

Patienters upplevelse av vård och återhämtande efter amputation

FÖRFATTARE	Malin Helier Christina Löfberg
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad – eget arbete HT 2007
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Monica Kelvered
EXAMINATOR	Ingela Heno

Titel:	Patienters upplevelse av vård och återhämtande efter amputation
Titel (engelsk):	Amputated patients experience of care and their recovery.
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/ kurs/ kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete/ OM2240/SPN8
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	23 sidor
Författare:	Malin Helier Christina Löfberg
Handledare:	Monica Kolvered
Examinator:	Ingela Hénoch

SAMMANFATTNING

Att vara med om en amputation innebär ett stort trauma för den enskilde. För att som sjuksköterska kunna ha ett professionellt förhållningssätt gentemot patienten krävs det god självkännedom, empati och kunskap inom området. Syftet med litteraturstudien var att söka kunskap om hur sjuksköterskan på bästa sätt kan stödja, förhålla sig och vårda traumatiskt amputerade patienter. Hur vi som sjuksköterskor på bästa sätt kan lindra lidandet för den drabbade och dennes närstående. De vetenskapliga artiklarna som ingick i studien söktes genom databaserna CINAHL, PubMed och PsycINFO samt framtoogs genom personlig kommunikation med docent Hans Granhed, ortopedkliniken SU/ Mölndal. Sammanlagt valdes tio artiklar ut som alla berörde antingen traumatisk amputation, omvårdnad, livskvalitet eller patienters upplevelse av vård. Resultatet redovisades sedan utifrån fyra olika teman; upplevelse av vård, påverkande faktorer för återhämtande, kris och krisreaktioner samt i det dagliga livet. Patienters accepterande, förlusten av en kroppsdel samt hur den psykiska återhämtningen skulle se ut, påverkades till stor del av personlighet och insikten om hur livet kommer förändras. Det sociala stödet, den medicinska vården, den ekonomiska situationen och deras egen attityd till personer med avvikande utseende eller handikapp visade sig vara av stor betydelse för återhämtningen. Vikten av att känna sig socialt integrerad och accepterad av samhället lyftes fram.

Sjuksköterskor och övrig vårdpersonal borde bli bättre på att bemöta och vårda helheten hos patienter som varit med om en amputation, se till det psykiska välbefinnandet lika mycket som det fysiska.

Sökord:

Nursing and amputation and traumatic. Amputation and experiences and limb salvage.
Nursing and amputation and bodyimage. Amputation and recovery.

INNEHÅLL	Sid
INTRODUKTION	4
Inledning	4
Trauma	4
Amputation	5
Kris och krisreaktioner	6
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv	6
Livskvalitet	6
SYFTE	7
METOD	7
RESULTAT	9
Upplevelse av vård	9
Påverkande faktorer för återhämtande	9
Kris och krisreaktioner	11
I det dagliga livet	12
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	13
KONKLUSION	16
REFERENSER	18
BILAGOR	
Bilaga 1. Presentation av artiklar	
Bilaga 2. SF- 36	

INTRODUKTION

I denna litteraturstudie har vi valt att skriva om patientens upplevelse av att efter trauma få sitt ben ofrivilligt amputerat. Vår uppfattning är att det finns lite kunskap inom området presenterat bland vårdpersonal. Det är viktigt att på något vis som vårdare ha eller erhålla erfarenhet och kunskap inom ämnet då det är ett stort trauma för den enskilde patienten och hans närstående när en amputation ska ske. Vår uppfattning är att det finns en del om upplevelse och trauma beskrivet i litteraturen. Det mesta handlar då om den senaste operationstekniken då syftet är att rädda benet genom olika operationstekniker så som, frakturkirurgi genom externfixation, kärlkirurgi samt mjukdels rekonstruktion. Detta gäller då för läkare inom ortopedi som besöker kongresser om nya bättre operationsmetoder.

Vi har uppfattningen av att det inte finns mycket beskrivet om hur sjuksköterskan kan bemöta och vårda patienter som ofrivilligt får sitt ben amputerat, så varför inte ha omvårdningskongresser med temat för sjuksköterskor? Kan den som vårdar få kunskap och förståelse för hur t.ex. en tonåring känner och upplever när han just blivit av med sitt underben, hur det påverkar hans livsföring, samt hur hans framtid kommer att gestalta sig, kan vården bli mer kvalitativ. Kanske kan även vårdtiden förkortas med mer adekvat omvårdnad. Forskas det på området är det lättare att ta del av den enskildes upplevelser och uppmuntra till att vårdandet sker på ett sådant sett att han/hon inte känner sig kränkt, nonchalerad eller överkörd, samt att patienten får adekvat omvårdnad.

Inledning

För att som sjuksköterska kunna ha ett professionellt förhållningssätt så krävs det god självkännedom, empati och kunskap. Kunskap kan till viss del läras in genom utbildning men det är till stor del något man skaffar sig genom livserfarenhet.

Ett överlägset hjälpmedel när det gäller omvårdnad är att man vill sina medmänniskor väl och att man handlar utifrån det. Detta har en mycket stor betydelse för all kommunikation som sker mellan patienten och vårdaren. Patienten ska stå i fokus och sjuksköterskans behov, känslor eller impulser ska inte få styra situationen [1].

Kan sjuksköterskan öka motivationen hos patienten är chansen större att rehabiliteringen ger bättre resultat, då medverkan från patienten är det centrala i rehabiliteringen och avgörande för hur tillfrisknandet artar sig. Detta kan göras genom att ge patienten kunskap om hur det kommer att bli, jämfört med hur det är nu. De allra flesta har våldsamma smärtor innan benet amputeras, detta kan vara en av del av diskussionen. Det viktiga är också att visa på att patienten själv tänker ut och är med om beslutet vad som ska utföras eller inte. Bortsett då från dem som traumatiskt amputeras i den absolut mest akuta situationen. Dessa får man istället övertyga under vårdtidens gång [2].

Trauma

Det finns olika klassifikationer av trauma, indelningar av skador i olika grupper. De flesta av dessa patienter har varit med om en trafikolycka, ofta med moped och motorcyklar. Då man

är oskyddad, där både bilen man krockat med och föremål ute i omgivningen spelar roll för skadans art och svårighetsgrad. 30-40 % av alla som skadas i trafiken, får extremitetsskador, oavsett vilken trafikantkategori och ålder. Detta är den näst vanligaste typen av skada där skador mot huvudet är på första plats med 60-75 % [3].

Blodförlust och skada på andra organ spelar också en viktig roll i behandlingen av den skadade patienten. Smärtan är många gånger stor, vilket kan leda till komplikationsrisker. Statistiken säger att det utförs ca 3500 amputationer per år, det är oklart hur många av dessa som är traumatiska, men man hävdar att det numera är ovanligt och siffran ligger runt tio % [4]. Med traumatiska här menar man de som måste amputeras till följd av svår fraktur och stor mjukdelsskada [3].

En definition av begreppet trauma, enligt The free dictionary [5]:

1. *“A serious injury or shock to the body, as from violence or an accident.*
2. *An emotional wound or shock that creates substantial, lasting damage to the psychological development of a person, often leading to neurosis.*
3. *An event or situation that causes great distress and disruption”* [5].

I ett svenskt lexikon definieras trauma enligt följande:

”Trauma (urspr.) skada el. sår genom yttre våld; (numera vanl.) psykisk chock, häftig sorg e.d., själssår – t, -n, äv.-ta. Traumatisk som beror på el. orsakar trauma –t. Traumatologi [-låg i :] läran om olycksfallsskador, olycksfalls kirurgi –n el.-en” [6, sid 582].

Amputation

Den vanligaste indikationen för amputation av kroppsdel är i 90% av antalet amputationer perifer cirkulationssvikt, pga. ateroskleros. Detta drabbar oftast äldre människor. För yngre människor är den vanligaste anledningen svåra arm eller bensskador pga. olycka [2]. Av de 90 % är det jämt fördelat på tre stora grupper; diabetiker, rökare och ålderdom (över 80 år). En ung person har oftast varit med om en olycka där benet inte går att rädda. Tumörer är också en orsak till amputation i unga år [7]. Enligt Almås [2] blir alla framtidsplaner omkullkastade. Den unge patienten har en lång process framför sig med osäkert resultat. Patienten måste ges tid att sörja förlusten av sin fulla rörlighet. Patienten kan också visa ilska, bitterhet och sorg. Unga och gamla patienter har helt olika förutsättningar gällande läkning och rehabilitering, där unga har fördel av sin fysiska styrka under rehabiliteringen. Risken för trycksår är stor efter ett sådant här ingrepp (främst då hos de äldre), detta är en av sjuksköterskans viktigaste arbetsuppgifter. I många fall behöver amputerade patienter mycket smärtlindring och eventuellt blodtransfusion. Redan vid operationstillfället reflekteras det över huruvida patienten kommer att bli gångare eller ej, efter operationen, samt om någon protes ska utprovas. Postoperativt används gips för att forma benstumpen och motverka kontrakturer. Att lägga gipset cirkulärt sägs ha den bästa formande effekten. Ett gipsat ben gör det dock svårare att observera och direkt se en begynnande infektion, men andra markörer som temp, puls, antal vita blodkroppar kan istället var det som påvisar infektion. Gipset tas bort eller byts efter ca en vecka. Det är vanligt att ett aktivt dränage läggs in i såret (ett dränage leder bort sårvätska från området genom t.ex. en plastslang för att påskynda läkning). Dränaget är aktivt genom vakuum som blir en sug [2]. I fyra till sex månader kan patienten uppleva s.k. fantomkänsla, vilket innebär att patienten känner av den kroppsdel som inte längre finns kvar. Detta är vanligt förekommande och i enstaka fall kan det förekomma under en längre period eller hela tiden. Det förekommer även fantomsmärtor på samma sätt, i vissa fall beror detta på nervslutet som har bildat ett neurom; en ömmande förtjockning, där nerven är avskuren, i

andra fall där inte detta kunnat påvisas finns en osäkerhet om varför det uppkommer. En ung patient lär sig gå efter ett par veckor och en modern välsittande protes gör att patienten kan gå utan någon märkbar haltning. Det finns en uppsjö av olika protestyper, en del framtagna för att optimera livet för den unge patienten som vill fortsätta löpa t ex. [7]

Kris och krisreaktioner

Omvårdnadsteoretiskt perspektiv En patient som traumatiskt amputerats befinner sig i kris, vilket innebär för sjuksköterskor, att tänka speciellt på att olika reaktioner kan förekomma precis som vid vilken annan kris som helst. Kriser är det centrala i sjukvården. Med oklara gränser kan kriser delas in i katastrofer, kränkningar och förluster. Med dessa patienter kan man klart se alla tre representerade. Katastrofen är ju själva olyckan, kränkningen t.ex. för att vara ung och beroende av andra, samt förlust- i detta fall innebär det förlust av en kroppsdel, där man aldrig mer kommer att se ut som man alltid har gjort, livet krymper. Livsvillkoren blir därmed helt annorlunda [1].

Social bakgrund, tidigare vårderfarenhet samt familjesituation bör alltid ingå i sjuksköterskans kunskap om patienten. Liksom begränsningar av kroppsfunktioner, symtom och tid för skada. Amputation av kroppsdel är generellt sett alltid akut, på grund av de stora och många blodkärl som finns i området. Har amputationen hänt pga. massivt trauma är det viktigt att detta omhändertas så fort som möjligt, då risken både för cirkulationssvikt och infektioner är stor. Vilket i sin tur kan leda till ytterligare amputation högre upp på benet om cirkulationen har upphört eller om infektionen spridit sig. Re-inplantation av ett förlorat ben är i vissa fall en möjlighet, såvida det inte är för stor skada i området. Patienten får dock oftast spendera månader på sjukhus för eventuella hudtransplantationer och såromläggningar [8].

Dorothea E. Orems [9] omvårdnadsteori behandlar begreppen egenvård och egenvårdsbrist. Teorin beskriver och förklarar varför en person kan vara i behov av omvårdnad. Detta behov uppkommer först när egenvårdskapaciteten är mindre än egenvårdskraven [9].

Hon betraktar omvårdnad som en ersättning för hälsorelaterade aktiviteter (egenvård) i situationer där personer inte själva är kapabla att utföra dessa. Målet med omvårdnaden är att så långt som det är möjligt hjälpa och stötta personen till självständighet med/till dessa aktiviteter [9]

Hjälp till självhjälp kan även praktiseras/läras ut till en närstående så att även de på bästa sätt kan stödja och hjälpa personen till egenvård. Ibland kan de anhöriga även bli tvungna att helt ta över ansvaret för personens egenvård. Orem kallar detta för närstående - omsorg.

Då varken personen själv eller de närstående förmår att utföra och tillgodose personens behov av egenvård är det nödvändigt med specialiserad och professionell omvårdnad.

Hon säger att vårdandet är en konst och att det är sjuksköterskans uppgift och ansvar att ge detta till de personer som är av en sådan karaktär att de på grund av sjukdom eller skada har en bristande egenvårdskapacitet [9].

Livskvalitet

Livskvalitet definieras enligt MedicineNet.com [10]:

“Quality of life: An important consideration in medical care, quality of life refers to the patient's ability to enjoy normal life activities. Some medical treatments can seriously impair quality of life without providing appreciable benefit, while others greatly enhance quality of life” [10].

Livskvalitet är ett varierande begrepp som kan betyda olika saker för olika människor, det skattas alltid som den enskilda personens subjektiva upplevelse [11].

Begreppet livskvalitet i anslutning till välmående påverkar också de effekter som sjukdom och behandling har på det dagliga livet [11].

Det övergripande målet med omvårdnaden när det gäller kroniska tillstånd som att ha blivit amputerad är att uppnå en så stor funktionell tillfredsställelse som det är möjligt. För den drabbade innebär en amputation alltid en dramatisk förändring i hans eller hennes livssituation [11].

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att söka kunskap om hur sjuksköterskor på bästa sätt kan stödja, förhålla sig och vårda traumatiskt amputerade patienter. Hur kan vi som sjuksköterskor lindra lidandet för den drabbade och dennes närstående?

METOD

Vi har sökt artiklar i olika databaser och främst databaser vid Biomedicinska Biblioteket, Göteborgs Universitet. De databaser vi har valt att söka artiklar i, är databaserna CINAHL, PubMed, PsycINFO (se tabell 1). Vi har tillsammans under arbetets gång diskuterat fram lämpliga sökord till vår litteraturstudie.

När vi fann en artikel där titelnämnet på artikeln tydde på att den handlade om traumatisk amputation, omvårdnad, livskvalitet eller patienters upplevelse av vård sökte vi vidare och läste artikelns syfte samt sammanfattning.

Resultatet av artikelgranskningarna blev att ytterligare artiklar valdes bort. I den sista gallringen lästes samtliga utvalda artiklar och de artiklar som berörde ämnet mest användes till resultatdelen.

För de artiklar som erhöles manuellt fanns samma krav och tillvägagångssätt till urgallring som de övriga artiklarna som slutligen valdes (se tabell 2).

Vi valde ut tio stycken artiklar där sex [12, 14, 16, 17, 20, 21] var kvalitativa, tre [13, 18, 19] kvantitativa och en [15] litteraturstudie.

Vi läste och granskade de tio vetenskapliga artiklarna tillsammans och analyserade artiklarna med checklistor som vi erhållit via kursledningen. Vi använde överstrykningsmetoden och olika färgpennor och strök under det vi tyckte var viktigt samt det vi behövde diskutera med varandra. Vi diskuterade resultatet av vår granskning, jämförde vad vi tyckte var viktigast och diskuterade innehållet. Studiernas resultat analyserades dels utifrån Orems omvårdnadsteori samt dels utifrån vårt syfte med litteraturstudien.

Tabell 1. Sammanställning av artikelsökning:

Dataabas/ tillgänglig	Sökord	Antal träffar	Antal valda artiklar	Artiklarnas ref.
CINAHL 2007-08-31	Traumatic, amputation	53	2	13, 15
PsycInfo 2007-08-31	Traumatic, amputation	16	1	12
Pub Med 2007-09-04	Nursing and amputation and traumatic	74	1	17
Pub Med 2007-09-04	Amputations and life quality and leg injuries	13	2	20, 21
Pub Med 2007-09-04	Amputation and caring	31	1	18
Pub Med 2007-09-04	Amputations and experiences	197	2	14, 16
Pub Med 2007-09-04	Amputations and experiences and leg injuries	18	0	
Pub Med 2007-09-05	Amputations and experiences and limb salvage	3	0	
Pub Med 2007-09-05	Nursing and amputation	519	0	

Pub Med	Nursing and amputation and body image	14	0	
2007-09-05				

Tabell 2.

Datum	Sökning	Källa	Antal / Valda	Artikel ref.
2007-03-12	Manuell	Docent Hans Granhed, SU/Möln dal ortopedkliniken	1	19

RESULTAT

Vårt resultat är sammanställt utifrån olika teman som växte fram under artikelgranskningen. Dessa teman var, *upplevelse av vård, påverkande faktorer i återhämtandet, kris och krisreaktioner samt bifynd*. När en människa drabbas av en traumatisk amputation så kan det av individen uppfattas som förödande. Den oförmåga som det till en början innebär leder till en stor förändring och prövning i den drabbades liv, i synnerhet då samhället ofta ser den fysiska förmågan som norm [12].

Upplevelse av vård

I en studie av Ferguson et al. [12], upplevde en patient att vårdpersonalen gav honom både uppmärksamhet, stöd samt att de ingav hopp och mod i hans livssituation. Detta gav honom en känsla av att vara normal trots att han bara hade ett ben och använde sig av en protes. Personalen gav honom stöd och sa att han inte skulle känna sig begränsad och hindrad av detta utan fortsätta att leva och utföra vad han kunde och ville. Flera av de andra personerna i studien beskrev att det saknade förståelse, likställd och samordnad vård. Detta inkluderade alla aspekter inom både akut och pågående medicinsk vård, rehabilitering, protesutprovning samt deras önskan att känna professionellt stöd [12].

Graham et al. [13] fann i sin studie att de flesta patienterna kände sig nöjda med den fysiska rehabiliteringen. De som inte var nöjda var de som fortfarande hade psykiska problem eller symtom på Post Traumatic Stress Disorder [PTSD]. Det visade sig inte finnas något samband mellan välbefinnande i vården och ålder på patienten, kön, fantom- eller stumpsmärtor, psykiska problem eller PTSD [13]. I en studie [14] påvisades att deltagarna upplevde vårdpersonalen högt kvalificerad. De sågs som professionella yrkesutövare som kommunicerade med ett förståeligt språk. Det enda som patienterna tyckte behövde förbättras var att vårdarna borde ge mer information och uppmärksamhet angående patienternas aspekter gällande kostnader rörande protes. Utseendemässigt, angående proteserna, som till exempel vilka skor som kan användas, möjlighet att kunna återgå till sitt arbete, underhåll och skötsel av proteserna väckte många frågor och funderingar hos patienter [14].

Påverkande faktorer för återhämtande

I en omfattande studie [13] undersöktes vad som underlättar eller hindrar återhämtande hos personer som har förlorat en kroppsdel i en explosion. Några av de faktorer som togs upp var psykosociala aspekter, bemästrande, personlig karaktär, social och ekonomisk bakgrund. Resultatet visade att accepterandet av förlusten och den psykiska återhämtningen efter händelsen påverkades stort av individens karaktär, personlighet och insikt om att livet kommer att bli förändrat. Det sociala stödet, medicinska vården, ekonomiska situationen och deras egen attityd till personer med ett avvikande utseende eller handikapp visade sig också ha en stor betydelse för ett optimalt tillfrisknande. De drabbade diskuterade sambandet och vikten mellan att känna sig socialt integrerade, att känna sig som en del av samhället igen och klara sig ekonomiskt under återhämtandefasen. Båda dessa faktorer fick dem att känna sig mer "normala". Att få känna sig normal och accepterad var av stor vikt för hur de drabbade hanterade och klarade av att återkomma till samhället igen. Då det gällde proteser visade det sig ha betydelse mellan kvaliteten på proteserna och den fysiska och den psykologiska återhämtningen. De flesta som hade en önskan om att kunna återgå till att arbeta igen hade inte detta endast av ekonomisk orsak eller för att de skulle känna sig produktiva eller behövda i samhället utan också för att de ville kunna leva upp till sina familjeroller och sociala roller [13]. Några av de drabbade kände att de fick hjälp och stöd genom sin religion och andliga tro, andra kände att de fick stöd och motivation av andra amputerade. Detta fick dem att känna hoppfullhet, meningsfullhet och viljan att leva kom därmed tillbaka, de ville vända det hemska som hade hänt dem till något positivt. Flera beskrev amputationen som en start på ett nytt liv, att de utvecklade ett större altruistiskt tänkande [12]. Smärtor i kvarvarande kroppsdel, stump, är vanligare hos personer som har blivit av med en kroppsdel i ett trauma än hos de personer som har blivit planerat amputerade genom ett operativt ingrepp. Om en person upplever stark smärta påverkar detta den fysiska och psykiska rehabiliteringen negativt, det kan också öka risken att drabbas av PTSD [13].

En faktor som påverkar tillfrisknandet är personligheten hos individ som drabbats av en amputation. Kognitivt påverkar detta i stor grad den känslomässiga och accepterande processen [15]. Andra faktorer som kan påverka tillfrisknandet negativt är tanken på finansiella problem, förmågan att arbeta igen, kontakter med olika försäkringsbolag. Tankar och rädslor om att bli negativt utvärderad av andra människor, att skämmas på grund av den fysiskt nedsatta funktionen. Flera av personerna i studien var rädda att åter bli skadade om de återgick till sitt gamla arbete igen, då det var där olyckan hade skett. Att i ett tidigt skede identifiera och förebygga svårigheter kan underlätta för den drabbade att återgå till ett normalt och funktionsdugligt liv igen. Kognitiv terapi har visat sig vara en effektiv hjälp för personer som har skadats i en arbetsplats olycka [15].

Den negativa reaktion som en störd kroppsuppfattning för med sig, kan påverka rehabiliteringsprocessen och med detta leda till en ökad social isolering. En person som upplever kronisk smärta påverkas känslomässigt, kognitivt och beteende mässigt. Smärtan påverkar den fysiska och psykiska rehabiliteringen, eventuella protesutprovningar samt återgång till arbete. Faktorer som kan öka smärtan är stress och begränsat socialt stöd [15]. Fantomsmärtor kan hålla i sig länge men minskas ofta över tid medan stump smärtan är värst postoperativt [15].

Andra faktorer som kan påverka hur rehabiliteringen utvecklas hos en drabbad individ är personens engagemang och delaktighet (14).

Tillfrisknandet påverkas även av protesens funktion, har man bra kontroll kan det påverka tillfrisknandet positivt. Genom att göra vissa illusionära övningar, som att ta på handprotesen med slutna ögon upprepade gånger och varva med att ta på den egna handen med protesen, också här med slutna ögon, enligt undersökningen känner man inte så stor skillnad efter att ha upprepat denna övning. Man kan då lättare lära känna sin nya kroppsdel [16].

I en studie av Reed [17] undersöktes amputerade farmares situation. Det riktiga tillfrisknandet började när man var tillbaka på farmen i arbete beskrev många. I studien hade 15 stycken farmare en protes men bara hälften använde den. De hittade lösningar som fungerade utan protesen. De hade alla ett mål att arbeta mot, detta gav dem kraft och mod att kämpa. Många av de intervjuade uttryckte en önskan att få hjälp och råd av en tidigare drabbad med erfarenhet samt att familjen skulle få stöd av andra familjer i samma situation, någon form av mentor. De önskade att sjuksköterskan hade haft kunskap att förmedla en sådan kontakt. Deras upplevelse av vården de fick var positiv, både behandling och råd menade de gav dem en chans till snabbare återgång till arbetet. De som tvingades, på grund av skadans art, vara sjukskrivna länge uppgav alla att de kände av en depression. ”*Det finns ingen specifik rehabilitering för vår grupp*” menade en patient, men det finns för så många andra yrkesgrupper. De uttryckte att sjuksköterskan kunde vara till stor hjälp med att ha ett lyssnande öra och förmedla kontakt till andra drabbade. Samt utbilda dem i de fysiska konsekvenserna av en amputation. Berätta och förklara om fantomsmärtor samt hur man tar hand om sår. De var tacksamma för den undervisning de fått i att träna upp andra muskelgrupper som skulle komma bli viktiga i och med den förlorade handen/ armen [17].

I en annan studie (18) visade det sig att amputerade hade svårigheter att känslomässigt och socialt acceptera den förändrade kroppen och dess funktion. Detta hindrade dem från att leva ett så normalt liv som möjligt. Sjuksköterskan bör ge patienten utbildning gällande specifika fysiologiska, psykologiska förändringar samt social träning. Patienter som blivit amputerade bör ses som en helhet gällande fysiskt, känslomässigt och socialt välbefinnande [18].

Kris och krisreaktioner

När en person inser och tar till sig att han eller hon har förlorat en kroppsdel så är det vanligt med känslor av förnekelse, ilska, utanförskap och sårbarhet [12].

Många patienter upplevde att de stötte på sociala hinder och negativt bemötande på grund av sitt handikapp. De tyckte inte att de fick samma tillgång till adekvat vård, utbildning, arbete och ekonomiska möjligheter jämfört med andra människor. Dessa hinder påverkade deras psykiska tillfrisknande process både under och efter den medicinska behandlingen och ledde inte sällan till depressiva känslor, hjälplöshet och isolering. Bristen på dessa upplevda hinder ledde till att många livsgnista försvann då de amputerades och även lång tid efter denna händelse [12].

Flera av dem som förlorat en kroppsdel i en traumatisk olycka utvecklade PTSD, det visade sig att både symtomens allvarlighetsgrad och varaktighet kunde minskas hos dem som hade ett socialt stöd [12].

Ferguson et al [12] anger att tre olika faser sker i tillfrisknande processen. I första fasen känner sig de drabbade sig som offer, som att de har förlorat sin plats i världen. I den andra fasen börjar de drabbade känna sig som en överlevande, de börjar hitta sin del i världen igen. I den tredje fasen så ser de drabbade sig åter som hela medborgare, de har samma rättigheter och möjligheter som alla andra medborgare i samhället.

Graham et al [13] angav att flera av de drabbade upplevde psykologiska problem som oro och depression. Det visade sig också vara vanligt med PTSD, undvikande beteende, intensiva tankar angående händelsen, flashbacks, kroppslig oro, svettningar samt svårt att andas efter att ha varit utsatt för ett trauma. En hög andel personer upplevde oro och depression, inte endast på grund av amputationen, utan även på grund av att det skedde genom ett terrorist dåd. Personerna kände sig som offer, samt att det var en oförutsägbar händelse vilken de inte kunde påverka.

Många upplever fysiska och emotionella svårigheter. Ångest är en normal reaktion vid stress eller hot. Får man ingen behandling mot detta kan ångesten bli generell och utvecklas till panikångest eller specifika fobier. Detta är vanligare hos yngre personer som har blivit amputerade i en arbetsplatsolycka än hos dem som blivit amputerade på grund av vaskulära sjukdomar. De yngre löper även en ökad risk att drabbas av PTSD. Det finns bevis vilka tyder på att socialt stöd vid PTSD är en viktig och förebyggande hjälp. Depression, förlust av intresse, nedsatt aptit, energiförlust, känsla av värdelöshet, sömnproblem, koncentrationsproblem och återkommande tankar på döden samt självmord är vanligt hos dem som blivit traumatiskt amputerade på sitt arbete [15].

Då det gällde kris och krisreaktioner visade det sig att hos många av de amputerade försämrades funktionsdugligheten, religionsutövandet, alkoholkonsumtionen och de sociala relationerna drastiskt [12]. Hos dem som inte fick adekvat och snabb samtalsterapi såg man att bl.a. alkoholkonsumtionen ökade [15].

Sorg är en normal reaktion vid en förlust. Den som drabbas förlorar inte bara en kroppsdel utan även sin roll i samhället, sin identitet och de framtida mål man haft. Hur denna sorg uttrycks och upplevs påverkas av individuella och kulturella skillnader och bakgrunder [15].

Kroppsuppfattningen beror på perception, tankar och känslor om sin kropp och sina kroppsliga upplevelser, detta kopplat till det sociokulturella sammanhanget. Den stora och plötsliga förlust som en arbetsplats- relaterad amputation innebär, kan leda till komplexa psykologiska prövningar. Detta drabbar alla amputerade i viss utsträckning men främst hos de yngre som ofta upplever skam, självupptagenhet, social obekvämheter, undvikande beteende, undvika fysisk kontakt med stumpen samt förbise sina egna behov. Man har sett genom att den amputerade har fått en protes har den negativa kroppsuppfattningen reducerats [15].

Negativ kroppsuppfattning hos traumatiskt amputerade är kopplat till minskat välbefinnande, minskat självförtroende samt större risk att drabbas av rädsla, ångest och depression [15, 18]

I det dagliga livet

I en studie av Hagberg och Brånemark [19] påvisades att knappt hälften av de amputerade upplevde sin helhetssituation som bra eller väldigt bra. Drygt hälften hade problem med att sköta ett hushåll, men bara 28 % menade att de fick problem i sitt arbete. Däremot får den mentala hälsan högre poäng än standardvärdet för en "ickeskadad".

Det snabbaste tillfrisknandet och återhämtandet såg man hos gruppen primäramputerade [20]. Av de sen- amputerade (minst sex mån efter olyckan) var det sex av tio patienter som önskade att de hade blivit amputerade i ett tidigare skede. Sju av tolv patienter där benet räddades kände smärta under en stor del av tiden. De tidigt amputerade var tillbaka i arbete efter sex månader. De patienter som fick benet opererat och behandlat s.k. "räddat" kom i arbete efter 18 månader och de som av olika anledningar blivit amputerade under ett senare skede efter hela 36 månader. De tidigt amputerade mätte bäst enligt resultat på uppmätt välbefinnande [21].

Enligt Hagberg och Brånemark [19], som undersökt 97 lårbensamputerade patienter, behövs satsningar för att förbättra livskvaliteten för patientgruppen. Det finns evidens för att den här patientgruppen känner en kraftig negativ påverkan på livskvaliteten, en fjärdedel upplevde att de hade en dålig, eller extremt dålig helhetssituation. Dessa siffror är mätta med hjälp av ett SF-36 test, som är ett test som går ut på att mäta livskvaliteten hos en specifik grupp människor jämfört med t.ex. en ickeskadad i samma ålder (se bilaga 2). Det visas också på avsevärda problem relaterade till både amputationen som sådan men även med proteserna. Genom att göra ett specialdesignat test för lårbensamputerade fick man reda på att 72 % hade

besvär i form av svettningar i protes- änden mot stumpen, 62 % upplevde smärta i huden på samma ställe. Knappt hälften hade fantomsmärtor, ont i ryggen och upplevde smärta från det friska benet. Orsaken till amputation var trauma i 55 %, tumör i 35 % bland resterande var orsaken okänd. 95 % har protes, 82 % använder den dagligen [19].

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med litteraturstudien var att söka kunskap om hur sjuksköterskor på bästa sätt kan stödja, förhålla sig och vårda traumatiskt amputerade patienter. Hur kan vi som sjuksköterskor lindra lidandet för den drabbade och dennes närstående?

De sökord vi valde att använda gav en mängd olika träffar inom traumatisk amputation, tyvärr fann vi inte så många artiklar som var skrivna ur ett sjuksköterskeperspektiv. De flesta artiklarna som valdes bort behandlade inte de delar som fanns i vårt syfte. Hade vi valt andra sökord skulle resultatet med största sannolikhet ha blivit annorlunda. Detta kan innebära att intressanta och relevanta fakta gått förlorade.

De artiklar som till slut valdes berörde antingen upplevelse av vård, påverkande faktorer vid återhämtandet, kris och krisreaktioner vid amputation. Vi valde också att ta med en liten del statistik. I flertalet av artiklarna användes mätinstrumentet SF-36 (se bilaga 2).

Vi anser att de tio artiklarna som vi valde för vår litteraturstudie inte var tillräckliga för att besvara våra frågor och uppfylla vårt syfte helt. Detta tror vi beror på den minimala forskning som gjorts inom ämnet.

I studien användes sex kvalitativa, tre kvantitativa och en litteraturstudie. Flertalet av de studier vi fick fram var kvalitativa, vilket också visar sig i vårt resultat. Ämnet vi har valt gör att vi tycker kvantitativa studier inte lämpar sig lika bra som kvalitativa då vi ville nå botten och se djupet i vårt valda ämne, samt få fram hur individen upplever en amputation.

I alla artiklarna diskuterades urval, population och antalet referenser, de olika studierna var omfattande och trovärdigheten och bristerna i resultaten togs upp. Urvalet i studierna var relevanta utifrån sitt syfte.

Studierna var utförda i olika länder, USA, Irland, Canada, Nya Zeeland, Nederländerna och Sverige. På grund av detta så anser vi att tillförlitligheten av studierna är av god kvalitet.

Resultatdiskussion

De artiklar vi valt att ha med i vår litteraturstudie handlar alla om personer som på något sätt har varit med om en amputation, olika synvinklar och situationer tas upp om hur det kan upplevas att bli/vara amputerad. Några utav studiernas olika kontext är bl.a. amputation som beror på sjukdomsfall (14, 18,19), förlust av en kroppsdel hos privatpersoner efter en traumatisk landminexplosion i ett krigsdrabbat land(12), amputerad p.g.a. av en terrorist attack på Nord Irland (13), arbetsplats relaterad olycka som leder till amputation (15, 17), amputerad till följd av ett yttre trauma (20, 21) och att hitta faktorer som kan förebygga fantomsmärtor generellt hos amputerade personer (16).

I de olika studierna var fördelningen mellan män och kvinnor något ojämn. I flertalet av de tio artiklarna var det övergripande antalet deltagare män, endast i en av artiklarna var fördelningen mellan män och kvinnor helt lika. Det framkommer ingenstans vad detta beror på men vi antar att det kan vara t.ex. att fler män än kvinnor drabbas utav den här sortens

olyckor (bortsett från sjukdomsfall) som leder till amputationer av olika slag. Utifrån denna synvinkel så faller det sig naturligt att deltagarna främst är/ blir män.

Det visar sig inte heller om det fanns några skillnader i upplevelsen av att ha blivit av med en kroppsdel relaterat till genus.

Det som inte nämndes i artiklarna och som vi frågar oss efter genomgången studie är om de amputerade upplever någon skillnad i hur de har blivit amputerade och situationen runt omkring? Vad har de med sig i bagaget? Hur upplevs det t. ex att leva nära avsiktligt våld? Hur påverkar det en människa? Hur upplever de denna stress som det innebär att leva under hot och våld? Är det skillnad i att uppleva en amputation efter en olycka och våld, landmina eller terroristattack där någon avsiktligt skadat mig? Hur ser återhämtningen ut hos de som t.ex. blev amputerade efter en terroristattack år 1969 jämfört med år 2003? Finns det några skillnader?

Vi tycker att alla dessa frågor är ytterst relevanta för denna patientgrupp och ger därmed dessa frågor som tips till vidare forskning.

Efter granskningarna utav artiklarna är vi bekräftade i att det inte finns så mycket kunskap inom detta område för sjuksköterskor. Detta var en av anledningarna till valet av ämne. Det finns en del för läkare, då främst angående olika operationsmetoder. Amputation är inget vanligt ingrepp i det akuta skedet, även inom traumakirurgi är det relativt ovanligt. Därför är det svårt att hitta information om ämnet. Vad som binder artiklarna samman är där patienterna berättar om smärtan, den kan vara en lång tid efter ingreppet, komplikationer som infektion kan både öka smärtan och senarelägga återhämtningen. Många som blivit amputerade efter ett eller flera försök att rädda benet berättar att om samma sak hände igen skulle de vilja bli amputerade med en gång. Deras komplikationer är så kraftiga att de inte tycker det är värt det, då man ändå kanske måste ta benet senare. En annan likhet är patienternas berättelser om proteserna, många tycker det är värre med proteserna på den kvarvarande kroppsdelens dvs. benet, arbetar hellre upp de musklerna som kan kompensera. Smärtan av en illasittande protes är värre än ingen protes alls. Vi fann också olikheter mellan artiklarna. En del artiklar berättade om hur livet blev till det bättre för den drabbade efter olyckan, rent psykologiskt, då de lär sig att ta vara på livet nu. Andra menade att de lika gärna kunde ha omkommit i olyckan. Det sistnämnda är mest unga personer. De artiklar vi beslöt oss för att använda gav delvis svar på våra frågor. Vi anser därför att vårt syfte med studien inte helt blivit uppnått. Det vi sökte var svar på hur sjuksköterskan kan vårda patient som drabbats av att bli traumatiskt amputerad på bästa sätt för att minska deras lidande. Vi sökte också svar på hur de som genomgått att bli amputerade upplevde sin vård under sjukhusvistelsen och under följande vård under återhämtningen. Tyvärr fann vi ytterst lite svar på, endast någon enstaka intervjuad person tar upp sjuksköterskan. När de flesta patienterna talade om vård, menade de valet av operationsmetod som; ”ska de ta hela mitt ben?”. ”Kommer jag få några men efter operationen?”. Det vi sökte svar på som t.ex. om patienterna fick bra information? Fanns sjuksköterskan där som stöd i svåra stunder? Vad skulle hon kunna göra för att minska uppkomsten av ytterligare lidande samt lindra det lidande som redan uppstått, fann vi inget svar på.

Som sjuksköterskor kan vi minska lidandet för dessa patienter genom att vara medvetna om vikten att informera och ge utbildning till patienterna om vilka förluster de kan komma uppleva, detta gäller inte endast förlusten av en kroppsdel utan även roller, identitet och framtida mål [12,15,18]. Detta berättas mycket om då de som en gång varit patienter, nu är med i informationsgrupper i stödföreningar och ger stöd åt nyskadade [17].

Det är sjuksköterskans uppgift att identifiera de patienter som ligger i riskzonen att drabbas av PTSD i ett tidigt skede. Det har visat sig att de patienter som erhållit samtalsterapi och socialt stöd har haft minskade symtom och varaktighet på PTSD, bättre rörlighet och minskad smärta vilket i sig leder till ett minskat lidande [12, 13, 15].

Traumaamputerade patienter kräver ett holistiskt synsätt både i hanterande och vårdande [13]. Tidig information, rehabilitering och protesutprovning har visat sig påverka rehabiliteringen positivt. Det är viktigt att sjuksköterskan och övrig personal har rätt kunskap och utbildning inom rehabilitering och själva återhämtningsprocessen för patientgruppen. Det mest effektiva är att påbörja en holistisk rehabilitering så fort som möjligt [15].

Det är positivt att många utav patienterna upplevde att personalen gav dem uppmärksamhet, stöd, hopp och mod. Flera påpekade vikten av att känna sig normala och accepterade [12], många hade dock själva svårt med att acceptera och leva med den förändrade kroppen [18]. Vikten av socialt integrerande berörs, vad som påverkar för hur patienten mår är bl.a. hur det sociala stödet ser ut, medicinska vården, ekonomisk situation och hur deras egen syn på handikappade ser ut [12]. De flesta säger att de snabbt vill tillbaka till samhället. Det riktiga tillfrisknandet börjar inte förrän de åter är i arbete [17].

Vi sjuksköterskor måste acceptera och bemöta dessa patienter som vanliga människor. Gör inte vi det med den utbildning, kunskap och bakgrund, så vad säger att de själva och samhället skulle göra det? För att vi ska kunna hjälpa och påverka patienterna måste vi våga prata med dem. Det är viktigt för deras väg tillbaka, vi måste våga ta reda på hur de själva ser på sitt handikapp. För att patienterna ska kunna komma åter är det viktigt att följsamheten till behandlingen är stor, det är också vår uppgift att informera vad som händer då de inte tar sitt ansvar och följer de råd vi ger, både vad det gäller läkemedel och rehabilitering/träning.

I de artiklar vi har granskat fann vi stöd i Orems [9] omvårdnadsteori. Det är främst då det gäller bristen på egenvård. Vi fann i artiklarna att nästan alla av patienterna drabbas och utvecklar någon form av kris. Då är det viktigt att som sjuksköterska kunna uppmuntra, hjälpa och stötta patienten till självständighet. Många av patienterna med protes som de erhållit efter amputation fastnar utanför samhället med sjukskrivningar. Flera utvecklar någon form av missbruk. Den nedsatta funktionsdugligheten leder till egenvårdsbrist. För dessa patienter ser vi att de anhöriga har en stor roll för hur återhämtandet till livet och vägen tillbaka ut i samhället kommer utvecklas. Enligt Orem [9] kan mycket kunskap om hjälp till självhjälp läras ut till de anhöriga.

Vi tycker att engagerande av de närstående är ett effektivt och smidigt sätt att hjälpa dessa patienter, då det oftast är de anhöriga som vistas dygnet runt med dem. De kan då påverka till att utveckla egenvården [9].

När vi kopplade resultatet till Orems [9] teori såg vi att hjälp till självhjälp kan utföras på många sätt. I en studie av Ferguson [12] upplevde en patient att vårdpersonalen gav honom både uppmärksamhet, stöd samt ingav hopp och mod i hans livssituation. Detta gav honom en känsla av att vara normal trots att han bara hade ett ben.

Att få en person att känna sig normal trots sitt handikapp tror vi underlättar för personen att sköta sin egenvård. För att kunna upprätthålla sin egenvård optimalt så är det viktigt att veta hur man ska göra, där kan vi sjuksköterskor bidra med mycket kunskap om t.ex. underhåll och skötsel av proteser m.m. I en annan studie [13] visade resultatet att accepterandet av förlusten av en kroppsdel och insikten om att livet kommer att förändras påverkar hur återhämtningen tillbaka till livet kommer att bli. En störd kroppsuppfattning [15] försvårar för individen att sköta och hantera sin situation. Det har också visat sig att flera av de amputerade [18] hade svårt att känslomässigt och socialt acceptera den förändrade kroppen och dess funktion.

Här kan vi sjuksköterskor också delge mycket, lyssna och diskutera med patienten hur han eller hon upplever sin situation, ta upp och påpeka vikten av att bli socialt integrerade igen. I en studie av Reed [17] säger många av de amputerade att det riktiga tillfrisknandet på börjades först när man var tillbaka i arbete igen. Enligt Hagberg och Brånemark [19] behövs satsningar för att förbättra livskvaliteten hos dessa patienter. Vi tror att mycket kan göras för att förbättra dessa personers situation, med t.ex. snabb och adekvat samtalsterapi kan många upplevda problem och farhågor minskas. Vi sjuksköterskor är de första att identifiera och

hjälpa till att åtgärda kriser hos patienterna, gör vi detta så underlättas automatiskt patientens livssituation och egenvården blir lättare att identifiera och synliggöra.

Personens egen syn på handikappade är också avgörande för hur egenvården kommer att utvecklas. Finns en negativ syn kanske patienten kan få hjälp med att träffa andra personer som har varit i samma situation och som har återgått till ett normalt liv efter sin amputation. Någon som vet hur det känns och förstår vad de pratar om, någon som kan få dem att känna sig normala trots sin förlust. Detta tror vi kan inge hopp, tröst och stöd i en tillsynes omöjlig livssituation, få se att det finns andra som har klarat av denna stora förändring kan hjälpa och uppmuntra personen att kämpa och inte ge upp, detta bidrar på sikt till ökad och mer kvalitativ egenvård.

Många uttryckte själva en önskan om att få träffa tidigare drabbade med erfarenhet samt få familjestöd och känna gemenskap från andra familjer i samma situation [12,17]. Patienterna ansåg att de ville ha mer kunskap om protesens utseende och funktion. De ville veta om de kunde använda sina vanliga skor och byxor, samt hur protesen skulle skötas. Detta väckte många frågor och funderingar hos dem [14]. Vi kan som sjuksköterskor demonstrera och förklara genom att ha protesatrappor på avdelningen där man kan visa hur det kan se ut och skötas.

Som vi skrev i introduktionsavsnittet, finns det inte mycket beskrivet från en sjuksköterskas perspektiv. Efter avslutad litteraturstudie kan vi vidhålla att det inte finns tillräckligt med forskning eller vetenskapliga artiklar. Däremot finns det en rad olika råd från patienter hur de skulle vilja ha det, som de berättar om efter sin vistelse på sjukhus. Det innebär en stor förändring i deras liv, det kan ta lång tid att acceptera amputationen. Något som kan vara till hjälp i återhämtandet är att få kontakt med andra skadade, få höra deras berättelse om hur det var när de skadade sig [17]. Det yttre spelar också en stor roll, hur kommer jag att upplevas av andra, därför kan det vara en stor och viktig uppgift för sjuksköterskan att börja redan på sjukhuset att prata om skor, kläder m.m. Hur man rent praktiskt ter sig ut. Att ha anhörig kvällar då anhöriga till tidigare skadade kommer och berättar om hur det var för dem. Detta kan ge de närstående lite tips och tankar om hur de kan förhålla sig till sin nyskadade vän/familjemedlem.

KONKLUSION

Vår slutsats efter att arbetat med denna litteraturstudie är att det behövs mer forskning angående omhändertagande och vårdande av traumatiskt amputerade patienter, främst kvalitativa studier för att reda ut hur patienterna har upplevt den vård vi har gett. Sjuksköterskor och övrig vårdpersonal måste också bli bättre på att bemöta och vårda helheten hos patienter som erhållit protes efter amputation, se till det psykiska välbefinnandet lika mycket som till det fysiska. Alla dessa aspekter tillsammans skulle leda till att patienterna skulle uppleva ett större välbefinnande i vården, vi som sjuksköterskor skulle känna oss mer tillräckliga och kostnaderna för sjukvården skulle minskas.

Vi vill ge ytterligare förslag till fortsatt forskning såsom att ta reda på hur livet ser ut för dessa patienter efter amputationen när det har gått en tid och de kanske hunnit anpassa sig till det produktiva livet. Mår traumatiskt amputerade patienter sämre än de planerade - en del väljer att amputera senare då de upplever att de ändå bara besväras av sitt ben. I vårt samhälle anses det vara en norm att ha två ben och två armar och man kanske lyckas rädda benet av "estetiska skäl" men dock med sämre funktion. Är det etiskt försvarbart att rädda benet till varje pris?

Är deras liv annorlunda? Har de kunnat återgå till att arbeta eller är de sjukskrivna? Finns det en ökad alkohol eller narkotika konsumtion bland dessa patienter?

Vad som även skulle vara av intresse är att undersöka skillnader ur ett genusperspektiv, upplever kvinnor sin amputation annorlunda än män? Finns det någon skillnad mellan kvinnligt och manligt då det handlar om kroppsuppfattning? Finns det kulturella skillnader? Ser man olika på amputerade personer beroende på vilket land som de lever i?

Vi vill sammanfatta några råd vi anser är angeläget i vårdande av patient som amputerat sitt ben efter en traumatisk situation:

- Låt alltid patienten stå i fokus och få en chans att vara delaktig och medverka i sin rehabilitering. Lyssna till vad han eller hon har att säga. Informera om vad det finns för möjligheter, berätta om andra i samma situation hur de har upplevt sin amputation. Vi som sjuksköterskor bör tänka på att tidigt uppmärksamma tecken på kris, för att lindra är det viktigt att vi kan ge snabb hjälp och ett adekvat stöd. När vi ser tecken på kris är vi de första som bör reagera på att förmedla professionell hjälp t.ex. samtalsstöd hos en kurator eller kognitiv terapi m.m.
- Ge patienten tid att sörja förlusten över sin förlorade kroppsdel. Var där för patienten på hans villkor när han känner sig redo att öppna sig och ta kontakt.
- Prata med ett förståeligt språk, använd inte för mycket medicinska termer. Motivera patienten till att fortsätta leva och utföra vad han fortfarande kan och vill göra. Prata med dem om att de inte bör känna sig hindrade och begränsade. Bemöt patienten så att han känner sig normal och accepterad. Tala och diskutera med patienten om vikten av att ha ett socialt stöd, för dem som är ensamma kan vi hjälpa till att förmedla kontakt med tidigare drabbade. Uppmuntra patienten att bli socialt integrerad, diskutera vikten av att vara en del av samhället.
- Tänk på den drabbades närstående, guida dem till andra drabbade familjer och patientföreningar om de önskar.

Referenser

1. Holmdahl B. Patienten och du - förhållningssätt I omvårdnad. Malmö: Team Offset; 1990.
2. Almås H. Kap 31. I: Almås H red. Klinisk Omvårdnad 2. Stockholm: Liber AB; 2002. sid 695-708.
3. Edlund Y, Scherstén T. Kirurgi- Traumakirurgi. Stockholm: Esselte studium; 1986.
4. Rydholm A, Gustafson P. Ortopedi. I: Andersson R, Jeppsson B, Lindholm C, Rydholm A, Ulander K red. Kirurgiska sjukdomar. Lund: Studentlitteratur; 2004. Sid. 272.
5. The free dictionary. Tillgänglig från: <http://www.thefreedictionary.com/trauma> 2007 03 12.
6. Bonniers Lexikon ordbok. Stockholm: Bonnier Lexikon AB; 1991.
7. Persson B, Wingstrand H. Ortopedisk grundbok. Lund: Studentlitteratur; 2005.
8. Donahoo C, Dimon J. Orthopedic Nursing. Boston: Little, Brown and Company; 1977.
9. Orem D. Nursing- concepts of practice. St. Louis: Mosby- Year Book Inc; 1991.
10. MedicineNet.com. Tillgänglig från: <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=11815> 2007 10 31.
11. Hagberg K. Transfemoral Amputation, Quality of Life and Prosthetic Function [akademisk avhandling]. Västra Frölunda: Göteborgs Universitet; 2006.
12. Ferguson A, Sperber Richie B, Gomez M. Psychological factors after traumatic amputation in landmine survivors: The bridge between physical healing and full recovery. Disabil Rehabil 2004;26(14/15):931-38.
13. Graham L, Parke R.C, Paterson M.C, Stevenson M. A study of the physical rehabilitation and psychological state of patients who sustained limb loss as a result of terrorist activity in Northern Ireland 1969-2003. Disabil Rehabil 2006;28(12):797-801.
14. Van der Linde H, Hofstad C.J, Geertzen J.H.B, Postema K, Van Limbeek J. From satisfaction to expectation: The patients perspective in lower limb prosthetic care. Disabil Rehabil 2007;29(13):1049-55.
15. Wald J, Alvaro R. Psychological factors in work-related amputation: considerations for rehabilitation counselors. J Rehabil 2004;7(4):6-15.
16. MacLachlan M, Desmond D, Horgan O. Psychological correlates of illusory body experiences. J Rehabil 2003;40(1):59-66.

17. Reed D. Understanding and meeting the needs of farmers with amputations. *Orthop Nurs* 2004;23(6):397-405.
18. McCutcheon T, Knepp T, Richards N, Sparks M. Comparison of quality of life of persons who have experienced amputations and persons who have had bowel resections. *Gastroenterol Nurs* 2005;28(3):221-26.
19. Hagberg K, Brånemark R. Consequences of non-vascular trans-femoral amputation: a survey of quality of life, prosthetic use and problems. *Prosthet Orthot Int* 2001;25(3):186-94.
20. Hoogendoorn J.M, Van der Werken C. Grade III open tibial fractures Functional outcome and quality of life in amputees versus patients with successful reconstruction. *Injury* 2001;32(4):329-34.
21. Fairhurst M. The Function of Below-knee Amputee Versus the Patient With Salvaged Grade III Tibial Fracture. *Clin Orthop Rel Res* 1994;301:227-32.

Presentation av artiklar

Ref. nr: 12

Författare: Ferguson A, Sperber Richie B, Gomez M.

Titel: Psychological factors after traumatic amputation in landmine survivors: The bridge between physical healing and full recovery.

Tidskrift: Disability & Rehabilitation 26 (14/15), 931-938.

Tryckår: 2004.

Land: USA.

Syfte: Att förstå vilka psykologiska faktorer som har betydelse för den traumatiskt amputerade personens tillfrisknande.

Metod: Kvalitativ studie.

Urval: I studien deltog 85 frivilliga personer varav 68 utav dem hade varit med om en traumatisk amputation, tio var familjemedlemmar och sju stycken var vårdpersonal.

Referenser: 16.

Ref. nr: 13.

Författare: Graham L, Parke RC, Paterson MC, Stevenson M.

Titel: A study of the physical rehabilitation and psychological state of patients who sustained limb loss as a result of terrorist activity in Northern Ireland 1969-2003.

Tidskrift: Disability & Rehabilitation 28 (12), 797-801.

Tryckår: 2006.

Land: Irland.

Syfte: Att ta reda på/undersöka den psykologiska och fysiologiska rehabiliteringen hos patienter som har amputerats som resultat av ett terroristdåd i Nord Irland.

Metod: Kvantitativ studie.

Urval: 59 män och 16 kvinnor, alla amputerade på grund av ett terrorist dåd.

Antal referenser: 20.

Ref.nr: 14

Författare: Van der Linde H, Hofstad CJ, Geertzen JHB, Postema K, Van Limbeek J.

Titel: From satisfaction to expectation: The patients perspective in lower limb prosthetic care.

Tidskrift: Disability & Rehabilitation 29 (13), 1049-1055.

Tryckår: 2007.

Land: Nederländerna.

Syfte: Att ta reda på önskemål och erfarenheter hos amputerade patienter beträffande protesanvändning och deras utbyte av information med vårdpersonal.

Metod: Kvalitativ studie.

Urval: 113 stycken frågeformulär skickades ut till 113 protesanvändare över 18 år. Deltagarna var randomiserat utvalda från en lista på 300 personer som brukade besöka ett rehabiliteringscenter mellan år 2001-2002.

Antal referenser: 23.

Ref. nr: 15

Författare: Wald J, Alvaro R.

Titel: Psychological factors in work-related Amputation: considerations for rehabilitation counselors.

Tidskrift: Journal of Rehabilitation 70 (4), 6-15.

Tryckår: 2004.

Land: Canada.

Syfte: Att granska psykologiska faktorer hos personer som blivit amputerade genom en traumatisk arbetsplatsolycka.

Metod: Litteraturstudie.

Urval: Generell litteratur som rör traumatisk amputation.

Antal referenser: 69.

Ref. nr: 16

Författare: MacLachlan M, Desmond D, Horgan O.

Titel: Psychological correlates of illusory body experiences.

Tidskrift: Journal of Rehabilitation 40 (1): 59-66.

Tryckår: 2003.

Land: Irland.

Syfte: Se om man kunde hitta ett instrument för att förebygga och/eller behandla fantomsmärtor.

Metod: Experimentstudie.

Urval: 52 arbetsföra studenter 25-41 år.

Referenser: 21.

Ref. nr: 17

Författare: Reed D.

Titel: Understanding and Meeting the Needs of Farmers.

Tidskrift: Orthopedic Nursing 23 (6): 397-405.

Tryckår: 2004.

Land: USA.

Syfte: Återgång till farmarbete efter att ha varit med om ovan-handled-amputation.

Metod: Kvalitativ studie med intervjuer, grounded theory.

Urval: 16 farmare.

Referenser: 31.

Ref. nr: 18

Författare: McCutcheon T, Knepp T, Richards N, Sparks M.

Titel: Comparison of quality of life of persons who have experienced amputations and persons who have had bowel resections.

Tidskrift: Gastroenterology Nursing 28 (3), 221-226.

Tryckår: 2005.

Land: USA.

Syfte: Att jämföra livskvaliteten hos personer som har genomgått någon form av amputation och få fram kunskap som kan leda till en ökad förståelse och användning i den direkta patientkontakten.

Metod: Kvantitativ studie.

Urval: Patienter som hade genomgått en tarm resektion eller patienter där nedre extremitet amputerats. De deltagande var över 18 år, ej gravida, de kunde läsa och förstå engelska, ej ha någon livshotande sjukdom eller vistas på sjukhus under studiens gång.
Antal referenser: 21.

Ref. nr: 19

Författare: Hagberg K, Brånemark R

Titel: Consequences of non-vascular trans-femoral amputation: a survey of quality of life, prosthetic use and problems.

Tidskrift: Prosthetics and Orthotics International 25: 186-194.

Tryckår: 2001.

Land: Sweden.

Syfte: Att beskriva hälsorelaterad livskvalitet, protes användning och individuella problem som kan uppkomma efter en transfemoral amputation.

Metod: Kvantitativ studie med hjälp av frågeformulär skickade via post.

Urval: 97 transfemoral amputerade, med minst två år sen amputationen. Svensk- kunniga i tal och skrift. 20-70 år gamla. Sökta i två svenska föreningar för amputerade, samt sex ortopediska workshops och eller gåskolor.

Referenser: 42.

Ref. nr: 20

Författare: Hoogendoorn JM, Werken C.

Titel: Grade III open tibial fractures, Functional outcome and quality of life in amputees versus patients with successful reconstruction.

Tidskrift: Injury 32: 329-334.

Tryckår: 2001.

Land: Nederländerna.

Syfte: Bedöma den långsiktiga utgången och livskvalitet hos patienter som behandlats för öppen tibiafraktur grad III.

Metod: Retrospektiv analys.

Urval: Patienter behandlade för öppen tibiafraktur grad III.

på universitetssjukhuset i Utrecht från 1992-97. 54 st efter exkludering [avlidna, m.m].

Referenser: 26.

Ref. nr: 21

Författare: Fairhurst M.

Titel: The function of below-Knee Amputee Versus the Patient With Salvaged Grade III Tibial Fracture.

Tidskrift: Clinical Orthopedics and Related Research 301: 227-232.

Tryckår: 1994.

Land: Nya Zeeland.

Syfte: Jämföra amputerade patienter med de där man räddat benet, både funktion och livskvalitet.

Metod: Kvalitativ, retroperspektiv studie.

Urval: 24 patienter tolv amputerade och tolv

SF-36

Denna sida är uppdaterad

Syfte

Mäta fysisk och psykisk hälsa. Förändringar över tid kan ses genom att jämföra upprepade mätningar.

Målgrupp:

Befolkning i allmänhet eller olika patientgrupper. Används på många olika patientgrupper. Utvecklat för åldrarna 14 år och uppåt.

Användning:

Lämplig för självadministrering (den undersökte fyller i själv) men kan också användas som mall vid intervju.

Mätområden:

SF-36 innehåller 36 frågor som mäter hälsan efter åtta olika skalor:

1. Fysiskt funktionsförmåga (PF)
2. Rollfunktion - fysiska begränsningar (RP)
3. Smärta (BP)
4. Allmän hälsa (GH)
5. Vitalitet (VT)
6. Social funktion (SF)
7. Rollfunktion - känslomässiga begränsningar (RE)
8. Psykiskt välbefinnande (MH).

Poängsättning

Man kan erhålla delpoäng i var och en av ovan nämnda mätområden/skalor samt poäng för fysisk och mental hälsa enligt en algoritm.

Svensk översättning:

Sektionen för vårdforskning, Sahlgrenska universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg.

E-post: healthcare.research@medicine.gu.se

SF-36 kan laddas ner direkt från: <http://www.host.gu.se/hcresearch>.

Svensk kontaktperson

Se ovan.

Referenser:

(Det finns många referenser om SF-36. Några av dem kommer att anges här vid ett senare tillfälle)

Länkar:

[Sektionen för vårdforskning, Sahlgrenska universitetssjukhuset.](#)

[SF-36 Svenska hemsida](#)

[SF-36 internationella hemsida](#)

Övrigt:

SF-36 har anpassats och standardiserats inom ramen för International Quality of Life Assessment (IQOLA). Målsättningen är att resultat från olika länder skall vara jämförbara.