

**Att hantera det omöjliga -**  
Om människors hantering efter allvarlig sjukdom/skada  
eller hot om sådan

<b>FÖRFATTARE</b>	Christian Holm
<b>PROGRAM/KURS</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng  Omvårdnad – Eget arbete  VT 2008
<b>OMFATTNING</b>	15 högskolepoäng
<b>HANDLEDARE</b>	Dagrun Trewe
<b>EXAMINATOR</b>	Solveig Lundgren

Titel:	Att hantera det omöjliga – Om människors hantering efter allvarlig sjukdom/skada eller hot om sådan.
Title:	Coping with the impossible – How humans cope with critical illness/injury or perceived treat of such.
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng
Kursbeteckning:	Omvårdnad - Eget arbete/OM2240/SPN9
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	22 sidor
Författare:	Christian Holm
Handledare:	Dagrun Trewe
Examinator:	Solveig Lundgren

---

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund** Inom vårdtraditionen finns en viss okunskap om hur patienter upplever och hanterar den stress som allvarlig sjukdom/skada eller hot om sådan ofta innebär. **Syfte** Syftet med denna uppsats är att studera hur vuxna människor upplever och hanterar sin situation vid allvarlig sjukdom/skada eller hot om sådan.

**Metod** Denna uppsats är en litteraturstudie som har baserats på tio vetenskapliga artiklar, där åtta stycken söktes fram i databasen PubMed. Sökorden nursing, coping, coping strategies, trauma, catastrophic, stress och critical illness har använts. De andra två artiklarna identifierades genom manuell sökning. För analys av innehållet i dessa artiklar har en induktiv analys utförts, vilken mynnat ut i en rad subkategorier, tre kategorier och ett övergripande tema.

**Resultat** Resultatet visar att människor hanterar allvarlig sjukdom/skada eller hot om sådan genom att med hjälp av modifierande och förändrade förmågor omformulera sin uppfattning av verklighet. Detta sker under en hanteringsprocess som karaktäriseras av en upplevelse om att det tidigare livet först "kraschar" och att de sen går vidare genom en nyorienterings fas till en fas av nyetablering i sin nya livssituation. Under denna process visade det sig att det sociala nätverket spelade en särskilt viktigt roll för dessa människor att hantera sin nya situation.

**Diskussion** Resultatet visar att människors upplevelser och hantering sker i en mycket komplex verklighet och att de negativa faktorer som finns i denna upplevelse kan vara en naturlig del i processen att etablera sig i en ny kraftigt förändrad livssituation. Vårdens uppgift bör vara att stödja människor i denna process, för att om möjligt minska tiden i de negativa upplevelserna. Samt att försöka identifiera situationer då till exempel risk för självmord föreligger.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	Sid.
<b>1. BAKGRUND</b>	1
<b>1.1 Inledning</b>	1
<b>1.2 Teoretisk utgångspunkt</b>	2
1.2.1 Hälsa	2
1.2.2 Stress	4
1.2.3 Coping	5
1.2.4 Stressen och hälsan	6
1.2.5 Salutogenes	7
<b>2. SYFTE</b>	7
<b>3. METOD</b>	7
<b>3.1 Inklusionskriterier</b>	8
<b>3.2 Data insamling</b>	8
3.2.1 Databassökning	8
3.2.2 Artikelgranskning	9
3.2.3 Data analys	9
<b>4. RESULTAT</b>	9
<b>4.1 Hanteringsprocessen</b>	9
4.1.1 Kraschen	10
4.1.2 Nyorientering	10
4.1.3 Nyetablering	11
<b>4.2 Hanterings förmågor</b>	12
4.2.1 Modifierande förmågor	12
4.2.2 Förändrande förmågor	13
<b>4.3 Det sociala nätverket</b>	14
4.3.1 Den problematiska funktionen	14
4.3.2 Den stärkande funktionen	14
<b>5. DISKUSSION</b>	14
<b>5.1 Metod diskussion</b>	14
<b>5.2 Resultat diskussion</b>	16
5.2.1 Hanteringsprocessen	16
5.2.2 Hanterings förmågor	16
5.2.3 Det sociala nätverket	17
5.2.4 Genus perspektiv	17
5.2.5 Klinisk relevans	17
5.2.6 Framtida forskning	18
5.2.7 Avslutande reflektioner	18
<b>6. REFERENSER</b>	20

## **BILAGOR**

### **1. Artikelpresentation**

### **2. Sammanfattning av databassökning**

# 1. BAKGRUND

## 1.1 Inledning

När jag den 26 december 2004 befann mig på en strand i Thailand och vaknade upp till ett vrål jag först trodde var ett flygplan som var på väg att störta, men som visade sig vara något ännu konstigare än så, blev detta starten på några mycket märkliga dygn. Vi hade blivit väckta av en tsunami och tvingades fly för våra liv. Vad som skulle komma, blev inte bara en av de mest dramatiska upplevelser i mitt liv, men också en tid som kommit att lämna djupa sinnesintryck och insikter på vitt skilda plan. Människors sätt att hantera denna omöjliga situation var lika skiftande och oväntade som situationen.

När jag några dagar efter tsunamin återigen befinner mig på stranden för att hjälpa till och för att försöka förstå vad som egentligen har hänt får jag bevittna vad som för mig blir nyckeln till min egen hantering av situationen.

En man som förlorat flera anhöriga står framför sitt tidigare hus som ligger som ett plock och pinn på marken framför honom. Allt han äger har han på sig, och i handen har han en hammare. Han går in till sin spis som är en av de få saker som står kvar, ser sig omkring och hittar inget att sitta på. Efter en stund hämtar han tre avbrutna plankor, de två första slår han ner i marken och den tredje får ligga ovanpå. Han sätter sig på sin nya stol och funderar över sitt nästa steg, han faller i gråt en stund innan han börjar samla ihop fler plankor. Här lämnar jag vår man för nu.

Denna hantering står i stark kontrast till de reaktioner som uppvisades av oss turister. En person undrade var räddningsbåtarna var 15 min efter tsunamin. Andra var helt övertygade om att detta var det mest naturliga i världen, och hävdade att husen var byggda just på en höjd över marken för att klara sig från vågen. Jag själv började förbereda mig på nästa katastrof, vilken jag var övertygad om stod runt hörnet, och detta resulterade i misstänksamhet mot både nya situationer och människor. Dessa situationer har också inneburit en undran över hur vi människor hanterar svåra katastrofer – antingen det är naturkatastrof eller att bli drabbad av svår sjukdom/skada.

Det finns uppenbarligen en mängd sätt att hantera den förändring/katastrof som en skada eller ett starkt hot om sådan kan innebära. Vilka sätt som är produktiva för att leda personen till välbefinnande eller vilka som är destruktiva och kan leda till illabefinnande är på förhand svårt att säga.

Kunskapen om en persons hantering av ohälsa har inom vårdtraditionen varit präglad av ett positivistiskt synsätt där expertisen ansett sig sitta inne med lösningen till patientens problem. Detta synsätt på människans problemantering har under lång tid influerat vården genom den naturvetenskapliga forskningen och traditionen. Synsättet har gjort att vi som vårdpersonal, kanske med god vilja ofta tror oss veta vad som är bäst för en persons hantering av ett problem, men som ofta kan vara missriktad.

Ett exempel är patienten som inte är informationssökande och inte vill veta något om sin behandling och sjukdom/skada. Vi drar då ofta slutsatsen att patienten förnekar sin åkomma, och kännetecknar detta som något negativt. Detta resulterar inte sällan i

ett upplevt behov att hjälpa patienten ur denna process genom att "tvinga" på patienten informationen. Just detta exempel har studerats av Kitamura (2005) som visat i sin artikel att patienter som inte söker information och inte blir informerade, har samma positiva stress reducerande effekt som de patienter som är informations sökande och blir rikligt informerade. Detta är inte skäl att inte erbjuda information, men bör göra oss sjuksköterskor uppmärksamma på att människors hantering kan skilja sig mycket från fall till fall.

Hur vi reagerar verkar ha samband med en komplex verklighet där en samverkan av yttre och inre faktorer avgör hur vi tolkar situationen och hur vi handlar, vilket också beror på vår kunskap och kontext i den givna situationen. Det finns till synes en viss okunskap om hur människor hanterar sin situation vid krissituationer och kanske är det så att en del av de omvårdnadshandlingar vi utför skapar mer negativa processer än positiva.

## **1.2 Teoretisk utgångspunkt**

### **1.2.1 Hälsa**

I ett flertal arbeten har Patricia Benner tillsammans med bland annat Judith Wrubel (1989) utvecklat en teoretisk ram inom omvårdnad som detta arbete i stort tar avstamp i. Deras tankar bygger på en fenomenologisk grund och baseras på tankar utvecklade av Martin Heidegger. Benner och Wrubel menar att omtanke<sup>1</sup> är det grundläggande värdet, det primära i allt mänskligt liv som sätter basen för hur vi agerar och verkar i vår omgivning. Har vi omtanke om en person/situation, så krävs att vi faktiskt bryr oss om personen/situationen (a a).

Denna omtanke avgör vad som är viktigt för oss och skapar mening för människan. Den ger också upphov till meningsfulla sätt att hantera en situation. Detta predestinerar på så vis också vad vi tolkar som stressande, samt avgör med vilka handlingsmöjligheter vi kan möta en situation. Om en person inte anser något som viktigt och har omtanke om det samma, kan situationen inte anses som stressande av personen. Omtanken är i grunden också utåtriktad. Då vi bryr oss om något som ligger utanför oss själva skapas en relation till situationen, och våra handlingar kommer att anpassas efter denna nya verklighet (a a). Detta kan enligt Kirkevold (2000) ses som att man "binds" till det man bryr sig om och har en relation till. Och det skapas en moral och etik som byggs på omtanke och ansvarstagande.

Omvårdnad skall ses som ett utövande av omtanke, vilken grundar sig i att omtanken är det som skapar möjligheter för oss ta emot hjälp från och ge densamma till andra människor. Denna omtanke skall ses som en allmänmänsklig relation där ingen människa kan ses som totalt isolerad från sin omgivning. Detta ställer ett krav på människan att faktiskt bry sig om inte bara sig själv, utan också sin omgivning. När en människa känner denna omtanke och tillit till sin omgivning skapar detta en trygghet vilken möjliggör för den personen att hjälpa andra (Benner & Wrubel, 1989).

---

<sup>1</sup> Författarens översättning, i litteraturen: Caring

Sambandet mellan människan och dennes omgivning speglas genom fyra karakteristiska egenskaper hos en person. Dessa beskrivs av Benner och Wrubel (1989) och är: kroppslig intelligens, bakgrundsförståelse, speciella intressen och att vara placerad i en situation. Dessa karakteristika har analyserats av Kirkevold (2000) som menar att Benner och Wrubel i sitt begrepp kroppslig intelligens tar avstånd från uppdelningen i kropp och själ. De menar istället att intryck inte tolkas via en yttre eller inre värld, utan direkt via sin kropp. Dessa intryck övergår med tiden till en reflekterad kunskap som framkommer genom att betrakta sig själv i sin omgivning. Bakgrundsförståelse tillägnar vi oss genom att växa upp i en viss kontext, och denna förmedlas genom vårt språk och andra kontextbundna förmedlare som till exempel klädsel. Denna förståelse sätter upp premisserna för hur vi tolkar vår omgivning. En persons speciella intressen är de som gör oss involverade i vår omvärld. Dessa intressen är de faktorer som skapar den vi är och avgör vad som anses viktigt för denna person. Att vara placerad i en situation innebär att en person genom sin kroppsliga intelligens, bakgrundsförståels och speciella intressen direkt fungerar i varje given situation. Hur personen agerar beror på hur nämnda karakteristiska påverkar engagemanget i situationen. Situationen ses som en del av människan och människan som en del av situationen (a a).

Benner och Wrubels (1989) arbete syftar till att sudda ut gränserna mellan subjektiva och objektiva symtom. De menar att vi ska skilja på illabefinnande<sup>2</sup> och sjukdom<sup>3</sup>, men att förhållandet mellan dessa inte är statiskt och påverkan sker åt båda håll. Sjukdom definieras som patologiska förändringar i kroppens organ och vävnader. Hälsa är inte endast en produkt av dessa förändringar. Illabefinnande är individens uppfattning av förlust och funktionsnedsättning som dessa förändringar inneburit, en person kan inte känna sig sjuk förrän denna tolkar in en negativ mening i de symtom som förändringen inneburit (a a).

De kritiserar den teoribildande omvårdnadsforskningen för att vara fången i det dualistiska tankesättet, och för att inte studera verkliga upplevelser utan stå för ett isolerat teoretiserande. De hävdar att för att komma åt den mänskliga naturen och vår läkande process måste vi radikalt förändra vår syn på människan, omgivningen och tiden. De menar at vår syn på tiden måste förändras och även ses som en kvalitativ komponent, vilken bidrar till en människas utveckling och historieskapande. Denna kvalitativa tid är inte linjär, utan nästa upplevelse påverkar synen på den tidigare. Allting i vår upplevda verklighet är en del av denna livshistoria. Att finnas i nuet innebär att på ett meningsfullt sätt förhålla sig till tidigare erfarenheter och förväntad framtid (a a).

Hälsa är ett begrepp som haft lika många innebörder som omvårdnads teorier. Gemensamt är att de flesta anser att hälsa är upplevelse baserad och bestäms av individen. Lyon (2000) presenterar en syn på hälsa som sammanfattar en persons upplevelse av somatiskt välbefinnande (hur man känner sig) och personens funktion (hur man fungerar). Hälsan manifesterar sig i en upplevelse av välbefinnande<sup>4</sup> och/eller illabefinnande. Författaren menar att så länge en person på något sätt kan utvärdera sin situation, har denna hälsa. Välbefinnande och illabefinnande är resultaten av en hälsosituation. Omvårdnadens mål bör vara att främja välbefinnande och att lindra

---

<sup>2</sup> Författatarens översättning, i litteraturen: Illness

<sup>3</sup> Författatarens översättning, i litteraturen: Disease

<sup>4</sup> Författatarens översättning, i litteraturen: Wellness

illabefinnande. Författaren menar också att illabefinnande kan vara orsakat av både sjukdoms- och icke sjukdoms baserade faktorer (a a).

Benner och Wrubel (1989) menar att ett holistiskt synsätt som tar avstamp i personens upplevelse av välbefinnande och illabefinnande kanske är integrerat i omvårdnadskulturen. Men att så länge en dualistisk syn på människan dominerar, kommer den att förbli ett abstrakt ideal. De menar att det holistiska synsättet inte är en tanke som kan klistras på allt annat, utan är själva grunden i människosynen.

### 1.2.2 Stress

Benner och Wrubel (1989) menar att det är viktigt att tydligt beskriva vad vi menar med stress, de hävdar att stress har kommit att ses som en sjukdom som måste bekämpas. Vilket gör att vi missar de meningsfulla och utvecklande faktorerna som till exempel en förlust kan innebära. Också Lazarus (1984) säger att det är av stor vikt att beskriva detta begrepp tydligt för att slippa missstolkningar, då begreppet historiskt använts på så många olika sätt.

Stress har enligt Lazarus (1984) traditionellt setts på två olika sätt, antingen som extern-stimuli betingad eller som intern-respons betingad. Den externa ses som att yttre faktorer betingar ett likadant svar hos alla människor. Det interna sättet att se på stress menar att om inget stress svar finns i kroppen, så finns ingen stress. Lazarus hävdar att stress istället bör ses som en relation mellan människan och dess omgivning. Han kallar detta psykologisk stress och definierar den som: en relation mellan en person och dess omgivning som tolkas<sup>5</sup> av denna person som tangerande eller överskridandes dennes tillgångar och som hotar dennes hälsa. Vilket också stämmer med Benner och Wrubels (1989) sätt att se på stress som en störning i mening, förståelse och ohämmad funktion, vilken leder till en upplevelse av hot, förlust eller utmaning.

Stress skall enligt Benner och Wrubel (1989) inte ses som ett tillstånd som måste bekämpas med alla medel, eller som till varje pris måste botas. Utan som en oundviklig process i livet som härstammar från att vi faktiskt bryr oss om saker och har omtanke om dem. De menar att upplevelsen av stress inte kan botas på grund av den allmänmänskliga naturen av stress och att det är omöjligt för en människa att bli kvitt sin historia. Det finns en uppsjö av sätt en person kan uppleva sin situation på efter en livshotande situation, den enda upplevelsen denna person inte kan ställas inför efter situationen är att se världen på samma sätt som före situationen. Detta präglar också synen på vad sjuksköterskan kan hjälpa patienten med i en stressfull situation som ofta är ny och överklig för patienten. Här kan vi som sjuksköterskor agera som vad de kallar kulturella mediatorer (a a).

Levi (2002) säger att denna oenighet om stressbegreppet härstammar i en språkförbistring i stressforskningens tidiga dagar då stressbegreppets upphovsman Hans Selye tog sin forskning till USA från Tyskland. Han valde då att ta termen från matematiken, som då beskrev det stimuli som skapade spänning i ett system. Han insåg sitt misstag och vi kallar detta idag får stressorer, det vill säga de yttre och/eller inre faktorer som orsakat den upplevda stressen. Nationalencyklopedin (NE) (2008a)

---

<sup>5</sup> Författarens översättning, i litteraturen: Appraisal

har en mer biologisk förklaring och menar att stressorer är de påfrestningar som framkallar stress. Detta gäller även deras beskrivning av stress som de menar är de anpassningsreaktioner i kroppens organsystem som utlöses av stressorer (NE, 2008b). Men de säger också att modern stressforskning ser stress som en dynamisk process. Enligt Levi (2002) var grunden till Selyes forskning att han ville studera det gemensamma för olika sjukdomar, den minsta gemensamma nämnaren.

### 1.2.3 Coping

Coping är ett begrepp som inte har en bra svensk översättning, och beskrivs av NE (2008c) som ett begrepp som fortfarande väntar på en entydig definition. Men beskrivs också som ett viktigt begrepp som haft stor betydelse inom skilda fält. Ingen översättning av detta begrepp kommer att användas i beskrivningen av teorin.

Coping aktiviteter bör särskiljas från automatiserade beteenden och Lazarus (1984) menar att coping kräver en insats, en ansträngning. Han menar att inlärd beteenden en gång kan ha varit copingaktiviteter som blivit inlärd och automatiserade. Han menar också att coping måste ses som ett försök att tolerera en stressande situation oavsett om resultat är positivt eller inte. Ingen copingstrategi kan sägas vara bättre eller sämre än en annan, en strategis tillämpbarhet måste analyseras utifrån en given kontext. Därför kan till exempel förnekande i en situation vara positivt, och i en annan negativt. Vi bör heller inte se coping som en vinst över omgivningen, då många källor till stress från vår omgivning helt enkelt inte går att övervinna och kräver helt andra åtgärder för att hantera situationen på ett bra sätt. Han definierar coping som ständigt skiftande beteendemönster och kognitiva ansträngningar för att hantera specifika externa och/eller interna krav som tolkats tangeras eller överstiga denna persons tillgångar. Försök att öka kontrollen över en situation sägs vara synonymt med coping (a a).

Benner och Wrubels (1989) definition av coping stämmer bra överens med Lazarus och de menar att coping är det sorgearbete, tolkning och/eller nya färdigheter som krävs då en störning i mening, förståelse och ohämmad funktion uppträder. Copingen bestäms av personens uppfattning av sina speciella intressen, tillsammans med dennes bakgrundsförståelse, färdigheter och praktiska funktion som avgör vilken coping som är möjlig. Denna coping begränsas av vilken mening personen tillskriver situationen.

De påpekar också att det är viktigt att ta avstånd från en kognitiv syn på medvetandet, som distanserar detta från den externa världen. Författarna menar att denna syn hindrar oss från att se den komplexa verklighet där coping tar plats. De menar också att till exempel distansering från ett problem kan ge andrum, men att dessa strategier inte kan vara positiva i andra situationer, då de kräver att personen inte bryr sig om problemet, vilket i sig har negativa konsekvenser (a a).

Känslor har ett kvalitativt värde och är språket av vår förkroppsligade intelligens. De är länken mellan personen och den levda situationen. Känslor är det som tillåter människor att vara engagerade och involverade i en situation, och är det som ger situationen mening. De menar att även när en känsla är oönskad och kräver ytterligare coping av personen, så är själva förmågan att känna känslor en möjlighet för vidare coping. Känslorna ger en möjlighet att ta fram tidigare förståelse av en situation till



nuet, för att på så sätt kunna omvärdera och förändra den tidigare förståelsen, vilket ger möjlighet till utveckling och nya värderingar (a a).

Det är viktigt att enligt Lazarus (1984) förstå att funktionen av copingstrategier inte förväxlas med resultatet av dessa strategier. Funktionen handlar om det syfte denna strategi har som mål att fylla och resultatet om den faktiska utgången av en copingstrategi. Han beskriver två övergripande funktioner som alla coping strategier enligt honom kan härledas till. Dessa är problemfokuserad coping, som syftar till att hantera, eliminera eller förändra problemet som skapat stressen. Den andra är känslufokuserad coping, som syftar till att reglera de känslor problemet skapat. Denna form av coping är mest sannolik då problemet tolkats som oövervinnerligt, medan den problemfokuserade formen är mest trolig då problemet tolkats som möjligt att förändra (a a). Lazarus (2000) skriver vidare att förändringen kan vara riktad mot antingen omgivningen eller sin egen person.

#### 1.2.4 Stressen och hälsan

Stress påverkar människan på en mängd sätt och kan leda till illabefinnande och sjukdom på en mängd olika sätt. Levi (2002) beskriver olika sätt på vilket hälsan kan bli lidande av stress. Stress kan leda till att vi ökar våra aktiviteter av sådant som i sin tur kan skada hälsan. Till exempel kan olika stimulantia som tobak, sprit och mat verka som självmedicinering och dämpa stressen temporärt. Men dessa vanor sätter sina spår i personen och kan på lång sikt leda till ohälsa. Vid långvarig stress kan också vår kognitiva funktion försämrats och vår förmåga att fatta kanske livsavgörande beslut sätts ur spel, vilket kan leda till att vi tar onödiga risker.

För kroppen normala signaler som trötthet eller smärta, kan tolkas som tecken på sjukdom och vi kan tolka vår omgivning som konstant hotande. Dessa tolkningar innebär en konstant press på kroppens naturliga system och kan orsaka en uttröttning av detta. När ingenting fungerar så kan detta framkalla drastiska åtgärder hos personen, där den mest desperata reaktionen är att ta sitt eget liv (a a).

Angående länken mellan trauma och hälsa skriver Green och Kimerling (2004) att detta är en följd av en mängd faktorer inklusive psykologiska och biologiska som utlöses av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och andra signifikanta krisreaktioner<sup>6</sup>.

Individer som utsatts för trauma upplever en sämre hälsa än genomsnittet och har fler fysiska sjukdomssymtom. De har också sett att dessa individer har fler funktionsnedsättningar och har längre sjukdomsförlopp än icke drabbade individer (a a).

Benner och Wrubel (1989) hävdar att allvarlig eller kronisk sjukdom nästan alltid leder till en störning i personens mening, förståelse och ohämmade funktion.

---

<sup>6</sup> Författarens översättning, i litteraturen: Distress

### 1.2.5 Salutogenes

Vi har nu sett att faktorer som till exempel trauma bidrar i större grad till att skapa upplevd stress och försämrad hälsa i en population, och att vissa fenomen som allvarlig sjukdom eller skada i större grad verkar som stressorer än andra. Frågan är då om det motsatta råder, att vissa faktorer bidrar till förbättrad hälsa. Aron Antonovsky introducerade enligt NE (2008d) 1979 en teori om att detta kanske är fallet. Salutogenes kommer från latinets sa `lus som betyder hälsa, tillsammans med genes bildar detta en term för att beskriva hälsans ursprung. Den beskriver ur ett hälsofrämjande synsätt de omständigheter som bidragit till att vissa människor förblir vid god hälsa trots stora påfrestningar (a a).

Antonovsky (2005) hade upptäckt att 29 % av en grupp kvinnor som överlevt livet i ett koncentrationsläger var vid tillfredsställande psykisk hälsa, han såg också att en större procent än genomsnittet var vid dålig psykisk hälsa. Men att 29 % inte var det ansågs som en fantastisk upptäckt, då man antog att alla borde ha varit vid dålig psykisk hälsa. Likartade resultat sågs för fysisk hälsa. Han menar att det inte går att förutse hur en påfrestning skall påverka en människa, utan resultat beror på hur personen hanterar påfrestningen. Han menar att det finns faktorer som bidra till att göra resultatet av dessa påfrestningar gynnsamma, dessa är till exempel jagstyrka och socialt stöd. Dessa faktorer bidrar till att skapa en begriplighet av dessa påfrestningar. När begripligheten gång på gång bekräftas skapas vad han kallar en känsla av sammanhang (KASAM) vilken definieras som: ”en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomgripande och varaktig men dynamisk tillit till att ens inre och yttre värld är förutsägbar, och att det finns en hög sannolikhet för att saker och ting kommer att gå så bra som man rimligen kan förvänta sig” (a a s. 17).

Som första förmåga i socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor står att en sjuksköterska skall ha förmågan att ta tillvara på det friska hos patienten. Fem av sju punkter för helhetssyn och etiskt förhållningssätt handlar också om att ta till vara på patientens resurser och upplevelser (Socialstyrelsen, 2005).

I inledningen såg vi att en viss okunskap finns om hur människor hanterar den stress som allvarlig sjukdom/skada/trauma innebär. Vi har också sett att denna stress är en faktor i hur människor upplever sin hälsa. Jag frågar mig då primärt hur denna hantering ser ut.

## 2. SYFTE

Syftet med denna uppsats är att studera hur vuxna människor upplever och hanterar sin situation vid allvarlig sjukdom/skada eller hot om sådan.

## 3. METOD

Denna studie är ett litteraturbaserat examensarbete på kandidatnivå. Studien har formen av en litteraturöversikt, och har bedrivits enligt den metod Friberg (2006) definierat som ett strukturerat arbetsätt för att skapa en bild över ett valt område, där översikten skett genom ett systematiskt sökande av texter. Ett viktigt steg är att välja ett fenomen och en kontext som skall studeras.

Denna uppsats fokuserar på hur människor hanterar den stress som svåra sjukdomstillstånd/katastrofer eller hot om sådana ofta innebär. Den kontext jag valde att studera detta i är bland människor som varit drabbade av allvarlig sjukdom eller skada eller upplevt ett starkt hot om sådan.

Data som analyseras skall ses som andrahandsdata som redan analyserats av artikelförfattarna. Där översättningar av ord som behövt en förklaring har detta uppmärksammats med en fotnot, för att klargöra att detta varit en tolkning gjord av uppsatsens författare. Det referenssystem som använt i denna uppsats följer de anvisningar Nyberg (2000) ger angående American Psychological Association (APA) - Systemet.

Motivet för denna studie har varit att skapa en överblick inom ett avgränsat forskningsområde, och om möjligt skapa en utgångspunkt för fortsatt forskning.

### **3.1 Inklusionskriterier**

Resultat i denna studie baseras på vetenskapliga artiklar publicerade i forsknings tidskrifter eller akademiska avhandlingar. Artiklarna ska vara författade på engelska eller svenska. Resultat som presenteras i studierna ska bygga på empirisk forskning och analyserad data skall komma från primärkällor. De skall vara framtagna från vuxna människor (över 18 år) och inkludera deltagare som varit drabbade av allvarlig skada/sjukdom eller som upplevt hot om sådan, undantag har gjorts då artiklarna ändå ansetts viktiga för studiens syfte. Primärt söktes artiklar publicerade de senaste 10 åren, undantag har gjorts då vikten av äldre forskning ansetts som övervägande för syftet med uppsatsen. Tillgången till artiklarna skall finnas antingen som fulltext källor (inom ramen för Göteborgs universitets prenumerationer) på internet, som tryckta källor på Göteborgs universitets bibliotek, eller att beställas från Sveriges övriga universitets bibliotek (inom ramen för samarbetet LIBRIS).

### **3.2 Data insamling**

#### **3.2.1 Databassökning**

Resultatet till denna uppsats är grundat i databassökningar utförda under mars och april 2008. För data inhämtning valdes sökfunktionen PubMed som primär källa för sökningar av vetenskapliga artiklar. Denna sökfunktion består till största del av databasen Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), som innehåller över 16 miljoner referenser till vetenskapliga artiklar. De tidskrifter som finns representerade i Medline väljs ut av Literature Selection Technical Review Committee (LSTRC), vilket innebär ytterligare en kvalitet granskning av redan publicerat material, och sker under en öppen och tydligt beskriven process. Medline inkluderar idag ca 5000 tidskrifter. Utöver Medline ingår en del annat material i PubMed som blivit accepterat av National Library of Medicine (NLM) som också är ansvariga utgivare av sökfunktionen. Samtliga artiklar i denna uppsats som fanns via PubMed ingår i Medline databasen. Sökningar utfördes också i databasen CINHALL, men inga ytterligare artiklar med vikt för syftet hittades. Under sökningen har sökorden nursing, coping, coping strategies, trauma, catastrophic, stress och critical illness använts. Då primärt få artiklar med betydelse för uppsatsens syfte hittades, söktes artiklar också via sök funktionen relaterade artiklar till en artikel med hög

relevans för uppsatsen. Då hittades flera viktiga artiklar för uppsatsens syfte. Jag sökte också relevanta artiklar i referenslistor till de andra artiklarna.

### 3.2.2 Artikelgranskning

Samtliga artiklar är baserade på empiriska studier. En studie är utförd genom kvantitativ data insamling, övriga studier baseras på kvalitativa metoder. 10 artiklar ingår i resultatet, dessa är publicerade i åtta olika tidskrifter. Journal of Clinical Nursing är representerad med tre artiklar. Sju av åtta tidskrifter som är representerade har omvårdnad som sitt huvudsakliga område. Den sista har biomedicin som huvud ämne, men har ändå bedömts ha en vinkling som ansetts viktigt för att besvara syftet i uppsatsen. De artiklar jag ansåg som intressanta för uppsatsens syfte efter att titel och abstrakt läst, valdes ut för en första genomläsning, totalt lästes 19 artiklar på denna nivå. Om de efter detta fortfarande ansågs som viktiga för syftet granskades de efter granskningsmallar som förespråkas av Institutionen för vårdvetenskap och hälsa (2007). Artiklarna inkluderades efter detta slutligen i studien.

### 3.2.3 Data analys

Analys av artiklarna har skett enligt induktiv analys som förespråkas av Granheim och Lundman (2004) vilket inneburit att jag efter att ha läst och granskat artiklarna valt ut de som varit lämpliga för syftet, läst dessa artiklar med ett fördjupat fokus för att ta ut viktiga innebörder i dessa studier. Efter denna läsning identifierades meningsbärande enheter i texterna, som kom att bilda subkategorier av information. Dessa subkategorier kunde efter ytterligare läsning delas upp i tre kategorier med en breddare beskrivning av innehållet. Dessa kategorier bildade slutligen ett tema som i stort beskriver vad som kom fram av analysen, och återspeglar andemeningen från en samlad bild av resultatet.

Valda artiklar presenteras närmare i bilaga 1. Och en sammanfattning av databassökningen presenteras i bilaga 2.

## 4. RESULTAT

Efter ingående analys av innehållande data från valt material och som varit i linje med syftet för uppsatsen framkom ett övergripande tema som benämns: *Den förändrade upplevelsevärlden*, gemensamt för de kategorier som identifierades under detta tema var att de bidrog till förändring av världen så som den upplevs av den drabbade. Dessa kategorier var *hanteringsprocessen*, *hanteringsförmågor* och det *sociala nätverket*. Dessa tre kategorier är i sig uppdelade i olika subkategorier.

### 4.1 Hanteringsprocessen

Denna kategori beskriver den process som människor färdas genom efter allvarlig skada/sjukdom eller hot om sådan. Denna process är uppdelad i olika faser men bör inte ses som en statisk rörelse från a till b, utan skall ses som en dynamisk färd. Människan rör sig både framåt och bakåt med olika hastighet, där varje rörelse inneburit en förändring av upplevelsen. Här framkom under analysen tre subkategorier som var och en beskriver delar i processen: *kraschen*, *nyorienteringen* och *nyetableringen*.

#### 4.1.1 Kraschen

Denna fas beskrivs i flertalet av artiklarna och präglas av kaos, mörker och förlust av tidigare funktioner. Lindsey (1995) har beskrivit denna fas där starten är insjuknandet eller olyckan som raserar det tidigare normala livet och framkallar känslor av maktlöshet, mist kontroll, ensamhet och mörker. Informanterna beskrev också att de försökte hålla kvar i det gamla livet med alla medel. Dessa upplevelser ledde sex av åtta medverkande i studien till att försöka eller fundera på att avsluta sina liv. Detta beskrevs som att sjunka till djupet, att nå botten och att slå i väggen. En deltagare fångade denna känsla på ett bildligt sätt:

”Sometimes there is such a snowball effect of trying to cope and integrate and adjust to this change in your life that you have to hit bottom before you can get of that...” (a s. 297).

Dessa upplevelser samstämmer med det som beskrivs av Dewar och Lee (2000) angående denna fas. Vilken vittnar om en överväldigande upplevelse, som inte går att processera. Vilket också har beskrivits som känslor av värdelöshet, tomhet och förlust av livsgnista. En vilja att fly från situationen uttrycktes, men visade sig alltid omöjlig (Krisofferzon, Löfmark & Carlssons, 2007; Corrigan, Samuelsson, Fridlund & Thomé 2007). Vilket för en del personer ledde till existentiellistiska funderingar som framkommer ur en persons tankar: ”Why do I exist, sort of thing... what, what’s the point of all this” (Corrigan et.al, 2007, s. 211).

Detta stämmer också med de resultat Häggman-Laitila och Pietilä (1998) fått fram i en något skiftande population. Där visade det sig mer än hälften av respondenterna trodde att de totalt skulle förlora sin självständiga livskontroll, och förlora sig själva till sjukdomen/skadan.

Denna fas beskrivs på ett något annorlunda sätt av Morse och Carter (1996), men med samma karaktäristiska som övriga. De menar att dessa initiala processer kan delas upp i att uthärda för att överleva och att uthärda för att leva. Uthärda för att överleva handlar om att ta sig igenom ett fysiskt angrepp och syftar till att bibehålla fysisk integritet. De menar att personer i denna situation kämpar för sina liv genom att fokusera intensivt på nuet, till exempel om en person har svårt att andas fokuserar de endast på att andas in och ut. Att uthärda för att leva beskriver en psykologisk nerstängning, vilken orsakats av en psykologisk stressor som personen inte kan acceptera, lösa eller undvika. De menar att när personen uthärdar en situation finns inga känslor, vilka de tror skall utlösa ett känslomässigt svar så kraftigt att de skulle förlora kontroll över situationen totalt och förstöra det fokus som krävs för att leva igenom denna initiala fas. Denna känslostorm som kan drabba individen beskrivs som att personen gått in ett lidande stadium utan att vara redo. Vilket leder till att personen snabbt återgår till ett uthärdande stadium igen (a a).

#### 4.1.2 Nyorientering

Denna fas karakteriseras av nya känslor och uppfattningar.

När en person lyckas konfirmera det ofattbara som genomlidits menar Morse och Carter (1996) att människan är redo att möta sina känslor och gå in i ett stadium av

lidande. Vilket är ett känslomässigt svar på det som uthärdats eller en respons till förlust av möjliga framtida erfarenheter. Denna konfirmering som tar personen från att uthärda till att lida och ger personen en möjlighet till nyorientering är inte statisk. En person kan röra sig mellan dessa två stadier under lång tid. Denna transaktion kan ibland vara mycket dramatisk och kopplat till stor sorg.

Denna fas beskrivs av Dewar och Lee (2000) som ett försök att möta den nya verkligheten, vilket betyder att utveckla en förståelse för att möjligheterna i den nya världen var begränsade, men var också kopplat till orealistiska förhoppningar och misslyckanden. Detta poängteras också av Lindsey (1995) som visar att denna fas innebär ett uppvaknande och försök att återta kontrollen, men också innebär tankar och sorg över förlust av sitt gamla jag. Det beskrivs som viktigt att göra upp med orealistiska mål för att kunna orientera sig i den nya världen. Känslan av att släppa taget beskrivs som lättare än de förväntningar som byggts upp kring denna handling.

Den nya livssituationen som skapats gjorde att personerna i artikeln av Corrigan et.al (2007) kände en förvandling av sig själva och de upplevde att den nya situationen gjort dem till en annan person. Detta ledde till ett känslomässigt tumult, vilket gav upphov till både negativa upplevelser, men också till nya upplevelser och uppskattning av nya saker. Personerna i denna artikel kände också ett behov av att försöka förstå de traumatiska minnen som fortfarande fanns kvar, de upplevde det som att de levte igenom en mardröm.

#### 4.1.3 Nyetablering

Vi såg tidigare att när människor gick in den nyorienterade fasen beskrevs detta av Morse och Carter (1996) som att konfirmera och bekräfta det som uthärdats och att gå in i ett lidande stadium. Den nyetablerande fasen beskrivs som att personerna nu kunnat acceptera det som uthärdats och detta har visat dem vägen ur det lidande stadiet. Detta menar de är ett steg mot att komma till ro med den nya livssituationen, och att se verkligheten med nya ögon. De var också mer öppna för glädje igen efter en tid av uthärdande och lidande. Denna känsla beskrevs av en person som:

”I’m sort of caught between the person I was, and-I’m not the person I was. And I’m kind of growing- I realize that I’m growing- but I’m not quite sure where I’m growing...” (a a s. 55)

Det poängteras dock att personerna vissa dagar återvände till ett lidande stadium. Denna omformulering av sig själv beskrivs också av Lindsey (1995) som beskriver denna fas som att öppna sig för nya chanser och möjligheter. Detta ledde de medverkande till att våga pröva nya saker och behandlingar så som alternativ medicin och yoga. De beskrev också en känsla av att sakta ner:

” It’s almost like traveling on a jet plane and suddenly I am walking. It’s like that kind of traumatic difference, and I am just learning how to enjoy walking...” (a a s. 299).

Den högsta graden av nyetablering upplevdes av respondenter som började se sin sjukdom som en gåva. Denna upplevelse karakteriserades av avslappning och en känsla av att komma till ro (a a). Detta beskrevs av en respondent:

” It is a gift my illness has given me. I appreciated the little things. I feel I get more out of life because of the ill health I have had at times. I have got so much out of life that some people never, never get out of life, and that’s the appreciation piece” (a a s. 300).

I Dewar och Lees artikel (2000) benämns denna fas som ett försök att leva vidare trots radikalt förändrad levnadssituation, denna process var inte problemfri, och innebar många bakslag till exempel när deras hälsotillstånd försämrades. Känslomässiga anpassningar var tvungna att göras för att klara av verkligheten. Detta gjorde att vardagen kändes acceptabel, men känslorna av sorg var alltid närvarande.

Silver, Holman, McIntosh, Poulin och Gil-Rivas (2002) har också sett att fast de traumatiska minnena alltid finns kvar så minskar de post traumatiska stress symtom (PTSS) i en population med tiden, men att man kan se förhöjda nivåer relativt långt efter en traumatisk händelse.

## **4.2 Hanterings förmågor**

Denna kategori beskriver de förmågor med vilka människor färdas genom hanteringsprocessen, och som bidragit till att förändra deras upplevelse av världen. Dessa förmågor beskrivs i två underkategorier: *modifierande förmågor* och *förändrande förmågor*. Vissa förmågor användes i större utsträckning i början respektive slutet av hanteringsprocessen men inga direkta avskiljningar kan göras.

### **4.2.1 Modifierande förmågor**

Förmågorna i denna subkategori har ett fokus och riktning mot tidigare upplevelser och förståelse och användes i större utsträckning i början av hanteringsprocessen men inte endast. De syftar till att modifiera situationen till att bli något lättare att komma igenom.

I artikeln av Gustafsson, Persson och Amilon (2002) beskrivs hur de medverkande distanserade sig från problemen genom att inte tänka på dem, de förnekade inte att de kunde finnas framtida problem, men de ville hålla dessa problem ifrån sig för tillfället. En respondent fångade det så här: ” I have to put this aside until this is finished...” (a a s. 598).

Försök att bevara kontrollen efter skadan/sjukdomen gjordes genom att inte låta andra personer hjälpa till i situationer där praktiska problem förekom. Att försöka hålla kvar i sin egen kapacitet trots skadan/sjukdomen är något som tas upp i flera artiklar (Gustafsson et.al, 2002; Kristofferzon et.al, 2007; Dewar & Lee, 2000). Detta liknar också förmågan att avleda uppmärksamheten från sin egen smärta eller negativa tankar genom att rikta uppmärksamheten mot något annat: ”It did hurt, but one tries to talk and think about something else” (Gustafsson et.al, 2002 s. 598).

I artikeln av Dewar (2003) beskrivs också vad hon kallar upplyftande förmågor i dubbel bemärkelse. Respondenterna beskrev här hur de utförde känslomässig tyngdlyftning för att också lyfta sitt mod att möta framtiden. Detta gick ut på att avsiktligt utsätta sig för de känslor framtida problem skulle kunna utgöra, vilket

beskrevs som att programmera sig själv för att möta sjukdomen och problemen. Också Kristofferzon et.al (2007) tar upp förmågan att lyfta sitt mod genom att till exempel sluta röka eller förändra sina kostvanor.

#### 4.2.2 Förändrande förmågor

Denna subkategori benämner förmågor som förändrat situationen. Dessa förmågor har i större utsträckning använts i ett senare skede av hanteringsprocessen och har ett fokus på framtida situationer, men används i hela processen.

En av de allra vanligaste förmågorna som framkommit här var att jämföra sig med något eller någon annan i en liknade situation som personen själv (Dewar, 2001; Dewar, 2003; Dewar & Lee, 2000; Gustafsson et.al, 2002; Kristofferzon et.al, 2007; Corrigan et.al, 2007). Detta beskrevs också av alla grupper av respondenter oavsett hur svåra deras skador varit, så såg de fortfarande sina problem som mindre traumatiska än andras. Många jämförde med att få cancer som sågs som något av det värsta som kunde hända. Samtidigt som de som hade cancer jämförde sig med att till exempel inte kunna gå, som ansågs värre än att få cancer. Dessa jämförelser kunde gälla allt från känslöyttringar till funktionsnedsättningar. En person med ryggmärgsskada beskrev en upplevelse:

”I know a couple of guys that were in there, and they tried to pull the plug on themselves. I don't know whether they hadn't come to terms with it, or they just felt they didn't want to. I don't really know” (Dewar, 2003, s. 28).

En annan viktig förmåga som beskrivs var att fokusera på det positiva in den nya livssituationen (Gustafsson, 2002; Dewar, 2003). Detta innebär att kunna fokusera på saker i livet som upplevs som positiva och på så sätt inte påverkas i lika stor utsträckning av förlusten av till exempel tidigare funktioner. Eller känslan av att situationen faktiskt inte blev värre än den var, en respondent med ryggmärgsskada tyckte att det var tur att skadan inte satt högre upp, vilket kunde ha gjort att han behövt en traceostomi. En annan person beskrev en genuin känsla av att inte sakna sin tumme:

” I don't see that there will be any problems. The thumb is not so important for me in my job. You don't carry with the thumb. I have not been worried for a second” (Gustafsson et.al, 2002).

Förmågan av acceptans beskrivs också inom denna subkategori. Gustafsson et.al (2002) beskriver att förmågan till acceptans använts för att vända något till en början negativ till en positiv situation. I sin artikel har Silver et.al (2002) sett att de människor som använt sig av denna förmåga att hantera sin situation efter terrorattackerna i New York 2001 hade betydande minskad risk att drabbas av akuta stresssymtom (ASS) och PTSS efter attacken.

Gustafsson et.al (2002) visar på en annan viktig förändrande förmåga, som beskriver hur personerna analyserade sin situation genom att besöka den plats där deras skada inträffat. Och på så sätt kunde få en ny uppfattning av vad som hänt.



### 4.3 Sociala nätverket

Denna kategori beskriver sociala nätverk och funktionen av dessa för den drabbade individen efter allvarlig sjukdom/skada eller vid hot om sådan. Det framgår att funktionen av det sociala nätverket har en dubbel innebörd för den drabbade personen, därav uppdelningen i subkategorierna *den stärkande funktionen* respektive *den problematiska funktionen*.

#### 4.3.2 Den stärkande funktionen

Närstående och andra i det sociala nätverket fungerar många gånger på ett stärkande och stöttande sätt för den drabbade. Detta gäller särskilt personens signifikanta andra, som spelar en viktig roll. Förutom det mest uppenbara att få hjälp med praktiska saker som var svåra att utföra själv, fick de hjälp i känslomässigt svåra stunder och upplevde glädje förmedlad från dessa människor (Corrigan et.al, 2007; Dewar, 2001; Gustafsson et.al, 2002; Kristofferzon et.al, 2007). Detta beskrevs av en respondent så här:

” ... the kids, my old man and everything, they all support me, just fantastic. I didn't think we had such care...” (Kristofferzon et.al, 2007, s. 396).

Ett nätverk utöver den allra närmaste familjen som informanterna upplevde att de kunde anförtro sig till sågs som en viktig funktion då det övriga nätverket inte fungerar tillfredsställande (Gustafsson et.al, 2002; Kristofferzon et.al, 2007).

#### 4.3.1 Den problematiska funktionen

Det sociala nätverket har också en annan funktion som gör att respondenterna kände eller uppfattade dessa situationer som problematiska. En del i detta var att de inte ville vara till problem för sina familjer vilket också framkallade känslor av att ha svikit sin familj. Denna känsla försökte de ofta gömma för att inte ytterligare sår sina anhöriga, vilket gjorde att de utsatte sig för ytterligare potentiellt stressande situationer (Corrigan et.al, 2007; Dewar, 2001; Kristofferzon et.al, 2007). Det beskrivs också hur kommunikationen mellan informanterna och det sociala nätverket kunde vara problematisk och vara en källa till frustration, denna frustration beskrivs också mot vårdgivare som ansågs ha svårt att se till deras behov (Kristofferzon et.al, 2007).

Dessa problem kunde leda till att respondenterna drog sig tillbaka och isolerade sig från sitt nätverk, vilket potentiellt var grunden till ännu mer problem. Men kunde också vara en plats där de kunde få lugn och ro (Corrigan et.al, 2007). Silver et.al (2002) har också sett att det sociala nätverket inte alltid har en positiv effekt. De har sett att människor som söker socialt stöd kan ha högre upplevda stressnivåer än andra.

## 5. DISKUSSION

### 5.1 Metoddiskussion

Denna uppsats är skriven i en grundutbildning och utförd på första fördjupningsnivån. Vilket innebär att detta är första gången jag skriver en kvalificerad akademisk

uppsats, detta gör att analyser och val av sökord kan kantas av en del osäkerhet och naivitet. Vilket också är kopplat till den begreppsförvirring som råder inom fältet, som gör det svårt att ringa in problemområdet.

Människors hantering av allvarlig sjukdom/skada eller hot om sådan är omgiven av viktiga begrepp. Problemet är att dessa begrepp är vagt definierade och att de inte ändvänder på samma sätt i olika discipliner. De är luddigt översatta och ibland enligt min mening helt felaktigt gjorda. Detta kan bli ett stort problem om en operationalisering utgår från dessa luddiga och vaga begrepp. Kanske faller jag själv in i denna fälla då jag översätter vissa begrepp enligt min mening. Men då konsensus inte råder så ser jag detta som ända sätt att faktiskt fånga det som är beskrivet.

Lazarus beskrev 1984 begreppet coping, det är nu över 20 år sedan och man kanske bör fundera på om detta begrepp går att operationalisera. Jag tror dock att detta är möjligt och kanske är resultatet av denna litteraturstudie ett exempel på en skiftning i perspektiv som krävs för att åstadkomma detta. Jag tror också att detta är omvårdnadsämnets stora chans att definiera sig självt på ett tydligare sätt.

De medverkande i de olika artiklarna hade kommit olika långt i sina hanteringsprocesser, detta kan bero på att det förlöpt olika lång tid efter sjukdomen/skadan då de studerats. Det kan också bero på skadornas omfattning och potentiella skillnader mellan akut och kroniskt sjukas sjukdomsförlopp och insjuknande process. De akut sjuka har också studerats i ett tidigare skede än de kroniskt sjuka.

Fyra av tio artiklar som använts i min resultatdel kommer från nordiska länder (tre svenska och en finsk), resterande kommer från USA. Detta betyder att alla studier kommer från länder med hög levnadsstandard och stabila regeringsformer. Men att sjukvårdssystemen i norden och USA skiljer sig ganska mycket åt. Vilket kan betyda potentiella skillnader i sjukdomshantering. Men framförallt kan man nog säga att detta arbete studerat människor i västerländska, industrialiserade och kristna samhällen och inte kan säga så mycket om människor i samhällen med annan uppbyggnad och livsåskådning. Artiklarna är publicerade mellan 1995-2007, under denna tidsperiod har mycket hänt i USA och Norden. Terroristattacker mot USA och krigsförklaringar från USA. Globala ekonomiska svängningar och hotande miljökatastrofer. Ändrade politiska inriktningar i både USA och norden. Detta har potentiellt förändrat befolkningarnas bakgrundsförståelse och deras speciella intressen. Frågan är om detta radikalt förändrat deras sätt att hantera sjukdom/skada. Min bedömning var dock att denna uppsats syfte inte gick att besvara med en snävare tidsram. De populationer artiklarna inriktat sig på har i fem fall varit kroniskt sjuka med ett vitt spann av allvarliga sjukdomar/skador, i tre fall varit människor drabbade av akut insjuknande med både kirurgiska och medicinska åkommor och i två fall behandlat hot om allvarlig sjukdom/skada (en studie angående akut hot och den andra ett mera imaginärt hot). Detta innebär en lite snedvridning mot kroniskt sjuka, detta kan bero på att det kan vara lättare att studera denna grupp, vilket gjort att det finns mer forskning med hög kvalitet kring denna population.

Alla utom en studie använder sig av en kvalitativ metod, vilket kan vara både en styrka och en svaghet i uppsatsen. Då begränsade resurser ofta begränsar en studie gör det att antalet informanter i de kvalitativa studierna ofta är få. Men det kan också

vara så att denna metod är den som är mest framgångsrik för att beskriva det studerade fenomenet som påverkas av en mängd faktorer, som aldrig rimligtvis kan mätas i en kvantitativ studie. Samtidigt är det svårt att bedöma kvalitativa studiers generaliserbarhet då få respondenter alltid innebär en risk för att forskaren inte hittat ett perfekt urval ur den population de velat studera. Det har därför varit värdefullt att i all fall ha en kvantitativ studie som del i detta resultat.

Trots svårigheter tycker jag att erhållen data svarat bra på uppställt syfte med uppsatsen. Jag tycker att jag på ett bra sätt studerat hur människor upplever och hanterar sin situation vid allvarlig sjukdom/skada eller hot om sådan. Sammantaget så ger denna uppsats enligt mig en bra bild av hur en svensk population idag kan tänkas hantera allvarlig sjukdom/skada eller hot om sådan.

## **5.2 Resultatdiskussion**

I resultatet framkom en rad subkategorier, tre kategorier och ett övergripande tema, som var den förändrade upplevelsevärlden. Vilket innebär att vara placerad i en ny situation med delvis förändrad bakgrundförståelse, en möjlig förskjutning i speciella intressen och en ny kunskap upplevd genom sin kroppsliga intelligens.

### **5.2.1 Hanteringsprocessen**

Hanteringsprocessen kan ses ur det tidsperspektiv som Benner och Wrubel (1989) menar inte är linjärt utan påverkar förståelsen av tidigare upplevelser och har en framtida aspekt som visar sig i nuet. Att respondenterna färdas fram och tillbaka i hanteringsprocessen kan bero på att förståelsen av tidigare trauman kommer upp till ytan och förändras när de interagerar med sitt sociala nätverk och tillämpar sina hanteringsförmågor. Detta ger dem också en förändrad syn på sin framtid. Det kan också tänkas att tidsuppfattningen blivit förändrad under processen. Respondenterna talar om förlorade år och luckor i tiden. Kanske uppfattas en tids sjukdom som längre eller kortare av den drabbade än av omgivningen. Vilket sannolikt förändrar den bakgrundförståelse personen har i en given situation. När en människa färdas genom denna process skiftar dess speciella intressen säkerligen dramatiskt från att i kraschfasen vara ganska begränsade till specifika problem till att i senare faser omfatta andra människor och situationer än de som krävs för överlevnad.

### **5.2.2 Hanteringsförmågor**

Dessa förmågor kan förändra situationen personen befinner på rent konkreta sätt, men kan också genom att omformulera tidigare erfarenheter och bestämma framtida möjligheter ge ett nytt perspektiv på situationen. Förmågorna hjälper personen att förstå sig själv och tillägna sig ny kunskap genom att känna och uppleva den nya situationen på ett för personen meningsfullt sätt. Här verkar nyckeln till förändring vara om den drabbade kan blicka mot sin framtid och tillämpa dessa välbefinnande skapande faktorerna i rätt tidpunkt. Detta kan också vara en potentiellt salutogen faktor för människor som drabbats av allvarlig sjukdom/skada, och något som kan vara viktigt att uppmärksamma i patientens hantering.

### 5.2.3 Det sociala nätverket

Att det sociala nätverket inte alltid upplevs som stöttande eller stärkande kan tyckas förvånande, och något oroväckande då Antonovsky (2005) menar att ett väl fungerande socialt nätverk är en av de viktigaste faktorerna till att skapa en stark KASAM.

I ljuset av Benner & Wrubels (1989) teorier framkommer en förklaring. En persons speciella intressen är som vi sett tidigare det som sätter upp premisserna för vad som är viktigt för oss. Informanterna i artiklarna har alla haft omtanke om sitt sociala nätverk, vilket också gör att de bryr sig om dem. Sjukdomen/skadan ställer denna relation i en ny situation. Det kan vara så att det sociala nätverket inte delar den drabbades nya bakgrundsförståelse som i grunden kanske är förändrad. Då till exempel illusionen om att vi lever i en trygg värld är rubbad. Denna ojämnlighet i förändrad livssituation och förståelse kan vara en starkt bidragande orsak till att det sociala nätverket inte alltid är det stöd som man initialt kan tänka sig.

Samma förhållande bör rimligtvis vara gällande från andra hållet, och den signifikanta andra eller det övriga sociala nätverket kan uppfatta den nya situationen som problematisk. Ytterligare komplicerande är att dessa faktorer säkert är belagda med stor skuld, och inte alltid erkänns. Benner och Wrubels teori har kritiserats av bland annat Kirkevold (2000) för att inte inkludera närstående i sitt patientperspektiv. Deras förslag på omvårdnadshandlingar tar inte tillräcklig hänsyn till reaktioner hos de närstående.

De positiva och negativa faktorerna kan sannolikt förklaras av samma fenomen. Det sociala nätverket kan fungera som kulturella mediatorer på samma sätt som en sjuksköterska kan göra. Närstående kan stå för den friska kulturen, vilket i olika delar av hanteringsprocessen kan uppfattas på olika sätt.

### 5.2.4 Genusperspektiv

Genus skillnaderna i resultatet är närvarande, men är sällan större än de individuella skillnaderna i upplevelser och hantering. Undantaget är Silver et.als (2002) studie som visar en signifikant skillnad mellan män och kvinnors risk att drabbas av ASS och PTSS. Dessa data är avkodad från individuella skillnader, tidigare hälsostatus, inkomst och bakgrund. De presenterar ingen förklaring till vad denna skillnad kan bero på. Men tänkbar förklaring är att kvinnor på grund av en ojämnlik makt position i samhället i stort och i personliga relationer inte har samma handlingsmöjligheter till hands som en man har i en given krissituation, det kan till exempel handla om ekonomiska resurser. Detta kan leda till att hanteringen av krisen hämmas.

### 5.2.5 Klinisk relevans

Att komma till konsensus angående för omvårdnadsämnet fundamentala begrepp som hälsa, sjukdom, coping och deras följder som illabefinnande och välbefinnande ser jag som en oerhört viktig faktor för att komma vidare med forskningen kring människors hälsoupplevelser och hantering.

Det är viktigt att identifiera ASS och PTSS för att stödja dessa individer med extra resurser, det är också viktigt att speciellt uppmärksamma kvinnorna här som har en större risk att drabbas. Detta kan göras med hjälp av screening i öppenvården av till exempel kroniskt sjuka människor. Kanske bör man se de övriga reaktioner som förekommer som naturliga och lämna dessa personer mer ifred.

När en patient störs av till exempel frekventa mardrömmar, så kan detta vara en del i skapandet av framtida traumatiska minnen, det kan därför vara viktigt att identifiera dessa situationer hos en patient. Detta kan kanske göras genom att till exempel låta patienterna föra dagbok över sina upplevelser under sjukhus tiden, vilket också säkert kan fungera som bearbetning av till exempel mardrömmarna. Här kan vi som sjuksköterskor vara närvarande för att fungera som kulturella mediatorer. Vi kan vara med och konfirmera den verklighet vi känner och på så vis föra över denna verklighet till patientens perspektiv.

Den viktigaste funktionen är kanske att uppmärksamma de situationer då personens förmågor så dramatiskt blivit överskridna att denna människa inte ser någon annan utväg än att avsluta sitt liv. Här tycker jag trots individens önskningar att samhället måste ta ifrån personen dess exklusiva rätt att styra över sitt eget liv. Vilket kan förklaras av att detta är en situation då omgivningen riskerar att skadas svårt av personens handlande. Kanske är den storm av känslor som kan överrumpla en person då hon går in i en lidande fas utan att vara förbered, en av anledningarna till att människor i denna situation överväger att avsluta sina liv. Kanske kan vi undvika att tankar går till handling genom att vara närvarande i denna situation för att förstärka omgivningens uppfattning av verkligheten.

Denna studie har också visat på att hanteringen är en mycket komplex verklighet, vilket bör leda till stor ödmjukhet i vårt möte med dessa patienter och inför deras upplevelser och hantering.

#### 5.2.6 Framtida forskning

Kanske är den forskning vi ser här resultatet av ett skiftande fokus i forskningen kring människors hantering av ohälsa, och i linje med det Lazarus (2000) förslog som skiftning från kvantitativ forskning till kvalitativ för att fånga den komplexa situation som hantering av sjukdom/skada innebär.

Vi har i denna uppsats sett hur människors hantering av de stressfulla situationer som allvarlig sjukdom/skada eller hot om sådan kan se ut. Nästa fråga blir då hur denna hantering relaterar till personens hälsa, och vilka omvårdnadsåtgärder som uppfattas som stödjande i att bidra till ökat välbefinnande och minskat illabefinnande.

#### 5.2.7 Avslutande reflektioner

Övrig kritik av Benners och Wrubels teori förutom närståendeperspektivet är att teorin ses som alltför abstrakt och inte tillräckligt beskriver konkret omvårdnad. Jag ser mer på deras teori i formen av ett förhållningssätt som kan guida oss som sjuksköterskor i vår yrkesroll. Detta ser jag snarare som en styrka än en svaghet. De menar ju också att kunskap måste läras genom levd erfarenhet och kroppslig intelligens, och att det är ur denna kunskap konkreta omvårdnadsresultat ska dras.

Teorin ger oss ”bara” ett verktyg att förhålla oss till situationen med. Detta känns också i linje med våra tankar om att evidensbaserad kunskap skall vara grunden i vårt handlande.

Jag menar att förvirringen inom forskningen om stress och coping och det kliniska misslyckandet av att ta till vara på människors stress kan ses som ett bevis på att stressbekämpningen, i den objektivt botande skolan inte fungerar, och den enda möjliga vägen är att inrikta forskning på att titta på vilka åtgärder som främjar välbefinnande, istället för att bekämpa sjukdom.

Jag tror att vi i dagens västerländska samhällen underskattar människans självläkande processer, vilket gjort att vi är dåligt rustade att stå emot kriser, vilket förstärkts av att vi under så lång tid levit i ett samhälle så skyddat från katastrofer av olika slag. Det är istället dags att ta vara på det uppenbara, att det finns enorm läkande kraft i människan och hennes potentialer. Be den som tvekar förklara placeboeffekten. Att ta vara på denna nyckel är kanske vår främsta uppgift som sjuksköterskor.

Vår man på stranden den 26 december 2004 anade kanske inte vilka tankar han födde hos mig. När jag nu ser på hans situation i ljuset av resultatet i denna studie så har jag fått en ännu djupare insikt om hans öde. Hans resa i hanteringsprocessen hade precis börjat, och han befann sig antagligen i ett stadium av att försöka uthärda situationen och agerade mekaniskt med att ta hand om resterna av hans tidigare hus. När han plötsligt föll i gråt var detta kanske en första glimt av det lidande och hav av känslor som han ännu inte var redo att möta, och snabbt avlägsnade sig ifrån. Kanske var det hans förändrande förmåga, i form av att aktivt ta i resterna av sitt hus som fick honom att genom sin kroppsliga intelligens erfara det öde som drabbat honom och föra honom in i ett första möte med lidandet.

Jag vet i alla fall att han två år efter tsunamin såg på sitt liv med positiva ögon igen.

## 6. REFERENSER

- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2:a ed., 2:a tryck). Stockholm: Natur och kultur. (Originalverket publicerat 1987).
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring : stress and coping in health and illness*. Menlo park, Carlifonia: Addisson-Wesley publishing company, inc.
- Corrigan, I., Samuelsson, K A.M., Fridlund, B., & Thomé, B. (2007). The meaning of posttraumatic stress-reactions following critical illness or injury and intensive care treatment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 206-215.
- Dewar, A., & Lee, E A. (2000). Bearing illness and injury. *Western Journal of Nursing Research*, 22(8), 912-926.
- Dewar, A. (2001). Protecting strategies used by suffers of catastrophic illnesses and injuries. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 600-608.
- Dewar, A. (2003). Boosting strategies. Enhancing the self-esteem of individuals with catastrophic illnesses and injuries. *Journal of Psychosocial Nursing and Health Services*, 41(3), 24-32.
- Friberg, F. (2006). Att göra en litteratur översikt. I: Friberg, F (red.), *Dags för uppsats- Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Granheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achive trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Gustafsson, M., Persson, L-O., & Amilon, A. (2002). A qualitative study of coping in the early stage of acute traumatic hand injury. *Journal of Clinical nursing*, 11, 594-602.
- Green, B L., & Kimerling, R. (2004). Trauma, posttraumatic stress disorder and health status. In: Schnurr, P P., & Green, B L (Ed.), *Trauma and health : physical health consequences of exposure to extreme stress* (ss. 13-42). Washington, DC: American Psychological association.
- Häggman-Latila, A., & Pietilä, A-M. (1998). Life control and helth in view of qualitative and quantative reaserch. *International Journal of Nursing practice*, 4, 103-112.
- Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. (2001, reviderad 2007). *Riktlinjer för omvårdnad – eget arbete*. Göteborg: Göteborgs universitet, institutionen för vårdvetenskap och hälsa.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Kitamura, T. (2005). Stress-reducing effect on information disclosure to medical and psychiatric patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 627-633.

Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2007). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 391-401.

Lazarus, R S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer publishing company, inc.

Lazarus, R S. (2000). Evolution of a model of stress, coping and discrete emotions. In: Rice, V H (Ed.), *Handbook of stress, coping and health : Implications for nursing research, theory and practice* (ss. 195-222). Thousand oaks, California: Sage publications, inc.

Levi, L. (2002). *Stressen i mitt liv*. Stockholm: Natur och kultur

Lindsey, E. The gift of healing in chronic illness/disability. (1995) *Journal of Holistic Nursing*, 13, 287-305.

Lyon, B L. (2000). Stress, coping and health : a conceptual overview. In: Rice, V H (Ed.), *Handbook of stress, coping and health : Implications for nursing research, theory and practice* (ss. 3-23). Thousand oaks, California: Sage publications, inc.

Morse, J M., & Carter, B. (1996). The essence of enduring and expressions of suffering : The reformulation of self. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice : An International Journal*, 10(1), 43-60.

Nationalencyklopedin. (2008a). *Stressor*. tillgänglig 2008-04-09 från World Wide Web (WWW): [http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=316963&i\\_word=stress](http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=316963&i_word=stress).

Nationalencyklopedin. (2008b). *Stress*. Tillgänglig 2008-04-09 från WWW: [http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=316959&i\\_word=stress](http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=316959&i_word=stress).

Nationalencyklopedin. (2008c). *Coping*. Tillgänglig 2008-04-09 från WWW: [http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=147174&i\\_word=coping](http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=147174&i_word=coping).

Nationalencyklopedin. (2008d). *Salutogen*. Tillgänglig 2008-04-09 från WWW: [http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=490801&i\\_history=1](http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=490801&i_history=1).

Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar : Med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.



Silver, R C., Holman, E A., McIntosh, D N., Poulin, M., & Gil-Rivas, V. (2002) Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 1235-1244.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Tillgänglig 2008-05-02 från URL:  
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>

## Bilaga 1: Artikelpresentation

---

Reference: Corrigan et. al (2007)

Author: Corrigan, Ingrid., Samuelsson, Karin A.M., Fridlund, Bengt., & Thomé, Bibbi.

Title: The meaning of posttraumatic stress-reactions following critical illness or injury and intensive care treatment.

Source: Intensive and Critical Care Nursing, 23, 206-215.

Country: Sweden

Year: 2007

Aim: The aim of the study was to describe the meaning of posttraumatic stress-reactions as experienced by individuals following a critical illness or injury and intensive care.

Method: Phenomenological study approach and data analysis.

Sample: 14 informants, testing positive for posttraumatic stress-reactions after, were interviewed. Two months after being in the intensive care unit for at least 24 hours.

No of references: 46

---

Reference: Dewar och Lee (2000)

Author: Dewar, Anne L., & Lee, Elizabeth A.

Title: Bearing illness and injury.

Source: Western Journal of Nursing Research, 22(8), 912-926.

Country: USA

Year: 2000

Aim: the aim of the study was to describe the process of bearing illness and injuries among individuals with catastrophic illnesses and injuries to determine the strategies that these individuals used to manage circumstances that test their endurance.

Method: Qualitative research approaches to data collection and data analysis, using grounded theory methods. The participants was interviewed, all

but three times. The responses were taped and later coded, and collapsed into different categories.

Sample: A total of 28 adult participants with a variety of serious illnesses and injuries were elected through opportunistic selection and snowball sampling, and then split up into three groups.

No of references: 40

---

Reference: Dewar (2001)

Author: Dewar, Anne.

Title: Protecting strategies used by sufferers of catastrophic illnesses and injuries.

Source: Journal of Clinical Nursing, 10, 600-608.

Country: USA

Year: 2001

Aim: The purpose of the research was to describe strategies used by sufferers of catastrophic illnesses and injuries.

Method: Qualitative research approaches to data collection and data analysis, using grounded theory methods. The participants were interviewed, all but three times. The responses were taped and later coded, and collapsed into different categories.

Sample: A total of 28 adult participants with a variety of serious illnesses and injuries were elected through opportunistic selection and snowball sampling.

No of references: 39

---

Reference: Dewar (2003)

Author: Dewar, A.

Title: Boosting strategies. Enhancing the self-esteem of individuals with catastrophic illnesses and injuries.

Source: Journal of Psychosocial Nursing and Health Services, 41(3), 24-32.

Country: USA

Year: 2003

Aim: The aim of the study was to study boosting strategies, which are cognitive efforts to improve ones self-esteem and to feel more able to control aspects of a situations. These strategies were identified in earlier study (Dewar & Lee, 2000).

Method: Qualitative research approaches to data collection and data analysis, using grounded theory methods. The participants was interviewed, all but three twice. The responses was taped and later coded, and collapsed into different categories.

Sample: A total of 28 adult participants with a variety of serious illnesses and injuries were elected trough opportunistic selection and snowball sampling.

No of references: 29

---

Reference: Gustafsson et. al (2002)

Author: Gustafsson, Margareta., Persson, Lars-Olof., & Amilon, Anders.

Title: A qualitative study of coping in the early stage of acute traumatic hand injury.

Source: Journal of Clinical nursing, 11, 594-602.

Country: Sweden

Year: 2002

Aim: The aim of the study was to identify coping strategies, defined as thoughts or actions used by the hand-injuries patients to manage stress factors and resulting emotions in the early stage. Stress factors were reported in earlier study.

Method: Qualitative study. Interviews took place 8-20 days after the day of accident. Interviews were taped and analysed through a modified model of grounded theory.

Sample: Twenty patients with acute traumatic hand injury were selected for interview. They were selected through purposeful sampling based on the principle of maximum variety. Patient who were younger then 20 years, intoxicated or attempted suicide was excluded.

No of

Reference: Häggman-Laitila och Pietilä (1998)

Author: Häggman-Laitila, Arja., & Pietilä, Anna-Maija.

Title: Life control and health in view of qualitative and quantitative research.

Source: International Journal of Nursing practice, 4, 103-112.

Country: Finland

Year: 1998

Aim: The aim of the qualitative study was to describe and understand the human being's health as an individual way of existence on the basis of life descriptions.

The aim of the quantitative study was to produce information on life control among young males, their health, health behaviour, and experience of stress and life situations as well as the association between these dimensions.

The overall aim was to describe the similarities and differences in the two studies.

Method: Review article analysing two studies, one qualitative and one quantitative. Qualitative study: The result from the thematic interviews was analysed using grounded theory method  
Quantitative study: Data collected using questionnaires and was processed using cross-tabulation and multivariate analysis.

Sample: Qualitative: 60 men and women, aged 30-50 years, who had been in contact with health care, were interviewed using thematic interviews.  
Quantitative: Data was gathered from 2500 men (response rate 60 %), from random sample in men born 1966.

No of  
references: 44

---

Reference: Kristofferzon et. al (2007)

Author: Kristofferzon, Marja-Leena., Löfmark, Rurik., & Carlsson, Marianne.

Title: Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after myocardial infarction.

Source: Journal of Clinical Nursing, 16, 391-401.

Country: Sweden

Year: 2007

Aim: The aim of the study was to describe experiences of daily life of women and men during the first six months after myocardial infarction. The focus is on problems, managing problems and support from their network.

Method: Qualitative study, with descriptive and retrospective design. Semi-structured interviews were conducted.

Sample: 20 women and 19 men who had experienced a myocardial infarction 6 months earlier were selected from a consecutive series of 74 women and 97 men. Data were analysed using qualitative content analysis.

No of references: 35

---

Reference: Lindsey (1995)

Author: Lindsey, Elizabeth.

Title: The gift of healing in chronic illness/disability.

Source: Journal of Holistic Nursing, 13, 287-305.

Country: USA

Year: 1995

Aim: The aim was to investigating the healing experience of people with chronic health challenges.

Method: An interpretive phenomenological approach was undertaken whit the participants.

Sample: 8 individuals living whit different chronic conditions were elected through purposive convenience sampling.

No of references: 37

---

Reference: Morse och Carter (1996)

Author: Morse, Janice M., & Carter, Barbara.

Title: The essence of enduring and expressions of suffering: The reformulation of self.

Source: Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 10(1), 43-60.

Country: USA

Year: 1996

Aim: The aim of the study was to explicate the concept of suffering and enduring.

Method: Qualitative study, conducted through interviews.

Sample: 27 patients who was discharged from a rehabilitation hospital and were at least 6 months past injury or acute illness crisis.

No of references: 42

---

Reference: Silver et. al (2002)

Author: Silver, R C., Holman, E A., McIntosh, D N., Poulin, M., & Gil-Rivas, V.

Title: Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11.

Source: The journal of the American medical association, 288, 1235-1244.

Country: USA

Year: 2002

Aim: The aim of the study was to examine the degree to which demographic factors, mental and physical health history, lifetime exposure to stressful events, September 11-related experiences, and coping strategies used shortly after the attacks predicted psychological outcomes over time.

Method: Through Quantitative research.

Sample: A national probability sample of 3496 adults in wave one, 1069 of these in wave two. And in a third survey the 860 who completed both finished both wave one and two.

No of references: 55

## Bilaga 2: Sammanfattning av databassökning

Sökord	Antal träffar	Begränsning	Granskade	Utvalda
Nursing & Coping	3206			
Nursing, Coping & Stress	1164			
Nursing, Coping Strategies & Stress	250	Humans Adults English		
Nursing, Coping, Stress & Trauma	24	Humans Adults English	24	1
Nursing, Coping & Critical Illness	19	Humans Adults English	19	1
Nursing, Coping strategies, Stress & Catastrophic	2		2	1
Related articals to Dewar (2001)	13		13	5
Manuell sökning			6	2