



Att lindra patientens lidande vid akut fysiskt trauma

En kvalitativ litteraturstudie

Linnéa Lipiäinen

Examensarbete
Sjukskötare
2019

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Sjukskötare
Identifikationsnummer:	20271
Författare:	Linnéa Lipiäinen
Arbetets namn:	Att lindra patientens lidande vid akut fysiskt trauma-en kvalitativ litteraturstudie
Handledare (Arcada):	Marianne Meyer-Arnold
Uppdragsgivare:	Vi bryr oss om
<p>Sammandrag:</p> <p>Studien är en del av ett etikprojekt och gjord i samarbete med projektet ”Vi bryr oss om”, initierat av HUS. Ett akut fysiskt trauma kan leda till ett psykiskt chocktillstånd. Då kan man behöva psykiskt stöd. Avsikten är att beskriva hur sjukskötare kan vårda patienter med hjälp av psykiskt stöd, som varit med om akut fysiskt trauma. Syftet är att lindra patientens lidande i chockfasen. Frågeställningen är: Hur lindra lidande hos en traumapatient i chockfasen, som varit med om akut fysiskt trauma? Eftersom rehabiliteringstiden i ett psykiskt chocktillstånd beror på hurdant psykiskt stöd man får, är det oerhört viktigt att få det stöd man behöver. Den teoretiska referensramen är Katie Erikssons (1985) vårdprocess, där fokuset är på dialogen mellan vårdaren och patienten. Studien är gjord enligt Jacobsens (2007) förklaring av den kvalitativa litteraturstudien. Resultatet bygger sig på Henricsons (2012) definiering av innehållsanalysen och består av tio vetenskapliga artiklar som analyserats. Artiklarna redovisas i åtta kategorier. Kategorierna är psykiska behov, information, omedelbara handlingar, kommunikation, bemötande, personlighetsdrag man har nytta av som sjukskötare, samarbete och utmaningar. Resultatet förklarade att psykiskt stöd skapas genom ett gott förtroende mellan vårdaren och patienten, fysisk kontakt, att lyssna, att kommunicera och personlighetsdrag som vänlighet, hjälpsamhet och empatiförmåga hos sjukskötaren.</p>	
Nyckelord:	Akut fysiskt trauma, psykiskt chocktillstånd, psykiskt stöd, lindra lidande, patient, sjukskötare, ”vi bryr oss om”
Sidantal:	55
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	24.5.2021

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	20271
Author:	Linnéa Lipiäinen
Title:	To relieve patient's suffering in acute physical trauma-a qualitative literature study
Supervisor (Arcada):	Marianne Meyer-Arnold
Commissioned by:	We care
<p>Abstract:</p> <p>This study is part of an ethics project and made in collaboration with "We care", initiated by HUS. An acute physical trauma can lead to a mental shock condition. Then mental support might be needed. The purpose is to describe how nurses can care patients who have been involved in acute physical trauma, using mental support. The aim is to relieve the patient from suffering in the shock phase. The questionnaire is: How to relieve suffering of a trauma patient in the shock phase, who have been involved in acute physical trauma? Since the rehabilitation period in a mental shock state depends on what kind of mental support one get, it is, extremely important to get the support one need. The theoretical frame of reference is Katie Eriksson's (1985) care process, where the focus is on the dialogue between the carer and the patient. The study is done according to Jacobsen's explanation of the qualitative literature study. The result is based on Henricson's (2012) definition of the content analysis and consists of ten scientific articles analyzed. The articles are accounted in eight categories. The categories are mental needs, information, immediate actions, communication, treatment, personality traits one benefits of as a nurse, collaboration and challenges. The result explained that mental support is created through a good trust between the carer and the patient, physical contact, listening, communicating and personality traits such as kindness, helpfulness and empathy skills of the nurse.</p>	
Keywords:	Acute physical trauma, mental shock condition, mental support, relieve suffering, patient, nurse, "we care"
Number of pages:	55
Language:	Swedish
Date of acceptance:	24.5.2021

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Sairaanhoitaja
Tunnistenumero:	20271
Tekijä:	Linnéa Lipiäinen
Työn nimi:	Potilaan kärsimyksen lieventäminen akuutissa fyysisessä traumassa-laadullinen kirjallisuuskatsaus
Työn ohjaaja (Arcada):	Marianne Meyer-Arnold
Toimeksiantaja:	Me välitämme
<p>Tiivistelmä: Tämä tutkimus on osa eettistä hanketta HUS:n aloittamana ja tehty yhteistyössä ”Me välitämme” -projektin kanssa. Akuutti fyysinen trauma voi johtaa henkiseen shokkiin, jolloin voi tarvita henkistä tukea. Tarkoituksena on kuvailla, miten sairaanhoitajat voivat hoitaa potilaita henkisen tuen avulla, jotka ovat kokeneet akuuttia fyysistä traumaa. Tavoitteena on lievittää potilaan kärsimystä shokkivaiheessa. Kysymyksenasettelu kuuluu: Kuinka lievittää traumapotilaan kärsimystä shokkivaiheessa, joka on kokenut akuuttia fyysistä traumaa? Koska kuntoutusaika henkisessä shokissa riippuu millaista henkistä tukea saa, on erittäin tärkeää saada tarvitsemaansa tukea. Teoreettinen viitekehys on Katie Erikssonin (1985) hoitoprosessi, jossa keskitytään hoitajan ja potilaan väliseen vuoropuheluun. Tutkimus on tehty Jacobsenin (2007) julistukseen laadullisesta kirjallisuudenkatsauksesta. Tulos perustuu Henricsonin (2012) määrittelemästä sisältöanalyysistä ja koostuu kymmenestä tieteellisestä artikkelista. Artikkelit esitetään kahdeksassa kategoriassa. Kategoriat ovat henkiset tarpeet, tieto, välittömät toimet, kommunikaatio, kohtelu, yhteistyö, haasteet ja persoonallisuuden piirteitä, joista on hyötyä sairaanhoitajana. Tulos totesi, että henkinen tuki luodaan hyvän luottamuksen kautta hoitajan ja potilaan välillä, fyysinen kontakti, kuunteleminen, kommunikoiminen ja persoonallisuuden piirteitä sairaanhoitajalla kuten ystävällisyys, avuliaisuus ja empatiakyky.</p>	
Avainsanat:	Akuutti fyysinen trauma, henkinen shokki, henkinen tuki, lievittää kärsimystä, potilas, sairaanhoitaja, ”me välitämme”
Sivumäärä:	55
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	24.5.2021

INNEHÅLL

1	Inledning	6
2	Bakgrund	7
2.1	Akut traumapatient	7
2.2	Fysiskt trauma	7
2.3	Psyiskt chocktillstånd.....	8
2.4	Psyksiska följder efter akut fysiskt trauma	9
2.5	Lidande.....	12
2.6	Akut stöd.....	12
3	Tidigare forskning	13
4	Teoretisk referensram	17
5	Studiens syfte och frågeställning	18
6	Metod	18
6.1	Litteratur	19
6.2	Problemavgränsning.....	20
6.3	Datainsamling.....	21
6.4	Redovisning av materialet	21
6.5	Innehållsanalys.....	26
6.6	Redovisning av innehållsanalysen	27
7	Etiska aspekter	28
8	Redovisning av resultatet	28
8.1	Psyksiska behov.....	29
8.2	Information.....	30
8.3	Omedelbara handlingar	31
8.4	Kommunikation.....	31
8.5	Bemötande	32
8.6	Personlighetsdrag man har nytta av som sjukskötare.....	32
8.7	Samarbete	32
8.8	Utmaningar	33
9	Koppling till den teoretiska referensramen	33
10	Kritisk granskning och diskussion	35
	Källor	39
	Bilagor	44

1 INLEDNING

Denna studie är en del av ett etikprojekt som gjorts i samarbete med projektet ”Vi bryr oss om”. Det initierades år 2017 av HUS och gjordes i samarbete med Arcada, DIAK och Metropolia. Intresset i studien är den psykiska hälsan som omskakas, då ett akut fysiskt trauma inträffar. Här med riktar sig studien på hur sjukskötare kunde psykiskt stöda en patient i chockfasen, som varit med om ett akut fysiskt trauma. Jag har ett stort intresse för hur människans psyke fungerar under chockfasen och vad som händer i psyket efter en akut fysisk skada. Intresset för ämnet väcktes då jag under mina sjukskötarstudier genomförde en praktik på en ortopedi-och traumatologiavdelning. Där fick jag som patient en person som fått en brännskada upp till 70% av kroppen. Det här öppnade mina ögon för det fysiska traumat och vården av psyket. Patienten gav mig många saker att tänka på, speciellt hur viktigt det är att få psykiskt stöd efter ett fysiskt trauma.

Axelsson (1997) definierade redan år 1997 att då en person hamnar ut för en akut skada eller sjukdom, kan man drabbas av psykiska reaktioner utöver de fysiska symtomen. De fysiska skadorna uppenbarar sig genast, medan de psykiska reaktionerna kan uppenbara sig efter en tid. En kraftig psykisk reaktion kallas för en kris. En kris delas in i fyra faser: chock fas, reaktionsfas, bearbetningsfas och nyorienteringsfas. En person som nyss varit med om en akut skada, går först igenom chockfasen. (Axelsson 1997, s. 9-10)

Axelsson (1997) betonar att kvaliteten på vårdarens omhändertagande av den skadade patienten spelar en stor roll, med tanke på patientens rehabiliteringstid. (Axelsson 1997, s. 7) Utgående från det, anser jag att det är oerhört viktigt att vårdaren har en kompetens att psykiskt stöda en traumapatient. I bakgrunden tar jag upp centrala begrepp, som är väsentliga att känna igen vid läsandet av arbetet. Begreppen är akut traumapatient, fysiskt trauma, psykiskt chocktillstånd, psykiska följder efter akut fysiskt trauma, lidande och akut stöd. Avsikten är att beskriva hur sjukskötare kan vårda patienter med hjälp av psykiskt stöd, som varit med om akut fysiskt trauma, i syftet att lindra patientens lidande i chockfasen. Studiens frågeställning lyder följande: Hur lindra lidande hos en traumapatient i chockfasen, som varit med om akut fysiskt trauma?

2 BAKGRUND

I detta kapitel presenteras centrala begrepp för studien. De centrala begreppen är akut traumapatient, fysiskt trauma, psykiskt chocktillstånd, psykiska följder efter akut fysiskt trauma, lidande och akut stöd.

2.1 Akut traumapatient

I denna studie avses med begreppet akut traumapatient en patient som precis varit med om en allvarlig olycka eller skada och som sedan omedelbart anländer med ambulans till sjukhus. Patienten anses varit med om en storolycka, om risken för dödsfall hotas. Denna studie fokuserar sig på centrifugala olyckor, t.ex. trafikolycka. Denna form av olyckor sker brett över hela landet. (Saari 2000, s. 20-21)

2.2 Fysiskt trauma

Fysiskt trauma innebär skada på kroppen, t.ex. benbrott, som orsakats av en yttre kraft. (Karolinska Institutet 2020) Ett trauma är en skada som gör ont och som drabbar en levande organism. Skadan orsakar en försämring av det normala tillståndet. Skadan drabbar en och förorsakar en förstörelse helt eller delvis. (Svenska Akademiens Ordbok 2020) Den utökade teknologin har orsakat att stora olyckor och katastrofer har blivit vanligare. Genom de snabba kommunikationsmedlen och den detaljerade nyhetsförmedlingen, har olyckorna blivit en del av vår vardag. (Dyregrov 1993, s. 14)

En olycka kallas för katastrof, om den lett till över 100 dödsfall. I hälsovården definieras en katastrof enligt följande: mängden skadade överstiger den normala vårdkapaciteten, det här innebär m.a.o. att resurserna i hjälp-och vårdorganisationen inte räcker till. En storolycka är en händelse, där det skett en stor ekonomisk förlust, risk för dödsfall hotade många, tio stycken har skadats och flera dödsoffer har förekommit. Storolyckor och katastrofer delas in i två olyckor, centrifugala och centripetala olyckor. Centrifugala olyckor är t.ex. trafikolyckor och de sker brett över hela landet. Centripetala olyckor är naturkatastrofer och sker begränsat kring världen. (Saari 2000, s. 20-21)

Under människans fyrtio första levnadsår är fysiskt trauma den fjärde vanligaste dödsorsaken. 9,6% av dödligheten i världen orsakas av trauman. Trauma orsakar mest invaliditet/handikapp som förblir resten av livet, än någon annan sjukdom eller faktor som orsakat handikappet/invaliditeten. Detta beror på att traumapatienter oftast är relativt unga. (Wiertsema et al. 2017, s. 2)

Trauman uppdelas enligt följande: olyckor som sker hemma, arbetsolyckor, trafikolyckor och olyckor som sker på fritiden. (Haikonen 2019) Ett trauma orsakar en omskakning i kroppens och sinnets balans, därmed överstigs de psykiska försvarsmekanismerna och överlevnadsresurserna. Man kan inte förbereda sig inför ett trauma, det drabbar överraskande utan förvarning. (Kiiltomäki & Muma 2007, s. 24)

Fysiska symtom vid en krissituation kan vara hjärklappning och snabb puls, kraftig svettning, muskelspänningar, darningar och skakningar. Känsla av yrsel, kraftlöshet och svimfärdighet samt täta behov att urinera, magont med aptitlöshet, illamående och diarré. (Andrén-Sandberg et al. 1993, s. 160) Det kroppsliga alarmtillståndet kommer från hjärnan som registrerar intryck från omgivningen. Dessa intryck tolkas som ett hot av en fara. Adrenalin och noradrenalin utsöndras i blodet då binjuremärget aktiveras av det sympatiska nervsystemet, som fått impulser av hjärnan. Hormonerna höjer hjärtfrekvensen, musklerna spänns och blodtrycket stiger. Fett och socker mobiliseras och funktioner som inte är nödvändiga i en hotande situation stängs av, så som matsmältningprocessen. För att kunna göra en aktiv prestation i en katastrofsituation eller att kunna fly så snabbt som möjligt, behöver vi denna kroppsliga mobilisering. (Andrén-Sandberg et al. 1993, s. 160)

2.3 Psykiskt chocktillstånd

”Det här kan inte hända mig!”

”Det här är inte sant!”

”Jag såg på allt som från ett filmband.”

(Kiiltomäki & Muma 2007, s. 15)

Ett psykiskt trauma leder till en traumatisk kris, som bygger sig på fyra olika faser, varav den första fasen är chockfasen. (YTHS 2019) Chockfasen kan pågå från ett kort ögonblick

till flera dygn. (Andrén-Sandberg et al. 1993, s. 160) Chocktillståndet inleds då den traumatiska händelsen skett. Man har svårt att förstå vad som har hänt, man kan t.o.m. förneka händelsen. En del beter sig mekaniskt och stänger ut alla känslor medan andra förlamas helt. Reaktionerna kan vara kraftig ilska eller panikanfall. Tillståndet kan variera mellan rastlöshet och förlamning. (Suomen Mielenterveys 2020)

Hjärnan påverkas av chocktillståndet så, att den blir övereffektiv, därmed fungerar människan med hjälp av alla de erfarenheter och all den kunskap man samlat under sin livstid. Oftast känner man inte av känslor, då man är i chock. Ju mer chockad man är, desto mindre känslor har man. I den kritiska situationen kan det här stå till tjänst för en själv. Utöver känslorna som saknas i chocktillståndet, saknas även smärtekänslan. Trots att vi fungerar övereffektivt i chocken, finns det brister då människan kan göra ologiska beslut i situationen. Oftast bevarar man sin funktionsförmåga och behöver instruktioner. (Saari 2000, s. 46-49)

Även om chockreaktionerna kan kännas underliga och skrämmande, har de en väldigt viktig roll för kroppen, de skyddar nämligen psyket. Chocktillståndet ger tid för kroppen att bemöta och hantera den nya situationen, då det inte går att uppfatta en för stor chock på kort tid. (Suomen Mielenterveys 2020) Bland det viktigaste man ska minnas vid behandling av ett psykiskt kristillstånd, är att *”en psykisk kris är en naturlig övergående stressreaktion och ingen psykisk sjukdom.”* (Andrén-Sandberg et al. 1993, s. 163) En omskakande händelse kan förorsaka en kraftig försvagning av människans handlingsförmåga och livskraft. De kraftigaste reaktionerna vid en psykisk kris är tvångstankar, ångestfall, psykotiska förvirringstillstånd och djupa depressioner. (Cullberg 2006, s. 118-123)

2.4 Psykiska följder efter akut fysiskt trauma

En händelse där någonting hotar ens livsviktiga saker, en ovanlig uppskakande händelse eller något katastrofalt, kan skapa ett psykiskt trauma. Sådana händelser kan vara en näras bortgång, allvarlig sjukdom eller skada, olyckshändelse, självmord i närmaste kretsen eller att bli offer i våld. Psykiskt trauma kan också drabba en som upplevt hot, eller närpå situationer. Offrets tidigare erfarenheter, anpassningsförmåga och psykiska resurser har en betydelse för hur offret upplever händelsen. (YTHS 2019)

Som följd av ett trauma kan man drabbas av en traumatisk kris, psykiskt trauma, akut stressreaktion eller posttraumatisk stressreaktion. En traumatisk kris kan drabba en då man upplevt en oväntad, plötslig och ovanligt kraftig händelse. Då räcker inte mera de allmänna anpassningsåtgärderna, eftersom att individens personliga värderingar i livet skakas då livshantering brister. Ett psykiskt trauma föds i en livssituation, där den fysiska immuniteten eller livet är allvarligt hotat. Sådant kan hända om något i livet ändras plötsligt, d.v.s. man kan inte förutse händelsen. En akut stressreaktion räcker en kort stund, från två dagar till högst fyra veckor. Reaktionen syns som psykiska och fysiska stressymtom. Den akuta stressreaktionen kommer till följd av en plötslig psykisk chock. (Kiiltomäki & Muma 2007, s. 24)

Den posttraumatiska stressreaktionen (PTSD) infaller då något oväntat och allvarligt hänt, t.ex. en allvarlig skada, döden eller hot av dessa. Symtom är känsla av skräck, hjälplöshet eller kraftig rädsla. (Kiiltomäki & Muma 2007, s. 24-25) En psykisk kris kan leda till upplevelse av övergivenhet, vilket har en tendens till självdestruktivitet eller aggressiva handlingar. (Cullberg 2006, s. 141) Övergivenhet orsakar känslor av tomhet och sorg. (Cullberg 2006, s. 118)

Den fortsatta mentala hälsans skick beror på hur människan bearbetar sina upplevelser av kris-och katastrofsituationer. Stöden av anhöriga och sjukvårdspersonalen direkt efter krisen har en stor betydelse. De direkta stödinsatserna kan få de psykiska reaktionerna mildare. Stödet kan fås av bl.a. poliser, präster, räddningstjänster och sjukvårdspersonalen. Faktorer som inverkar på de psykiska reaktionernas kraftighet är ålder, tidigare erfarenheter av svåra situationer, fysiska resurser, socialt nätverk, självkänedom och psykisk stabilitet. Oftast reagerar barn, åldringar, sjuka och handikappade kraftigare. (Andrén-Sandberg et al. 1993, s. 159)

Den traumatiska krisen delas in i ett förlopp på fyra faser; chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen. (Cullberg 2006, s. 142-143) Chockfasen kan pågå från ett kort ögonblick till flera dygn. Man kan vara paralyserad, tyst och orörlig. Det kan förekomma beteenden som tvångsmässig självbehärskning, ändlöst gråtande eller upprepning av samma mening om och om igen. Förmågan att ta emot ny information är väldigt begränsad. Man kan ha svårt att minnas det förflutna, d.v.s. skadan och tiden efteråt. Det är vanligt att händelsen känns överklig och fyller delvis en anpassningsfunktion som tillåter offret att stegvis närma sig det som hänt. Man kan

uppleva känslor av svaghet, förvirring, hjälplöshet och världen känns otrygg och oberäknelig. (Andrén-Sandberg et al. 1993, s. 160-161)

Reaktionsfasen sker från chockfasens slut till en eller två månader efter krisens utlopp. Reaktionsfasen består av en kraftig känslomässig ångestreaktion. Med hjälp av psykiska försvarsmekanismer dämpas dock ångesten. Dessa psykiska försvarsmekanismer fungerar automatiskt och omedvetet och finns i alla människor. Beteenden som kan förekomma i reaktionsfasen är bl.a. regression (önsketänkande, hjälplöshet, sprit- och tablettmissbruk, okontrollerade känsloutbrott och man tänker och beter sig som ett barn), förnekande (att arbeta över den egna orken, men ändå arbeta mer eftersom att man själv inte vill inse, att den egna orken verkligen är slut) och projektion (tillerkänna omgivningen sina egna reaktioner). Under denna fas är tankeverksamheten för det mesta centrerad till katastrofsituationen, offret söker mening till det skädda. (Andrén-Sandberg et al. 1993, s. 161)

I bearbetningsfasen siktar offret framåt i livet och ångesten dämpas. Fasen börjar efter reaktionsfasen och pågår ett halvt till ett år framåt. Offret börjar så småningom bli av med de kroppsliga och känslomässiga symtomen och är redo att fortsätta sina aktiviteter och kontakter, d.v.s. det skädda tar avstånd och börjar accepteras. (Andrén-Sandberg et al. 1993, s. 161)

Nyorienteringsfasen kommer ganska naturligt efter bearbetningsfasen och innebär en livsstil med det förgångna men som inte hindrar levandet. De förlorade intressena ersätts med nya. I enstaka fall utvecklas kristillståndet till ett permanent psykiskt sjukdomstillstånd, som kräver att sjukvårdspersonalen bidrar till specialisthjälp. Tecken på ett sådant behov är självmordshot, självmordsförsök och tankar från krissituationen där offret inte får tankarna bort ens genom aktiviteter eller andra samtalsämnen. Konsekvenser som också behöver specialisthjälp är eventuella syn-och hörselhallucinationer, som offret kan se eller höra av t.ex. en avliden person. (Andrén-Sandberg et al. 1993, s. 161-162)

Att ofrivilligt bli intagen en längre tid på sjukhus, kan orsaka mer eller mindre uppgivning av det egna självstyrande och integritetskränkning. (Cullberg 2006, s. 126-127) Patienten som upplevt en traumatisk kris, vill inte nödvändigtvis ta emot hjälp direkt efter händelsen. Symtomen kan uppenbara sig senare och då bör vårdpersonalen hjälpa patienten. (Kiiltomäki & Muma 2007, s. 7) Människan upplever krisen både fysiskt och psykiskt. Krisen kan skaka om en människas livsstil, vardag och livsvärderingar. Man

börjar söka nya överlevnadsmetoder eftersom man inte mer klarar sig med de gamla metoderna. (Kiiltomäki & Muma 2007, s. 31)

Det är viktigt att ta reda på vilken betydelse det inträffade har för personen, annars kan det vara svårt att förstå varför personen reagerar på en viss händelse i en viss grad. Alla erfarenheter man går igenom i barndomen, påverkar hur man reagerar på olika händelser senare i livet, detta motiveras med att barndomsåren är grundstenarna till det vuxna livet. Den aktuella livsperioden spelar också en central roll i hur en människa reagerar på saker. (Cullberg 2006, s. 19-21)

2.5 Lidande

Lidande består av ett humant eller realistiskt erfaret hot, som är till fara för den egna integriteten och innebär allvarligt obehag. Lidande är ett meddelande om att något är fel och kan vara psykiskt, fysiskt, socialt eller relatera till innebörden av existensen. Det kan upplevas emotionellt, socialt, andligt, fysiskt eller psykiskt. Otrygghet, ångest om hur framtiden ser ut som obehärskad och oförutsedd och rädsla om upprätthållning kopplas till lidande. (Terveyskylä 2018) Malmström et al. (2002) definierar lidande som att stå ut med, tvingas utföra, plågan och att vara drabbad av en sjukdom. (Malmström et al. 2002, s. 331)

2.6 Akut stöd

Akut krisstöd innebär arbete där man strävar till att lindra psykisk stress och hindra utvecklingen av psykiskt trauma. Akut krisarbete görs omedelbart för patienter som precis blivit utsatta för en traumatisk händelse. Det arbetas inom kris i offentliga-, privata- och tredje sektorn. I akut krisarbete strävar man till att förebygga välmående. Efter en traumatisk händelse vill man förhindra och lindra psykisk stress. Sjukskötaren kan möta patienter i akut kris på bl.a. olycksstationer, förstahjälpen, inremedicinska-och kirurgiska avdelningar, jouren, intensivvården och hälsovårdsstationer. Akut krisarbete utförs både i specialistsjukvården och i mentalvården. (Kiiltomäki & Muma 2007, s. 7)

Hjälparna klassificeras i två olika grupper, första skedets hjälpare och andra skedets hjälpare. Till det första skedet hör förstavårdare, poliser, brandmän, personal som ger omedelbar medicinsk vård, frivilliga organisationer, Röda korset och frivilliga privata personer som erbjuder hjälp. Dessa finns till på själva olycksplatsen. Till det andra skedet hör sjukhuspersonal, poliser, stödpersonal som ger psykosocialt stöd och präster. (Dyregrov 1993, s. 192) Det psykosociala stödet grundar sig på tre principer: samarbete, koordinering och sammanställning av resurser. Samarbete innebär teamwork mellan lokala organisationer som skolor, kyrkor, hälsomyndigheter och poliser. (Dyregrov 1993, s. 63)

På olycksplatsen sker det första omhändertagandet, som innebär emotionell första hjälp. De som fått kroppsliga skador får krisstödet på sjukhuset, där de omhändertas. Man bör också observera de som inte fått allvarliga skador, grundregeln är att man inte får släppa dem hem, innan man erbjudit någon form av känslomässig avlastning. Människor med stressreaktioner överförs till en psykiatrisk poliklinik för krismottagning. (Cullberg 2006, s. 197) Offren ska få så snabbt som möjligt ta kontakt i anhöriga och de ska få veta om deras eventuella familjemedlemmar, hur det gått för dem och dess öde. Även om nyheterna skulle vara dåliga, lindrar de ångest. (Dyregrov 1993, s. 70)

Ett gott omhändertagande är det nödvändigaste man kan göra för en i chocktillstånd. En trygghetsgivande effekt har kroppskontakt och det är viktigt att låta känslorna komma fram. (Andrén-Sandberg et al. 1993, s. 164) En öm beröring kan t.ex. lugna. (Dyregrov 1993, s. 71) Faktorer som kan förkorta chocktillståndet är möjlighet till varma kläder, varm föda, vila eller möjlighet till att utföra personlig hygien. (Andrén-Sandberg et al. 1993, s. 164) Ifall personen i chocktillståndet är i apati och paralyserad, bör vårdpersonalen omedelbart försöka få kontakt i personen. Målet är att få personen att berätta om vad som har hänt, så här kan personen komma ur det passiva tillståndet. (Andrén-Sandberg et al. 1993, s. 164)

3 TIDIGARE FORSKNING

För tidigare forskning användes fyra vetenskapliga artiklar, för att lyfta fram de psykiska symtomen som kan uppenbara sig efter ett fysiskt trauma. Artiklarna tar fram behovet av psykiskt stöd efter traumat, här med behövs det undersökas hur sjukskötare

kunde stöda psykiskt patienten i chockfasen som varit med om akut fysiskt trauma. Artiklarna är från Pubmed och sökord som användes var wounds & injuries AND mental health support, (wounds & injuries AND physical trauma) AND (psychiatric nurse AND nursing) AND (mental health AND mental illness). Artiklarna begränsades genom ”peer reviewed”, ”free full text” och genom att artiklarna var publicerade under de senaste tio åren. Det har studerats rätt så lite om professionellt stöd av patienter i kris ur hälsofrämjande och ur vårdarbetets perspektiv. Man kan förhindra individens och samhällets psykiska ohälsa och psykiska sjukdomar genom att erbjuda krisstöd vid rätt tidpunkt. (Kiiltomäki & Muma 2007, s. 7) Dessa faktorer stöder behovet av mer forskning.

Artikeln *Interviews following physical trauma: a thematic analysis* (Skinner et al. 2018) beskriver hur man kunde stöda patienter som varit med om fysiskt trauma. Studien handlar om patienter med tidiga psykiska symtom från traumat. Personer som råkat ut för ett fysiskt trauma, upplever psykologisk smärta och betydande förändringar i deras hälsorelaterade livskvalitet. Symtomen kan vara ångest, depression, akut stresstörning eller posttraumatiskt stressyndrom. 2-42% av personer som varit med om fysiskt trauma har som följd fått posttraumatiskt stressyndrom, vilket har påverkat livskvaliteten, samhällets finansiella avgifter, det har gjorts fel diagnoser och orsakat en fördröjning av behandlingen. Av personer som varit med om fysiskt trauma insjuknar 28-42% i depression och 16-40% får ångest. (Skinner et al. s. 1) Det konstaterades att patienterna som varit med om fysiskt trauma upplevde vården som personcentrerad men att den mentala hälsan inte följdes upp. Studiens syfte är att förstå hur personer som upplevt fysiskt trauma visar tecken på utvecklingen av psykisk ohälsa och deras erfarenheter av händelsen, för att bättre kunna identifiera dess behov av hälsovårdstjänster. Studien är uppbyggd på 42 semistrukturerade intervjuer. Patienterna som intervjuades var från Royal London Hospital Trauma Clinic. (Skinner et al. s. 2) Resultatet visar sig att den psykiska hälsans eventuella nedgång bör upptäckas i ett tidigt skede, för att lättare kunna hantera det och rikta personen till rätta tjänster. (Skinner et al. s. 5) Sjuksköterskor bör upptäcka tidiga tecken på psykisk ohälsa omedelbart efter traumat, för att säkerställa den framtida psykiska hälsan hos patienter. Det här kräver ytterligare utrustning för den kliniska personalen. (Skinner et al. s. 1)

Artikeln *The experience of emotional wellbeing for patients with physical injury: a qualitative follow-up study* (Wiseman et al. 2016) behandlar sambandet mellan traumatisk skada och psykisk hälsa. Studien undersöker upplevelsen av det emotionella välbefinnandet hos patienten efter ett fysiskt trauma. Mellan en traumatisk skada och känslomässigt välbefinnande finns ett starkt samband. Det här motiveras genom att 16-40% av personer som upplevt fysiskt trauma har haft ångest efteråt, 23-45% har fått akut stressstörning och 28-42% har insjuknat i depression. Forskningen fokuserar sig på behandlingen av det fysiska traumat i den akuta fasen och på undersökningar av de känslomässiga konsekvenserna efter olyckan. Studien gjordes med hjälp av semistrukturerade intervjuer med 14 deltagare. Deltagarna var på sjukhus p.g.a. fysisk skada. (Wiseman et al. s. 1983) Studien strävar till att undersöka subjektiva erfarenheter och försöker förstärka förståelsen för de eventuella faktorerna som påverkar det emotionella välbefinnande, efter det fysiska traumat. Efter skadan har det konstaterats långsiktiga negativa känslomässiga reaktioner. För att undvika dessa och för att stödja välmående, krävs ett omfattande nätverk, vägledning för möjliga servicetjänster på hälsovårdscentralen och en rutinmässig screening av känslomässiga reaktioner. För att stöda patienters emotionella välbefinnande, finns det behov att bättre känna igen de psykiska symtomen efter en skada. Studiens syfte är att kartlägga patienternas emotionella välbefinnande efter en olycka. (Wiseman et al. s. 1983-1984) Hälsovårdstjänsternas roll och hur de kunde stöda den skadade patientens emotionella återhämtning har inte uppfattats ordentligt. Det har undersökts relativt lite om emotionella välmåendes upplevelser efter ett akut fysiskt trauma. Här med undersöks också förståelsen hur patienter hanterar sitt emotionella välbefinnande. (Wiseman et al. s. 1983) Resultaten berättade att effekterna av olyckan påverkade det emotionella välbefinnandet genom känslor av t.ex. frustration, sorg, argsinhet och ångest. Fysiska symtom som huvudvärk, bröstsmärta och smärta i de nedre extremiteterna i samband med frakturer förekom. Majoriteten kände sig deprimerade. En av personerna som deltog i undersökningen, berättade att då hen var på sjukhuset, frågade sjuksköterna aldrig hur hen mår. Resultaten visade sig också att en tidig upptäckt av psykiska symtom efter olyckan hindrar negativa känslomässiga anfall, psykiska problem och benägenhet att begå självmord. (Wiseman et al. s. 1986-1989)

Artikeln *Rate of psychiatric disorders and associations with quality of life among community members following the Kaohsiung gas explosion: an 18-month cross-*

sectional follow-up study (Shieh et al. 2019) handlar om livskvaliteten och eventuella katastrofrelaterade psykiska störningar hos personer som överlevt explosionen av fossila gaser i Taiwan. Undersökningen är gjord 18 månader efter olyckan. Psykiska symtom undersöktes av 388 deltagare. De vanligaste katastrofrelaterade psykiatriska diagnoserna är posttraumatisk stressstörning (PT) och egentlig depressiv episod (MDE). Dessa, och även andra störningar, förekommer direkt efter katastrofen och minskar gradvis med hjälp av psykisk rehabilitering. Fysiskt trauma är starkt relaterat till psykiskt trauma. (Shieh et al. s. 2) Symtom som kom fram var posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), egentlig depressiv episod (MDE), posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)- och egentlig depressiv episod (MDE) och icke-PTSD eller icke-MDE förekom. (Shieh et al. s. 1) Science Direct (2021) hänvisar från Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry (2008), att major depressive episode (MDE) innebär bl.a. nedstämdhet, förlust av intresse, dålig självkänsla, skuld känslor och förändringar i aptit och sömn. (Shieh et al. s. 1) 57 deltagare av 388, dvs. 14,7%, blev diagnostiserade av åtminstone en psykisk sjukdom. (Shieh et al. s. 4) För att kartlägga de 388 deltagarnas psykiska hälsa användes två screeningsverktyg. Det kom fram att 8,8% troligen led av posttraumatiskt stressyndrom, 3,6% av egentlig depressiv episod (MDE), 2,3% av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och egentlig depressiv episod 2,3% och 85,3% av icke-PTSD eller icke-MDE 85,3%. Faktorer som påverkat livskvaliteten var fysisk skada, hög ålder, eventuell PTSD eller MDE, utbildningsnivå, sysselsättning och finansiella problem. Efter 18 månader förbättrades en dels psykiatriska status, medan de med eventuell PTSD kombinerat med MDE fortfarande upplevde en påverkan på dess livskvalitet. Det finns behov av effektivare behandling och uppföljning av offer efter katastrofer, speciellt för de med fysiska skador, psykisk sjukdom och ekonomiska problem. (Shieh et al. s. 1) Psykisk rehabilitering borde fortsätta under en längre tid efter olyckan. (Shieh et al. s. 9)

Artikeln *Mental health following traumatic physical injury: an integrative literature review* (Wiseman et al. 2013) handlar om eventuella förändringar som kan ske i både den psykiska och fysiska hälsan, efter en traumatisk fysisk skada, då man är intagen på sjukhus. För fysiskt skadade patienter på sjukhus identifieras inte den psykiska hälsan i ett tidigt skede och är inte heller rutinmässig. (Wiseman et al. s. 1383) Ett fysiskt trauma kan

leda till psykiska problem, där ångest, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och depression är vanliga. (Wiseman et al. s. 1384) Studiens syfte är att formulera vad man vet om sambandet mellan fysiskt trauma och psykisk hälsa, att fastställa förekomsten av ångest, posttraumatiskt stressyndrom och depression som konsekvens av ett fysiskt trauma och att identifiera den subjektiva erfarenheten av ett fysiskt trauma. (Wiseman et al. s. 1384) Resultatet visade sig att vanliga följsjukdomar efter traumatisk fysisk skada är ångest, posttraumatiskt stressyndrom och depression. Det visade sig att även om den fysiska skadan orsakat psykisk ohälsa i den akuta fasen på sjukhuset, är den psykiska hälsan dåligt identifierad och obehandlad. Den psykiska hälsan bör identifieras tidigare och en remiss till behandling av psykiska hälsoproblem bör fås. Det behövs mera forskning inom främjandet av rutinmässig screening i denna patientgrupp. (Wiseman et al. s. 1383)

4 TEORETISK REFERENSRAM

Som teoretisk referensram för detta arbete har skribenten valt Katie Erikssons vårdprocess (1985). För att samspelet ska fungera, krävs ett gott förtroende i vårdrelationen. Eriksson beskriver betydelsen att som vårdare känna igen patientens behov och att kunna förverkliga dem genom samspel. Att kunna avläsa sinnesintryck betonas som viktigt element i vårdaren, för att förstå patienten. Skribenten har valt att fokusera på dialogen mellan vårdaren och patienten, där målet är att lindra lidande.

Det centrala i vårdprocessen är samverkan mellan patient och vårdare, där patientens behov av vård bestämmer vilka uppgifter som ska utföras i vårdprocessen. (Eriksson 1985, s. 13) Patient-vårdarrelationen är hela grunden. En växelverkan finns mellan patienten och vårdaren, kringliggande systemet och miljön. (Eriksson 1985, s. 17)

Om vårdprocessens faser beslutar vårdpersonalen och patienten tillsammans om. Vårdskeendet framskrider med hjälp av de olika besluten. Patienten och vårdaren kallas för komponenter och det dynamiska skeendet i vårdprocessen utgörs av ett samspel mellan dessa komponenter. Dynamiken som uppstår vid målvalsbeslutet är utgångspunkten av samspelet mellan komponenterna. Komponenterna har olika krav, behov och problem, dessa prioriteras och handlingsbeslut görs. Effekten av vårdskeendet baserar sig på hurdan överensstämmelse man kommer till. (Eriksson 1985, s. 18-19) Att vårdprocessen ba-

serar sig på ett samspel mellan vårdare och patient, innebär att vårdprocessen är en interaktiv process. Interaktionen mellan vårdare och patient är den grundläggande processen. Interaktionen innebär en inriktning mot hälsa. (Eriksson 1985, s. 21)

Vårdaren kan ha svårt att få en bild av patientens situation, om hen inte lyckas skapa ett gott förhållande med patienten. Det kan t.ex. hända att patienten upplever sig obekvämt med vårdaren, vilket därmed kan leda till att vissa problem trängs bort, då patienten upplever kontakten med vårdaren som onaturlig. För att förstå vårdskedet krävs det sinnesintryck i samspelet mellan patient och vårdare. Sinnesintryck är viktigt eftersom de hjälper vårdaren att utföra patientanalysen och att utvärdera vården. Det här hjälper oss att förstå patienten. Sinnesintrycken baserar sig på att se, höra och känna, vilka man har som hjälp då man samlar information om omgivningen. (Eriksson 1985, s. 59-60)

5 STUDIENS SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Avsikten är att beskriva hur sjukskötare kan vårda patienter i chockfasen med hjälp av psykiskt stöd, som varit med om akut fysiskt trauma, i syftet att lindra patientens lidande i chockfasen.

Frågan som analyseras i detta arbete:

- Hur lindra lidande hos en traumapatient i chockfasen, som varit med om akut fysiskt trauma?

6 METOD

Det här är en kvalitativ litteraturstudie. En kvalitativ studie kan vara data från t.ex. intervjuer eller observationer. De här kan bestå sig av osystematiskt textmaterial som kan vara väldigt brett. (Bryman 2002, s. 372) Enligt Ahrne & Svensson (2011) kan kvalitativa data vara intervjuer, observationer eller analyser av texter. Till denna studie passar den kvalitativa metoden, eftersom det med tanke på studiens syfte och frågeställning är lättare att analysera data, medan kvantitativa data bygger sig på beräkning, att mäta en mängd av ett fenomen, t.ex. summa, ålder eller antal.

De kvalitativa data fokuserar sig på vilka termer som används och vilken betydelse de har för den som analyserar texten. (Ahrne & Svensson 2011, s. 11-13) Kvalitativa data sorteras, reduceras och argumenteras. Man analyserar genom att göra upp en dialog parallellt med andra forskare och teoretiker. Det här görs med hjälp av empiri. (Ahrne & Svensson 2011, s. 194)

Jacobsen (2007) beskriver det kvalitativa data med orden öppenhet, förståelse och utforskerande. En utforskerande undersökning innebär att det som observeras skapas till en teori. Målet är att informationen inte ska bli styrd av granskaren. Efter att informationen samlats in gäller det att strukturera det. Så här har man en större möjlighet att få fram tolkningar och åsikter av det som undersöks. Jacobsen (2007) framställer insamlingen av kvalitativa data enligt följande, där varje steg nämns med en egen roll: problemställning (forskare), insamling av data (respondent) och analys (forskare), t.ex. strukturering och kategorisering. (Jacobsen 2007, s. 48-49)

Studien är gjord med induktiv ansats, vilket går ut på att innehållet beskrivs genom att bygga upp det i teman och kategorier. Den deduktiva metoden baserar sig på att det finns färdigt bestämda kategorier och koder, som byggts upp av tidigare forskning och teori. (Hsieh & Shannon 2005) Den induktiva metoden passar bättre för denna studie, då teman och kategorierna byggts upp efter datainsamlingen.

6.1 Litteratur

Det finns olika typer av litteraturstudier: allmän, systematisk och begreppsanalys. En litteraturstudies syfte kan vara att inom ett visst område beskriva kunskapsstatus eller att motivera hur en empirisk studie görs genom att kombinera en beskrivande bakgrund. En allmän litteraturstudie kan även kallas för forskningsöversikt, litteraturgenomgång eller litteraturoversikt. Forsberg & Wengström (2013) hänvisar till Mulrow (1987), som bygger upp den allmänna litteraturstudien enligt syfte, litteratursökning, urvalskriterier, kritisk granskning och resultat. Ett krav på en systematisk litteraturstudie är att det finns tillräckligt med studier av hög kvalitet. Frågeställningarna kan handla om rekommendationer om en behandling eller åtgärd, på basis av vetenskapligt stöd, vad som är effektivt

och vad som fungerar bäst. Syftet med en begreppsanalys är att öka och förtydliga förståelsen av ett konkret fenomen som begreppet involverar. (Forsberg & Wengström 2013, s. 25-32)

Skribenten har valt att använda sig av den systematiska litteraturstudien. Den baserar sig på problemformulering, frågeställning, planering av litteratursökning och att välja sökstrategi och sökord. Utöver de ovannämnda faktorerna baserar sig den systematiska litteraturstudien på litteratursökning, kritisk värdering, att genomföra kvalitetsbedömning, välja litteratur, diskutera och analysera resultat och dra slutsatser och sammanställa texten. (Forsberg & Wengström 2013, s. 31-32) Denna metod ansåg skribenten vara mest lämplig för denna studie, med tanke på att detta är en kvalitativ litteraturstudie med en frågeställning som besvaras med hjälp av vetenskapliga artiklar. Enligt Forsberg & Wengström (2013) innebär en litteraturstudie att man systematiskt söker och granskar kritiskt, var efter man kombinerar litteraturen eller problemområdet. Systematiken innebär en sammanfattning av data från vetenskapliga studier som tidigare gjorts. (Forsberg & Wengström 2013, s. 30)

6.2 Problemavgränsning

Arbetet är avgränsat till att undersökningen riktar sig för unga och vuxna, för att arbetet inte skulle bli allt för brett. Skribenten beslöt sig för att utesluta barn, eftersom de kan kräva en annan form av vård, då deras kropp inte ännu har mognat tillräckligt och kroppen är känslig. (Suomen Lääkäriliitto 2020) I kapitel 2.1 beskriver skribenten sin syn på en akut traumapatient, d.v.s. en patient som hamnat ut för en allvarligare form av skada, som behöver mer krävande vård. Detta valde skribenten att fokusera på, eftersom allvarligare skador och dess vård intresserar speciellt mycket. För att avgränsa tiden på psykiska symtom som förekommer efter traumat, valdes chockfasen som undersökningsperiod.

6.3 Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes med databasen Academic Search Complete och begränsningarna var ”free full text”, för att kunna läsa materialet avgiftsfritt, ”peer reviewed” för att säkra att materialet är vetenskapligt och som publiceringsår 2010-2021. Många artiklar hittades via andra artiklar. Som språk i sökförfarande sattes svenska, finska och engelska, för att lättast kunna översätta texten. Artiklarna valdes på basis att de besvarade studiens frågeställning. Sökord som användes var (emotional well-being OR psychological well-being OR mental health) AND (psychological trauma OR physical injury) och emotional support AND emergency AND nursing care.

6.4 Redovisning av materialet

Materialet består av tio vetenskapliga artiklar. De har analyserats, granskats och byggts upp enligt innehållsanalysen i kategorier. Avsikten med arbetet var att beskriva hur sjukskötare kan vårda patienter i chockfasen med hjälp av psykiskt stöd, som varit med om akut fysiskt trauma, i syftet att lindra patientens lidande i chockfasen. Frågeställningen lyder: Hur lindra lidande hos en traumapatient i chockfasen, som varit med om akut fysiskt trauma?

Psychological first aid and nursing

I artikeln lyfts fram färdigheter som är bra att ha som sjukskötare, då man tar emot en patient som precis varit med om en olycka. Då en person är i kris bör sjukskötaren vara lugn och tålig, detta får personen att känna sig trygg, förstådd, respekterad och uppskattad. En del kan börja skylla på sig själv vid krissituationen, då är sättet man talar till en stressad person väldigt viktig. Precis då händelsen skett bör sjukskötaren vara vänlig, hjälpsam och empatisk. Vissa personer känner behov att direkt berätta om vad som har hänt, medan vissa vill ha full tystnad. Då ska man inte tvinga personen att berätta om vad som har hänt. Personen som vill vara tyst ska man respektera och ge tid och rum, det ger mod åt personen att eventuellt berätta om det skedda om hen känner för det. Som personal i psykisk första-hjälp ska man snabbt skapa ett positivt samarbete och kommunikation. Vid den första kontakten ska man först be om tillåtelse att tala och sedan presentera sig

själv. Dessa grundläggande åtgärder garanterar säkerhet i den katastrofala miljön, då personen får fysisk och psykisk lättnad. Offret behöver fysisk bekvämlighet och uppmuntran om att upprätthålla eller förnya sociala relationer. Den psykiska första-hjälpen går ut på att samla information om de mest akuta behoven och bekymmer hos den drabbade. Sjukskötaren bör samla och påbörja de mest brådskande behoven av fysisk och psykisk vård. Att vara bekant med katastrofala händelser och att ha tillräcklig kunskap om olyckor, är den avgörande faktorn för hur beredd sjukskötaren är ifall något händer. Sjukskötare behöver strategi för problemlösning och tack vare sjuksköternas kunskaper och färdigheter i kommunikation, får de drabbade hjälp med att hantera sitt beteende och att återfå sina styrkor. Sjukskötare har en roll i alla skeden av en katastrof. (Kilic & Simsek 2018, s. 213-215)

Emotional support to the family of the critically ill patient: nursing interventions

Artikeln handlar om att det är viktigt att ta med den skadades familj i vården. Att identifiera familjens behov och även svara på dessa. Att plötsligt insjukna kritiskt kräver anpassningsmekanismer av både patienten och dess familj. Familjen är inte enbart där som en resurs för patienten, utan som en del av hela vårdmålet. Patientens situation kan oförväntat ändras och leda till döden, vilket kräver en nästan omedelbar hanteringsmekanism. Då är det viktigt att familjen får stöd. Det är utmanande som sjukskötare att försöka inge hopp i patientens familj, då situationen är kritisk. Situationen kräver ärlig information av sjukskötaren. Det kan födas konflikter, ifall sjukskötare ger för höga förväntningar av vårdresultaten, för att lindra familjens emotionella smärta, ångest och rastlöshet. Det här kan bygga upp ett orealistiskt vårdmål. (Cabete et al. s. 129-130) Familjen upplever hjälplöshet, ångest, osäkerhet och rädsla. De kan också uppleva informationsbrist, dessa alla känslor kombinerat kan leda till skuld-känslor och depression. (Cabete et al. s. 134) Som sjukskötare är det viktigt att kommunicera på ett tydligt och öppet sätt, bidra med hopp och skapa en empatisk relation. Dessa faktorer bör anpassas med en sociokulturell nivå och sträva till en bekväm och privat miljö, för att kunna fokusera på familjens välmående. En sjukskötares skyldighet är att ge ärlig och tydlig information om patientens vårdstrategier, kliniska tillstånd och prognos. Familjemedlemmarna behöver mottaglighet, emotionellt och spirituellt stöd, empati och respekt. Resultatet visar att patienten och dess familj behöver närhet och säkerhet, uttryckning av känslor med spridning av realistiskt

hopp, oro uttryckt av vårdpersonalen och ärlig och uppdaterad information. (Cabete et al. s. 135-136) (Cabete et al. 2019)

Disaster Mental Health and Community-Based Psychological First Aid: Concepts and Education/Training

Olyckor, katastrofer och trauman kan inträffa när som helst och var som helst, utan att man kan förbereda sig. Då kan det behövas psykologiskt stöd och det har gjorts modeller för psykisk första-hjälp. (Jacobs 2016, s. 1307) Enligt studier ökar aktivt lyssnande det psykologiska stödet, och Weger et al. (2014) definierar att uppfattningsförmågan ökar, då någon aktivt lyssnar på en. Enligt Maurer & Tindall (1983) hjälper strategier i icke-verbalt lyssnande byggandet av ett mellanmänniskt förhållande mellan talaren och lyssnaren och även ökat empati. Hobfoll et al. (2007) har listat upp faktorer som bör iakttas i psykologiskt stöd vid traumatisk stress, dessa är hopp, lugn, trygghet, kollektiv effektivitet och känsla av individualitet och samhörighet. (Jacobs 2016, s. 1310)

Early psychological intervention following a natural disaster: a study with a victim buried under rubble for 124 hours

Studien handlar om hurdan stöd en man fick, som blivit under fragment av en byggnad, som kollapsat i en jordbävning i Kina i Wenchuan. Mannen satte fast i 124 timmar. För att lugna ner hans rastlöshet och den extrema skräcken och stressen, talade räddarna till honom med lugnande ord och använde en dämpad fysisk kontakt. Vid tal med offret användes en ton i talet som liknade offrets. Räddarna berättade om omständigheterna kring räddningen och bad offret berätta om händelsen och tankar kring den. Medan diskussionen pågick mellan räddare och offret, höll de i hans hand, klappade emellanåt på axeln och justerade intensiteten och takten i den fysiska kontakten, för att harmonisera situationen. Där med återbyggdes känslan av säkerhet på kognitiv nivå. Hans uppmärksamhet försökte räddarna överföra till nuet genom att be honom fokusera på diskussionen som pågick mellan offer och räddare. Genom det här försäkrades stöd, empati och känslor som hade utvecklats medan han var fångad. Känslorna var rädsla, ensamhet och spänning. Genom att han började lita på räddarna och trodde på att de kunde hjälpa honom, lugnade han ner sig tillräckligt för att förstå omständigheterna. Att fråga offret om hans eventuella

andliga pelare, för att stöda hens vilja att klara av den plågsamma tiden, är nyttig information för räddare. Genom det får man en uppfattning om hens sätt att stabiliseras och hur hen bygger upp ett stödsystem. (Hu 2010, s. 72-73)

Disaster management: mental health perspective

Katastrofer är lika gamla som mänskligheten och oundvikliga i denna moderna värld. Studien tar upp hanteringen av en katastrof, gemenskapen för strategier, hälsofrämjande, förebyggande, beredskap och begränsning. (Math et al. 2015, s. 261) Professionella inom vården har som uppgift att vid mental ohälsa syfta till psykisk rehabilitering. Rehabiliteringen har som mål att minska kraftigt på tankar och känslor, återuppbygga känslan av trygghet och säkerhet och att stabilisera och normalisera psyket. Om möjligt, borde ingripanden påbörjas så fort som möjligt genom att uppmuntra deltagande och undvika stigmatisering. De här alla faktorerna förebygger negativa konsekvenser för den psykiska hälsan, orsakar mildare symtom och hjälper vid återhämtningen. (Math et al. 2015, s. 265)

Nursing interventions to reduce stress in families of critical care patients: an integrative review

Att ha en familjemedlem antagen på intensivvårdsavdelning är en stressig upplevelse som kan leda till ångest, posttraumatiskt stressyndrom eller depression. (Lebel & Charette 2021, s. 32) Studien behandlar situationer där ett barn i en familj har hamnat in på intensiven och hur sjukskötare kan stöda familjen. Vårdpersonalen ska stöda och lugna ner familjen, visa empati, lyssna aktivt och upprätthålla visuell kontakt. Ge relevant, ärlig och korrekt information. För att lugna ner föräldrarna bör man göra klart att vårdpersonalen omedelbart tar kontakt, ifall ändringar sker i barnets hälsa. Man ska ge föräldrarna en möjlighet att bearbeta erfarenheten och att ställa frågor. Det är viktigt att ta med familjen i vården och att låta dem se barnet när som helst. Erbjud ytterligare resurser vid behov och diskutera eventuella psykiska reaktioner som kan förekomma. Det är bra att gå igenom barnets riskabla tillstånd och de specifika aspekterna om levnadsförhållandena vid intensiv vård inklusive den invasiva tekniken. Ett bra samarbete med familjen är viktigt samt beslutsfattande. Att ge tydliga kontaktuppgifter minskar föräldrarnas ångest. Främja kommunikationen mellan föräldrarna. Utvärdera föräldrarnas nivå av stress och diskutera den bästa besöks- och avlägsningstiden. Bedöm föräldrarnas stress rutinmässigt. Familjen lär sig att anpassa sig till den kritiska situationen genom att vara med familjemedlemmen,

vilket vårdpersonalen bör uppmuntra till. Främja egenvård för att förhindra föräldrarnas utbrändhet och förklara viktigheten att ta det lugnt och ta upp att familjen inte har en skyldighet att vara med barnet hela tiden. Förbättra kommunikationen i familjen genom emotionellt stöd och beslutsfattande. (Lebel & Charette 2021, s. 35-39)

Sustainability of psychological first aid training for the disaster response workforce

Syftet med psykisk första-hjälp är att hjälpa den drabbade att hantera stressrelaterade reaktioner efter en katastrof eller traumatisk händelse. Att minska stressrelaterade symtom och att hjälpa känningen av trygghet möjliggör en säkerställning av kritiska resurser och socialt stöd. En omedelbar och avbruten säkerhet ger känslomässig och fysisk bekvämlighet. I den psykiska första-hjälpen ska man svara på kontakten som inletts av den överlevande, men på ett empatiskt, hjälpsamt och icke-påträngande sätt. Ta itu med omedelbara behov och problem och erbjud praktisk hjälp. Identifiera omedelbara behov och bekymmer och samla in ytterligare information. Lugna ner den drabbade och hjälp hen att orientera sig. Hjälpt att skapa oavbruten kontakt till primärt stöd och andra stödkällor som familjemedlemmar, vänner och samhällets resurser. Ge information om stressreaktioner, hantering av smärta och främjande av anpassningsbar funktion. Att koppla tillgängliga tjänster för nuet eller som kan behövas i framtiden. (Birkehead & Vermeulen 2018, s. 381-382)

Psychological first aid following trauma: implementation and evaluation framework for high-risk organizations

För hantering av psykologiskt trauma finns riktlinjer för internationell klinisk praxis. Dessa riktlinjer rekommenderar psykisk första-hjälp för att tidigt agera på personer som överlevt en traumatisk händelse. (Forbes et al. 2011, s. 224) Enligt Ruzek et al. (2007) innehåller psykisk första-hjälp åtta olika komponenter. Dessa komponenter är säkerhet, bekvämlighet, kontakt och medkänsla. Samt stabilisering, praktisk hjälp, informationsinsamling om aktuella behov och bekymmer, information om hantering om att klara av situationen, anknytning till socialt stöd och kontakt till samarbetstjänster. (Forbes et al. 2011, s. 226)

Towards successful dissemination of psychological first aid: a study of provider training preferences

Kriser och katastrofer ökar förekomsten av psykologisk missanpassning, speciellt vid brist på tidigt agerande. Hambrick et al. (2014) definierar innehållet på den psykiska första-hjälpen som inlevelse och kommunikation, bekvämlighet och skydd. Där till hörs stadga och insamling av information till den psykiska första-hjälpen. Det är också viktigt att erbjuda praktisk hjälp och information om hantering av situationen. Till sist är det nödvändigt med en anslutning till eventuella samarbetsjänster och en förbindelse till socialt stöd. (Hambrick et al. 2014, s. 203-204)

A preliminary evaluation of the training effects of a didactic and simulation-based psychological first aid program in students and school counselors in South Korea

Studiens syfte var att undersöka träningseffekterna av ett pedagogiskt psykiskt första-hjälp program. Undersökningen gjordes med hjälp av en simulering. Undersökningen genomfördes för studenter i grundskolan som studerar psykologi och för doktorander i psykologi. (Lee 2017, s. 1) Beteendemässiga checklistor utvecklades för interaktiv feedback om rollspelsprestationsförmåga och självutvärdering. Checklisten innehöll faktorer man ska följa vid den psykiska första-hjälp situationen. Där tas t.ex. upp att man ska presentera sig och berätta varför man är där, då man första gången träffar offret. Att be om tillåtelse att tala med offret, fråga om hen behöver något, t.ex. dricka och att erbjuda hjälp som skulle trösta den lidande. Lära ut tekniker som skulle stabilisera personen och där med att minska hens rädsla. Berätta till offret om eventuella tillbakablickar som kan förekomma och att det då skulle vara bra att kontakta en professionell om hjälp. (Lee 2017, s. 3-4)

6.5 Innehållsanalys

En innehållsanalys innebär tolkandet och beskrivandet av analyser, vid empiriska vetenskapliga metoder och tekniker. (Henricson 2012, s. 329) Det finns flera olika sätt att göra en innehållsanalys. Den finns i flera olika metoder; narrativ analys, kritisk analys, konversationsanalys och diskursanalys. Innehållsanalysens data läses, struktureras och besk-

rivs. Hermeneutiken har haft inflytande på innehållsanalysen, där med har själva innehållsanalysen haft värde i medicin och omvårdnad, sociologi, psykologi, pedagogik, socialantropologi, massmedia och kommunikation. (Henricson 2012, s. 330)

Datainsamling finns i induktiv och deduktiv form och används i antingen kvalitativ eller kvantitativ studie. Syftet är att utifrån en modell i ett koncept beskriva fenomenet. Datainsamlingen delas in i tre huvud faser: att förbereda, organisera och rapportera. Dessa faser gäller i både induktiv och deduktiv ansats. (Elo & Kyngäs 2008, s. 107) Henricson (2012), nämner i sin bok om Vetenskaplig teori och metod, att Berelson (1952) beskriver innehållsanalysen som en kvantitativ bearbetning av kommunikationens innehåll, systematiskt sökande och en teknik för ett objekt. Innehållsanalysen innebär också enligt Krippendorff (2004) tolkning av text i bl.a. intervjuer och dagböcker. (Henricson 2012, s. 331)

Innehållsanalysen delas upp enligt; analysenhet (val av urval i studien), domän (t.ex. text av svar på intervjufråga), meningsenhet (textmassa som förkortas till enstaka ord), kod (meningsenhet förkortad till endast ett ord), kategori (grupp med koder med liknande innehåll, dessa grupper bildar subkategorier som i sig bildar själva kategorin) och tema (röd tråd som binder samman alla kategorier). (Henricson 2012, s. 332-333) En kvalitativ innehållsanalys består av planering, metod för datainsamling, urval, analysform, dataanalys (Henricson 2012, s. 333-336), presentation av resultat, trovärdighet och kvalitet. (Henricson 2012, s. 340)

6.6 Redovisning av innehållsanalysen

Innehållsanalysen inleddes genom att skribenten läste igenom upprepade gånger alla de valda artiklarna, för att få en så bra bild som möjligt på vad de handlar om och för att undvika eventuella missar av viktiga aspekter och detaljer. Skribenten gick igenom artiklarna enskilt och skrev upp aspekter som betonades mest. De här aspekterna gjordes till kategorier. Kategorierna bildades genom de aspekter som betonades mest i artiklarna. Detta tillvägagångssätt möjliggjorde en noggrann genomgång av materialet och hjälpte skribenten att plocka ut det betydelsefulla ur texten. Innehållsanalysen finns som bilaga längs ner i arbetet.

7 ETISKA ASPEKTER

Skribenten har följt god vetenskaplig praxis i studier vid Arcada. God vetenskaplig praxis innebär bl.a. omsorgsfullhet, ärlighet, ta hänsyn till och respektera andra författares arbeten och att inom det egna yrkesområdet ta hänsyn till etiken. Avvikelse som plagiering, förfälskning, stöld, oredlighet, försummelse, fabricering och övriga ansvarslösa förfaranden, finns inte i detta arbete. (Arcada 2012) Artiklarna som valdes till den tidigare forskningen och i litteratursökningen, söktes som ”peer reviewed”, som innebär att de är bedömda som vetenskapliga. (Henricson 2018, s. 414) Planen var att välja artiklar som är publicerade inom de tio senaste åren, för att säkra att materialet inte är gammalt. Det hittades dock material från 2010, som skribenten ansåg som relevant för arbetet, så publikationstiden förlänges med ett år.

Artiklarna valdes med hjälp av avancerad sökning och ”full text”, för att få en bredare syn av materialet. I en del sökningar gjordes begränsningar med ”classical article”, ”journal article” och ”nursing journals”, för att begränsa sökningen. Språk som söktes på var svenska, finska och engelska, för att kunna översätta texten så noggrant som möjligt utan missförstånd. En del av materialet begränsades där till med att de undersökta åldern skulle vara minst 19 år, för att undvika undersökningar med barn, eftersom det var en av begränsningarna i studien. Sökorden för artiklarna valdes noggrant och med omsorg på att de motsvarade studiens syfte och frågeställning. Studien skulle alternativt ha varit intressant att genomföra som intervju, men en litteraturstudie valdes dock att göra, då studiens tema är känsligt och det skulle ha varit etiskt svårt och ansvarsfullt att genomföra som intervju.

8 REDOVISNING AV RESULTATET

I detta kapitel redovisas resultatet för hur sjukskötare kan vårda patienter i chockfasen med hjälp av psykiskt stöd, som varit med om akut fysiskt trauma, i syftet att lindra patientens lidande i chockfasen. Materialet är uppbyggt enligt innehållsanalysen och är strukturerat i åtta kategorier. Kategorierna består sig av aspekter som mest kom fram i de tio artiklarna.

8.1 Psykiska behov

En del personer känner behov att efter olyckan direkt berätta om vad som har hänt, medan vissa vill ha full tystnad. En person som inte vill prata ska man respektera. Personen behöver tid och rum och genom att ge det, ger man med samma mod åt personen att eventuellt berätta om det skedda om hen är färdig för det. Då de grundläggande åtgärderna garanterat säkerhet i den katastrofala miljön, känner patienten psykisk lättnad. Att uppmuntra upprätthållande eller förnyande av sociala relationer, ger patienten psykiskt stöd. Man bör omedelbart påbörja den psykiska vården för de mest brådskande behoven. (Kilic & Simsek 2018, s. 213-215)

Enligt studier ökar aktivt lyssnande det psykologiska stödet och enligt Weger et al. (2014), ökar uppfattningsförmågan, då någon aktivt lyssnar på en. I psykologiskt stöd vid traumatisk stress bör en del faktorer iakttas, dessa faktorer är definierade av Hobfoll et al. (2007) och är följande: hopp, lugn, trygghet, kollektiv effektivitet och känsla av individualitet och samhörighet. (Jacobs 2016, s. 1310) Genom att fokusera på diskussionen mellan offer och sjukskötare, försöker man överföra uppmärksamheten till nuet. Det här leder till att känslor, stöd och empati försäkras. Känslorna är ensamhet, rädsla och spänning. Genom förtroende på sjukskötare upplever den drabbade att hen kan lita på vårdpersonalen och där med lugnar offret ner sig tillräckligt, för att förstå omständigheterna. Andliga pelare är viktiga och ger en möjlighet för offret att klara av den plågsamma tiden och ger en uppfattning för vårdpersonalen om hur hen bygger upp ett stödsystem och stabiliseras. (Hu 2010, s. 72-73)

Vårdpersonalen har som uppgift att bidra till psykisk rehabilitering vid mental ohälsa. Målet med psykisk rehabilitering är att stabilisera och normalisera psyket, återuppbygga känslan av säkerhet och trygghet och att kraftigt minska på tankar och känslor. Genom att undvika stigmatisering och uppmuntra deltagande, påbörjas tidigt ingripande enligt möjlighet. Det här hjälper återhämtningen, gör mildare symtom och förebygger negativa konsekvenser för den psykiska hälsan. (Math et al. 2015, s. 265) Den drabbade får känslomässig och fysisk bekvämlighet av en omedelbar och oavbruten säkerhet. Om offret inleder ett kontaktförsök, ska mottagandet vara empatiskt, hjälpsamt och icke-påträngande. (Birkehead & Vermeulen 2018, s. 381-382)

Rekommendationer säger att riktlinjer för internationell klinisk praxis för psykisk första-hjälp borde följas, för att tidigt agera på personer som upplevt en traumatisk händelse. Riktlinjerna innehåller åtta komponenter enligt Ruzek et al. (2007) och är: säkerhet, bekvämlighet, kontakt, medkänsla, stabilisering, praktisk hjälp och informationsinsamling om aktuella behov och bekymmer. Samt information om hantering om att klara av situationen, anknytning till socialt stöd och kontakt till samarbetstjänster. (Forbes et al. 2011, s. 226)

8.2 Information

Sjukskötare bör samla information om patientens mest akuta behov och bekymmer. (Kilic & Simsek 2018, s. 213-215) Det förekommer utmanande situationer där sjukskötare bör ge ärlig information om en kritiskt sjuk patient till dess familj. Detta kräver en nästan omedelbar hanteringsmekanism. Familjen har rätt till ärlig och tydlig information om patientens vårdstrategier, kliniska tillstånd och prognos. (Cabete et al. 2019, s. 129-134)

Man ska fråga offret om dess tankar kring olyckan och berätta för hen om omständigheterna kring räddningen. (Hu 2010, s. 72-73) Familjen behöver relevant och korrekt information i den kaotiska situationen. Man bör göra klart för föräldrarna, att man omedelbart kontaktar dem, ifall ändringar sker i familjemedlemmens hälsa, för att lugna ner dem. Föräldrarna behöver en möjlighet att ställa frågor och bearbeta erfarenheten. Att låta familjen se dess familjemedlem när som helst, är väldigt viktigt. Ytterligare resurser bör erbjudas vid behov och en diskussion med familjen om eventuella psykiska reaktioner som kan förekomma ska genomgå. Den drabbades riskabla tillstånd och de specifika aspekterna om levnadsförhållanden vid intensiv vård och även den invasiva tekniken är bra att presentera till familjen. Tydliga kontaktuppgifter till föräldrarna sänker dess ångest. (Lebel & Charette 2021, s. 35-39) Familjen behöver information om hantering av smärta och stressreaktioner och att kontakta tillgängliga tjänster. (Birkehead & Vermeulen 2018, s. 381-382)

8.3 Omedelbara handlingar

Vården för de mest brådskande behoven av den fysiska hälsan bör påbörjas omedelbart. Patienten får fysisk lättnad då de grundläggande åtgärderna garanterat säkerhet i den katastrofala miljön. (Kilic & Simsek 2018, s. 213-215) Medan man diskuterar med offret kan man använda sig av fysisk kontakt genom att hålla i handen eller klappa på axeln. Så här får man harmoni i situationen och känslan av säkerhet på kognitiv nivå återbyggs. (Hu 2010, s. 72-73)

8.4 Kommunikation

En bra kommunikation bidrar till ett bättre psykiskt stöd. Tack vare sjukskötarens goda kunskaper och färdigheter i kommunikation, kan dom bidra till hjälp med att hantera sitt beteende och att återfå sina styrkor. (Kilic & Simsek 2018, s. 213-215) Sjukskötare bör kommunicera på ett tydligt och öppet sätt och där till inge hopp och skapa en empatisk relation. För att fokusera på familjens välmående, bör dessa faktorer anpassas enligt en sociokulturell nivå med en strävan till en privat och bekväm miljö. (Cabete et al. 2019, s. 129-134)

Strategier i icke-verbalt lyssnande hjälper byggandet av ett mellanmänniskt förhållande mellan talaren och lyssnaren, och även empatin ökar, definierar Maurer & Tindall (1983). (Jacobs 2016, s. 1310) Då en familjemedlem hamnat ut för en olycka, är det viktigt att upprätthålla visuell kontakt med familjen. Genom emotionellt stöd och beslutsfattande kunde sjukskötare betona betydelsen för främjandet av kommunikationen mellan föräldrarna. En rutinmässig utvärdering av föräldrarnas stressnivå är nödvändigt. Vårdpersonalen bör uppmuntra familjemedlemmarna att aktivt vara med den drabbade, eftersom att man där med lär att anpassa sig till den kritiska situationen. Det är viktigt att förklara för familjen att de inte har skyldighet att vara där hela tiden med dess familjemedlem. Familjen bör ta det lugnt och förhindra utbrändhet. (Lebel & Charette 2021, s. 35-39) Hjälpl offret att skapa kontakt till familjemedlemmar, vänner och samhällets resurser. (Birkehead & Vermeulen 2018, s. 381-382)

8.5 Bemötande

Ett gott första bemötande med patienten i chockfasen innebär att man först ber om tillåtelse att tala och sedan presenterar man sig själv. Personer i chocktillstånd som precis varit med om akut fysiskt trauma kan börja skylla på sig själv i krissituationen och då är sättet man talar till personen väldigt viktig. (Kilic & Simsek 2018, s. 213-215) För att lugna ner stress, skräck och rastlöshet, ska man tala med lugnande ord och använda en dämpad fysisk kontakt. (Hu 2010, s. 72-73) Familjemedlemmar bör bemötas med respekt och empati och de behöver mottaglighet, emotionellt och spirituellt stöd. (Cabete et al. 2019, s. 129-134)

8.6 Personlighetsdrag man har nytta av som sjukskötare

Att som sjukskötare bidra till psykiskt stöd för en person i chocktillstånd kräver lugn och tålamod, eftersom det får patienten att känna sig trygg, förstådd, respekterad och uppskattad. Då olyckan skett bör sjukskötaren vara vänlig, hjälpsam och empatisk. Hur beredd en sjukskötare är för olyckshändelser beror helt på hens kunskap om olyckor och hur bekant hen är med katastrofala situationer. En fördel är om man har en strategi för problemlösning. (Kilic & Simsek 2018, s. 213-215)

8.7 Samarbete

Det psykiska stödet förstärks med hjälp av ett positivt samarbete med patienten. (Kilic & Simsek 2018, s. 213-215) Enligt Cabete et al. (2019) artikel är det viktigt att ta med den drabbades familj i vården. Sjukskötare bör också identifiera familjens behov och svara på dem. Anpassningsmekanismer krävs för både den drabbade och dess familj vid plötsligt kritiskt insjuknande. Familjen är en del av hela vårdmålet och inte enbart en resurs för patienten. Det är utmanande som sjukskötare att försöka inge hopp i patientens familj, ifall situationen ändras oförväntat och eventuellt leder till döden. (Cabete et al. 2019, s. 129-134) Beslutsfattande och ett bra samarbete med familjen är viktigt. (Lebel & Charette 2021, s. 35-39)

8.8 Utmaningar

Situationer där sjukskötare ger för höga förväntningar av vårdresultat, för att lindra familjens emotionella smärta, ångest och rastlöshet, kan bilda utmanande konflikter och bilda ett orealistiskt vård mål. Patientens familj kan uppleva informationsbrist, vilket i samband med känslor av hjälplöshet, ångest, osäkerhet och rädsla kan leda till skuld-känslor och depression. (Cabete et al. 2019, s. 129-134)

9 KOPPLING TILL DEN TEORETISKA REFERENSRAMEN

I detta kapitel kopplas resultatet till den teoretiska referensramen. Som teoretisk referensram har skribenten valt Katie Erikssons vårdprocess (1985), där fokus är på dialogen mellan vårdaren och patienten och målsättningen att lindra patientens lidande.

Det centrala i vårdprocessen är samverkan mellan patient och vårdare. De uppgifter som ska utföras i vårdprocessen avgörs enligt patientens behov av vård. (Eriksson 1985, s. 13) Samspelet baserar sig till en stor del av kommunikation och då man genomgår en diskussion med patienten, kan man använda sig av fysisk kontakt för att skapa harmoni. (Hu 2010, s. 72-73) Samarbetet förstärks med hjälp av psykologiskt stöd, som enligt Weger et al. (2014) ökas genom aktivt lyssnande. Hobfoll et al. (2007) har listat upp faktorer som bör iakttas vid psykologiskt stöd, dessa faktorer baserar sig på bl.a. hopp, lugn och trygghet. (Jacobs 2016, s. 1310) Kilic & Simsek (2018) beskriver att det psykiska stödet förstärks av ett positivt samarbete och en bra kommunikation. Maurer & Tindall (1983) definierar att strategier i icke-verbalt lyssnande ökar empati och där till hjälper byggandet av ett mellanmänniskt förhållande mellan talaren och lyssnaren. (Jacobs 2016, s. 1310)

Enligt Eriksson (1985) delas vårdskeendet i tre olika grupper, dessa är krav, behov och problem. (Eriksson 1985, s. 18-19) Först definieras kravets betydelse. Vid den mentala hälsan är det vårdpersonalen som ska bidra till psykisk rehabilitering, vars målsättning är normalisering och stabilisering av psyket, att kraftigt minska på tankar och känslor och att återuppbygga känslan av säkerhet och trygghet. Krav på sjukskötare innebär också

att inge hopp, skapa en empatisk relation och att kommunicera på ett öppet och tydligt sätt. (Cabete et al. 2019, s. 129-134)

Sedan kommer vårdskeendets andra grupp, behov. (Eriksson 1985, s. 18-19) Kilic & Simsek (2018) definierar att insamling av patientens mest akuta behov och bekymmer hör till sjukskötarens uppgifter. Då de grundläggande åtgärderna garanterat säkerhet i den katastrofala miljön, får patienten fysisk lättnad. (Kilic & Simsek 2018, s. 213-215) Det finns behov att tidigt agera på personer som upplevt en traumatisk händelse, detta motiveras genom rekommendationer som säger att riktlinjer för internationell klinisk praxis för psykisk första-hjälp borde följas. Riktlinjerna är definierade av Ruzek et al. (2007) och är säkerhet, bekvämlighet, kontakt, medkänsla, stabilisering och praktisk hjälp. Utöver dessa definieras också behov av informationsinsamling om aktuella behov och bekymmer, information om hantering om att klara av situationen, anknytning till socialt stöd och kontakt till samarbetstjänster. (Forbes et al. 2011, s. 226) Människor beter sig olika vid kaotiska situationer, en del känner ett starkt behov att genast få prata ut om det skedda, medan andra vill ha full tystnad, vilket man bör respektera. Till patientens behov hör även uppmuntran. Den psykiska vården för de mest brådskande behoven bör påbörjas omedelbart. (Kilic & Simsek 2018, s. 213-215)

Ett respektfullt och empatiskt bemötande av den drabbades familj är viktigt enligt Cabete et al. (2019). (Cabete et al. 2019, s. 129-134) Den drabbade behöver hjälp med att skapa kontakt till familjemedlemmar, vänner och samhällets resurser. (Birkehead & Vermeulen 2018, s. 381-382) Behov som sjukskötare bör uppfylla för patienten är att ta med familjen i vården, vårdpersonalen ska identifiera dessa behov och där med besvara dem. (Cabete et al. 2019, s. 129-134) Lebel & Charette (2021) beskriver behovet som ett bra samarbete med familjen och att ta med dem vid beslutsfattande. (Lebel & Charette 2021, s. 35-39) Familjens behov är en visuell kontakt till vårdpersonalen. Familjen behöver en motivering för viktigheten att kommunicera sinsemellan. Det kan finnas behov att utvärdera föräldrarnas stressnivå och att uppmuntra familjen till att aktivt vara med den drabbade. (Lebel & Charette 2021, s. 35-39) Familjen behöver relevant och korrekt information och en möjlighet till att bearbeta erfarenheten och att ställa frågor. Övriga behov som familjen kan ha är att diskutera om eventuella psykiska reaktioner som kan förekomma, att gå igenom den drabbades tillstånd, levnadsförhållanden och tekniken på sjukhuset. (Lebel & Charette 2021, s. 35-39)

Den tredje gruppen som Eriksson (1985) definierar är problem. (Eriksson 1985, s. 18-19) Cabete et al. (2019) anser som problem i vården att ge eventuella förväntningar om vårdresultaten till familjen. För att lindra emotionell smärta, ångest och rastlöshet kan vårdpersonalen ge för höga förväntningar, det här kan leda till utmanande konflikter och skapa ett orealistiskt vårdmål. Ett annat problem är informationsbrist som familjen kan uppleva, detta kan ytterligare orsaka onödigt psykiskt lidande. (Cabete et al. 2019, s. 129-134)

Eriksson (1985) beskriver hur viktigt det är att skapa ett gott förtroende med patienten, där hen känner sig trygg. (Eriksson 1985, s. 59-60) För att nå denna trygghet, behövs lugn och tålamod. I ett gott förtroende krävs trygghet, förståelse, respekt och uppskattning. Förtroendet kan stödas av sjukskötaren med hjälp av personlighetsdrag som vänlighet, hjälpsamhet och empati. Kilic & Simsek (2018) förklarar att beroende på sjukskötarens kunskap om olyckor och hur bekant hen är med katastrofala situationer, avgör hur beredd sjukskötaren är för olyckshändelser. (Kilic & Simsek 2018, s. 213-215) Enligt Eriksson (1985) innebär det här åter viktigheten av tryggheten i förhållandet mellan patienten och vårdaren. Eriksson (1985) definierar ett gott förtroende som trygghet (Eriksson 1985, s. 59-60), denna trygghet fås genom lugnande ord och en dämpad fysisk kontakt, eftersom att detta enligt Hu (2010) lugnar ner stress, skräck och rastlöshet. (Hu 2010, s. 72-73) Genom förtroende mellan patienten och vårdaren, upplever patienten att hen kan lita på vårdaren vilket ger lugn. En diskussion mellan komponenterna strävar till att överföra uppmärksamheten till nuet, vilket försäkrar känslor, stöd och empati. (Hu 2010, s. 72-73) Utöver alla dessa faktorer, är det oerhört viktigt att sjukskötaren kan avläsa sinnesintryck, eftersom man med hjälp av det kan förstå patienten bättre. Konkret betyder det här att man gör realiteten mer förståelig och observerar vad som är viktigt för patienten. (Eriksson 1985, s. 59-60)

10 KRITISK GRANSKNING OCH DISKUSSION

I detta kapitel sammanfattar jag resultatet, diskuterar ämnet och tar fram starka och svaga sidor i arbetet. Jag diskuterar den valda metoden, etiska aspekter i arbetet, eventuella förslag på fortsatt forskning och tankar studien väckt hos mig.

Studiens avsikt var att beskriva hur sjukskötare kan vårda patienter i chockfasen med hjälp av psykiskt stöd, som varit med om akut fysiskt trauma. Syftet var att lindra patientens lidande i chockfasen. I resultatet kom det fram att ett gott första bemötande är viktigt och hur man talar till en person har stor betydelse. Resultatet definierade att förtroende på vårdpersonalen och fysisk kontakt lugnar ner patienten och att ett bra psykiskt stöd bildas genom en bra kommunikation. Resultatet förklarade att sjukskötarens uppgift är att inge hopp i patienten och att skapa en empatisk relation. Det kom fram att man som sjukskötare har nytta av olika personlighetsdrag, dessa var vänlighet, hjälpsamhet och empatiförmåga. Även tidigare kunskap om olyckor och erfarenheter av detta är till fördel. De här faktorerna innebär att man har lättare till inlevelseförmåga och därmed har lättare att relatera till den andra. Det här hjälper en att tänka hur man själv skulle vilja bli bemött och behandlad i samma situation.

Resultatet visade sig att aktivt lyssnande ger stöd och empatin ökar genom icke-verbalt lyssnande. Genom detta kan jag dra slutsatsen att det inte alltid behövs ord, ibland kan det räcka att bara vara tillgänglig. Det jag inte hade tänkt på var att patienten får psykisk lättnad då de fysiska behoven uppfyllts, d.v.s. även om studien handlar om det psykiska stödet, kan det fysiska leda till psykiskt. Det jag hade förväntat mig som resultat var att patienten behöver uppmuntran till att vara aktiv och delta i saker, det var bland mina första tankar kring ämnet då jag började studera detta. Det som var nytt för mig var familjens betydelse för vården. Jag hade passerat familjens andel och tänkte enbart på relationen mellan patienten och vårdaren. Resultatet förklarade dock att familjen är en del av hela vårdmålet och har en enorm roll i vården och rehabiliteringen. Utmaningarna i resultatet kom också som nytt för mig. De handlade om att ge för höga förväntningar om patientens tillstånd till dess familj. Detta ser jag som väldigt problematiskt och utmanande. De flesta sakerna som kom fram i resultatet hade jag förväntat mig, t.ex. att patienten behöver lugn och trygghet för att känna psykisk avlastning, men bl.a. informationens betydelse var nytt, att den har en så stor roll för psyket.

Skrivprocessen upplevde jag som väldigt utmanande och krävande, då det var svårt att hitta material. Även om jag med relevanta sökord hittade bra artiklar från olika databaser, gick artiklarna mer runt hela arbetet och besvarade inte direkt mitt syfte. Många artiklar hanterade psykisk första-hjälp för sjukskötare, vilket inte var i studiens fokus. Även om materialet för sjukskötare kunde ha gått parallellt med materialet för patienter, ansåg jag inte materialet som lämpligt för mitt arbete. Materialet var väldigt snävt och det

var svårt att hitta tillräckligt med material genom sökord, men då hittade jag en del artiklar som svarade på syftet, genom ”snöbollseffekten”, d.v.s. jag hittade artiklar via andra artiklar.

Jag anser att resultatet stöder studiens syfte då alla valda artiklar besvarade min frågeställning. Den teoretiska referensramen tycker jag att håller ihop resultatet då artiklarna behandlar teorins innehåll. Jag fann två olika ämnen som inte direkt hörde till ämnet, dessa var personlighetsdragen man har nytta av som sjukskötare och hur man stöder den drabbades familj. Dessa ansåg jag ändå som väldigt nödvändiga och nyttiga att sätta sig in i, för att öka synvinkeln och helheten på ämnet.

Metoden jag använde var kvalitativ litteraturstudie. Jag såg denna metod som lämplig för denna studie då den baserar sig på analysering av material. Jag var även intresserad av att göra en intervjustudie, men med tanke på mitt ämne skulle det kunna varit etiskt riskabelt då materialet är känsligt. För att minimera etiska risker valde jag att göra en litteraturstudie. Genom en intervjustudie skulle jag ha kunnat få mera personliga svar vilket kunde ha gett ett mycket intressantare resultat. Det kunde också ha underlättat genomförandet av studien, då jag skulle ha fått tydliga svar inriktat på min egen frågeställning, medan jag i litteraturstudien behövde söka mig fram och analysera svaren. Jag anser att metoden lämpar sig bra till studien, då jag fick ett mångsidigt material av artiklarna.

Materialet söktes från en databas med hjälp av olika sökord. Begränsningar som användes var bl.a. ”peer reviewed”, ”full text”, som språk svenska, finska och engelska, artiklar som handlade om människor med en ålder på minst 19 år och jag strävade till att använda mig av material som publicerats under de senaste tio åren. Jag hittade bra artiklar som innehöll precis det jag var ute efter, men till dem hade jag inte avgiftsfri tillgång, så de blev bort. Jag hittade material som publicerats över tio år sedan och eftersom de var relevanta för arbetet och det var svårt att hitta färskt material, beslöt jag mig för att ta med dem i arbetet. Även om jag satte som språk svenska, finska och engelska, hittades enbart relevanta artiklar på engelska. Detta kan ha påverkat resultatet även om jag så noggrant som möjligt översatt, tolkat och analyserat artiklarna. Jag har följt god vetenskaplig praxis i studier vid Arcada och arbetet innehåller inga avvikelser och är etiskt utfört.

Resultatet kunde ha blivit mångsidigare om jag skulle ha tagit med flera artiklar, detta var dock väldigt utmanande och uteslutes. Resultatet är nyttigt för färdiga och blivande sjukskötare och även för övrig personal inom hälso-och välfärd, eftersom vem som

helst inom vård-eller socialbranschen kan stöta på människor i kris. Eftersom en människa i chocktillstånd behöver rätt sorts stöd, är det oerhört viktigt att ha kunskap i detta.

Detta är absolut något varje person på social-och hälso-branschen borde studera i, men jag tycker inte man behöver forska i ämnet så mycket, eftersom det redan finns relativt mycket kunskap om vad som lättar på psyket. Man kunde dock forska inom det jag uteslöt från mitt arbete, d.v.s. studera i hur psykiskt stöda ett barn, eller att hur stöda en patient som varit med om ett fysiskt trauma, som inte är akut.

KÄLLOR

Ahrne, G., Svensson, P., 2011, *Handbok i kvalitativa metoder*, Författarna och Liber AB, Malmö, s. 11-194.

Andrén-Sandberg, Å., Törnebrandt, K., Åberg, T., 1993, *Katastrofsjukvård*, Studentlitteratur, Lund, s. 79-169.

Arcada, 2012, *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*. Tillgänglig: https://start.arcada.fi/system/files/media/file/2019-06/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada.pdf Hämtad: 1.3.2021.

Axelsson, M., 1997, *Omvårdnad vid akut sjukdom och skada*, Studentlitteratur, Lund, s. 7-10.

Birkehead, G., Vermeulen, K., 2018, *American Journal of Public Health*, Sustainability of psychological first aid training for the disaster response workforce, Volume 108, Supplement 5, 2p., s. 381-382. Tillgänglig: Academic Search Complete (EBSCO). Hämtad: 27.2.2021.

Bryman, A., 2002, *Kvalitativ dataanalys*, Samhällsvetenskapliga metoder, upplaga 1:5. Liber ekonomi, Malmö, s. 372.

Cabete, DSG., Fonte, C., Matos, M., Patrica, H., Silva, R., A., Silva, A., 2019, *Revista de Enfermagem Referencia*, Emotional support to the family of the critically ill patient: nursing interventions, Volume 4, Issue 20, 19p., s. 129-136. Tillgänglig: Academic Search Complete (EBSCO). Hämtad: 23.2.2021.

Cullberg, J., 2006, *Kris och utveckling*, Tom Lundin och Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm, s. 118-197.

Dyregrov, A., 1993, *Katastrofpsykologian perusteet*, Vastapaino, Tammerfors, s. 14-192.

Elo, S., Kyngäs, H., 2008, *The qualitative content analysis process*, Journal of advanced nursing, s. 107.

Eriksson, K., 1985, *Vårdprocessen*, Almqvist & Wiksell Förlag AB, Stockholm, s. 13-60.

Forbes, D., Lewis, V., Varker, T., Phelps, A., O'Donnell, M., Wade, D., Ruzek, J., Watson, P., Bryant, R., Creamer, M., 2011, *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, Psychological first aid following trauma: implementation and evaluation framework for high-risk organizations, Volume 74, Issue 3, 16p., s. 224-226. Tillgänglig: Academic Search Complete (EBSCO). Hämtad: 27.2.2021.

Haikonen, K., 2019, *Tapaturmat Suomessa*, THL 2020, Tillgänglig: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/turvallisuuden-edistaminen/tapaturmien-ehkaisy/tapaturmat-suomessa> Hämtad: 4.10.2020.

Hambrick, E., Rubens, S., Vernberg, E., Jacobs, A., Kanine, R., 2014, *Journal of Behavioral Health Services & Research*, Towards successful dissemination of psychological first aid: a study of provider training preferences, Volume 41, Issue 2, 13p., s. 203-204, Tillgänglig: Academic Search Complete (EBSCO). Hämtad: 27.2.2021.

Henricson, M., 2012, *Vetenskaplig teori och metod-från idé till examination inom omvårdnad*, Studentlitteratur, s. 329.

Henricson, M., 2018, *Vetenskaplig teori och metod-från idé till examination inom omvårdnad*, Studentlitteratur AB, Lund, s. 414.

Hsieh, H-F., Shannon, S., 2005, *Three Approaches to Qualitative Content Analysis*, *Qualitative Health Research*, Tillgänglig: SAGE Journals. Hämtad: 6.3.2021.

Hu, X., Yang, Y., Liu, L., Liu, X., 2010, *Social Behavior & Personality: an International journal*, Early psychological intervention following a natural disaster: a study with a victim buried under rubble for 124 hours, Volume 38, Issue 1, 4p., s. 72-73. Tillgänglig: Academic Search Complete (EBSCO). Hämtad: 25.2.2021.

Jacobs, G., Gray, B., Erickson, S., Gonzales, E., Quevillon, R., 2016, *Journal of Clinical Psychology*, Disaster Mental Health and Community-Based Psychological First Aid: Concepts and Education/Training, Volume 72, Issue 12, 11p., s. 1307-1310. Tillgänglig: Academic Search Complete (EBSCO). Hämtad: 25.2.2021.

Jacobsen, D-I., 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring-Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, Studentlitteratur, s. 48-49.

Karolinska Institutet, 2020, *Svensk MeSH*. Tillgänglig: <https://mesh.kib.ki.se/Mesh/search/?searchterm=trauma> Hämtad: 13.1.2020.

Kiiltomäki, A., Muma, P., 2007, *Tässä ja nyt- Sairaanhoidaja tekee kriisityötä*, Sairaanhoidajaliitto ry, Gummerrus Kirjapaino, s. 7-32.

Kilic, N., Simsek, N., 2018, *Journal of psychiatric nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dergisi*, Psychological first aid and nursing, Journal of Psychiatric Nursing, Volume 9, Issue 3, 7 p., s. 213-215. Tillgänglig: Academic Search Complete (EBSCO). Hämtad: 22.2.2021.

Lebel, V., Charette, S., 2021, *Critical Care Nurse*, Nursing interventions to reduce stress in families of critical care patients: an integrative review, Volume 41, Issue 1, 13p., s. 35-39. Tillgänglig: Academic Search Complete (EBSCO), Hämtad: 27.2.2021.

Lee, J-S., You, S., Choi, Y-K., Youn, H-Y., Shin, H., 2017, *PLoS ONE*, A preliminary evaluation of the training effects of a didactic and simulation-based psychological first aid program in students and school counselors in South Korea, Volume 12, Issue 7, 13p., s. 1-4. Tillgänglig: Academic Search Complete (EBSCO). Hämtad: 27.2.2021.

Malmström, S., Györki, I., Sjögren, P., 2002, *Bonniers svenska ordbok*, Albert Bonniers Förlag AB, Stockholm, s. 331.

Math, S., Nirmala, M., Moirangthem, S., Kumar, N., 2015, *Indian Journal of Psychological Medicine*, Disaster management: mental health perspective, Volume 37, Issue 3, 11p., s. 261-265. Tillgänglig: Academic Search Complete (EBSCO). Hämtad: 26.2.2021.

Saari, S., 2000, *Kuin salama kirkkaalta taivaalta-kriisit ja niistä selviytyminen*, Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu, s. 20-74.

Science Direct, *Major Depressive Episode*, 2021. Tillgänglig: <https://www.science-direct.com/topics/medicine-and-dentistry/major-depressive-episode> Hämtad: 10.2.2021.

Shieh, V., Huang, J-J., Wu, T-E., Chiu, J-Y, Chen, Y-C., Lin, G., Su, C-Y., Chou, F., 2019, *Health and Quality of Life Outcomes*, Rate of psychiatric disorders and associations with quality of life among community members following the Kaohsiung gas explosion: an 18-month cross-sectional follow-up study, 17:7, s. 2-9. Tillgänglig: Pubmed. Hämtad: 10.2.2021.

Skinner, H-K., Rahtz, E., Korszun, A., 2018, Science Direct, *International Emergency Nursing*, Interviews following physical trauma: a thematic analysis. 42:19-24, s. 1-5. Tillgänglig: Pubmed. Hämtad: 8.2.2021.

Suomen Lääkäriliitto, 2020, *Lapsi ja nuori potilaana*. Tillgänglig: <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/lapset-ja-nuoret/lapsi-ja-nuori-potilaana/> Hämtad: 5.10.2020.

Suomen Mielenterveys ry, 2020, *Shokista uuteen alkuun*. Tillgänglig: <https://mieli.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-elamantilanteet/kriisit/shokista-uuteen-alkuun> Hämtad: 10.5.2020.

Svenska Akademiens Ordbok, 2020. Tillgänglig: https://www.saob.se/artikel/?unik=S_03257-0068.Vshm&pz=3 Hämtad: 10.5.2020.

Terveyskylä, 2018, *Mistä kärsimys muodostuu?* Tillgänglig: <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/elämänlaatu-ja-kärsimys/mistä-kärsimys-muodostuu> Hämtad: 24.3.2021.

Wiertsema, S., Dongen, J., Gelejin, E., Schothorst, M., Bloemers, F., Groot, V., Ostelo, R., 2017, *BMC Health Services Research* 17:99, Evaluation of a new Transmural Trauma Care Model (TTCM) for the rehabilitation of trauma patients: a study protocol, s. 2. Tillgänglig: Pubmed. Hämtad: 4.10.2020.

Wiseman, T., Foster, K., Curtis, K., 2013, Science Direct, *International Journal of the Care of the Injured*, Mental health following traumatic physical injury: an integrative literature review, Volume 44, Issue 11, s. 1383-1384. Tillgänglig: Pubmed. Hämtad: 10.2.2021.

Wiseman, T., Foster, K., Curtis, K., 2016, Science Direct, *International Journal of the Care of the Injured*, The experience of emotional wellbeing for patients with physical injury: A qualitative follow-up study. Volume 47, Issue 9, s. 1983-1989. Tillgänglig: Pubmed. Hämtad: 8.2.2021.

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, 2019, *Psyykkiset traumat*. Tillgänglig: <https://www.yths.fi/terveystietopankki/psyykkiset-traumat/> Hämtad: 4.10.2020.

BILAGOR

Bilaga 1. Datainsamling

Artikel	Sökord	Begränsningar	Databas	Träffar
Evaluation of a new Transmural Trauma Care Model (TTCM) for the rehabilitation of trauma patients: a study protocol.	Acute trauma patient AND meaning A ND physical trauma OR physical injury	Full text Peer reviewed 2010-2017 Pdf full text English	Pubmed	1
Interviews following physical trauma: a thematic analysis	Wounds & injuries AND mental health support	Advanced 2011-2021 Full text Classical article Journal article Fi/swe/eng Nursing journals Adult 19+ years	Pubmed	47

The experience of emotional wellbeing for patients with physical injury: A qualitative follow-up study	Hittades via en annan artikel	-	Pubmed	-
Rate of psychiatric disorders and associations with quality of life among community members following the Kaohsiung gas explosion: an 18-month cross-sectional follow-up study	(Wounds & injuries AND physical trauma) AND (psychiatric nurse AND nursing) AND (mental health AND mental illness)	Advanced Free full text 2012-2021 Fi/swe/eng Adult: 19+ years	Pubmed	5
Mental health following traumatic physical injury: an integrative literature review	Hittades via en annan artikel	-	Pubmed	-
Psychological first aid and nursing	(emotional well-being OR psychological well-being OR mental health)	Advanced Free full text Peer reviewed	Academic Search Complete (EBSCO)	551

	AND (physical trauma OR physical injury)	2010-2020 English		
Emotional support to the family of the critically ill patient: nursing interventions	Emotional support AND emergency AND nursing care	Advanced Free full text Peer reviewed 2010-2020 English	Academic Search Complete (EBSCO)	4
Disaster mental health and community-based psychological first aid: concepts and education/training	Hittades via en annan artikel	-	Academic Search Complete (EBSCO)	-

Early psychological intervention following a natural disaster: a study with a victim buried under rubble for 124 hours	Hittades via en annan artikel	-	Academic Search Complete (EBSCO)	-
Disaster management: mental health perspective	Hittades via en annan artikel	-	Academic Search Complete (EBSCO)	-

Nursing interventions to reduce stress in families of critical care patients: an integrative review	Hittades via en annan artikel	-	Academic Search Complete (EBSCO)	-
Sustainability of psychological first aid training for the disaster response workforce	Hittades via en annan artikel	-	Academic Search Complete (EBSCO)	-

Psychological first aid following trauma: implementation and evaluation framework for high-risk organizations	Hittades via en annan artikel	-	Academic Search Complete (EBSCO)	-
Towards successful dissemination of psychological first aid: a study of provider training preferences	Hittades via en annan artikel	-	Academic Search Complete (EBSCO)	-

A preliminary evaluation of the training effects of a didactic and simulation-based psychological first aid program in students and school counselors in South Korea	Hittades via en annan artikel	-	Academic Search Complete (EBSCO)	-
--	-------------------------------	---	----------------------------------	---

Bilaga 2. Innehållsanalys

Artikel	Information	Psykiska behov	Kommunikation	Bemötande	Omedelbara handlingar	Samarbete	Personlighetsdrag man har nytta av som sjukskötare	Utmaningar
<i>Psychological first aid and nursing</i>	X	X	X	X	X	X	X	

<i>Emotional support to the family of the critically ill patient: nursing interventions</i>		X	X	X	X	X	X	X
<i>Disaster Mental Health and Community-Based Psychological First Aid: Concepts and Education/Training</i>		X	X					
<i>Early psychological intervention following a natural disaster: a study with a victim buried</i>	X	X	X					

<i>under rubble for 124 hours</i>								
<i>Disaster management: mental health perspective</i>		X			X			
<i>Nursing interventions to reduce stress in families of critical care patients: an integrative review</i>	X	X	X	X		X		
<i>Sustainability of psychological first aid training for the disaster response workforce</i>	X	X		X	X			

<i>Psychological first aid following trauma: implementation and evaluation framework for high-risk organizations</i>	X				X			
<i>Towards successful dissemination of psychological first aid: a study of provider training preferences</i>	X		X		X		X	
<i>A preliminary evaluation of the</i>	X			X				

<i>training effects of a didactic and simulation-based psychological first aid program in students and school counselors in South Korea</i>								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

