- Olsson, T. (2013). Kortisol och stressrelaterad ohälsa. B, Arnetz., & R, Ekman. (Red.). *Stress - Gen Individ Samhälle* (s.81-85). Stockholm: Liber.
- Ottosson, H., & Ottosson, J-O, (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber.
- Pellmer, K., Wramner, B. & Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.
- Rehn, H (2013) Från läkarens assistent till omvårdnadsexpert. J. Leksell., & M. Lepp. (Red.). *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s.63-80). Stockholm: Liber
- Regehr, C., Goldberg, G., & Hughes, J. (2002). Exposure to human tragedy, empathy and trauma in ambulance paramedics. *American journal of orthopsychiatry*, 72(4), 505-513.

Reason, J. (2013). Individ -och systemmodeller för felhandlingar -att skapa rätt balans i hälso -och sjukvården. S, Ödegård. (Red.). *Patientsäkerhet - Teori och praktik* (s.148-168). Stockholm: Liber.

Rooke, L. (1999) Omvårdnadsteoretiska ansatser i praktisk verksamhet. Uppsala: Almqvist & Wiksell.

Sand, O., Sjaastad, V.Ö., Haug, E. & Bjålie, G.J. (2006). Människokroppen – Fysiologi och Anatomi. Stockholm: Liber.

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslagen. Stockholm: Socialdepartementet.

Shakespeare-Finch, J., Smith, S., & Obst, P. (2002). Trauma, coping resources, and family functioning in emergency services personnel: a comparative study. *Work & Stress*, 16(3), 275-282.

Shepherd, L., & Wild, J. (2014). Cognitive appraisals, objectivity and coping in ambulance workers: a pilot study. *Emergency Medicine Journal*, 31(1), 41-44.

Simrén, M. (2013). Stress och symtom från mag -tarmkanalen. B, Arnetz. & R, Ekman. (Red.). *Stress – gen, individ och samhälle* (s. 121-129) Stockholm: Liber.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2014). *PSYKIATRI själ-kropp-samhälle*. Stockholm: Liber.

Socialstyrelsen. (2001). Hämtad 2015-10-20, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2000-1>

Socialstyrelsen. (2009). Folkhälsorapport 2009. Hämtad 2015-09-28, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>

Socialstyrelsen. (2011). Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Hämtad 2015-10-13, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18172/2010-11-13.pdf>

Socialstyrelsen. (2013). Hämtad 2015-10-13, från <https://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-10>

Svensk Sjuksköterskeförening (2010) Värdegrund för omvårdnad. Hämtad 2015-10-20, från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_2014.webb.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening (2012) Kompetensbeskrivning, legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård. Hämtad 2015-10-20, från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/ambulans.kompbeskr.webb.pdf>

Toomingas, A., Mathiassen S-E., & Wigaeus Tornqvist, E. (2008). Arbete, arbetsliv, arbetsfysiologi. A, Toomingas., S-E, Mathiassen., & E, Wigaeus Tornqvist (Red.), *Arbetslivsfysiologi* (s.17-36). Lund: Studentlitteratur.

- Tunnah, K., Jones, A., & Johnstone, R. (2012). Stress in hospice at home nurses: A qualitative study of their experience of their work and wellbeing. *International journal of palliative nursing*, 18(6), 283-289.
- Wagner, S-H. (2005) *The "Rescue Personality": Fact or Fiction? The journal of Disaster and Trauma Studies* 2005(2).
- Wiklund, L. (2005). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.
- William, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad - En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Währborg, P. (2011). *STRESS och den nya ohälsan*. Stockholm: Natur och kultur.
- Währborg, P. & Friberg, P. (2013). Tidig utveckling av hjärt- och kärlsjukdom. B, Arnetz. & R, Ekman. (Red.), *Stress - gen. individ och samhälle* (s. 99-105). Stockholm: Liber.
- Åkerstedt, T. (2008). Arbete som stör dygnsrytmen. A, Toomingas., S-E, Mathiassen., & E, Wigaeus Tornqvist (Red.), *Arbetslivsfysiologi* (s. 279-305). Lund: Studentlitteratur.
- Åkerstedt, T. & Kecklund, G. (2013). Stress och sömn. B, Arnetz. & R, Ekman. (Red.), *Stress - gen. individ och samhälle* (s. 130-137). Stockholm: Liber.
- Ödegård, S. (2013). Patientsäkerhet. J, Leksell., & M, Lepp. (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 253-294). Stockholm: Liber.
- Öhrn, A (2013). Säker vård. A-K, Edberg., A., Enberg., F, Friberg., L, Wallin., H., Wijk, J, Öhlen. (Red.). *Omvårdnad på avancerad nivå- Kärnkompetenserna inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 181-211). Stockholm: Liber.
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. F, Friberg. (Red.), *Dags för uppsats -Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-81). Lund: Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1

Söktabell

Datum / databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2/9 Cinahl	Coping* and EMS*	Peer reviewed	20	5	4	Essex, H., Benz-Scott, L (2008) Holland., M (2011) Mishra, S., Goebert, D., Char, E., Dukes, P., Ahmed, I. (2009) Shakespeare-Finch, J., Smith, S., Obst, P (2002)
2/9 Cinahl	Coping* and Emergency Medical Service*	Peer reviewed	45	7	3). Essex, H., Benz-Scott, L (2008) Holland., M (2011) Mishra, S., Goebert, D., Char, E., Dukes, P., Ahmed, I. (2009)
2/9 Cinahl	Coping* and EMS* and prehospital	Peer reviewed	10	2	2	Holland., M (2011) Mishra, S., Goebert, D., Char, E., Dukes, P., Ahmed, I. (2009)
2/9 Cinahl	Coping* and EMS* and trauma*	Peer reviewed	4	2	2	Holland., M (2011) Mishra, S., Goebert, D., Char, E., Dukes, P., Ahmed, I. (2009)
2/9 Cinahl	Coping* and ambulance*	Peer reviewed	24	6	4	Clohessy, S., Ehlers, A., (1999) Essex, H., Benz-Scott, L (2008) Shepherd, L., Wilde, J., (2011) Jonsson, A., Segesten, K. (2004)
2/9 PubMed	Coping* and EMS*		24	5	3	Essex, H., Benz-Scott, L (2008) Holland., M (2011) Mishra, S., Goebert, D., Char, E., Dukes, P., Ahmed, I. (2009)
2/9 PubMed	Coping* and Emergency Medical Service*		60	3	3	Essex, H., Benz-Scott, L (2008) Holland., M (2011) Mishra, S., Goebert, D., Char, E., Dukes, P., Ahmed, I. (2009)

8/9 Scopus	Coping* and Emergency Medical Service*	English Articel Peer-reviewed	165	7	5	Clohessy, S., Ehlers, A., (1999) Essex, H., Benz-Scott, L (2008) Holland., M (2011) Jonsson, A., Segesten, K., Mattsson, B. (2003) Mishra, S., Goebert, D., Char, E., Dukes, P., Ahmed,I. (2009)
8/9 Scopus	Coping* and EMS*	English Article Peer-reviewed	34	3	2	Holland., M (2011) Mishra, S., Goebert, D., Char, E., Dukes, P., Ahmed,I. (2009)

Bilaga 2

Mall för kvalitetsbedömning av artiklar med kvantitativ metod (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011).

1. Finns ett tydligt syfte? JA NEJ
2. Finns etiskt resonemang? JA NEJ
3. Finns alla delar (bakgrund, syfte , metod, resultat, diskussion) med? JA NEJ
4. Är urvalet representativt? JA NEJ
5. Urvalsförfarandet beskrivet? JA NEJ
6. Bortfallsanalysen beskriven? JA NEJ
7. Bortfallsstorleken beskriven? JA NEJ
8. Adekvat statistisk metod? JA NEJ
9. Är instrumenten valida? JA NEJ
10. Är instrumenten reliabla? JA NEJ
11. Är resultatet generaliserbart? JA NEJ

Bilaga 3

Mall för kvalitetsbedömning av artiklar med kvalitativ metod (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011)

1. Finns ett tydligt syfte? JA NEJ
2. Finns etiskt resonemang? JA NEJ
3. Finns alla delar (bakgrund, syfte, metod, resultat, diskussion) med? JA NEJ
4. Är urvalet relevant? JA NEJ
5. Urvalsförfarandet beskrivet? JA NEJ
6. Är datainsamlingen tydligt beskriven? JA NEJ
7. Är analys tydligt beskriven? JA NEJ
8. Är resultatet logiskt/begripligt? JA NEJ
9. Redovisas resultatet klart och tydligt? JA NEJ
10. Beskriver författarna sina begränsningar i studien? JA NEJ

Bilaga 4

Artikelöversikt

Författare, årtal, land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet och kommentar
Alexander & Klein, 2001. England	Identifiera uppkomsten av psykopatologiska symtom hos ambulanspersonal i relation till ett eget upplevt, jobbrelaterat, trauma och den egna personligheten.	Kvantitativ artikel. Data samlades in via en enkät av vilket resultatet sedan analyserades genom standardiserade metoder.	Urvalet är tydligt beskrivet och stämmer överens med syftet för studien. Bortfallet är redovisat och urvalsförfarandet är tydligt beskrivet.	90% av de svarande uppgav att de varit med om en jobbrelaterad situation som upplevts som traumatisk. 30% utav dessa fick höga poäng vid screening av PTSD.	Hög kvalitet enligt vald analysmetod. 10/11 Ej redovisat för någon etiskt prövning eller godkännande.
Clohessey & Ehlers, 1999. England	Att hos ambulanspersonal undersöka sambandet mellan coping strategier, de stressorer som upplevs och den påfrestande reaktionen kopplad till de mest påträngande minnen i relation till PTSD och andra psykiatriska symtom.	Kvantitativ artikel. Resultatet av enkäterna är analyserade genom metoder med hög validitet och reliabilitet.	Urvalet är relevant enligt syfte. Urvalsförfarandet är tydligt beskrivet. Bortfallet är tydligt redovisat men trots stort bortfall (svarsfrekvens 57%) så görs ingen fullgod bortfallsanalys.	21% av respondenterna möter de kliniska kriterierna för PTSD och 22% skattar för andra psykiatriska symtom relaterat till den traumatiska upplevelsen. Författarna beskriver vilka coping strategier som används, hur effektiva de är och hur sambandet mellan vald coping strategi och förekomsten av PTSD ser ut.	Hög kvalitet enligt vald analysmetod. 9/11 Ej redovisat för någon etiskt prövning eller godkännande. Låg generaliserbarhet då urvalsgruppen är relativt liten och bortfallet är stort.

<p>Essex & Benz-Scott, 2008.</p> <p>New York, USA</p>	<p>Utvärdera upplevelsen av stress hos prehospital personal och vilka coping strategier som användas och hur effektiva dessa är.</p>	<p>Kvantitativ artikel. Resultatet utav de anonyma enkäterna är analyserades genom metoder med hög validitet och reliabilitet</p> <p>Tillvägagångssättet är väl beskrivet.</p>	<p>Urvalet är representativt och relevant för studiens syfte. Författarna redogör väl för urvalsförfarande och bortfall.</p>	<p>92% skattar högt på burnout check-list och 99% visar tendenser till att ha utvecklat en emotionell avtrubning och blivit allt mer cyniska i sitt arbete. Författarna uppmärksammar att flera olika coping strategier används vilket ses som negativt. Skillnader mellan könen och erfarenhet finns gällande vilka coping strategier som används.</p>	<p>Hög kvalitet enligt vald analysmetod. 10/11</p> <p>Antalet respondenter är relativt litet och studien ses därför ej som generaliserbar.</p> <p>Genomgått etisk prövning i etisk kommitté.</p>
<p>Holland, 2011.</p> <p>USA</p>	<p>Undersöka effektiviteten hos befintliga coping strategier för att mildra, lindra och dämpa en PDI</p>	<p>Kvantitativ artikel. Resultatet av enkäterna är analyserade genom metoder med hög validitet och reliabilitet.</p>	<p>Urvalet stämmer väl överens med syftet. Urvalsförfarandet är väl beskrivet. Studien har en hög svarsfrekvens (98%) vilket gör att en bortfallsanalys ej krävs. Det bortfall som ändå förekommer är väl beskrivet.</p>	<p>Studien visar att 29% uppvisar kliniska symtom för PTSD. 4% upplevde att de bemästrade situationer som upplevts som känslomässigt påfrestande dåligt.</p> <p>Artikelförfattarna identifierar 3 möjligt optimala copingstrategier.</p> <p>Vidare identifierades 5 coping strategier vilka kan anses som direkt skadliga.</p>	<p>Hög kvalitet enligt vald analysmetod. 10/11</p> <p>Hög svarsfrekvens.</p> <p>Genomgått etisk prövning i etisk kommitté.</p>
<p>Jonsson, Segesten & Mattsson,2002.</p> <p>Sverige</p>	<p>Undersöka förekomsten av PTSD hos ambulanspersonal till följd av traumatiska upplevelser i arbetet.</p>	<p>Kvantitativ artikel. Data samlades in via en enkät av vilket resultatet sedan analyserades genom standardiserade metoder.</p>	<p>Urvalet är tydligt beskrivet och är representativt. Bortfallet är redovisat och urvalsförfarandet är tydligt beskrivet.</p>	<p>Författarna påvisar att med en lägre känsla av sammanhang löper man större risk för att utveckla PTSD. Vidare visar analys av insamlad data att flertalet av den undersökta ambulanspersonalen har en utvecklad PTSD eller tidiga kliniska symtom.</p>	<p>Hög kvalitet enligt vald analysmetod. 10/11</p> <p>Etiskt godkännande finns.</p>

<p>Jonsson & Segesten, 2003.</p> <p>Sverige</p>	<p>Undersöka prevalensen av PTSD symtom bland ambulanspersonal.</p>	<p>Kvantitativ artikel. Insamlad data analyseras genom relevanta metoder med hög validitet och reliabilitet</p>	<p>Urvalet är relevant för syftet och representerar väl utseendet för yrkeskategorin. Urvalsförfarandet beskrivs tydligt och bortfallet redovisas.</p>	<p>Resultatet visar att 21,5 % av deltagarna i studien påvisas ha symtom för att diagnostiseras för PTSD. Ovanstående relaterat till en oförmåga att hantera och bemästra de traumatiska situationerna man utsätts för i sitt arbete.</p>	<p>Hög kvalitet enligt vald analysmetod. 10/11</p> <p>God svarsfrekvens (72,4%).</p> <p>Diskuterar väl kring egna begränsningar.</p> <p>Har erhållit etiskt godkännande.</p>
<p>Jonsson & Segesten, 2004.</p> <p>Sverige</p>	<p>Studien syftar till att belysa och djupare undersöka det sätt som ambulans personalen upplever och hanterar traumatiska händelser på.</p>	<p>Kvalitativ artikel. Intervjuerna beskrivs som väl genomförda och datainsamlingen beskrivs tydligt. Data analysen följer en tydlig struktur enligt validerade modeller.</p>	<p>Urvalet är relevant för studien. Urvalsförfarandet beskrivs väl och argumenteras för.</p>	<p>PTSD och tidiga kliniska symtom för posttraumatisk stress visas vara vanliga efter ett arbetsrelaterat trauma. Det visas vara nödvändigt att i efterförloppet prata med utomstående för att kunna lämna händelsen bakom sig.</p>	<p>Hög kvalitet enligt vald analysmetod. 10/11</p> <p>Etiskt prövad och godkänd.</p>
<p>Mishra, Goebart, Char, Dukes och Ahmed, 2009.</p> <p>Hawaii, USA</p>	<p>Mäta förekomsten av PTSD och dess symtom i en grupp av personal inom prehospital vård. Vilka situationer ambulanspersonalen oftast upplever som traumatiska fastställs.</p>	<p>Kvantitativ artikel. Data har samlats in genom enkäter. Enkäterna är analyserade genom relevanta metoder med god validitet och reliabilitet</p>	<p>All befintlig ambulanspersonal i området där studien utförs tillfrågas. Alla anses vara kvalificerade för att delta i studien. Urvalsförfarande och bortfall är väl beskrivet.</p>	<p>Resultatet visar att 4% av respondenterna skulle kunna diagnostiseras med PTSD och 1% har subkliniska symtom. 83% uppvisar något symtom för PTSD diagnos. Endast 12% är symptomfria. Få har fått eller blivit erbjudna behandling. De situationer vilka skapar störst stresspåslag är de olyckor och/eller dödsfall som innefattar kollega eller barn. Vilka copingstrategier som anses vara viktiga och relevanta tas upp.</p>	<p>Hög kvalitet enligt vald analysmetod. 10/11</p> <p>Låg svarsfrekvens (48%) vilket är en begränsning.</p> <p>Även om studien är kvantitativ är gruppen relativt liten och studiens resultat ses därför ej som generaliserbart.</p> <p>Genomgått etisk prövning via en kommitté</p>

<p>Shakespeare-Finch, Smith & Obst. 2002.</p> <p>Australien</p>	<p>Jämföra familjeförhållandena hos ambulanspersonal med annan skiftarbetande personal som inte på samma sätt utsätts för påfrestande situationer i sin yrkesutövning.</p>	<p>Kvantitativ artikel. Data samlades in via en enkät där vilket resultatet sedan analyserades genom standardiserade metoder.</p>	<p>Urvalet är väl redovisat. Studien är gjord på enbart män, anledningen till detta diskuteras ej.</p>	<p>Resultatet visar att de personliga resurserna har en signifikant betydelse för de egna familjeförhållandena. Mellan de jämförda grupperna ser man skillnader i förmågan till coping där ambulanspersonalen visas ha en bredare repertoar än kontrollgruppen. Man finner även att det sociala stödet är grundläggande gällande förekomsten av intimitet och konflikter i de egna familjeförhållandena.</p>	<p>Medelhög kvalitet enligt vald analysmetod. 8/10</p> <p>Etiskt resonemang förs.</p>
<p>Shepherd & Wilde, 2012.</p> <p>England</p>	<p>Undersöka och belysa sambandet mellan den kognitiva bedömningen och coping.</p>	<p>Kvantitativ artikel. Data samlades in via en enkät där vilket resultatet sedan analyserades genom standardiserade metoder.</p>	<p>Urvalet är väl redovisat och relevant för studien. Urvalförändring har viss tydlighet. Redovisning av bortfall saknas.</p>	<p>Resultatet visar på sambandet mellan psykisk stress och bra/dålig coping.</p>	<p>Medelhög kvalitet enligt vald analysmetod. 8/11</p> <p>Etiskt godkänd.</p>

Bilaga 5

Resultattabell

TEMA	SUBTEMA
Bemästring och hantering	Effektiva copingstrategier Dåliga/skadliga copingstrategier
Socialt stöd	Vänner och familj Kollegor Organisation
Distansering	Introvert Konfrontation
Reaktioner	Personal Disturbing Incident Prevalens av stressrelaterade symtom