

# Vad händer sen...?

Patienters upplevelser efter allvarlig multipel skada

**FÖRFATTARE**

Jonna Björklund  
Elin Lindström

**PROGRAM/KURS**

Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/  
Omvårdnad – Eget arbete

HT 2007

**OMFATTNING**

15 p

**HANDLEDARE**

Annika Janson Fagring

**EXAMINATOR**

Anna Forsberg

---

Sahlgrenska akademien VID GÖTEBORGS UNIVERSITET – Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien VID GÖTEBORGS UNIVERSITET – Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

|  |  |
|--|--|
| <b>Titel (svensk):</b>                           | Vad händer sen...? Patienters upplevelser efter allvarlig multipel skada.  |
| <b>Titel (engelsk):</b>                          | What happens next...? Patients experiences after severe multiple injury.   |
| <b>Arbetets art:</b>                             | Eget arbete, fördjupningsnivå 1  |
| <b>Program/kurs/kurskod/<br/>kursbeteckning:</b> | Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/<br>Omvårdnad – Eget arbete/VOM200/SPN8 |
| <b>Arbetes omfattning:</b>                       | 15 poäng   |
| <b>Sidantal:</b>                                 | 29   |
| <b>Författare:</b>                               | Jonna Björklund och Elin Lindström   |
| <b>Handledare:</b>                               | Annika Janson Fagring  |
| <b>Examinator:</b>                               | Anna Forsberg  |

## SAMMANFATTNING

*Introduktion:* I ett multitrauma skadas en person i flera organsystem samtidigt. Katie Eriksson beskriver människan som en multidimensionell individ, med kropp, själ och ande. Ett multitrauma kan få komplexa och livslånga fysiska samt psykiska konsekvenser. *Syfte:* Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva hur patienter som drabbats av ett multitrauma upplever sitt psykiska och existentiella välbefinnande. Samt hur patienterna upplever sjuksköterskans bemötande och hur sjuksköterskan ska bemöta patienternas behov. *Metod:* Uppsatsen grundades på en litteraturstudie av 14 vetenskapliga artiklar, där strukturerad induktiv analys använts. *Resultat:* Patienterna kunde i början uppleva rädsla, men trygghet och hopp väcktes när de blev sedda av vårdpersonalen. Vidare uppkom existentiella tankar när patienterna konfronterades med döden. Patienterna upplevde även problem på flera områden i det dagliga livet, bl.a. i socialt liv, fysisk rörlighet och arbetssituation. Posttraumatiskt stressyndrom, depression och ångest kunde utvecklas när livet varit hotat. Patienterna kunde också uppleva förlorad självständighet, då de blev beroende av andra i dagliga aktiviteter. En identitetskris var vanligt förekommande på grund av de kroppsliga och funktionella förändringar som multitraumat orsakat. Vägen till tillfrisknande visade sig vara högst individuell och var beroende av patienternas inre resurser och attityder. Sjuksköterskan hade här en viktig del i att hjälpa patienten att hålla ut, framförallt vid svåra smärtor och undersökningar. Efter utskrivningen blev många patienter lämnade åt sitt öde. De upplevde att sjukvården tog hand om det fysiska tillfrisknandet, men inte det psykiska. *Konklusion:* Det behövs en specifik rehabilitering och uppföljning för dessa patienter, där det finns en samordning mellan olika instanser och professioner. Detta för att överbrygga det glapp patienterna upplever.

Tack för inspiration och stöd!

*Annika Janson Fagring, handledare*

*Öllegård Jacobsson, Kurator, Traumaenheten SU/S*  
*Lena Klarin, Traumakoordinator SU/S*

*”HERREN är min herde,  
mig skall intet fattas /.../  
Om jag än vandrar  
i dödsskuggans dal,  
fruktar jag intet ont,  
ty du är med mig”  
Ps 23:1,4*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUKTION</b>  | <b>1</b>  |
| Inledning  | 1         |
| Bakgrund   | 1         |
| Begrepp och definitioner   | 4         |
| Omvårdnadsteori  | 5         |
| <br>   |           |
| <b>PROBLEMFÖRMULERING</b>  | <b>5</b>  |
| <br>   |           |
| <b>SYFTE</b>   | <b>6</b>  |
| <br>   |           |
| <b>METOD</b>   | <b>6</b>  |
| <br>   |           |
| <b>RESULTAT</b>  | <b>8</b>  |
| Patientens psykiska och existentiella<br>upplevelser efter multitrauma | 8         |
| <br>   |           |
| Patienters upplevelse av sjuksköterskans bemötande                     | 13        |
| <br>   |           |
| Sjuksköterskans bemötande av patienten                                 | 15        |
| <br>   |           |
| <b>DISKUSSION</b>  | <b>16</b> |
| Metoddiskussion  | 16        |
| Resultatdiskussion   | 17        |
| <br>   |           |
| <b>REFERENSLISTA</b>   | <b>22</b> |
| <br>   |           |
| <b>BILAGA</b>  |           |
| Artikelsammanställning   |           |

# INTRODUKTION

## Inledning

För många som överlever ett multitrauma är de fysiska och psykiska konsekvenserna komplexa och livslånga. En människa som drabbas av ett multitrauma kommer, med andra ord, att få sitt liv förändrat. Traumat kan leda till svåra eller livshotande skador, och förändringar i form av olika förluster som exempelvis organförlust, förlust av olika kroppsfunktioner, av social identitet eller förlust av närstående. Genom ett trauma kan vardagslivet slås i spillror och livet plötsligt förändras. Självförtroende och känslan av trygghet kan på kort tid slås sönder (1). Den komplexa situation, som en patient med multitrauma kan befinna sig i, väcker tankar kring hur patienten upplever sin situation efter traumat, hur dennes psykiska och existentiella välbefinnande upplevs, tiden direkt efter händelsen, samt åren som följer. Trauman, av både större och mindre allvarlighetsgrad, kan nog väcka tankar av existentiell natur hos patienten. Kan det vara så att det läggs mycket fokus på det somatiska återställandet, och det psykiska och existentiella välbefinnandet kommer i skymundan, i vården av dessa patienter? Sjukvårdspersonalen gör kanske bedömningen att patienten har blivit relativt återställd om denne kan återgå till ett förhållandevis fungerade liv. Vem bär ansvaret att patientens psykiska välbefinnande tas om hand? Bör vi som sjuksköterskor lägga över det ansvaret på annan profession (psykolog, terapeut etc.) eller har även vi ett ansvar? I sjuksköterskeutbildningen är utgångspunkten att människan är en flerdimensionell individ och holistisk omvårdnad, med en helhetssyn på individen, har lyfts fram som en viktig aspekt. Sjuksköterskan skall försöka tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov, gällande fysiska, psykiska, sociala, andliga och kulturella aspekter (2). De långvariga psykosociala upplevelserna hos överlevande verkar vara något som sällan dokumenteras. Studier finns gjorda på personer som har drabbats av ett multitrauma, som utgår från sjuksköterskans och närståendes perspektiv. Vi vill framför allt lyfta fram patienternas perspektiv.

## Bakgrund

### Följder av multitrauma

Olika typer av olycksfall som kan ligga bakom ett multitrauma är; fallskador, trafikskador och misshandel (3). Dessa trauman förorsakar ofta flertalet frakturer, samt skador på olika organ. En vanlig kombination av skador kan vara skallskada, thoraxskada samt fraktur(er) på nedre extremiteterna (4).

Modern forskning visar att en av fem (20-30%) som varit utsatta för multitrauma, där patientens liv varit hotat, har risk att utveckla posttraumatiskt stressyndrom, PTSD (1,5,6) Även andra psykiatriska tillstånd kan utvecklas, som ångestsyndrom, panikångest-, somatiserings-, och olika förstämningssyndrom såsom depression. (7,6) Patienten kan även uppleva bitterhet, hopplöshet eller misstro (6). Alkohol- och drogmissbruk kan komplicera situationen ytterligare (7). Det som bestämmer hur de långsiktiga konsekvenserna av skadan blir, är patientens och omgivningens reaktioner på och attityder till skadan (1). Hur svårt patienten kommer drabbas psykiskt beror på dennes tidigare erfarenheter,

kunskap, sociala nätverket, den egna och omgivningens syn på skadan och kroppen, samt vilken mening eller betydelse skadan har (1).

En skadesituation kan upplevas som ett hot mot patientens trygghet, säkerhet och fysiska existens (1). Patienten med multitrauma kan uppleva både *inre* och *yttre* hot. Hur *yttre hot*, som själva olyckan och traumat, upplevs är beroende av individens personlighet och tidigare erfarenheter. *Inre hot* kan vara förträngda psykiska konflikter och traumatiska upplevelser m.m. En orsak till hotet kan vara att patienten inte har kunskap om situationen. Med ökad kunskap och insikt om vad som inträffat, kan rädslan inför hotet minskas, åtminstone i ett längre perspektiv (7).

Vissa människor kan fortfarande tro att skadan är ett straff för dålig moral. Skuld- och skamkänslor, samt känslan av förlust, kan då infinna sig hos dessa. De kan förlora känslan av att vara osårbara, samt illusionen att allvarliga skador inte drabbar dem. Det som påverkar hur starka dessa känslor blir, beror på om patienten varit i direkt livsfara under traumat (1).

Psykologiskt mest dominerande i traumaupplevelsen är *förlusten av kontroll*. Det som inte kan och får hända, har hänt. Känslan av kontroll över tillvaron, samt känslan av trygghet, har kränkts. Patienten försöker återfå kontrollen, för att kunna hantera det hot traumat för med sig. Denna reaktion har därför i början ett psykologiskt – och ibland också fysiskt – överlevnadsvärde (7).

Personer som drabbas av förluster eller olycka kan även drabbas av en *identitetskris*. Identiteten är kopplad till jaget (självet), sociala relationer och är situationsbetingad. Människan tar vanligtvis identiteten för given, vi är inte medvetna om den, att den hela tiden strukturerar våra liv och ständigt befinner sig i en process. Denna process, eller förändring av identiteten, sker oftast så långsamt att vi inte märker av den, och därför upplever vi att identiteten är stabil. Den identitetskris som de patienter upplever, som drabbats av multitrauma, uppkommer därför att denna identitet och stabilitet sätts i gungning (8).

De skador som patienten fått kan ge *kroppsliga och funktionella förändringar*. I dessa fall kan ett psykiskt förlusttrauma uppstå d.v.s. reaktionen på förlorad egenskap eller funktion, vilket ofta leder till depression. Sorgen över förlusten behöver bearbetas och patienten måste lära sig leva med denna förlust (1).

Skador som drabbar ansiktet och utseendet, kan ofta ge ångest inför andras blickar. Patienten drar sig undan ytliga, sociala kontakter. Reaktionen förekommer lika ofta hos män som hos kvinnor. Om närstående eller personer i omgivningen reagerar mycket starkt på funktionsnedsättningarna och förlusterna hos patienten, mer än patienten själv, kan detta öka känslan av förlust hos patienten (1).

De *vanligaste traumatiska stressreaktionerna* som en patient med multitrauma kan lida av, under den första veckan eller tiden efter denne återfått medvetandet, är:

- Sömnsvårigheter
- Mardrömmar

- Nedstämdhet
- Tendenser att överreagera på plötsliga ljud eller oväntade rörelser
- Tendenser att dra sig undan från andra
- Snabba humörsvägningar
- Dåligt samvete eller skuld känslor
- Rädsla för sådant som påminner om olyckan
- Ökad muskulär spänning
- Irritabilitet (7)

Senare psykologiska reaktioner kan även innebära att den skadade får förändrat beteende, blir krävande och visar dålig samarbetsförmåga. Detta kan bli en påfrestning för omgivning och närstående, men kan vara ett tecken på hjälplöshet. Det gäller särskilt hos de som drabbats av PTSD (1).

Många patienter upplever traumat på nytt när minnen från händelsen uppkommer. Med dessa minnen kommer även smärtsamma känslor som bl.a. känslan av hjälplöshet (6). Att överleva en olycka där andra människor varit inblandade, skadats eller t.o.m. dött, kan medföra en existentiell skuld, *överlevnadsskuld*. Skulden tillsammans med upprepande ”flashbacks” och mardrömmar är det mest typiska för den tidiga katastrofreaktionen (7). Patienten kan vara jagad av starka, hemska bilder, syner, lukter och ljud från olyckstillfället. Dock är det oftast svårt att identifiera de faktorer som framkallar dessa minnen (6).

*Behandlingen* patienten får genomgå, kan innebära ett psykologiskt trauma, och hotar dennes självständighet, eftersom vårdpersonal och läkare ofta tar över allt ansvar och fattar de viktiga besluten. Detta är en trygghet för vissa patienter, medan andra kan uppleva det som ångestskapande och t.o.m. kränkande (1).

#### *Chockfaser patienten genomgår efter multitraumat*

*Chockfasen* varar från ett kort ögonblick, upp till några dygn. Karaktäristiskt för denna fas är att verkligheten förnekas. Patienten kan utåt sett bete sig olika, både lugn och samlad, och/eller spänd, ångestfylld och kaotisk. Denne kan efteråt ha svårt att minnas vad som sagts eller skett (5).

*Reaktionsfasen* kan vara några veckor eller månader. Patienten börjar nu reagera över situationen, genom ledsnad, som ibland ersätts av vrede och fientlighet. Fasen präglas främst av depression och ångest (7). Här mobiliseras patientens försvarsmekanismer (5).

*I bearbetningsfasen* sker ett ständigt repeterande och återupplevande av tiden precis före, under och precis efter traumat, i vaket tillstånd och i drömmar. Patienten upplever gradvis ett psykologiskt ”lösgörande” och separation från den eller det som förlorats vid händelsen. Vid kroppsskada bearbetas tanken av att leva med ett handikapp, och inlärandet av nya sociala roller påbörjas. Bearbetningsfasen kan vara lång, upp till flera år, om traumat varit starkt psykiskt påfrestade (5, 7).

*Nyorienteringsfasen* innefattar en läkning och förändring av självbilden (7). Patientens skakade självkänsla återupprättas, genom att denne försonas med det som har skett. I denna fas har de svikna förhoppningarna bearbetats (5).

### **Begrepp och definitioner**

**Multitrauma** är då en person skadas i flera organsystem samtidigt. Termen används främst vid svåra olycksfall med högenergetiskt våld. Vanligtvis ingår även skador på skallen, extremiteterna och bröstkorgen (9).

**Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)** karaktäriseras av att patienten upplever händelsen på nytt, vilket ger intensiv rädsla, ångest, hjälplöshet eller skräck. Denne undviker även sådant som väcker minnen av händelsen till liv (7). PTSD är det mest traumaspecifika psykiatriska tillståndet som är uppmärksammat. Den som får detta ska ha drabbats av en extrem traumatisk händelse, antingen individuellt eller kollektivt (5). Minst en månad ska symtomen nedan ha suttit i:

1. Ständigt återupplevande av traumat genom ex. återkommande/påträngande minnesbilder, mardrömmar, känna sig fysiskt närvarande i traumat igen, rädsla för händelser som liknar något som hände i traumat.
2. Ständigt undvikande av stimuli som associeras med traumat, som ex. tankar, känslor, aktiviteter (roliga och väsentliga), situationer. Känsla av ointresse eller främlingskap inför andra och känslan av att inte ha någon framtid blev påtagligt.
3. Bestående tecken på överspändhet, ex. sömnsvårigheter, irritabilitet, vrede, koncentrationssvårigheter, spänd vaksamhet, överdriven reaktion vid oväntad stimuli, fysiska reaktioner inför händelser som symboliserar eller liknar någon aspekt av traumat (7).

**Välbefinnande** definieras enligt Nationalencyklopedin som en känsla av att ”må bra” (9). Eriksson (11) definierar välbefinnande i betydelsen av att ”finna sig väl”. Begreppet bör ställas i relation till människans inre upplevelse, och är bundet till kroppsligt, själsligt och andligt välbehag. Känsla av välbefinnande är ett tillstånd där människan upplever sig ”äga hälsa”, d.v.s. det är en helhetskänsla (11). Välbefinnande är en viktig del för att kunna känna livskvalitet. Att ha mening, hopp, identitet och gemenskap är, enligt Rustøen (12), källor till att uppleva livskvalitet. I vår litteraturstudie väljer vi att skilja mellan psykiskt och existentiellt välbefinnande:

*Psykiskt välbefinnande* innefattar en emotionell och en intellektuell dimension. Den emotionella dimensionen beskriver hur människan upplever sig själv och världen, i form av känslor och sinnestämningar. Den intellektuella dimensionen visar hur människan uppfattar verkligheterna omkring sig, hur hon ser på sig själv och sin kropp, hur hon identifierar och tolkar behov och känslor, samt vilka kunskaper hon har att handskas med i olika situationer (13). Vi menar att psykiskt välbefinnande är att försonas med dessa två dimensionerna och hitta sig själv i det hela.

*Existentiellt välbefinnande* består av en andlig-existentiell dimension. Här finns individens normer, ideal, värderingar för sitt liv, sig själv, livet och döden, samt moral och föreställningar om världen. Religion och ett personligt gudsförhållande kan vara en del av människans existentiella förhållningssätt (13). Att känna frid på dessa områden, är enligt oss, att uppleva existentiellt välbefinnande.

Dessa begrepp hänger intimt samman, då människan är en helhet, och de olika dimensionerna påverkar varandra. Känslomässigt illabefinnande kan leda till existentiellt illabefinnande och vice versa (13).

## **Omvårdnadsteori**



Som teoretisk referensram i vårt arbete har vi valt att använda oss av Katie Erikssons omvårdnadsteori (14). Teorin bygger på kristen tro, men är även av filosofisk karaktär. Eriksson har en holistisk människosyn, där människan består av kropp, själ och ande. Dessa tre dimensioner är tätt sammanvävda, och går ej att skilja åt (15). Detta leder även till att omvårdnaden blir holistisk, d.v.s. det finns en helhetssyn på människan. Vårdpersonalen ska se till alla människans aspekter, oberoende var det aktuella hälsotillståndet är koncentrerat (14).

*Kroppen* är människans biologiska dimension. Sundhet och friskhet är den ”materia” som kan förknippas med det kroppsliga tillståndet (15).

*Själen* är människans psykologiska dimension. En av förutsättningarna för att själen ska vara sund och ha hälsa är att det finns en relation till andra människor och till en abstrakt andra (exempelvis Gud) (15).

*Anden* är människans andliga/existentiella dimension. I denna dimension ligger människans personliga tro till denne abstrakta andra, som står högre än henne själv (15).

Dessa förhållanden, förhållandet till den abstrakte andra och till andra människor, lyfter Eriksson fram som människans huvudsakliga existentiella problem. Det är i dessa relationer som människan och hennes existens skapas.

Människan är hälsa. Hälsa ses av Eriksson som en helhet, där många faktorer spelar in, och det finns en integration mellan ande, kropp, och själ (15). Den är relativ, det vill säga, upplevelsen av hälsa varierar från människa till människa, samt mellan kulturer. Hälsa kan med andra ord inte mätas, utan den är personlig och individuell. Varje person har en egen referens på vad hälsa är för honom eller henne. Eriksson beskriver även att hälsa är en process inom människan. Processen innebär en pendling mellan känslan av välbefinnande till känslan av illabefinnande. Frånvaron eller förekomsten av objektiva tecken på ohälsa är även något som skiftar i denna process (14).

Eriksson (14) beskriver även människan som unik, med unika särdrag. Därför kan det aldrig finnas två identiska vårdssituationer. Den humanistiska vården måste därför grunda sig på respekt och vördnad för denna unika människa.

Enligt Eriksson är vårdandet något naturligt mänskligt, en kärleksgärning. Genom att ge och ta emot kärlek så växer och utvecklas man som människa. Genom vårdandet vill man skapa ett tillstånd där patienten kan känna tillit, kroppsligt och andligt välbehag, samt tillfredsställelse, men även kunna utvecklas så att denne upplever en förändring. Kärnan i omvårdnaden bygger på patientens och vårdarens relation. Det är i denna relation som ett möte med hela människan sker (14).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Ett multitrauma påverkar hela människan (både fysiskt, psykiskt och existentiellt), samt personerna i dennes omgivning. Tiden efter traumatillfället kommer att vara fylld av krävande rehabilitering, och omställningar i livet. Begränsningar i vardagen kan bli något som personen måste brottas med resten av livet. Att ta reda på och få förståelse för hur patienter upplever sin situation efter multitraumat, och hur detta påverkar dennes liv, är en viktig del för att kunna ge dessa patienter en god omvårdnad.

## **SYFTE**

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva hur patienter som drabbats av ett multitrauma upplever sitt psykiska och existentiella välbefinnande.

Frågeställningar:

- *Hur upplever patienter med multitrauma sitt psykiska och existentiella välbefinnande?*
- *Hur upplever dessa patienter sjuksköterskans bemötande?*
- *Hur bör sjuksköterskan bemöta dessa patienter?*

## **METOD**

Uppsatsen grundades på en litteraturstudie där induktiv analys använts. Materialet bestod av internationellt publicerade artiklar. Artiklarna söktes via de två stora referens-databaserna PUBMED och CINAHL (se tabell 1). Vid sökning via CINAHL, gjordes begränsningen "peer-reviewed" för att säkerställa vetenskapligheten i resultatet. För att hitta rätt sökord med korrekt översättning, användes Svensk MeSH. Genom att kombinera olika sökord gjordes omfattande sökningar. Vidare gjordes manuella sökningar via de funna artiklarnas referenslistor samt relaterade länkar. Artiklarna som framkom var publicerade från 1994 fram till 2007. Dessutom begränsades artiklarna att bara gälla patienter över 18 år. Efter att ha gått igenom ett 40-tal artiklar vars abstrakt verkar stämma överens med syfte och problemställning, återstod endast 14 artiklar som var relevanta och kunde användas i resultatet. Vidare granskades dessa artiklar, med hjälp av de checklistor som erhöles av institutionen. Detta för att ytterligare säkerställa artiklarnas vetenskapliga trovärdighet. De 14 artiklarna lästes noggrant igenom flera gånger, varvid de relevanta delarna som matchade frågeställningarna lyftes ut. Dessa delar granskades och delades sedan in i olika kategorier. De kategorier som framkom var; patienternas upplevelser - på avdelningen - i dagliga livet, patienternas upplevelse av sjuksköterskans bemötande, samt sjuksköterskan bemötande gentemot patienten.

Tabell 1. Redovisning av sökstrategi

| Databas         | Sökord   | Limits  | Träffar | Datum för sökning   | Referens i texten    |
|-----------------|--|---|---------|---------------------|----------------------|
| PubMed          | multiple trauma<br>AND nursing<br>AND health care<br>AND follow-up                             | Eng,<br>Swedish,<br>Nor., Dan.                          | 5       | 2007-09             | 16                   |
| PubMed          | multiple trauma<br>AND nursing<br>AND health care<br>AND long-term<br>outcome.<br>Related link | Eng., Swe.,<br>Nor., Dan.,                              | 4       | 2007-09             | 28                   |
| Cinahl          | Multiple trauma<br>AND<br>psychosocial<br>factors  | Peer<br>Reviewed,<br>1997-2007,<br>eng.                 | 27      | 2007-09             | 22                   |
| PubMed          | Multiple trauma<br>AND<br>rehabilitation   | Humans,<br>Eng, Nor.,<br>Swe., 19-64<br>years           | 105     | 2007-09             | 20                   |
| PubMed          | Multidimension-<br>al consequences   | 1997-2007,<br>Humans,<br>English                        | 94      | 2007-09             | 21                   |
| Cinahl          | Major trauma<br>AND outcome  | 1997-2007,<br>Peer<br>Reviewed                          | 53      | 2007-09             | 27                   |
| PubMed          | Multiple trauma<br>AND<br>impairment   | 1996-2007,<br>English,<br>humans                        | 35      | 2007-09             | 26                   |
| PubMed          | Major trauma<br>AND outcome<br>AND Quality of<br>life  | 1997-2007<br>Eng, Dan.,<br>Nor.,<br>Swe.,19-<br>64years | 67      | 2007-10             | 25                   |
| Manuell sökning |  |   |         | 2007-09,<br>2007-10 | 17-19, 23, 24,<br>29 |

## RESULTAT

Ett multitrauma får för patienten konsekvenser inom alla livets dimensioner. Det fysiska omhändertagandet är ofta prioriterat inom sjukvården, medan de psykiska och existentiella behoven kommer i andra hand. Det vi ville undersöka var vilka konsekvenser multitraumat får på de psykiska och existentiella dimensionerna i livet, och hur sjuksköterskan bör handla för att uppmärksamma och bemöta dessa behov.

## **Patientens psykiska och existentiella upplevelser efter ett multitrauma**

### **Patientens psykiska och existentiella upplevelser på avdelningen**

När en patient kommit in på sjukhuset, kunde detta bli en omvälvande upplevelse. En traumapatient som krävde återupplivning på akutavdelning upplevde olika känslor och reaktioner efteråt, så som frustration, rädsla, trygghet och hopp (16).

#### *Frustration*

När omgivningen ville veta vad som hänt under olyckan och bl.a. polis kom och ville reda ut olyckshändelsen, kunde detta vara en frustration för patienten, eftersom de knappt visste vad de själva varit med om. Detta kunde upplevas stressande och frustrerande (16).

#### *Rädsla och smärtupplevelser*

Patienterna upplevde en rädsla över att inte veta vad som hänt dem, vilken utbredning skadorna hade fått, hur allvarliga skadorna var och hur mycket det skulle komma att påverka deras liv sedan. Många medicinska åtgärder och procedurer patienten var tvungen att genomgå, var också en källa till rädsla, eftersom de inte visste vad de kunde förvänta sig. För patienter som aldrig tidigare legat inne på sjukhus förstärktes denna rädsla. Även smärtupplevelser kunde ge rädsla. Smärtan beskrevs som outhärdlig, plågsam, och som tortyr. Samtidigt kunde medvetenheten om smärtan vara positiv eftersom patienterna kände det som ett tecken på att de var vid liv. Någon patient beskrev upplevelsen vid en svår smärtsituation som att allt blev svart, smärtan försvann, och patienten såg ett starkt ljus. Men så fort patienten blev klarare, ljuset försvann och denne hörde vårdpersonalens röster igen, kom smärtan tillbaka.

Flertalet patienter upplevde en stark ensamhetskänsla, när de kände att de ensamma var tvungna att "ta sig igenom" hela traumaupplevelsen, även om de var omgivna av vårdpersonal. Detta var en skrämmande känsla som ytterligare förstärkte rädslan (16).

#### *Trygghet*

Förutsättningen för att patienten skulle känna trygghet var att det fanns en relation mellan trauma-teamet och patienten. Effektiviteten i omvårdnaden var inte nog för att patienten skulle känna sig trygg, utan den behövde kombineras med känslan av att trauma-teamet brydde sig om patienten som individ (16).

#### *Hopp*

En motiverande faktor var att ha familjen runt sig. Detta väckte hoppet om att kunna återgå till livet såsom det var innan olyckan. Även känslor så som "jag kommer överleva dessa skador", ingav patienten hopp. Samtidigt gav

traumaupplevelsen en möjlighet att reflektera över vad som var viktigast i livet, och vad som bör sättas värde på. Traumat ledde till att många av patienterna började söka mening och syfte med sina liv, samt att de uppskattade livet, familjen och vännerna på ett helt annat sätt än de gjort innan (16, 17).

*“It has made me more conscious of what I want to do with my life. I was struck – life is sudden...have to make everyday count....do in life what [you] can before [you] no longer have it.” (17, sid. 5)*

*“I’m a totally different person from this experience. Big time. Like I think differently. I approach people differently... I totally appreciate everything... That’s what it takes to make me a better person. Um, works in mysterious ways.” (17, sid.12)*

#### *Att konfronteras med döden*

Det fysiska traumat var en oväntad händelse, och för vissa den mest traumatiska händelsen i deras liv. En av orsakerna var att den existentiella aspekten kom i fokus och var starkast. Vissa patienter med multitrauma upplevde svårigheter kopplade till denna existentiella aspekt (18).

Den traumatiska händelsen och patientens uppfattning och respons till händelsen, blev en markör i dennes liv. Denna gränsdragande linje delade upp livet i före och efter skadan. Effekterna av en händelse där en människa var nära döden, ledde till att denne fick en djupare förståelse för människans sårbarhet och sin egen dödlighet (17, 19). I en studie gav patienterna speciellt uttryck för den svårighet det bar med sig att ha konfronterats med döden. Vissa upplevde även suicidala tankar, som framförallt framkom i samband med de bekymmer för de stora livsförändringarna som traumat förde med sig (18). Att leva i en värld, där patienten trodde sig vara säker och hade kontrollen, fanns inte längre. Tilliten till en sådan värld var bruten, och patienternas berättelser visade på en sårbarhet i denna nya, osäkra värld (17, 19).

#### **Patientens psykiska och existentiella upplevelser i det dagliga livet**

Följderna av ett multitrauma var mångfacetterade och inkluderade fysiska, psykiska, sociala och existentiella dimensioner. Traumahändelsen blev en startpunkt på en resa som summerade livet. Att gå vidare på denna resa innebar ingen rak väg, då patienterna upplevde sina liv som för alltid förändrade (17).

Flera studier visade att patienter upplevde problem på flera områden i det dagliga livet (20-25). De områden där problemen fanns, rörde sig framförallt kring:

- sömn
- socialt liv (familjeliv, relation till partner, kontakt med vänner)
- sexualliv
- fysisk rörlighet och fritidsaktiviteter (ex jogging, skidåkning och cykling)
- hushållsaktiviteter
- hobbies, sociala och kulturella aktiviteter
- arbets- och ekonomisk situation (18, 20-24)

De långvariga funktionella problemen som kunde kvarstå efter multitrauma kunde ge patienterna lidanden i form av smärta, reducerad vitalitet och problem med

mental hälsa, samt nedsatt kognitiv funktion vilket innefattade förmåga att tänka, minnas och koncentrera sig (21, 23-26), särskilt hos patienter med skallskada (19).

Att återvända till arbetet var kopplat till en rad olika problem (17, 24). Det var en smärtsam erfarenhet om återgången visade sig vara en omöjlighet. Finansiella problem kunde uppstå när arbetsituationen var förändrad och det tog lång tid att komma tillbaka (17, 18, 24).

Denna arbetsproblematik överrensstämmer väl med Strandbergs studie (19), där endast två av de femton patienterna i studien, hade arbete (halvtid) vid intervjutillfället. I en annan studie (25) visade det sig att patienter som klarade att komma tillbaka till arbetet, upplevde ett större välbefinnande än de som fortfarande var sjukskrivna.

#### *Psykiskt lidande*

I de olika studierna framkom det tydligt att följderna av traumat sträckte sig förbi de fysiska dimensionerna, till de psykiska. Flertalet av patienterna upplevde allvarligt psykologiskt lidande i efterverkningarna av traumat. De känslomässiga effekterna, till följd av skadan, var oftast mer problematiska än de fysiska (17, 19, 24). En patient uttryckte sig så här:

*“It [the traumatic event] had a sobering effect. It was emotionally draining. I've recovered from the physical injuries. Emotionally it has done a number on me.”* (17, sid 7)

*Depression* kunde bli en följd av traumat. Denna var ofta kopplad till nedsättning i funktionsförmåga. Depressionen kunde leda till att vissa patienter kände att de inte längre ville leva (19, 25, 27, 28). Andra psykiska lidanden var *ångest* (som kunde vara relaterad till tankar på olyckan och framtida hälsan), *stress* och *fatigue* (25, 28). Dessa var mest framträdande bland kvinnor, som löpte större risk än män att få större påverkan på livskvalitet och psykisk hälsa (17, 18, 28). Denna könsskillnad var oberoende av skadans allvarlighetsgrad och hur skadan uppkommit (24, 28).

*Posttraumatiskt stressyndrom* (PTSD) var vanligt förekommande bland patienter som genomgått ett multitrauma, även två år efteråt (27, 28). PTSD hade stark påverkan på livskvalitet och tillfrisknande på kort- och lång sikt. Enligt Holbrook et.al. (28) hade kvinnor nästan tre gånger större risk än män att utveckla PTSD. Kvinnor upplevde även lägre grad av välbefinnande upp till två år efter traumat. De kvinnor som känt sig hotade till livet vid traumatillfället hade större risk att utveckla PTSD (28).

Övriga negativa känslor som kom till uttryck var kopplade till skadeverkningar, förluster och förändrat livsinnehåll. Dessa kunde innefatta känslor så som;  
*Skam* - att skämmas för brister eller beteenden som var relaterade till skadan. Exempelvis att tala sämre eller tänka långsammare.  
*Hopplöshet* - känslan av uppgivenhet, likgiltighet, att inte orka bry sig och att känna sig känslökall (19).

#### *Positiva psykiska upplevelser*

De positiva känslorna innefattade fördjupad insikt om sig själv, ökad livskvalitet samt förbättringar i hälsosituation i jämförelse med vid olyckstillfället. Den känsla

som starkast framkom hos patienterna var känslan av *hopp*, som visade sig som framtidstro och hopp om tillfrisknande. Gemensamt för patienterna var erfarenheten av att pendla mellan hopp och hopplöshet, där energin i de flesta fall var inriktad på att finna och bibehålla hoppet (19).

Traumat förändrade även patienternas världsbild. De positiva känslorna som då skapades, gjorde att de började uppskatta varje ny dag. Detta påverkade de relationer och roller som patienten hade. Att ta en dag i taget, och inte hänga upp sig på småsaker blev vissa patienters måtto (18).

#### *Förlorad självständighet*

Livskvalitén minskade hos traumapatienterna eftersom de hade en känsla av oförmåga och begränsningar i det dagliga livet (20, 21, 23). Särskilt begränsningar i självständighet blev svårt att acceptera, när beroendet av andra i vardagliga uppgifter var nödvändigt (19).

*”Och helt plötsligt efter olyckan då, behöva ta hjälp, fast man då är en vuxen person /.../ att man inte kan göra saker själv, som man kunnat tidigare /.../ sedan liksom att behöva be om hjälp nästan för allting man ska göra, så gör naturligtvis människor det, fast det tar naturligtvis på självkänslan att inte kunna göra det man har kunnat göra tidigare.”* (19, s. 86)

Strävan efter självständighet och oberoende blev något positivt när patienten upplevde förbättring (19).

#### *Förlorad identitet och självkänsla*

Vidare beskrev patienterna förändringar i *identiteten, personligheten, roller och självförtroende*. De upplevde en saknad av det gamla, oförändrade jaget, och en otrygghet inför det nya, okända. Andra patienter upplevde inte någon förändring, utan att de var desamma som före olyckan (19, 24).

Självförtroendekonflikten kunde visa sig i att patienterna kände sig mindre värda. De var inte längre som alla andra, och fruktan för vad andra skulle tycka om dem, gjorde att de istället drog sig undan (18, 19, 24).

Att drabbas av ett multitrauma satte identiteten i gungning, vilket blev en identitetskris och skapade otrygghet. Detta kunde vidare leda till en förändring av personen (19).

*”Ja, alltså jag tycker just identitetskris är ett ganska bra ord, därför att när man rycks ifrån sin vanliga trygghet, miljö /.../ sin inarbetade miljö i hem och arbete eller fritid, eller vad det än må vara, så har jag insett, att i varje fall jag har ett trygghetsbehov, va, alltså det har ju varit en trygghet.”* (19, sid. 96)

#### *Vägen till tillfrisknande*

Processen att gå vidare efter ett multitrauma var, i flera studier, högst individuell. Upplevelsen av tillfrisknande och tillväxt kunde variera mycket mellan patienterna (17, 24). En studie (27) som mätte patienters upplevelse av välbefinnande, visade en minimal förbättring upp till 18 månader efter traumat. Förbättringarna rörde sig framför allt kring det funktionella området. I processen

att gå vidare fordrades att patienten använde inre och yttre resurser. I början var önskan att återfå självständighet den starkaste drivkraften (17).

*“[It was] hard at first. I got the hang of it quick because I didn't want to be bedridden and I didn't want people to care for me like they were.” (17, sid. 9)*

Den *inre förmågan* att återhämta sig och förmågan att framkalla inre resurser och attityder, var viktigt för att kunna gå vidare och för att tillfrisknandet skulle kunna fortskrida. Dessa faktorer innefattade:

- vikten av att tro på sig själv
- beslutsamhet
- fokus på att återvända till ett ”normalt” liv
- ett positivt fokus
- hopp
- inre styrka (17, 18)

En patient i en studie av Richmond et.al. (17) uppgav vikten av att man tog ansvar för sig själv, att man sporrade sig själv när det kändes jobbigt. Den inre förmågan att återhämta sig var ett gemensamt ansvar som inte bara låg på patienten, utan även på vårdpersonalen. Studiens författare liknade detta vid ett stafettlopp, där vårdpersonalen gav stafettpinnen vidare till patienten, för att även denne skulle ta ett ansvar för sitt tillfrisknande. Samma studie beskrev patienternas väg till tillfrisknande som en resa. För många patienter slutade inte resan bara för att de återfick hälsan och kunde återvända till sina tidigare liv (17). Livet var för alltid förändrat. De passade inte längre in i samhället, utan var tvungna att anpassa sig och hitta en ny plats i tillvaron (17, 18). Att återgå till vardagslivet beskrevs av flera patienter som problematiskt då man hade en ny identitet som ”personen med handikapp”. Problematiken låg i att behöva anpassa sig till ett samhälle som värdesätter fysisk skönhet, perfektion och självständighet. Det fanns även patienter som flera år efter en allvarlig olycka, inte trodde att de någonsin skulle bli fullt återställda, på grund av fysisk smärta, begränsningar eller förlust av viktiga funktioner (18).

#### *Social interaktion*

Omsorg från närstående framkom som ett betydelsefullt och ovärderligt stöd i patienternas väg till tillfrisknande (18, 19).

*”Otroligt viktig, jag tror att hon [frun] har gjort min situation enklare, eller rättare sagt har hon fått mig att fungera, när allt annat, eller när allt annat har varit emot mig så att säga, det tror jag /.../ Ja hon har varit A och O kan man säga.” (19, sid. 74)*

Den påverkan som multitraumat kunde ha på familjerelationerna, fick ofta positiva konsekvenser, som fördjupade och stärkta band inom familjen. För vissa spelade barnen en viktig roll i motivationen och drivkraften för återhämtning och rehabilitering. De sågs ibland som det främsta skälet till att välja ”livet” och kämpa vidare efter olyckan (19). De fysiska begränsningarna, i form av förlorad kraft, styrka och hälsa, kunde även ha en negativ effekt på familjen (17).



*“It limited my family in a lot of things we used to do, like going to the beach, amusements, etc. This guy took a lot away from me. I can't play, run, or carry my grandchildren.” (17, sid. 8)*

Kognitiva nedsättningar i form av personlighetsförändringar, tal- och minnessvårigheter, kunde förändra relationerna till andra (19, 26). Skämt eller kränkning kunde leda till självsanering av umgängeskretsen (19). Även om sammanhanget patienterna befann sig i var stödjande, så valde vissa att uppehålla en fasad gentemot omgivningen. På grund av detta lärde de sig känna en inre tillit, där de höll sina smärtor för sig själva (18).

## **Patienters upplevelse av sjuksköterskans bemötande**

### **Att känna sig trygg – på avdelningen**

Ett personligt bemötande från vårdpersonal var viktigt för att patienterna skulle få en positiv upplevelse av vårdtillfället (16). Det som gjorde att patienten kände trygghet, upplevde minskad smärta och rädsla var:

- effektivitet och ett snabbt omhändertagande
- att personalen visste vad de gjorde och hade kontroll över situationen
- regelbunden kontroll av skadorna
- kontroll över personliga tillhörigheter
- organiserad vård, där var och en visste sin uppgift
- information om medicinska åtgärder och undersökningar
- ett lugnt tonläge på personalens röst. Innehållet spelade ingen större roll.
- vetskapen om att vårdpersonalen alltid fanns där för dem (16)

*“They warned me there was going to be lot’s of staff, and not to be concerned. And you want the truth? I felt important...They made me feel important. I felt that they were treating me as if I were important.”(16, sid.10-11)*

- beröring (beskrevs som en ”livlina”; genom beröringen gav vårdpersonalen sin energi till patienten, som behövde denna energi för att överleva sina skador).

*“It’s a lifeline – touching you – you’re drawing energy from that person. You’re drawing energy from him or her... And that’s important; they’re willing to give me that energy to keep me motivated.” (16, sid.11)*

Patienterna kände att de blev sedda som individer då vårdpersonalen informerade och hade kontakt med närstående under vårdtiden. De flesta manliga patienterna gav uttryck för att de inte önskade att ha familjen närvarande, då de trodde att deras närvaro skulle störa vårdpersonalens arbete. De kvinnliga patienterna däremot uttryckte det motsatta mer tydligt (16).

Patienterna lyfte fram vikten av ledning från vårdpersonal. De önskade en ”vägkarta” så de kunde förbereda sig för resans alla svängar. Här framhölls sjuksköterskan, på grund av sin nära relation till patient och närstående, samt kunskap av multitrauma, som den som passade bäst att erbjuda ledning (17).

Stödet från sjuksköterskor var önskvärt medan de låg på avdelningen. Medan stöd och rådgivning från kuratorer och socialarbetare, inte ansågs nödvändigt förrän efter utskrivning (18).

### **Patienter i ingenmansland – efter utskrivning**

I flera studier tydliggjordes ett glapp mellan vårdtiden på sjukhuset och de svårigheter som sedan mötte den skadade i samhället och i vardagslivet. När rehabiliteringen var färdig och patienten blev utskriven, upplevde en del patienter att de blev lämnade åt sitt öde (18, 19).

*”... alltså när man kommer in [till sjukhuset], man är skadad och drabbas av en sådan här sak, så upplever jag det som, att man är ju mer hjälplös egentligen när man släpps ut än när man kommer in / ... / jag upplever det som att sjukvården, då så att säga, som tog hand om en och reparerade en, inte tog konsekvenserna av vad man gjorde sen. Någon fixar till det, med sedan är det ju ingen som kollar hur det gick, va.” (19, sid. 41)*

Ytterligare en patient beskrev detta glapp;

*”När någonting sådant här drabbar en person /.../ så tycker jag det fattas någonting inom sjukvården, eller någon instans, där man liksom tar hand om hela människan. Inte bara att läkaren skriver ett läkarintyg och den biten, utan att man faktiskt tar tag i och liksom mera.. hela människan.. liksom tittar över och ser vilka följder det får.” (19, sid. 42)*

I en annan studie (25) blev de flesta traumapatienterna instruerade vid utskrivning, att ta kontakt med någon läkare i primärvården/på vårdcentral i deras kommun. Men studien visade att detta inte uppfyllde patientens behov av information och uppföljningsvård. Detta överensstämmer väl med Strandbergs studie (19), att tiden av depression och sjukskrivning efter skadan, skulle ha kunnat förebyggas med professionellt, psykologiskt stöd. Strandberg betonade även vikten av planering och samordning mellan rehabilitering, stöd och insatser, för att kunna stärka patienternas återgång till samhällslivet (19). De patienter som ändå fick rehabilitering uttryckte brister i denna, så som:

- upplevelsen av att *var en i mängden*, ett nummer som skulle vårdas.
- önskan att ha haft någon *utomstående att vända sig till*, en som tog sig tid att sitta ner, lyssna och uppmuntra, när patienten kände sig ledsen, ensam och sårbar (18).
- erfarenheten av att ha blivit *dåligt behandlad* under vårdtiden. Detta inkluderade känslan av övergivenhet, att inte bli sedd, avsaknad av respekt, integritet och hänsyn (25).

De negativa erfarenheterna av samhällsstödet, var inte gemensamt för alla patienter. Några hade bara positiva erfarenheter av bemötandet från samhället (hälso- och sjukvård). Detta ledde till en trygghet i tillfrisknandeprocessen, där de kände sig bekräftade och återfick den, med traumat förlorade, självkänslan (19).

## Sjuksköterskans bemötande av patienten

I en observationsstudie av Morse och Proctor (29) framkom hur stor betydelse sjuksköterskan har för en patient som genomgått ett trauma. Författarna belyste sjuksköterskans tillvägagångssätt i bemötandet av patienten vid svåra smärtor av skadorna, eller smärtsamma undersökningar:

- *assistera* patienten igenom processen, genom att söka ögonkontakt, patientens uppmärksamhet och se signaler i ansiktsuttryck. Att inte se patienten kunde leda till mer smärta för denne.
- *beröring* för att komma i kontakt med patienten, eventuellt hindra patienten att röra arm och ben under undersökningar, och för att patienten ska veta att sjuksköterskan är där.
- kontinuerligt *tala* direkt med patienten (trots annan aktivitet av övrig vårdpersonal), *uppmuntra*, *ge kommandon* som guidar patienten genom proceduren, använda *avledande* fraser som hjälper patienten att fokusera på något annat än smärtan.
- vara patientens "*advokat*", genom att omedelbart svara på patientens begäran och sätt att tala, och föra dennes önskan vidare till traumateamet. Detta var beroende om och hur patienten uttryckte sig. Om en patient låg alldeles tyst, talade inte sjuksköterskan med patienten, utom för att informera patienten för ny procedur.
- *ge information* med hänsyn till patientens medvetenhetsgrad. Informera patienten om situationen, så att han eller hon är orienterad till tid och rum. *Förklara* procedurer, i korta meningar, så att de vet vad de har att vänta, och vilka följer proceduren kan få (29).

Detta bemötande hjälpte patienten att hålla ut. Sjuksköterskans och vårdens uppgift var alltså att forma vårdssituationen så att patienten inte kände sig förbisedd av all effektivitet och alla medicinska åtgärder (29).

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Vårt intresse från början var att enbart studera patienter med multitrauma. Det var svårt att finna litteratur kring endast denna typ av skada. Vi utökade därför vår sökning till att omfatta även svårt skadade patienter. Sökningens fokus var från början begränsad till att enbart undersöka patienters välbefinnande. Men även denna sökning fick utökas, till att omfatta livskvalité, eftersom det endast fanns få studier gjorda på multitraumapatienters välbefinnande. Välbefinnande och livskvalité hänger tätt samman. Därför ansåg vi att även begreppet livskvalité kunde användas i vår sökning.

Vi valde att inte begränsa oss endast till patienters upplevelse av välbefinnande flera år efter traumat, utan också studera välbefinnandet redan på avdelningen. Vidare studerades patientens upplevelse av sjuksköterskans bemötande, och hur sjuksköterskan bör bemöta patienten. Detta gjordes på grund av brist på kvalitativa studier. En orsak till att vi inte hittade fler kvalitativa studier kan ha varit att vi använde fel sökord, eller sökordskombinationer, eller att det fortfarande råder en brist på sådan forskning.

I de flesta fall begränsades sökningen till att omfatta studier gjorda de senaste 10 åren. De artiklar som uteslöts på grund av denna begränsning bör ej ha påverkat resultatet, eftersom dessa liknade de som inkluderades. I ett fall valde vi ändå att ta med en artikel från 1994, då denna var av värde för vår studie.

Resultatet innehåller 14 artiklar. Av dessa är fem kvalitativa och nio kvantitativa. De kvantitativa svarade an på våra frågeställningar på ett annat sätt än de kvalitativa. Ett resultat från kvantitativa artiklar kan generaliseras i större utsträckning än vad de kvalitativa kan. Samtidigt ger inte kvantitativa resultat några individuella upplevelser, vilket de kvalitativa ger. Därför är det bra med båda aspekterna, vilket ger en större bredd åt resultatet.

I resultatet valde vi att använda flera citat för att mer specifikt lyfta fram patienternas upplevelser, men även för att stärka reliabiliteten i studien. Citaten ger också läsaren en möjlighet att själv granska och reflektera över resultatet. Vi har låtit citaten stå i sin ursprungliga språkform för att undvika risken för tolkningsfel.

Resultatets artiklar innefattar studier gjorda i såväl Sverige (19, 25) så som USA (17, 27-29), Canada (16), Australien (18, 24), Norge (21, 22, 26), Storbritannien (23) och Grekland (20). Denna internationella bredd ger styrka åt resultatet, samtidigt som resultatet kan vara begränsat då artiklarnas studier är gjorda i västerländsk kultur. Det kan hända att resultatet skulle se annorlunda ut om Asiatiska, Afrikanska och Sydamerikanska länder funnits med. I många av dessa länder är intensivvården inte så välutvecklad, men det sociala nätverket har desto större inverkan.

De patienter som talat något annat språk än landets officiella språk, har i de flesta studier uteslutits. I och med detta finns inte dessa minoritetsgruppers upplevelser med i resultatet, förutom i två studier (27, 28).

Vidare har endast hälften av artiklarna lyft fram etiska ställningstaganden. De övriga artiklarna uppvisade ändå god vetenskaplig förankring och valdes därför att inkluderas i litteraturstudien.

## **Resultatdiskussion**

En patients väg till tillfrisknande börjar redan på akutvårdsavdelningen. Här läggs grunden för hur patienten kommer att hantera sitt multitrauma och hur detta kommer att påverka livet. Även om de medicinska återgårderna blir livsviktiga första tiden, så är ändå upplevelsen av bemötandet, särskilt för en människa som för första gången är patient, väldigt viktigt. Detta påverkar patientens väg till tillfrisknande och dennes upplevelse av sina skador.

Strandberg (19) menar att behovet av vardagsstudier, som utgår från de skadades erfarenheter och upplevelser, är av stort värde för att förstå och få en ökad kunskap om den situation de befinner sig i. Syftet med denna litteraturstudie var därför att beskriva hur patienter, som drabbats av ett multitrauma, upplever sitt psykiska och existentiella välbefinnande. Syftet anses uppfyllt, då resultatet väl beskriver dessa patienters upplevelser av välbefinnande.

Vi har valt att i vår diskussion utgå ifrån Katie Erikssons omvårdnadsteori (14). Eriksson har en holistisk syn på människan, vilket innefattar fysiska, psykiska och existentiella (andliga) dimensioner. Vi kommer i diskussionen framför allt att belysa de psykiska och existentiella dimensionerna, då detta överrensstämmer med vårt syfte, men även hur den fysiska dimensionen samverkar med de andra två dimensionerna. Eriksson (15) belyser att människans tre dimensioner är tätt sammanvävda, och ej åtskiljbara. Detta har tydligt framkommit i vårt resultat, då det har funnits svårigheter att skilja mellan psykiska och existentiella upplevelser. Multitraumat visade sig ha en stark påverkan på flertalet områden i patienternas dagliga liv, och de långvariga funktionella och psykologiska problemen kunde ge patienten mycket lidande. De funktionella problemen ledde till psykiskt lidande som försvårade det fysiska tillfrisknandet. Både det funktionella- och psykiska lidandet påverkade det existentiella välbefinnandet.

### *Psykisk dimension*

Vägen till tillfrisknande och hälsa visade sig vara mycket individuell. Eriksson (14) framhåller vägen till hälsa som en inre process, där det sker en pendling mellan känsla av välbefinnande till känsla av illabefinnande. Denna process och upplevelsen av hälsa, är enligt Eriksson något som varierar från människa till människa. Välbefinnande beskriver Eriksson (11) i betydelsen av att ”finna sig väl”, där känslan av välbefinnande innefattade människans inre upplevelser och är knutet till kroppsligt, psykiskt och existentiellt välbehag. Sarvimäki & Stenbock-Hult (13) beskriver också *psykiskt* och *existentiellt* välbefinnande. Psykiskt välbefinnande sattes i relation till hur människan känslomässigt upplever sig själv och sin omvärld. Men även intellektuellt, hur hon identifierar och tolkar behov och känslor, samt att upplevelsen av välbefinnande är beroende av vilken förmåga

individerna har att handskas med olika situationer. Vårt resultat visade att en viktig del för att patienten ska känna välbefinnande var att denne använder sin inre förmåga och resurser, för att kunna gå vidare och återhämta sig. Önskan att återfå självständighet kunde vara en stark inre drivkraft. Då patienten upplevde förbättring i någon form, stärktes känslan av välbefinnande.

Tanken att försona den känslomässiga och intellektuella dimensionen inom sig, kan betyda att se på sina känslor med förnuftet och försöka särskilja vad som egentligen är sant, och vad som patienten föreställt sig hur verkligheten skulle kunna bli. Detta särskiljande kan vara nödvändigt, för att inte bli ett offer för känslor som inte stämmer med verkligheten.

Patienter som fått en förändrad världsbild och självbild till följd av traumat, kunde uppleva en mängd olika känslor, bl.a. hopplöshet över tillvaron, eftersom den inte var densamma som innan. I tankevärlden kunde man göra allt mycket värre än vad det egentligen var i verkligheten.

Men hoppet anses ändå vara det som sist lämnar en människa. Hoppet kan stärkas av relativt små insatser, som att ha familjen nära, vilket resultatet visade. En människa som är nära döden kan därmed ändå känna hopp, när man får ha dem man älskar nära sig.

Vidare beskriver Sarvimäki & Stenbock-Hult (13) det existentiella välbefinnandet som något som innefattar värderingar av livet och döden, normer och ideal. Vissa patienter ville inte vara utan traumat de genomgått. Detta hade fört dem till insikt om vad som egentligen är viktigt i livet, och de hade börjat uppskatta varje ny dag. Normer, värderingar och ideal som tidigare var viktiga sågs inte längre som lika betydelsefulla. Kanske vissa kunde hitta en mening i varför det hände just dem och känna frid i det. Patienterna i vårt resultat uttryckte inte alltid sina upplevelser som välbefinnande. Men det framkom ändå tydligt att de flesta upplevelser var starkt förenade med välbefinnande eller illabefinnande.

I enlighet med Cullberg (5), drabbades flertalet av patienterna i studiens resultat av PTSD, depression och ångest. Weiseath & Mehlum (1) beskrev depression som en följd av ett psykiskt förlusttrauma, då patienten drabbats av kroppsliga och funktionella förändringar. Denna koppling överrensstämmer väl med resultatet, där patienter som hade nedsättningar i funktionsförmåga, ofta drabbades av *depression*.

Förluster och skadeverkningar kunde väcka starka känslor hos patienterna, men även hos människor i dess omgivning. Patienterna beskrev känslan av *skam*, att skämmas för beteenden eller brister som var relaterade till skadan. Enligt Weiseath & Mehlum (1) kunde känslan av förlust förstärkas, om närstående eller personer i omgivningen reagerade starkt på patientens funktionsnedsättningar och förluster. Skador som påverkade utseendet, kunde ofta ge *ångest* inför andras blickar, vilket ledde till att patienten drog sig undan ytliga, sociala kontakter. Detta framkom även i resultatet, där skämt eller kränkning kunde leda till att patienten valde att välja bort vissa sociala umgängeskontakter. Att plötsligt inte längre "passa in" i världen, kunde bli ett trauma i sig. Speciellt svårt måste det vara att behöva anpassa sig till ett samhälle som sätter värde på fysisk skönhet och perfektion. Men även att i vardagen, möta de svårigheter som fysiska begränsningar kan föra med sig, exempelvis om patienten måste förflytta sig med hjälp av rullstol.

Det sociala sammanhanget nämndes även som en viktig stödjande faktor, och var en avgörande del i patientens tillfrisknandeprocess. För de individer som inte har ett starkt socialt nätverk, får kanske multitraumat och dess följder, svårare konsekvenser i det dagliga livet. Eftersom ett multitrauma i sig kan leda till att patienten drar sig undan sociala kontakter, blir ensamheten för dessa ännu större, än vad den blir för en patient som har en stödjande omgivning.

Trost & Levin (8) beskrev att de personer som drabbas av förluster eller olycka, även kan drabbas av en identitetskris. *Identiteten* som människan vanligtvis tar för given, sattes för patienten helt oväntat i gungning, och kunde leda till en tillfällig personlighetsförändring. I resultatet visade sig denna identitetskris som en källa till otrygghet, där patienten helt plötsligt rycktes bort från sin trygga, inarbetade tillvaro. Det är tänkbart att för en människa som redan innan multitraumat mått psykiskt dåligt, blir identitetskrisen, tillsammans med övrigt psykiskt lidande, något som gör lidandet ännu värre.

Ovan ser vi tydligt hur en fysisk skada kunde leda till ett psykiskt sammanbrott. Detta visades även vid en kraftig smärtupplevelse och medicinska åtgärder, vilka var förknippat med *rädsla* för vad som väntade patienten. Rädslan kan förvärra smärtan och stärka ensamhetskänslan. Här har sjuksköterskan en viktig roll som den som finns där för patienten och hjälper denne igenom. Om patienten kan känna sig trygg kan säkert mycket av rädslan reduceras och därmed smärtan.

Flera av resultatets artiklar lyfte fram de negativa konsekvenserna som kunde följa ett multitrauma. Men några artiklar lyfte även fram de *positiva konsekvenserna*, som visade sig i form av fördjupad självinsikt, förnyad uppskattning av livet och sina relationer och hopp om tillfrisknande. Detta kan man härleda till Cullbergs (5) beskrivning av nyorienteringsfasen, där patienten upplever en förändring av självbilden, och den skakade självkänslan återupprättas.

#### *Existentiell dimension*

Resultatet visar att patienter som drabbas av multitrauma kan börja tänka på *döden*, och deras egen sårbarhet och dödlighet. I enlighet med Erikssons teori (15) hänger även den fysiska och existentiella dimensionen intimt samman. Patienterna menade att den traumatiska händelsen och de fysiska skadorna som följde, väckte framför allt existentiella tankar. Det kan hända att det man byggt sitt liv på var borta, vare sig det var vikten av utseende eller en förlorad familj. En ny, osäker värld hade uppstått, en värld där människan var mycket sårbar. Patienterna hanterade detta olika. För vissa blev livet inte värt att leva längre, medan för andra fick livet en helt annan omvärdering och omprioritering till det bättre, även om det kunde ta år. Här visas tydligt betydelsen av uppföljning från hälso- och sjukvård, för att kunna försonas med sitt nya liv och få hjälp att se på tillvaron på ett nytt sätt.

Jon & Allen (6) skrev att traumapatienterna upplevde *skuld* i någon form. Om endast *en* människa har överlevt en olycka kan denna uppleva överlevnadsskuld. I resultatet beskrevs ingen upplevelse av skuld, vilket är något som kan förekomma i den tidiga katastrofreaktionen (7).

### *Genusaspekter*

I våra artiklar bestod patientpopulationen framför allt av män. Kan en anledning till detta vara att skadorna ofta uppkommit genom trafikolyckor, och att män, i större utsträckning än kvinnor, kör bil och motorcykel? Detta gör att resultatet inte går att generalisera. Utifrån våra artiklar framkom det att kvinnor ofta får svårare psykiska följder än männen. De drabbades i högre utsträckning av PTSD, och lägre grad av välbefinnande under längre tid. Kan det vara så att det behövs mer specialiserad vård och rehabilitering för kvinnor? För att få svar på detta behövs det mer forskning kring kvinnors upplevelser av psykiskt och existentiellt välbefinnande.

### *Betydelse i vården*

Vi vill utifrån vårt resultat lyfta fram hur sjuksköterskan bör gå till väga i bemötandet av en patient med multitrauma. Viktiga komponenter är:

- Att ge *information*. Informationen är särskilt viktig inför behandling, för att undvika att den blir ett hot för patientens självständighet.
- Att göra patienten *delaktig*. Om vårdpersonalen tar över allt ansvar, kan patienten känna att denne inte har kontroll över situationen, och detta kan bli ett hinder i tillfrisknandet.
- Att *trösta, förbereda* och *vägleda* patienten genom procedurer. Sjuksköterskan bör se sin roll som *den som ser* patienten, dennes känslor och upplevelser.
- Att *vara uppmärksam* på signaler hos patienten, och svara an på dessa, vilket kan lindra både stress, smärta, chock och sjuklighet.

### *Vad kan göras i framtiden?*

I ett samtal med kurator Öllegård Jacobsson (30) hävdade hon bestämt att patienter som kommer ut från traumaavdelningen vanligtvis inte får någon uppföljning, vare sig fysiskt eller psykiskt. Detta överrensstämmer väl med litteraturstudiens resultat, där flertalet patienter beskriver detta *glapp* som väldigt frustrerande. Det ligger nära till hands att tro att det saknas kunskaper på den samhälleliga nivån. Den medicinska och rehabiliteringsmedicinska utvecklingen har gått så fort framåt att helhetssynen på människan, det sociala stödet, och samordningen av olika stödinsatser på samhällsnivån inte håller motsvarande standard beträffande kunskap.

Förslag på hur detta glapp skulle kunna överbryggas:

- Att utveckla en *specifik rehabilitering* för patienter med multitrauma.
- Att det finns en *samordning* mellan olika instanser och professioner så att det finns en uppföljning efter utskrivning.
- Att varje patient får en *individuell vård- och rehabiliteringsplan* innan utskrivning, som ska följa patienten en tid framåt.
- Att *tydlig information* ges om vård och rehabilitering, samt att tid för återbesök ges innan utskrivning. Patienten bör även få en kontakt (sjuksköterska/läkare), ett namn och nummer som denne kan ringa till vid frågor eller problem, så patienten kan känna sig trygg i vetskapen om att ha någon att vända sig till.
- Att en *kurator knyter kontakt* med patienter redan på avdelningen och informerar om möjligheten till kuratorskontakt, under sjukhusvistelsen, som krisstöd i akuta skedet, och även i uppföljningen efteråt. Detta är viktigt eftersom traumapatienter kan ha svårt att ta initiativ till kontakt.



Den mångdimensionella problematiken som patienter med multitrauma upplever, med bl.a. frustration över att livet aldrig kommer bli som förr, behöver tas på allvar. Patienterna behöver få hjälp med att försonas med det nya livet. Ska patienten behöva kosta sjukvården ännu mer, genom att återigen söka hjälp, denna gång för depression och andra psykiska svårigheter, när detta hade kunnat göras något åt redan från början? Då rehabiliteringen i dagsläget är bristfällig får det till följd att många av dessa patienter har stora svårigheter att komma tillbaka till arbetslivet. Och på grund av sjukskrivning blir detta ytterliggare en ekonomisk börda för samhället. Om sjukvården samarbetade på ett annat sätt med andra professioner, med patientens bästa i fokus, hade inte deras situation behövt se ut som den gör. Utveckling och forskning på detta område är högst önskvärt.

#### *Konklusion*

Det behövs en specifik rehabilitering och uppföljning för dessa patienter, där det finns en samordning mellan olika instanser och professioner. Detta för att överbrygga det glapp patienterna upplever.

## REFERENSLISTA

1. Weiseath L, Mehlum L. Människor trauman och kriser. Borås: Bokförlaget Natur och Kultur; 1997.
2. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
3. Edlund Y, Scherstén T. Kirurgi Traumakirurgi. Göteborg: Esselte studium AB; 1986.
4. Andersson R, Jeppsson B, Lindholm C, Rydholm A, Ulander K. Kirurgiska sjukdomar. Patofysiologi, behandling, specifik omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2004.
5. Cullberg J. Kris och utveckling. 5 uppl. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur; 2006.
6. Jon G, Allen Ph. D. Coping with trauma. Hope through understanding. 2<sup>nd</sup> ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2005.
7. Lennquist S. Katastrofmedicin. 2 uppl. Stockholm: Författaren och Liber AB; 2002.
8. Trost J, Levin I. Att förstå vardagen- med ett symbolisk interaktionistiskt perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 1996.
9. Järhult J, Offenbartl K. Kirurgi – vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar. 4 uppl. Stockholm: Liber AB; 2006.
10. Nationalencyklopedin. URL: <http://www.ne.se>. Tillgänglig 2007-10-26.
11. Eriksson K. Hälsans idé. 2 uppl. Stockholm: Liber AB; 1993.
12. Rustöen T. Livskvalitet: en sykepleientfördring. Oslo: Ad Notam Gyldendal förlag; 1992.
13. Sarvimäki A, Stenbock-Hult B. Vård, ett uttryck för omsorg. 2 uppl. Stockholm: Liber AB; 1996.
14. Eriksson K. Vårdprocessen. 4 uppl. Stockholm: Liber AB; 2000.
15. Eriksson K. Vårdandets idé. Stockholm: Liber AB; 1997.
16. O'Brien J-A, Fothergill-Bourbonnais F. The experience of trauma resuscitation in the emergency department: themes from seven patients. J Emerg Nurs 2004;30(3):216-24.
17. Richmond TS, Thompson HJ, Deatrick JA, Kauder DR. Journey toward recovery, following physical trauma. J Adv Nurs 2000;32(6):1341-47.
18. Harms L. After the accident: survivors perceptions of recovery following road trauma. Aust Soc Work 2004;57(2):161-73.

19. Strandberg T. Vuxna med förvärvad traumatisk hjärnskada-omställningsprocesser och konsekvenser i vardagslivet. En studie av femton personers upplevelser och erfarenheter av att leva med förvärvad traumatisk hjärnskada. [disseration]. Örebro: Örebro Universitet; 2006.
20. Dimopoulou I, Anthi A, Mastora Z, Theodorakopoulou M, Konstandinidis A, Evangelou, E et al. Health-related quality of life and disability in survivors of multiple trauma one year after intensive care unit discharge. *Am J Phys Med Rehabil* 2004;83:171–76.
21. Soberg H, Lundgaard, Bautz-Holter E, Roise O, Finset A. Long-Term Multidimensional Functional Consequences of Severe Multiple Injuries Two Years After Trauma: A Prospective Longitudinal Cohort Study. *J Trauma* 2007;62(2):461-70.
22. Anke AG, Fugl-Meyer AR. Life satisfaction several years after severe multiple trauma- a retrospective investigation. *Clin Rehabil* 2003;17(4):431-42.
23. Thiagarajan J, Taylor P, Hogbin E, Ridley S. Quality of life after multiple trauma requiring intensive care. *Anaesthesia* 1994;49:211-18.
24. Harms L, Talbot M. The aftermath of road trauma: survivors perception of trauma and growth contents. *Health Soc Work* 2007;32(2):129-37.
25. Sluys K, Häggmark T, Iselius L. Outcome and quality of life 5 years after major trauma. *J Trauma* 2005;59(1):223-32.
26. Anke AG, Stanghelle JK, Finset A, Roaldsen KS, Pillgram-Larsen J, Fugl-Meyer AR. Long-term prevalence of impairments and disabilities after multiple trauma. *J Trauma* 1997;42(1):54-61.
27. Holbrook, Troy L, Anderson JP, Sieber WJ, Browner D, Hoyt DB et al. Outcome after major trauma: 12-month and 18-month follow-up results from the trauma recovery project. *J Trauma* 1999;46(5):765-71.
28. Holbrook, Troy L, Hoyt, David B, Murray B, William J et al. Gender differences in long-term posttraumatic stress disorder outcomes after major trauma: women are at higher risk adverse outcome than men. *J Trauma* 2002;53(5):882-88.
29. Morse JM, Proctor A. Maintaining patient endurance- the comfort work of trauma nurses. *Clin Nurs Res* 1998;7(3): 250-74.
30. Jacobsson Ö, Kurator Akutintaget/ CIVA /Traumaenheten. Samtal 2007-10-11, Kuraturenheten SU/S.

## BILAGA

### Artikelsammanställning

**Referensnr:** 16  
**Titel:** **The experience of trauma resuscitation in the emergency department: themes from seven patients.**  
**Författare:** O'Brien J-A, Fothergill-Bourbonnais F.  
**Tidskrift:** Journal of Emergency Nursing  
**Tryckår:** 2004  
**Syfte:** 1. Ta fram patienternas perspektiv på upplevelsena av ett uppvaknande efter trauma på en akutavdelning. 2. Patienterna uppfattning om deras sårbarhet under uppvaknandet på akutavdelningen. 3. Om där fanns faktorer som påverkade patienternas upplevelse.  
**Metod:** En kvalitativ studie gjord på sju patienter. Alla intervjuerna var bandade. Uppföljningsintervjuer vid 7 och 12 månader.  
**Urval:** Sju patienter, 4 män och 3 kvinnor, på ett sjukhus i Ontario, i Canada. Ålder var 18 år och uppåt. De inkluderade var fysiskt och psykiskt kapabla att delta i en intervju på engelska.  
**Referenser:** 19  
**Land:** Canada

---

**Referensnr:** 17  
**Titel:** **Journey toward recovery, following physical trauma.**  
**Författare:** Richmond TS, Thompson HJ, Deatrick JA, Kauder DR.  
**Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing  
**Tryckår:** 2000  
**Syfte:** Att belysa förståelsen av tillfrisknande av fysiskt trauma och grundligt beskriva tillfrisknandets natur.  
**Metod:** Semistrukturerade kvalitativa telefonintervjuer, som en del av en större kvantitativ studie.  
**Urval:** 63 patienter som överlevt allvarligt fysiskt trauma, blev intervjuade 2-5 år efter traumat.  
**Referenser:** 17  
**Land:** USA

---

**Referensnr:** 18  
**Titel:** **After the accident: Survivors' perceptions of recovery following road trauma.**  
**Författare:** Harms L.  
**Tidskrift:** Australian Social Work  
**Tryckår:** 2004  
**Syfte:** Att ta reda på hur de överlevande upplevde vägen till tillfrisknande, genom svåra ortopediska operationer, rehabiliteringen på en avdelning och åren efter.

**Metod:** Studien är både kvantitativ och kvalitativ. 79 patienter fullbordade undersökningen. 24 av dessa deltog i djupintervjuer via telefon.  
**Urval:** Patienter var mellan 22-85 år, där 73% var födda i Australien.  
**Referenser:** 23  
**Land:** Australien

---

**Referensnr:** 19  
**Titel:** **Vuxna med förvärvad traumatisk hjärnskada-omställningsprocesser och konsekvenser i vardagslivet. En studie av femton personers upplevelser och erfarenheter av att leva med förvärvad traumatisk hjärnskada.**  
**Författare:** Strandberg T  
**Tidskrift:** -  
**Tryckår:** 2006  
**Syfte:** Att öka kunskapen om, samt att belysa den omställningsprocess och de konsekvenser som vuxna personer med traumatisk hjärnskada erfar och upplever i vardagslivet och i stödet efter en förvärvad hjärnskada.  
**Metod:** Hermeneutisk kvalitativ ansats, där intervjuaren använde sig av en halvstrukturerad frågeguide, som gav informanten fritt utrymme att uttrycka sina erfarenheter och upplevelser.  
**Urval:** 23 personer med traumatiskt förvärvad hjärnskada, åldrarna 22-56 år.  
**Referenser:** 252  
**Land:** Sverige

---

**Referensnr:** 20  
**Titel:** **Health-Related quality of life and disability in survivors of Multiple Trauma One Year After Intensive Care Unit Discharge**  
**Författare:** Dimopoulou I, Anthi A, Mastora Z, Theodorakopoulou M, Konstandinidis A, Evangelou E et al.  
**Tidskrift:** American journal of physical medicine and rehabilitation  
**Tryckår:** 2004  
**Syfte:** Att utvärdera hälsorelaterad livskvalité och oförmåga hos multitraumapatienter som krävt intensivvård.  
**Metod:** En prospektiv kohort studie, där patienterna fick fylla i kvantitativa frågeformulär, ett år efter utskrivning.  
**Urval:** 87 patienter med multitrauma som inkom till intensivvårdsavdelningen.  
**Referenser:** 25  
**Land:** Grekland

---

**Referensnr:** 21  
**Titel:** **Long-Term Multidimensional Functional Consequences of Severe Multiple Injuries Two Years After Trauma: A Prospective Longitudinal Cohort Study**  
**Författare:** Soberg H, Lundgaard, Bautz-Holter E, Roise O, Finset A  
**Tidskrift:** Journal of Trauma  
**Tryckår:** 2007  
**Syfte:** Fastställa funktion och livskvalité efter svåra skador.  
**Metod:** Prospektiv kohortstudie. Patienter med allvarliga multipla skador, fick via e-mail fylla i kvantitativa frågeformulär, sex veckor efter utskrivning, samt efter ett och två år.  
**Urval:** 105 patienter deltog i studien.  
**Referenser:** 56  
**Land:** Norge

---

**Referensnr:** 22  
**Titel:** **Life satisfaction several years after severe multiple trauma- a retrospective investigation**  
**Författare:** Anke AG, Fugl-Meyer AR.  
**Tidskrift:** Clinical Rehabilitation.  
**Tryckår:** 2003  
**Syfte:** Att beskriva förekomsten av förändringar i tillfredsställelse med livet efter multitrauma. Att analysera associationerna mellan tillfredsställelse med livet som helhet och olika områden i livet, samt identifiera viktiga faktorer som medverkar till tillfredsställelse med livet.  
**Metod:** Retrospektiv kvantitativ uppföljningsstudie.  
**Urval:** 69 patienter med allvarligt multitrauma deltog i studien.  
**Referenser:** 29  
**Land:** Norge

---

**Referensnr:** 23  
**Titel:** **Quality of life after multiple trauma requiring intensive care.**  
**Författare:** Thiagarajan J, Taylor P, Hogbin E, Ridley S.  
**Tidsskrift:** Anaesthesia  
**Tryckår:** 1994  
**Syfte:** Att noggrant undersöka livskvalité hos överlevande traumaoffer, som varit under intensivvård. Att försöka identifiera områden där livskvalitén var allvarligt nedsatt. Att jämföra tillgängliga metoder för att mäta livskvalité i samband med intensivvård.  
**Metod:** Genom strukturerade kvantitativa intervjuer med frågeformulär mättes patienternas livskvalité.  
**Urval:** Alla överlevande med multitrauma kontaktades efter utskrivning, 42 patienter fullföljde studien.  
**Referenser:** 20  
**Land:** Storbritannien

---

**Referensnr:** 24  
**Titel:** **The aftermath of Road Trauma: Survivors' Perceptions of Trauma and growth Contents**  
**Författare:** Harms L, Talbot M.  
**Tidskrift:** Health and Social Work.  
**Tryckår:** 2007  
**Syfte:** Att beskriva kvarvarande psykosociala upplevelser hos patienter som överlevt en trafikolycka.  
**Metod:** Datan insamlades både via anonyma frågeformulär, samt via djupintervjuer med öppna frågor. Studien använde både ett kvantitativt och kvalitativt analysförfarande.  
**Urval:** 79 patienter deltog i studien.  
**Referenser:** 34  
**Land:** Australien

---

**Referensnr:** 25  
**Titel:** **Outcome and quality of life 5 years after major trauma**  
**Författare:** Sluys K, Häggmark T, Iselius L.  
**Tidskrift:** Journal of Trauma  
**Tryckår:** 2005  
**Syfte:** Denna artikel vill undersöka livskvalitén efter stort trauma och identifiera faktorer som potentiellt är associerade till skadan.  
**Metod:** Kvantitativ studie gjord fem år efter ett stort trauma, där livskvalitén mättes efter olika mätinstrument.  
**Urval:** 309 patienter från Karolinska sjukhuset i Stockholm mellan åren 1996 och 1997.  
**Referenser:** 51  
**Land:** Sverige

---

**Referensnr:** 26  
**Titel:** **Long-Term Prevalence of Impairments and Disabilities after Multiple Trauma**  
**Författare:** Anke AG, Stanghelle JK, Finset A, Roaldsen KS, Pillgram-Larsen J, Fugl-Meyer AR.  
**Tidskrift:** Journal of **Trauma**  
**Tryckår:** 1997  
**Syfte:** Att analysera förekomsten av nedsättningar och oförmågor efter allvarlig multipelt trauma.  
**Metod:** Kvantitativ intervjustudie, där patienterna fick besvara frågeformulär.  
**Urval:** Alla patienter med allvarligt multipelt trauma, som inkom på kirurgavdelningen. 69 patienter passade in på inklusionskriterierna.  
**Referenser:** 21  
**Land:** Norge

---

**Referensnr:** 27  
**Titel:** **Outcome after Major Trauma: 12-Month and 18-Month Follow-Up Results from the Trauma Recovery Project**  
**Författare:** Holbrook, Troy L, Anderson JP, Sieber WJ, Browner D, Hoyt DB et al.  
**Tidskrift:** Journal of Trauma.  
**Tryckår:** 1999  
**Syfte:** Att beskriva funktionella resultat från 12- respektive 18 månaders uppföljning av *Trauma Recovery Project*'s population, samt att undersöka kopplingen/ förbindelsen av förmodade riskfaktorer med funktionella resultat.  
**Metod:** Uppföljning av tidigare studie, via telefonintervjuer, där patienterna fick svara på kvantitativa frågeformulär.  
**Urval:** 780 patienter, av de ursprungliga 1048 studiedeltagarna, deltog i uppföljningsstudien.  
**Referenser:** 43  
**Land:** USA

---

**Referensnr:** 28  
**Titel:** **Gender differences in long-term posttraumatic stress disorder (PTSD) outcomes after major trauma: women are at higher risk of adverse outcome than men.**  
**Författare:** Holbrook, Troy L., Hoyt, David B., Stein, Murray B., Sieber, William J.  
**Tidskrift:** Journal of Trauma  
**Tryckår:** 2002  
**Syfte:** Att undersöka skillnaderna mellan könen i utdragna PTSD och att fastställa PTSD:s inverkan på respektive köns livskvalité, vid 6-, 12-, och 18 månader uppföljning.  
**Metod:** Kvantitativ studie gjord på 1048 traumapatienter, där man mätte livskvalité, tidiga symtom på stressreaktion och PTSD.  
**Urval:** Patienterna är utvalda från fyra trauma center i San Diego som finns med i det regionala trauma systemet. Patienternas ålder är  $\geq 18$  år.  
**Referenser:** 31  
**Land:** USA

---

**Referensnr:** 29  
**Titel:** **Maintaining Patient Endurance, the comfort work of trauma nurses.**  
**Författare:** Morse JM, Proctor A.  
**Tidskrift:** Clinical Nursing Research  
**Tryckår:** 1998  
**Syfte:** Att förklara det tröstandet talet som hjälper den allvarligt skadade patienten att uthärda smärtan från skada och följande behandling och att återfå kontrollen



**Metod:** Kvalitativ observationsstudie. Patienterna hade, under tiden de har varit inläggande på traumaavdelning, blivit videofilmade. Materialet har sedan analyserats med en lingvistisk analysmetod.

**Urval:** 67 patienter från två traumacentrar i Pennsylvania och Illinois.

**Referenser:** 11

**Land:** USA

---