

Avancerad nivå  
Uppsatskurs 15 hp

VT 16

# **Coping av emotionell stress efter kritisk incident:**

Intervjustudie av intensivvårdssjuksköterskors  
upplevelser

## **Coping of emotional stress in critical incidents:**

Interview study of intensive care nurses  
experiences

Författare: Andersson Kenneth och Jaigirdar Lipi

Handledare: Hedman Ann-Marie

Examinator: Östlund Britt

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Intensivvårdsavdelningen är en högteknologisk miljö där kritiskt sjuka patienter vårdas. Intensivvårdssjuksköterskor möts ständigt av situationer där de utsetts för stress. Det kan vara situationer, anhöriga eller identifiering med patienten som ger emotionell stress. Stress som inte hanteras kan ge följsjukdomar, kvarvarande emotionell påverkan och leda till utbrändhet.

**Syfte:** Att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av emotionell stress och copingstrategier efter kritiska incidenter.

**Metod:** Intervjustudie med åtta informanter genomfördes. En kvalitativ innehållsanalys genomfördes av de transkriberade intervjuerna.

**Resultat:** Anhörigas reaktioner uppfattades som en stor del av den emotionella stressen, även brister i vård och rutiner lämnar minnen kvar efter kritiska incidenter. Kollegialt samtal var det som upplevdes ha bäst copingstrategi mot den emotionella stressen. Avkoppling, distraktion och sociala miljöer var också ett stöd mot emotionella upplevelsen. En önskan om mer utrymme för kollegiala samtal framkom under intervjuerna.

**Slutsats:** Att kunna få och ta utrymme för att genomföra samtal mellan kollegor skulle vara stöd mot emotionell stressen framkom i föreliggande intervjustudie. Ledningen bör skapa utrymme för att kollegiala samtal kan genomföras då det har uppvisat vara bästa copingstrategin hos intensivvårdssjuksköterskor. Det uppdagades att vissa brister fanns i att ledningen inte fick information under obekvämlig arbetstid och rutiner samt informationskällor behöver förtydligas.

**Fortsatt forskning:** Coping av emotionell stress ger styrkor hos personal att kunna hantera svåra situationer, och gå vidare i arbetet utan kvarvarande påverkan av stressen. Intresse skulle finnas att ta reda på hur andra yrkesgrupper resonerar om coping av emotionell stress i samverkan med intensivvårdssjuksköterskor.

Nyckelord: emotionell stress, kritiska incidenter, kollegialt samtal

## ABSTRACT

**Background:** The intensive care unit is a high technology environment where critical ill is treated. Intensive care nurses come in contact with situations where they may encounter stress. It can be situations, relatives or own identifications that give emotional stress. Stress that is not coped with can lead to sickness, persistent emotional effects and lead to burnout.

**Aim:** To describe intensive care nurses' experiences of emotional stress and coping strategies after a critical incident.

**Method:** Interview study with eight informants was done. A qualitative content analysis was performed of the transcribed interviews.

**Results:** Relatives' reaction is a large part of the emotional stress that was experienced, even flaws in care and routines left memories after critical incidents. Peer to peer talks were the support that had the best coping strategies against emotional stress. Relaxation, distraction and social context were also support against the emotional distress. Space, time and place, for peer to peer conversation is a desire among informants.

**Conclusion:** To have and to take the time to perform peer to peer talks is a relief against emotional stress. Management should make it a possibility to conclude these talks as it is the preferred coping strategy. Some indication of flaws in information to management during unsocial hours and a need for routines of information need to be looked over and clarified.

**Further research:** Coping of emotional stress gives resilience with the staff to handle difficult situations and to move forward without any lasting effect of the stress. An interest could be in the future to find out how other professionals reason about coping of emotional stress in cooperation with intensive care nurses.

Keywords: emotional stress, critical incident, peer to peer talks

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING .....	iii
ABSTRACT .....	iv
INLEDNING .....	1
BAKGRUND .....	2
Intensivvårdens uppdrag .....	2
Intensivvårdssjuksköterskans ansvar.....	2
Arbetsmiljö på intensivvården .....	3
Stressbegrepp .....	3
Psykologiska effekter av stress .....	3
Fysiologiska effekter av stress .....	3
Stress och sjukdom.....	4
Emotionell stress .....	4
Kritiska incidenter .....	5
Copingstrategier .....	5
PROBLEMFÖRMULERING .....	6
SYFTE.....	6
METOD.....	7
Design.....	7
Urval.....	7
Datainsamlingsmetod .....	7
Dataanalys .....	8
Etiska aspekter.....	9
RESULTAT .....	10
Utlösande av stressfaktorer .....	10
Anhörigas krisreaktioner .....	10
Stress från situationen .....	11
Emotionell stress .....	11
Stress från annat .....	11
Eskalerande av stressen .....	11
Känslor som väcks .....	11
Orsaker som påverkat stressen .....	11

Hantering av emotionella stressen.....	12
Egen coping.....	12
Stöd mot uppkommen stress .....	12
Styrkor mot stress.....	12
Stöd för framtiden .....	13
Ledningsstöd .....	13
DISKUSSION .....	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion.....	15
Slutsats .....	16
Klinisk betydelse .....	16
Förslag på vidare forskning.....	17
Referenser.....	18
Bilaga I .....	i
Bilaga II.....	ii
Bilaga III .....	iii

## INLEDNING

Under verksamhetsförlagda utbildning till specialistsjuksköterskor inom intensivvård har vi uppmärksammat att intensivvården är en arbetsplats där vårdas kritisk sjuka patienter med svikt eller risk för svikt i flera organ. Intensivvårdssjuksköterskan arbetssituationer exponerar de för att utsättas för traumatiska och stressande händelser, det kan gälla liv och död för patienter. Nyfikenhet väcktes för att undersöka i denna studie vilka copingstrategier intensivvårdssjuksköterskor använder, av att kunna hantera emotionell stress vid kritiska incidenter.

*Jobbet där livet kan hänga på en skör tråd – "Ibland blir det jättetragiskt"*

*"Ingen dag är den andra lik och patienterna stannar kvar på avdelningen från några timmar, till dagar, veckor och ibland månader. Det är så mycket kablar och trådar. Herregud vad kabel det är, säger patienten. Patienten mår förhållandevis bra, men annars är det oundvikligt att det ibland dör patienter på IVA.*

*– På något sätt blir det en del av ens vardag, men ibland blir det jättetragiskt. Det är en handfull händelser som jag bär med mig för alltid, säger Jakobsson.*

*Handlar det om unga människor?*

*– Ja, så är det. När det handlar om väldigt unga människor, säger Jakobsson.*

*Han är själv nybliven pappa och har själv blivit allt känsligare, speciellt när det gäller just barn. Och det finns även andra lägen när det blir extra jobbigt. IVA-sjuksköterskan Eva Brydolf berättar hur en kollega till personalen kom in akut på IVA som patient och var en hårsman från döden. Upplevelserna ändrar i sin tur perspektiven på vad som är viktigt i livet. Sånt bekommer mig inte längre när man vet hur skört livet är. När man ser folk som gått i blåställ till jobbet och sedan kommer svårt skadade hit till IVA" (Jakobsson, 2015)*

## **BAKGRUND**

### **Intensivvårdens uppdrag**

Intensivvårdsavdelning har till uppgift att vårda patienter som är svårt sjuka med flera sviktande organ. Arbetsplatsen är en högteknologisk miljö, ställer höga krav på personalens kunskap, snabbt omhändertagande av patienter. Vårdnivån innebär kontinuerlig övervakning och hög personaltäthet (Soini & Stiernström, 2012; SFAI, 2009). Patienter på intensivvården är ofta uppkopplad till olika medicinska apparater exempel respirator, infusionspumpar och övervakningsmonitorer, samt återkommande undersökningar och omvårdnad av ständigt närvaro av personal (SIR - Svenska intensivvårdsregistret, 2014).

Intensivvården innehar team av specialutbildade läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, fysioterapeuter och även kuratorer arbetar kring patienten. Intensivvård avser vård av patienter med svikt i mest grundläggande funktioner som andning, cirkulation och medvetandegrad (SIR - Svenska intensivvårdsregistret, 2014). Intensivvårdssjuksköterskans ansvar är att vara omvårdnadsansvarig och att vårda svårt sjuka patienter som har stort omvårdnadsbehov. Arbetet innebär övervakning och registrering av vitala parametrar och kunna utföra medicinska ordinationer och behandlingar, leda arbetet samt även kunna ge psykologiska stöd till patienten och deras närstående i en kritisk incident samt att vara en länk mellan patient, anhöriga och andra vårdprofessioner (SFAI, 2009).

### **Intensivvårdssjuksköterskans ansvar**

Enligt Svenska sjuksköterskeförening (2009) har både grundutbildade och specialistsjuksköterskor har gemensamma kriterier för professionen det innebär att de som utövar yrket har en vetenskap, ett eget kunskapsområden, som ligger grund för utbildningen och yrkesutövningen. Omvårdnad är sjuksköterskans ansvarsområde och specialitet vilket omfattar både det vetenskapliga kunskapsområde och patientnära arbetet. Sjuksköterskan har fyra grundläggande ansvarsområden vilka är främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa, och lindra lidande (Swenurse, 2012). Vårdpersonal inom Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa visa empati och ha en humanistisk människosyn med individen i centrum (SFS 1982:763).

Intensivvårdssjuksköterskor arbetar dagligen under påverkan av vad de ser, hör och upplever i sitt arbete (Bailey & Clarke, 1992). Det kan vara positiva erfarenheter, som att lyckas rädda svåra fall, gott omhändertagande av anhöriga, men i många svåra situationer påverkar det känslor negativt och ger emotionell stress, som kan vara svårt att hantera själv (Pousette, 2001). Positiva reaktion på stress innebär inte något problem vare sig för personen eller för omgivningen medan negativa kan behöva bearbetas för att inte ge upphov till bestående problem (Bunkholdt, 2004).

## Arbetsmiljö på intensivvården

Intensivvårdssjuksköterska har en professionell roll där hon/han ska kunna hantera patientens lidande, sjukdom, delta i beslut som rör liv och död (Soini & Stiernström, 2012).

Arbetsmiljön på intensivvården för en specialistsjuksköterska ställer höga krav och har ett högt tempo, arbetet är både psykiskt och fysiskt krävande i en stressig miljö (Soini & Stiernström, 2012). Arbetsgivarens skyldighet är att skapa åtgärder för att främja en tillfredsställande arbetsmiljö (Arbetsmiljöverket, 2001).

## Stressbegrepp

Enligt Bonkholt (2004) definieras stress i tre huvudperspektiv: 1. Stress är en fysiologisk och psykologisk respons från människan på olika typer av påfrestningar. Stress är kroppens specifika respons på ett krav att kroppen kan ge samma typ av respons på olika typer av påfrestningar. 2. Stress är yttre händelser som individen inte har tidigare erfarenheter av därför kräver en ovanlig stor insats för att bemästra det. Exempel katastrofer av olika slag, livskriser, oväntade dödsfall, förlust av arbete. 3. Stress kan ses som samspel mellan individ och miljö där individen bedömer omgivningen som påfrestande och att resurser inte räcker till vilket leder till individens anpassnings möjlighet hotas. Varje förändring som kräver någon form av anpassning kan utlösa stress.

Stress ökar individens prestation för att nå tillfredsställande mål där påfrestningar är meningsfulla för personen. När stress ställer krav ökar spänningar för kroppen, personen jagar upp sig inför en situation vilket ökar negativt effekt på fysisk och mentalpåverkan, långtidsstress kan leda till utbrändhet (Burgess, Irvine, & Wallymahmed, 2010).

## Psykologiska effekter av stress

Stress uppstår när en person upplever att kraven är större än resurser (Arnetz & Ekman, 2013). Stress betraktas inte som en sjukdom eller en självständig diagnos utan det är ett symptom, det finns inga tydliga kriterier på stress. Stress symptom kopplas till stresstillstånd som är fysiska, psykiska och beteendemässiga symptom (Andersen & Brinkmann, 2015). Stressreaktioner yttrar sig annorlunda för varje människa vid liknande händelser. Erfarenheter och personlighet gör att människor tolkar och behärskar situationer på olika sätt (Eriksen & Ursin, 2013). Stress kan upplevas som spännande utmaningar eller hot om förlust av viktiga livsbetingelser som *tankeoperationer* menas att koncentrationsförmågan försämras och förmåga till logisk tänkande reduceras. Ett annat tecken att förmågan till alternativ tänkande försämras individen kan vara fulla av ånger och vill försöka lägga skulden på någon eller något. *Känslomässiga* planet kommer starka reaktioner som ångest, vrede, sorg, depression. *Handlings eller beteendep Janet* som oro, rastlöshet, ihållande passivitet samt handlingsförlamning. (Bunkholdt, 2004).

## Fysiologiska effekter av stress

Stressreaktioner i hjärnan aktiveras av ökad vakenhet, metabolism, samt ökad blodgenomströmning i kroppen. Känslomässiga reaktionen ökar parasympatiska och



sympatiska nervers aktivitet vilket gör att kroppen blir varm och svettig samt hjärtfrekvensen går upp. Kroppen tolkar denna situation som en varningssignal, dels som ett obehag i sig och dels som en möjlig orsak till ytterligare obehag av stresspåslaget (Eriksen & Ursin, 2013).

Adrenalin och noradrenalin hormon utsöndras från binjuremärgen vid stress, adrenalin har samma effekter på muskler och inre organ som sympatiska nervsystemet för att upprätthålla kroppens energi nivå. Noradrenalin höjer blodtryck sörjer för mobilisering av extra blodsocker från lever (Bunkholdt, 2004).

Från hypofysen, hjärnans stresscentrum utsöndras hormon som påverkar sköldkörtel vilket i sin tur tillför kroppen mer energi. Det endokrina systemet genom frisättning av vasopressin, som är ett antidiuretisk hormon som kontraherar blodkärlen. Vidare frisätts kortikoliberinhormon (CRH) som stimulerar frisättning av adrenokortikotrop hormon (ACTH) som aktiverar frisättning av kortisol från binjurarna, detta ökar ombildning av fett och proteiner till glukos i blodomloppet för att svara mot ökat energibehov (Myslivecek, 2015). Slutligen påverkar ACTH flera körtlar i kroppen till at utsöndra mer än trettio olika hormoner, som alla har uppgift i kroppens anpassning till ett kristillstånd (Bunkholdt, 2004).

## **Stress och sjukdom**

Vissa människor har hög stresstolerans det innebär att de blir sällan sjuka till följd av stress (Bunkholdt, 2004). För vissa andra människor kan stress påverka kroppen negativt, långvarig stress kan ge både akuta och kroniska sjukdomar. Kronisk stress kan leda till nedstämdhet, trötthet och i senare skede depression, brist på arbetsmotivation, minnesstörningar och ökad dödlighet enligt folkhälsorapport (Socialstyrelsen, 2009). Akuta sjukdomar som högt blodtryck, hjärtsjukdomar, huvudvärk och ateroskleros sätts i samband med kronisk stress (Myslivecek, 2015). Inom stressforskning har man kunnat påvisa samband mellan olika typer av stress och de typiska personlighetsdrag som uppkommer är *Typ A och Typ B-människor har*. Typ A-människor har större risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar de har hög aktivitetsnivå, alltid i farten ofta otåliga, irriterbara och arga. Typ B- människor är rastlösa de tar sig ledigt med gott samvete blir inte lätt arga och otåliga (Bunkholdt, 2004).

## **Emotionell stress**

Emotionella reaktion på stress är en rad känslor, rädsla, irritation, nedstämdhet även glädje och eufori (Arnetz & Ekman, 2013). Det finns olika typer av stress, positiv och negativ stress, fokus för studien är emotionell stress som drabbar personer starkt och kan vara svårt att hantera. Emotionell stress drabbar människor känslomässigt negativt starkt, om individen har en begränsad socialt stöd både från arbetsgivaren och privata sociala nätverk, blir resultatet sämre hantering och bristande återhämtning, vilket ger ökad risk för livslånga fysiska och psykiska sjukdomar (Levi, 2013).

I arbetet på intensivvården ingår även att kunna hantera krisreaktioner hos patienten och närstående (Pousette, 2001; Bailey & Clarke, 1992). Intensivvårdssjuksköterskor har i en studie (Stayt, 2009) upplevt att känna empati med närstående kändes som en emotionell börda, då det belastar sjuksköterskan med stress som de själva måste bearbeta.

Intensivvårdssjuksköterskor möter regelbundet i sitt arbete mänskligt lidande (Todaro-Franceschi, 2015), vårdar regelbundet patienter som är döende (Ryan & Seymour, 2013). Att inte kunna räcka till för svårt sjuka patienter upplevdes som emotionellt stress hos sjuksköterskan (McVicar, 2003). Upprätthålla medicinska behandlingar på patienter som ändå inte blev klinisk bättre upplevdes ofta som emotionell (Cronqvist, Lutzén, & Nyström, 2006). Arbetsbelastningen på intensivvården att kunna hantera och observera medicinska utrustningar, upprätthålla god omvårdnad samt bemöta anhöriga och samtidigt hålla fokus på patienten har upplevts som negativ stress (Burgess, Irvine, & Wallymahmed, 2010).

### **Kritiska incidenter**

Inom intensivvården sker situationer utanför det som är vanligt för avdelningen. Dödsfall som kommer plötsligt, avslutande behandling på unga patienter eller anhöriga i emotionell kris. Dessa kritiska incidenter kan väcka många känslor, det kan leda till emotionell stress (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003; van Mol, Kompanje, Benoit, Bakker, & Nijkamp, 2015). Kritisk incident kan påverka människor olika beroende på motståndskraft och situation, fataliteter eller egna misstag har hög påverkan på den emotionella stressen (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003).

### **Copingstrategier**

Coping delas generellt in i två typer, problem-fokuserad och emotionell-fokuserad. Lazarus och Folkman (1987) delar coping vidare in i åtta subkategorier: *konfrontering; distansering; självkontroll; socialt stöd; acceptera konsekvensen; flykt-undvikande; planläggande problemlösning; positiv omprövning*, som de använder i sitt bedömningsinstrument. Dessa subkategorier hjälper till att förstå hur stress kan hanteras. Annan forskning har liknande resultat presenteras, där samma subkategorier framkommit som ovan nämnda kategorier (Gerow, et al., 2010; Stebnicki, 2007; Moores, Castle, Shaw, Stockton, & Bennett, 2007).

Professionell hantering kan behövas till utsatta, beroende på vilket fall som påverkat personen, om de har hanterat det tidigare eller om det har oöverskådliga proportioner (Maunder, et al., 2006). Detta stöd skiljer sig från person till person beroende på vilka behov människor har. Den psykiska pressen när en kritisk incident inträffar måste bearbetas för att inte emotionellt innesluta personer som har blivit utsatta (Stebnicki, 2007). Post traumatisk stress syndrom [PTSD] är ett symtom som kan vara upphov till långvariga problem (Morall, Hazelton, & Shackleton, 2011). Inom intensivvården finns fall där personal efter upplevelser har uppvisat symtom som påminner om PTSD (Douset & Rovers, 2010). Ett debriefingteam har deltagare som är vana att lyssna, utvärdera och motivera i ett initialt skede, teammedlemmar kan lyfta behovet för ökat stöd till coping eller koppla in professionell personal för fortsatt stöd (Douset & Rovers, 2010).

Stresshantering genom samtal med kollegor, som upplevt liknande händelser, kan ge stöd i situationen och hjälpa personer att gå vidare (Pye, 2013; Maunder, et al., 2006; Peterson, Bergström, Samuelsson, Åsberg, & Nygren, 2008). Externt socialt stöd kan ge emotionellt

stöd genom att de som är utanför inte upplevt liknande situation (Maunder, et al., 2006). För att skapa ett skydd mot den negativa effekterna av stressen, behöver den hanteras. Motståndskraft enligt Hylton Rushton, Batcheller, Shroeder och Donohue (2015) är en skyddande faktor mot stress. Skapandet av denna motståndskraft kommer från olika strategier av coping (Rushton Hylton, Batcheller, Schroeder, & Donohue, 2015).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Intensivvårdsavdelningen är en högspecialiserad arbetsplats där kritisk sjuka patienter vårdas med ständig övervakning av medicinskekniska apparater. Intensivvårdssjuksköterskans arbetsuppgifter är att vårda, lindra lidande, följa sjukdomsförlopp, bemöta död och döende samt även ta hand om närstående. Vilket bidrar till att intensivvårdssjuksköterskor är utsatta för att drabbas av emotionell stress på sitt arbete.

Som skydd för de negativa effekter emotionell stress kan innebära behövs copingstrategier, därför är viktigt och intressant ta reda på samt beskriva vilka copingstrategier sjuksköterskor använder vid kritiska incidenter på intensivvården. Målsättningen med denna studie är att kunna stärka intensivvårdssjuksköterskors copingstrategier. Kan befintliga strategier som intensivvårdssjuksköterskor har användas eller saknas något som skulle kunna stärka deras coping av emotionell stress?

## **SYFTE**

Syftet med denna studie var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelse av emotionell stress och copingstrategier efter kritiska incidenter.

## **METOD**

Denna empiriska narrativ intervjustudie valdes för att beskriva intensivvårdssjuksköterskornas upplevelse av emotionell stress i sitt arbete och copingstrategier.

### **Design**

En kvalitativ ansats används för att fokusera på tolkning av texten, inom omvårdnadsforskning har kvalitativ innehållsanalys används för att granska och tolka texter såsom utskrifter av intervjutexter. Inom kvalitativa ansats finns en strävan att komma nära sanningen så nära som möjligt (Lundman & Graneheim Hällgren, 2012). Data samlas in med narrativa intervjuer för att berättelsen hänvisas till en specifik episod, den kritiska incidenten, som är betydelsefull för berättaren. I slutet av intervjun kan intervjuaren rikta mer strukturerade frågor för att skapa ett sammanhang som leder forskaren mot syftet med intervjun (Kvale & Brinkmann, 2009).

### **Urval**

Val av informanter gjordes utifrån det fenomen som ska studeras (Dahlberg, Drew, & Nyström, 2001). Fenomenet är upplevelse av emotionell stress efter kritisk incident, vilket leder till att urvalet ska vara intensivvårdssjuksköterskor som upplevt emotionell stress efter denna incident. Enligt Polit och Beck (2008) är kriteriumurval ett alternativ för att hitta informanter som kan ge svaret på forskningsfrågan. Författarna ansåg att erfarenhet var behövligt för ge svar till syftet, två år valdes som rimlig inklusionskriterium.

Informanter söktes bland intensivvårdsavdelningar i Stockholms län, då inom länet finns tio intensivvårdsavdelningar, både allmänna- och specialiserade intensivvårdsavdelningar. Vårdsenhetschefer kontaktades för att presentera studiens syfte samt skaffa tillstånd att utföra intervjuer (bilaga I). Tre av dessa intensivvårdsavdelningar visade stort intressen, efter godkänt tillstånd söktes informanter via muntlig presentation vid avdelningsmöten. Kvale och Brinkmann (2009) beskriver att antalet informanter ska kunna mätta ett resultat, men kan variera beroende på struktur i intervjuerna. Författarna sökte aktiv informanter vilket resulterades med åtta informanter som intervjuades.

### **Datainsamlingsmetod**

Sex av åtta intervjuer gjorde författarna tillsammans för att kunna ge stöd till varandra och utveckla intervjuerna med större informationsmängd. Två intervjuer gjordes enskilt av tidsutrymmesskäl. Författarna stävade efter att följa informationen och fånga upp trådar i berättelsen, av den anledningen var det bäst att vara två. Intervjuaren ska hela tiden fatta beslut om vad hon ska fråga, hur och vilka aspekter av informanternas svar ska följas upp eller inte (Kvale & Brinkmann, 2009). Varannan intervju gjordes att en författare hade största ansvaret med intervjun för att inte förvirra informanternas fokus.

Samtliga intervjuer inleddes med ”Kan du berätta om en kritisk incident som du tänker på väckte emotionell stress hos dig?” Informanterna sedan fritt fick välja om sina erfarenheter författarna ställde sedan följd frågor som ”berätta om din upplevelse av situationen”; ”hur hanterade du dessa känslor”; ”hur menar du”; ”kan du utveckla” i enlighet med vad Kvale &

Brinkman (2009) rekommenderar, för att få ett mer utförligt svar. Intervjun slutade med fråga som ”Är det något annat du vill tillägga” en sista chans till informanter att berätta mer om upplevelsen. Författarna välkomnade även informanterna höra av sig efterhand om frågor uppkom i efterhand.

Tidsåtgången beräknades till ca 60 minuter per intervju och faktiska intervjutiderna varierade mellan 20 till 35 minuter. Lokal för intervjuer bestämdes i samråd med verksamhetsansvariga och informanterna vilket skedde på deras arbetsplats. Intervjuerna spelas in med bandspelare för att bevara alla ord, nyanser och uttryck. Berättelsen blir en beskrivning av ett fenomen när det uttrycks i sin narrativa form, och ljudbandet bevarar fenomenen åt forskaren till analysen (Dahlberg, Drew, & Nyström, 2001). Nyttjandet av bandspelare under intervjun ger frihet till intervjuaren att koncentrera på ämnet och dynamiken i intervjun. Fördelen med inspelad intervju är att den finns i en permanent form och kan lyssnas igenom upprepade gånger (Kvale & Brinkmann, 2009).

## **Dataanalys**

Kvalitativ manifest innehållsanalys valdes för att kunna beskriva innehållet i intervjuerna enligt Lundman och Graneheim Hällgren (2012). De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) direkt efter varje intervjutillfälle. Induktiv ansats, vilket innebär en förutsättningslös analys av texter, som kan vara baserad på människors berättelse om sina upplevelse (Lundman & Graneheim Hällgren, 2012).

De transkriberade intervjuerna lästes upprepade gånger av författarna för att förstå och få en känsla för helhet. Varje intervjutext granskades ingående, sedan markerades med markeringspenna där meningsenheterna kondenserades, det innebär är att texten kortades ner men att innehållet i texten bibehölls. Till meningsenheter användes hela meningar och fraser som var relevanta för syftet. Kondenserade meningsenhet bröts ned till koder för var enhet. Författarna utbyte sen materialet och konsensus om koder uppnåddes och diskuterades tillsammans under hela analysprocessen. Koder skrevs samman och dialog mellan författarna ledde till underkategorier och huvudkategorier.

Citat till resultatet valdes efter konsensus mellan författarna, för att lyfta val av underkategorier. Vissa citat valdes som särskilt bärande begrepp för yrkeskompetensen som framkom under intervjuerna och uppfattades vara viktig för informanterna.

Tabell 1 Exempel på analysprocessen från meningsenheter till kondenserade meningsenhet, kod, underkategorier till kategorier i enlighet med Graneheim och Lundman (2004).

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Kulturen då var att man teg ihjäl..ihjäl såna här saker,	Ingen talade mer om händelsen	Förtrycka känslor	Stress från emotionellt	Utlösande stressfaktorer
snackat såna som mig och känner mig bättre förstår det arbete jag gör det underlättar/.../ inte grottar ner sig	Tala med kollegor gör att man undviker inneslutsamhet	Samtalet	Stöd mot uppkommen stress	Hantering av emotionella stressen
tänk på det ibland, jag tycker inte att det inte så kul att ta hand om barn. Jag tar hand om barn men jag tycker inte det kul, ja kan få små ångest ... faktiskt	Olust mot att ta hand om barn, viss ångest finns	Ångest	Känslor som väcks	Ökandet av stressen
jag vet att jag kan hantera det, tror jag i alla fall, det är klart att man inte vet hur man reagerar i varenda fall men det känns så	Känner en styrka att man klarar en kritisk incident, men också en osäkerhet då man inte vet hur man reagerar	Styrka från incident	Styrkor mot stress	Hantering av emotionella stressen
få gånger har jag med mig/.../ jag tänker väldigt ofta liksom på, tänker väldigt ofta på anhöriga, tänker ofta på om patienterna dör/.../ även när jag går hem	Få tillfällen tas händelser hem, men i situationer med barn kan tanka om de och deras anhöriga fortsätta med utanför arbetsdagen	Ta stress hem	Orsaker som påverkat	Ökandet av stressen

## Etiska aspekter

Högskolan Röda Korsets har för att bibehålla hög etisk grund och utveckla lärandet i etiskt tänkande framtagit etikredovisning (dnr 11/2014, Röda Korset, 2014). Forskning skall bedrivas med nytta till människor, deklARATIONERNA som Förenta Nationerna [FN] (helsingforsdeklarationerna, 1975) är framtagna för att forskning skall inte på något sätt skada annan människa.

Då intervjuer om emotionell stress kan väcka känslor från tidigare upplevelser ligger ett ansvar hos intervjuaren att stoppa intervjun och avbryta på eget bevåg. Vidare skall informanternas personliga integritet, liv, hälsa, privatliv och värdighet skyddas (Arlebrink, 2013). Denna studie följer etiska övervägande som anses tillhöra god forskningsetik. Ingen person skall komma till skada samt konfidentialitet bibehålls, publicerade citat omskrivs eller utelämnas för att med säkerhet skydda identiteten av medverkande (Arlebrink, 2006; Vetenskapsrådet, 2009). Vetenskapsrådets forskningsetiska principer tillämpas gällande informationskravet, då informanterna fick information om studien muntligt och skriftligt, deltagande var frivilligt de kunde när som helst avbryta deltagande fram tills analysen var färdig. Samtyckeskravet (bilaga III) är skriftlig och muntlig information som gavs till

informanterna innan intervjun, där det tydligt beskriver syftet, fördelar och risker som kan vara förenade med deltagande. Vidare beskrevs för informanterna att etisk genomgång var gjord från skolan, samt godkännande från avdelning var inhämtad innan intervju påbörjades (Bilaga I). Förvaring av bandspelaren, intervjuer och utskrifter har låsts in i säker förvaring och innehållet från banden raderas när det inte längre behövs. Nyttjandekravet informerades att resultatet kommer att användas endast i forskningssyfte (Vetenskapsrådet, 2009).

## RESULTAT

Informanterna har valt själv en kritisk incident som väckt emotionell stress att berätta om. Tidsutrymmet från incident till informanternas berättelse var mellan fyra månader upp till 33 år. Efter analysen har koderna från intervjuerna arbetats fram till elva underkategorier som strukturerats till tre kategorier se tabell 2.

Tabell 2 Underkategorier som utvecklats till kategorier.

Underkategori	Kategori
Anhörigas krisreaktioner Stress från situationen Emotionell stress Stress från annat	Utlösande stressfaktorer
Känslor som väcks Orsaker som påverkat	Eskalerande av stressen
Egen coping Stöd mot uppkommen stress Styrkor mot stress Stöd för framtiden Ledningsstöd	Hantering av emotionella stressen

### Utlösande av stressfaktorer

Berättelsen som informanterna uttryckte gav en målande bild över olika situationer de upplevde som stress efter den kritiska incidenten. Detta uttryck kunde delas upp i följande underkategorier, även om informanterna upplevde situationer som varierade över alla kategorier.

#### Anhörigas krisreaktioner

Anhöriga ställer krav på oss sjuksköterskor, de vill ha information, vill vara delaktiga samt uppvisar missnöje. Detta leder till att mötet med anhöriga stressar oss inför, under och efter för vad som kan och ska sägas ”... möta sonen som var med hela/.../hela hans liv kraschar totalt” (Deltagare 2). Denna stress leder till oro, obehag samt osäkerhet gentemot anhöriga. Att alltid kunna vara närvarande på empatisk nivå försvåras av att inte alltid nå fram till anhöriga ”...kunde inte nå fram till maken, han var liksom helt inne i sin bubbla...” (Deltagare 7).

## Stress från situationen

Hjärtstopp, transport och avsluta behandling är del av kritiska incidenter som påverkar stressen. Maktlöshet, identifiering, unga patienter och minderåriga anhöriga sprider kraftig emotionell stress som påverkar kraftigt och långvarigt. Situationsrelaterad stress uppträder ofta efter situationen, ”medans jag stod där efteråt så kände jag nått som jag sällan känner, total uppgivenhet” (Deltagare, 4), eller inför möte med situation som man oroar sig för.

## Emotionell stress

Empati är en styrka och omsorg som ska visas för patienter och anhöriga i mötet med dem. Men sympati kan ge emotionell stress som man bär med sig från situationen.

Du ska ju ha empati men inte sympati och du ska ha möjlighet att stänga av när du går hem, för annars går du under som sjuksköterska (deltagare 1)

Den emotionella stressen manifesterar sig olika, men kritiska incidenter kan ofta bli ett långt kvarvarande minne som har gett en stor markerad stress som man bär med sig från händelsen. ”otroligt stark sorg och att se honom ensam ... det var sex år sen, så det länge sen så det ändå påverkar en fortfarande” (Deltagare 2).

## Stress från annat

Långvarigt sjuka patienter som behandling inte går vägen, att visa sorg med anhöriga, genomförande av ceremonier vid avslut av behandling. Det finns många fler stressupplevelser än de vanligaste man kan tänka på, stress innan dagen börjar, ”Det var rätt jobbigt. vi visste redan när jag kom ditt på morgonen att det [behandling] skulle avslutas” (Deltagare 6), höra en anhörig i kris långt från ingången till avdelningen. Kvarvarande minnen och känslor kan även väckas när liknande incidenter återkommer igen.

## Eskalerande av stressen

De flesta informanter kunde under sin berättelse utrona orsaker till, samt fördjupa egenförståelse, vad den emotionella stressen uppkom från. Vid fördjupade frågor kunde nyckelord sättas på deras personliga stress som mynnade i dessa två underrubriker.

## Känslor som väcks

Känslor är en del av alla människor, men känslor ger olika reaktioner hos olika människor. Inom vården ska personal alltid stödja och visa empati, men många gånger drabbas de som vårdar av känslor som påverkar emotionella stressen. Distans, avvaktan, maktlöshet, skuld och frustration. Fler negativa känslor beskrevs ge upphov till stress och kvarvarande minnen.

mest ledsen och undra kunde vi ha gjort nånting annat eller om det är nått även om jag vet att vi har gått genom det jätte mycket efteråt jag tror inte det lite det gjorde vi nått fel eller kunde vi ha gjort nått annorlunda (deltagare 8)

## Orsaker som påverkat stressen

Negativa känslor har påverkat incidenten och i sig gett extra stresspåslag. Upplevelser att saker gått fel, brister i rutiner, resurser som saknas. Under vård i kritisk situation, eller efter situationen stå med känslor att orsak utanför ens kontroll påverkat vården griper ofta tag i



känslor som ger stress, ”besviken på speciellt på den doktorn som inte tog den här patienten på allvar” (deltagare 5).

## **Hantering av emotionella stressen**

Syftet var att ta reda på hur intensivvårdssjuksköterskan hanterar emotionell stress, berättelsen från informanterna var ostrukturerat under intervjuerna och deras uppfattning vad som hjälpte dem framkom inte initialt. Med fördjupning av upplevelser från informanterna kom uppgifterna fram till fem kategorier som de beskriver hur de hanterar uppkommen stress.

### **Egen coping**

Tänka igenom situationen efter incidenten har gett styrka att allt är gjort rätt, vidare har det gett förståelse som också styrkt sjuksköterskor i sitt arbete. Varva ned och hitta avkoppling poängteras är viktigt för att skapa distans till den kritiska incidenten för att kunna gå vidare i yrket. ”Tränade mycket, precis som jag gör idag, o det har alltid varit ventilen” (Deltagare 1).

### **Stöd mot uppkommen stress**

Stödet som sjuksköterskor upprepar mycket är samtalet med varandra. Ventilera sig med kollegor som känner samma stress, samtal med kollegor med erfarenhet sen tidigare. ”Jag tycker att vi har bra kollegialt stöd här upplever jag att det högt i tak man kan prata om sånt här grejer när man orkar och när det finns tid liksom” (Deltagare 3).

Gruppsamtal, debriefing eller organiserade samtal men hela yrkeskåren, var begränsad, många samtal skedde i korridoren, eller vid spontana tillfällen. Uttryck för saknad av gruppstöd uttrycktes i enstaka fall, men de flesta var nöjda att genomföra dessa privata samtal. ”jag har aldrig känt liksom det behovet[debriefing]/.../ oftast så, så blir det liksom spontant” (Deltagare 7).

Gemenskap på avdelning anses vara en viktig del i stödet efter emotionella incidenter. Det finns trygghet i att erfarna kollegor söker upp mindre erfarna, för att stödja med samtal och sin erfarenhet. ”Så man blir ju hörd och sedd av kolleger” (Deltagare 3).

Det framkom att kollegialt stöd anses viktigt, därför framhålls att personal bör söka upp andra som behöver hjälp. Att se varandra och visa att vi ser varandra. Det behöver inte vara samtalet, det kan räcka med att nämna att man ser dem. Dock poängteras att eget ansvar att söka stöd får inte förringas, ingen annan vet hur personligen någon mår, ”eget ansvar också du kan inte bara vänta på att någon ska komma hämta dig så speciellt du mår dåligt och behöver snacka” (Deltagare 2).

### **Styrkor mot stress**

Styrkor som professionalism, disciplinering, reflektion kommer fram från informanter. Även tidigare livserfarenheter, samarbete och ökad kompetens sätts i samband med styrkor mot stress, ”bara för nått är jobbigt så är det inte...dåligt/.../ det är inte så farligt liksom” (Deltagare 7). Ökad kompetens och längre yrkesvana ger eller kommer ge styrkor som man bär med sig och kan delge till andra vid behov.

### Stöd för framtiden

Mentorskap anses ha framtida möjligheter att stödja den som är ovan och ny i sin yrkesroll. Mer utbildning inom krishantering skulle kunna stärka mot emotionell stress. ”Att man ska få hjälp, fundera o vända och vrida på såna här frågor. Så mentorskap tror jag är jättebra” (Deltagare 1).

### Ledningsstöd

De flesta upplever att ledningen visar stort stöd, täta kontroller om läget och närvarar på visst avstånd. Dock vill en informant ha ett mer distinkt engagemang när kritiska incidenter händer, ”Önskar att cheferna säger att nu ska vi ordna så att ni alla ska ha nån slags debriefing” (Deltagare 8).

Nattetid samt helger utgör en utmaning för att personal som behöver möjligheter till ledningens stöd har svårare att få det. Ledningen ansvarar även för externt stöd, vilket innefattar kuratorer eller kontakt via företagshälsovården, detta ställer krav på att dessa yrkesgrupper fungerar. Kuratorer utan insikt i verksamheten eller problemet i fråga, skapar endast en oro.

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Syften med studien var att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelse av emotionell stress och copingstrategier efter kritiska incidenter. Design av studie ska svara mot att ge svar på forskningsfrågans syfte. Valet av design ställdes mot ett fenomen vilket var syftet att studera. Studien försökte ta reda på informanternas upplevelser och erfarenheter av hantering av emotionell stress, enligt Kvale & Brinkman (2009) är intervjuer bästa sätt att fråga om upplevelser. En kvalitativ intervjumetod valdes för att svara på syftet, informanternas upplevelser efterfrågas och intervjuer är lämpligaste verktyg för att få svar. Informanterna fick berätta fritt kring deras erfarenheter därmed minska risken med denna metod att något skulle utelämnas. Om vi istället skulle ha genomfört studien med kvalitativ enkät eller kvantitativ metod med förbestämda frågor skulle vi endast få svar på det vi frågat vilket skulle inte ge svar på vårt syfte vi skulle gå miste om mycket viktiga information.

Kriterier som är mest relevanta att använda i samband med kvalitetsbedömningen det är Trovärdighet: Resultatet måste vara giltiga att forskarna under arbetet har säkerställt att forskningen har utfört enighet med de regler som finns, sökandet efter syften och sanning finns i fyndet av mänskliga fenomen eller erfarenheter som de levde. Trovärdighet är viktigt i en kvalitativstudie där noggrann redogörelse av dataanalys för att resultatet kan användas i praktiken. Det är upp till forskaren att presentera sin studie i hopp om att läsarna ska övertygas sanningshalten i studien, de är upp till läsarnas tolkningar bedömer vilken utsträckning de accepterar sanningshalten i studien enligt Porter (2007). Denna intervjustudie trovärdighet styrks av genomgående transparens, uppnått genom tydlighet i metodbeskrivning.

Överförbarhet i denna studie kan vara att förstärka arbetsmiljön, enligt Dahlberg, Drew och Nyström (2001) utvinns detta från fenomenet man studerar. Porter (2007) uttrycker att tillämpligheten är användbarheten av studien, denna studie bygger på att stärka personalens copingstrategier efter de som utsätts för kritisk incident. Reliabilitet har i studien uppnått genom tydlig metodbeskrivning, detta för att i enlighet med Ryan-Nichols och Will (2009) så är studien upprepbar, vilket ger den giltighet. Porter (2007) beskriver pålitlighet att vara frihet från fördommar i forskningsprocessen, valet av en narrativ intervjuform och manifest analys styrker pålitligheten i denna studie. Under analysen har kritisk tänkande varit med hos författarna för att inte förvanska berättelsen från informanterna, detta ger resultatet rimlighet och tillförlitlighet och enligt Ryan-Nichols och Will (2009) överensstämmer studiens resultat med det framkomna samt hur det kan överföras till andra grupper.

Val av optimalt antal informanter i studien beror på studiens syfte, och att för få deltagare gör resultatet svårt att överföra och stort antal deltagare gör att materialet kan bli svårhanterligt enligt Kvale & Brinkmann (2009). Författarna ansåg att åtta intervju är ett bra underlag att behålla en godtagbar giltighet och minst två års erfarenhet i yrket, informanterna som valdes var inte baserad på kön eller ålder däremot de skulle ha minst två års erfarenhet och hanterat emotionell stress. Detta kan stärkas av Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008) variation av

deltagarnas erfarenheter är viktigare än antalet deltagarna. Sex av åtta intervjuerna genomfördes av författarna tillsammans, det innebär större möjlighet att fånga upp det viktiga om informanternas berättelser så att båda författarna har möjlighet att fånga upp och ställa djupgående frågor utan att det går miste om något viktigt.

Frågor till intervjuerna svarades väl till syftet, varje informant hade unika incidenter därför följdfrågor tillfrågades utifrån vad som kom fram. Informanterna hade inte svårt att förstå frågorna. En informant ville läsa projektplan innan intervjun vilket gjordes några dagar innan intervjun de andra hade fått väl muntlig information om intervjuens syfte. Innan varje intervju har deltagarna fått läsa deltagarinformation om informerat samtycke se bilaga III.

Dataanalysen genomfördes hjälp av innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Lundman och Hällgren Graneheim (2012) menar att genom hela analysprocessen arbetades intervjutexten alltför textnära ursprungligatexten det är fördel med kan också medföra risk för att helheten går förlorad genom en alltför detaljerad kodning viss abstraktion och tolkning behövs för att resultatet ska bli begripligt och meningsfullt. Författarna läste samtliga transkriberade intervjuer, analyserades och diskuterades gemensamt och valde en manifest analys av tidsperspektiv. Samarbete mellan författarna och öppen dialog är betydande för resultatets tillförlighet (Lundman & Graneheim Hällgren, 2012).

Det är lätt att tolka en intervju utifrån vilka yrkeserfarenheter och bakgrund man har, därför är innehållsanalys en bra metod då man håller sig så textnära som möjligt. Fördel med kvalitativ innehållsanalys är att metoden kan anpassas till olika syften till data av varierande kvalitet och till författarnas erfarenhet och kunskap ger mer sammanhängande och fullödigt blir resultaten (Lundman & Graneheim Hällgren, 2012). Om studien görs i en större skala bör dock informanternas erfarenhet allt från nyexaminerade intensivvårdssjuksköterskor till mest erfarna som arbetar på intensivvård för att få erfarenheter och därmed utveckla resultatet, samt även andra yrkesgrupper.

## **Resultatdiskussion**

De kritiska incidenter som informanterna valt att berätta om, har haft stark påverkan på dem, det har varit direkt efter och kvarvarande tankar på incidenten. Alla informanter talar om en emotionell stress, den kom ifrån många olika sammanhang, men samstämmigt finns den närvarande. Anhöriga var en stor del i resultatet som de berättades om vilket är samstämmigt med Gerrow et al., (2010) studie som visar sjuksköterskor pratar mycket om anhöriga. Det var onåbarhet, minderårigas kris, anhöriga i kris som gav stress för sjuksköterskor, men det fanns styrkor att utvinna, sorg att dela med anhöriga, och påminnelser om de är en viktig del av rollen att kunna ta hand om anhöriga för sjuksköterskan.

Många incidenter väckte känslor, dessa känslor bidrog till stressen, eller agerade som styrkor mot stress. Ilska, frustration och uppgivenhet var en del av känslorna som ökade stressen, men empati med anhöriga, våga uppvisa känslor var styrkorna som informanter drog egna slutsatser av. Mer negativa känslor kom fram om informanten ansågs att fel hade begåtts inom vården, vilket bidrog till negativ stress vilket har setts i en tidigare studie (Rassin, Kanti, &

Silner, 2005), där sjuksköterskor som gjort fel i vården, uppvisade stress symtom och tecken till PTSD. Känslotvingar mot anhöriga har känt som styrka, så att visa sorg är inte alltid fel, en studie av Gerrow, et al. (2010) har uppvisat att närhet till anhöriga ger styrkan att vara professionell.

Ledningen har fått beröm att vara synliga och större behov fanns inte förutom ett fall. Det uttrycktes en stor trygghet för ledningen, men informanter tycker att det kollegiala samtalet är det som hjälpt mest för dem så mer stöd önskades inte. Huruvida ledningen ska ha mer aktiv roll under kritiska incidenter, eller ansvaret ligga på var och en tills behovet är övermäktigt de anställda, ställer krav på ledningen att ha tillgång till information, och närhet den dagliga verksamheten för att kunna initiera debriefing eller annan gruppkonferens vid behov. Huggard och Nichols (2011) beskriver egna ansvaret hos personal att lyfta emotionell stress, men organisationen ska vara strukturerad att stöd finns att få snabbt vid behov. Resultatet visar att personalen känner att ledningen inom vården finns tillgänglig, Pack (2014) påvisar att socialarbetare saknar förtroende för ledningen vilket påverkar emotionella stressen negativt och framhåller önskan av en mer aktiv roll.

Samtalet kollegialt ansågs som det största stödet, detta har i studier (Bailey & Clarke, 1992; Burgess, Irvine, & Wallymahmed, 2010; Cronqvist, Lutzén, & Nyström, 2006; Gerow, et al., 2010)) visats stämna både inom vården och andra yrken (Young, Partington, Wetherell, Gibson, & Patington, 2014) som har risk att utsättas för kritiska incidenter. Sociala samtal har också visat ha styrka, men under förutsättning att mottagaren har förståelse vad vården handlar om. Kunna förutse kritiska incidenter kan ge en förstärkt skydd mot emotionell stress (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003), detta skydd kan ge personalen möjlighet att kunna vara mer empatisk med anhöriga eller patienter som har emotionellt behov av samtala.

## **Slutsats**

Det framkom i denna intervjustudie att emotionell stress framkommer vid många situationer och minnet kvarstår långt efter incidenten. Sammantaget tycker informanterna att det kollegiala samtalet avhjälper den emotionella stressen. Oavsett hur samtalet genomfördes byggde det ett stöd som informanterna kunde dra styrka av framöver. Att kunna ta och få tid för att genomföra kollegiala samtal efter kritisk incident är den slutsats som dras. Detta är verksamhetsansvarigas roll att skapa utrymme för samtalet, om det önskas, för att ge det stöd som önskas.

## **Klinisk betydelse**

Erfarna kollegor samt handledare måste tydliggöra att samtalet är viktigt. Det måste vara tillåtet att samtala om det som väcker emotionell stress. Bjuda in nyanställda och studenter att samtala, men även stödja erfarna kollegor genom att visa att de syns.

Ledningen måste skapa ett informationsflöde så att de kan få in information om när något händer, eller incidenter som väcker emotionell respons, så de kan bevaka situationen. Samtalet kollegialt var det som upplevdes vara bäst stöd, så ledningen behöver initialt inte gå

in, men skapande av samtalsutrymme skulle var ett stöd som bygger på anställdas möjligheter att mötas.

Vetskap om hur vi hanterar emotionell stress inom intensivvården ger styrkor att förekomma de skadliga effekterna och skapa en bättre arbetsmiljö för samtliga anställda.

### **Förslag på vidare forskning**

Tidigare forskning har det funnits mycket information om sjuksköterskornas upplevelse om stress men begränsande kunskap om emotionell stress och coping strategier på intensivvård har inte funnits mycket. En vidare fortsatt forskning är viktigt med fokus på intensivvårdssjuksköterskornas hantering av emotionell stress där samtliga yrkeskategorier på intensivvårdsavdelning och även ledningen inkluderas.

## REFERENSER

- Andersen, M. F., & Brinkmann, S. (2015). Nya perspektiv på stress i arbetslivet. i M. F. Andersen, & S. Brinkmann (Red.), *Nya perspektiv på stress* (ss. 9-22). Lund: Studentlitteratur.
- Arbetsmiljöverket. (2001). *AFS 2001:1 - Systematisk arbetsmiljöarbete*. Hämtat från [www.av.se](http://www.av.se): [http://www.av.se/lagochratt/afs/afs2001\\_01.aspx](http://www.av.se/lagochratt/afs/afs2001_01.aspx) den 13 maj 2015
- Arlebrink, J. (2006). *Grundläggande vårdetik: teori och praktik* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Arlebrink, J. (2013). *Grundläggande vårdetik: teori och praktik* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Arnetz, B., & Ekman, R. (2013). Stressortolerans - ett nytt synsätt inom stressforskning. i B. Arnetz, & R. Ekman (Red.), *Stress: Gen, individ och samhälle* (3:e uppl., ss. 45-51). Stockholm: Liber.
- Bailey, R., & Clarke, M. (1992). *Att hantera stress i vården*. Arlöv: Almqvist & Wiksell Förlag.
- Bunkholdt, V. (2004). *Psykologi - en introduktion för sjuksköterslor, socialarbetare och övrig vårdpersonal*. Lund: Studentlitteratur.
- Burgess, L., Irvine, F., & Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nursing in Critical Care*, 15(3), 129-140. doi:10.1111/j.1478-5153.2009.00384.x
- Caine, R., & Ter-Bagdasarian, L. (2003). Early identification and management of critical incident stress. *Journal of Critical Care Nurse*, 23(1), 59-65.
- Cronqvist, A., Lutzén, K., & Nyström, M. (2006). Nurses lived experience of moral stress support in the intensive care context. *Journal of Nursing Management*, 14, 405-413.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflektive lifeworld research* (2:nd ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Drew, N., & Nyström, M. (2001). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.
- Douset, M., & Rovers, M. (2010). Generational trauma, attachment, and spiritual/religious interventions. *Journal of Loss and Trauma*, 15(2), 93-105. doi:10.1080/15325020903373078
- Eriksen, H., & Ursin, H. (2013). Kognitiv stressteori. i B. Arnetz, & R. Ekman (Red.), *Stress: Gen, Individ och samhälle* (3:e uppl., ss. 25-34). Stockholm: Liber.

- Gerow, L., Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S., & Domian Williams, E. (2010). Creating a curtain of protection: experience of grief following patient death. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 122-129. doi:10.1111/j.1547-5069.2010.01343.x
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Huggard, J., & Nichols, J. (2011). Emotional safety in the workplace: one hospice's response for effective support. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(12), 611-17.
- Jakobsson, S. (den 30 december 2015). Jobbet där livet kan hänga på en skör tråd. (O. Öst, Intervjuare) Ångermanland: Allehanda. Hämtat från <http://www.allehanda.se/allmant/angermanland/jobbet-dar-livet-kan-hanga-pa-en-skor-trad-ibland-blir-det-jattetragiskt> den 26 februari 2016
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Levi, L. (2013). Stress internationellt och i folkhälsoperspektiv - en översikt. i B. Arnetz, & R. Ekman (Red.), *Stress: Gen, individ och samhälle* (3:e uppl., ss. 215-225). Stockholm: Liber.
- Lundman, B., & Graneheim Hällgren, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. i M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Maunder, R., Lancee, W., Balderson, K., Bennett, J., Borgundvaag, B., Evans, S., . . . Wasylenki, D. (2006). Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerging Infectious Diseases*, 12(12), 1924-1932. doi:10.3201/eid1212.060584
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633-642. doi:10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x
- Moore, T., Castle, K., Shaw, K., Stockton, M., & Bennett, M. (2007). Memorable patient deaths: reactions of hospital doctors and their need for support. *Medical Education*, 41(10), 942-946. doi:10.1111/j.1365-2923.2007.02836.x
- Morall, P., Hazelton, M., & Shackleton, W. (2011). Homicide and its effect on secondary victims. *Mental Health Practice*, 15(3), 14-19. doi:10.7748/mhp2011.11.15.3.14.c8772
- Myslivecek, J. (2015). The basis of the stress reaction. *Current Science*, 109(4), 716-726.



- Pack, M. (2014). The role of managers in critical incident stress management programmes: A qualitative study of New Zealand social workers. *Journal of Social Worker Practice*, 28(1), 43-57. doi:10.1080/02650533.2013.828279
- Peterson, U., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M., & Nygren, Å. (2008). Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 63(5), 506-516. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04743.x
- Polit, D. F., & Beck, T. C. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8:th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Porter, S. (2007). Validity, trustworthiness and rigour: reasserting realism in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 79-86. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04360.x
- Pousette, A. (2001). *Feedback and Stress in Human Service Organizations*. Doctoral dissertation: Göteborg Universitet, Department of Psychology.
- Pye, K. (2013). Exploring moral distress in pediatric oncology: a sample of registered practitioners. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 36(4), 248-261. doi:10.3109/01460862.2013.812693
- Rassin, M., Kanti, T., & Silner, D. (2005). Chronology of medication errors by nurses: Accumulation of stresses and PTSD symptoms. *Mental Health Nursing*, 26, 873-886. doi:10.1080/01612840500184566
- Rushton Hylton, C., Batcheller, J., Schroeder, K., & Donohue, P. (2015). Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American Journal of Critical Care*, 24(5), 412-421. doi:10.4037/ajcc2015291
- Ryan, L., & Seymour, J. (2013). Death and dying in intensive care: emotional labour of nurses. *End of Life Journal*, 3(2), 1-9. doi:10.1136/eoljnl/03/02.1
- Ryan-Nicholls, K., & Will, C. (2009). Rigour in qualitative research: mechanisms for control. *Journal of Nurse Researcher*, 16(3), 70-85.
- SFAI. (2009). *Riktlinjer för svensk intensivvård*. Hämtat från [www.sfai.se](http://www.sfai.se): <http://sfai.se/riktlinje/organisatoriska-rad-och-riktlinjer/intensivvardsorganisation/riktlinjer-for-svensk-intensivvard/> den 13 maj 2015
- SFS 1982:763. (1982). Riksdagen. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtat från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/) den 20 april 2015

- SIR - Svenska intensivvårdsregistret. (den 13 11 2014). *Om SIR*. Hämtat från [www.icuregsw.se](http://www.icuregsw.se): [www.icuregsw.se/sv/Om-SIR/](http://www.icuregsw.se/sv/Om-SIR/) den 19 januari 2016
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Hämtat från [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se): <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71> den 15 januari 2016
- Soini, K., & Stiernström, H. (2012). Organisation av en intensivvårdsavdelning. i A. Larsson, & S. Rubertsson (Red.), *Intensivvård* (2:a uppl., ss. 13-17). Stockholm: Liber.
- Stayt, L. C. (2009). -death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1267-1275.
- Stebnicki, M. A. (2007). Empathy fatigue: healing the mind, body and spirit of professional counselors. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 10(4), 317-338. doi:10.1080/15487760701680570
- Svensk sjuksköterskeförening. (2009). *Publikationer*. Hämtat från Swenurse: <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/SSF-om/Sjukskoterskans-profession/> den 16 03 2016
- Swenurse. (2012). *ICN's etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtat från Svensk sjuksköterske förening: <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/> den 16 03 2016
- Todaro-Franceschi, V. (2015). *Samvetsstress och utmattningssyndrom inom omvårdnad*. (M. Brandin Berndtsson, Övers.) Lund: Studentlitteratur.
- van Mol, M., Kompanje, E., Benoit, D., Bakker, J., & Nijkamp, M. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. *PLoS ONE*, 10(9), 1-22. doi:10.1371/journal.pone.0136955
- Vetenskapsrådet. (2009). *Vetenskapsrådet*. Hämtat från Forskningsetiska principer: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> den 28 04 2016
- Young, P., Partington, S., Wetherell, M., Gibson, A., & Patington, E. (2014). Stressors and coping strategies of UK firefighters during on-duty incidents. *Stress and Health*, 30, 366-76. doi:10.1002/smi.2616



## BILAGA I

**Till verksamhetschefen vid  
Intensivvårdsavdelning i Stockholm**

### **Förfrågan angående genomförande av en pilotstudie.**

Vi, Kenneth Andersson och Lipi Jaigirdar är specialistsjuksköterskestudenter och studerar vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete (Magisteruppsats) inom huvudämnet omvårdnadsvetenskap i form av en uppsats på 15 högskolepoäng. Vi avser att genomföra en studie inom ramen för examensarbetet. Preliminärt namn på studien är: Coping av emotionell stress efter kritisk incident: Intervjustudie av intensivvårdssjuksköterskans upplevelser.

Studiens övergripande forskningsfråga är: Hur hanterar intensivvårdssjuksköterskor att ställas inför det kritiska som påverkar oss emotionellt och vilka strategier används för att hantera dessa känslor.

Datinsamlingen kommer att ske med hjälp av: Intervjuer som genomförs med medverkande som får välja plats. Intervjuerna beräknas ta ca 60 minuter. Antalet medverkande vi söker är 6-8 personer. Inklusionskriterium för studien är att medverkande ska ha minst 2 års erfarenhet, ska haft emotionell reaktion på kritisk incident.

Tidsplan: Datinsamlingen planeras starta 2016-03-07 och vara avslutad 2016-03-31.

Vi förbinder oss att skriftligt och muntligt att informera personal i berörda verksamheter. Vidare förbinder vi oss att handskas konfidentiellt med insamlad data. Från samtliga kontaktad personal inhämtas informerat samtycke inför deltagande i undersökningen. I görligaste mån kommer uppgifter från de undersökta personalen vara avidentifierade. Alla resultat kommer att redovisas så att personer och enheter inte kan identifieras. Resultaten i studien kommer att återrapporteras till berörda enheter.

Vi ansöker härmed om att få genomföra den ovan beskrivna undersökningen vid er avdelning.

Stockholm 2016-01-18

---

Kenneth Andersson

---

Lipi Jaigirdar

---

Ann-Marie Hedman  
[heda@rkh.se](mailto:heda@rkh.se)  
Röda Korsets Högskola  
Box 55 676  
102 15 Stockholm  
Tel. 08 58751600

---

Verksamhetsansvarig sign  
Namnförtydligande

Mail-adress

## BILAGA II

### Intervjuguide

Frågor som ska öppna dialogen, då detta är en narrativ intervju är detta guidelines på frågor.

- Berätta om händelsen/kritiska incidenten du tänker på
- Berätta om din upplevelse av situationen
- Berätta om dina känslor vid och efter detta tillfälle
- Berätta hur hanterade du dessa känslor

*Vad hände, vad gjorde du, hur hjälpte det...*

- Beskriv tiden direkt efter och senare från incidenten

Probing: Hur menar du

Sammanfatta med ”om jag förstår rätt...

Kan du utveckla...

Vad hände, vad gjorde du, hur hjälpte det...

Vilket stöd fick du/sökte du

Beskriv om du hade behov stöd/uppbackning

Hur rekommenderar du att andra kan hantera samma situation

Har du upplevt liknande situation igen, och hur upplevde du denna gång

## Bilaga III

Informerat samtycke

### **Deltagarinformation**

Vi är studenter på specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot intensivvård vid Röda Korsets Högskola i Stockholm. I utbildningen ingår att genomföra ett examensarbete inom huvudämnet omvårdnadsvetenskap i form av en uppsats om 15 högskolepoäng.

Vi avser att genomföra en intervjustudie inom ramen för examensarbetet.  
Preliminärt namn på studien är: Coping av emotionell stress efter kritisk incident:  
Intervjustudie av intensivvårdssjuksköterskans upplevelser

Vi vill därför tillfråga dig om att delta i en intervjuundersökning angående: Dina upplevelser efter en kritisk incident, och hur ni upplevde samt hanterade den emotionella stressen från denna situation.

Intervjun beräknas ta ca 60 minuter att genomföra.

Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt och redovisas i en form där inga enskilda deltagares svar kan identifieras.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande fram till analysen är färdig. Om du väljer att inte delta eller om du beslutar dig för att avbryta kommer detta inte att påverka dig.

Resultaten i denna studie kommer att ge ökad kunskap som kan bidra till en förbättrad arbetsmiljö för anställda, och minska stress som kan leda till ohälsa.

Om du önskar ytterligare information angående denna undersökning kan du vända dig till oss (se nedan).

Stockholm

---

Kenneth Andersson

---

Lipi Jaigirdar

---

Ann-Marie  
Hedman

kenneth.andersson@  
karolinska.se

lipi.jaigirdar@  
karolinska.se

heda@  
rkh.se