GÖTEBORGS UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

“THE FIRST AND GREATEST VICTORY IS TO CONQUER YOURSELF” - PLATO

Omvårdnad i krig: sjuksköterskors upplevelser

Zoë Li

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, OM5250 Examensarbete
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2024
Handledare:	Jesper Englund
Examinator:	Sara Wallström
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Tack Herr Englund för att ha konsekvent väglett uppsatsen i rätt riktning.

… In loving memory of my father. Thank you, Dad, for teaching me the value of perseverance, resilience and to always stay true to who you are. Peace.

Sammanfattning

Bakgrund: Sedan begynnelsen har krig varit en del av mänskligheten historia och även en grogrund till utveckling, men bär med sig en oundviklig verklighet av lidande och därmed personer i behov av omvårdnad. Som ett svar till det förändrade omvärldsläget är den svenska hälso- och sjukvården i ett tillstånd av höjd beredskap för att bygga upp kapaciteten och förmågan att hantera katastrof- och krigssituationer. Att lära sig från historien ger möjligheten att undvika att upprepa samma misstag och insikter från levda erfarenheter kan ge vägledning till förberedelser.

Syfte: Att undersöka upplevelser från sjuksköterskor som bedrivit omvårdnad under pågående krig.

Metod: Litteraturstudie som resulterade i 12 artiklar: 9 kvalitativa-, 2 kvantitativa- och 1 mixedmetodstudie som analyserades genom tematisk-analys.

Huvudfynd: Ökad press i levnads- och arbetsmiljön, brist på resurser, ökat ansvarstagande, komplexa vårdrelationer, perceptionen i att behöva vara stark och det direkta hotet mot livet kunde leda till upplevelsen av sårbarhet, osäkerhet och otrygghet med risk för negativ påverkan på den mentala hälsan och självomsorg; som i sin tur utgjorde en barriär till god omvårdnad. Däremot, när sjuksköterskan kunde upprätthålla sin professionalism, förverkliga sin kreativitet och tilltro, samt fostra en känsla av medlidande så kunde hen finna möjligheter i svårigheterna.

Slutsatser: Genom att möta svårigheter och ta del av obekväma verkligheter så kan man avtäcka essensen av människors motståndskraft och den inneboende förmågan alla har att förverkliga läkande i sig själv, i andra och även i situationer med stort motstånd.

Nyckelord: *beredskap, drivkraft, integral omvårdnadsteori, kultur, krig, läkande, medlidande, motståndskraft, möjligheter, personligt, plikt, professionalism, sjuksköterskor, spiritualitet, tro, upplevelser, utmaningar, utveckling.*

Innehållsförteckning

Förord 2
Sammanfattning 2
Innehållsförteckning 3
Introduktion 5
Bakgrund 5
Utmaningar leder till utveckling 5
Bild 1. Världsläget 2024 6
Förändrat världsläge: Höjd beredskap 6
Etiska principer och moral 7
Omprioriteringar i vården 8
Triage 8
Integraler 9
Problemformulering 10
Syfte 10
Metod 11
Informationssökning 11
Tabell 1. PEO-formation 11
Databaser och sökord 11
Urval 12
Tabell 2. Inklusion- och exklusionskriterier 12
Tabell 3. Prisma 12
Etik- och Kvalitetsgranskning 12
Dataanalys 13
Resultat 14
Tabell 4. Huvudteman och kategorier 14
Sammanfattning 14
Barriärer till omvårdnad 15
Att leva och arbeta under press 15
Ovissheten av förväntningar 16
Komplex variation av patienter 17
Övervinnandet av svårigheter 19

Skapa ett säkert utrymme i ögat av stormen 19
Att upprätthålla sin position 20
Finna medlidande för den andra 21
Diskussion 22
Metoddiskussion 22
Informationssökning 22
Urval 22
Dataanalys 23
Resultatdiskussion 24
Slutsatser 26
Kliniska implikationer och framtida forskning 27
Referenser 28
Bilaga 1. Databassökningar 35
Bilaga 2. SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier 36
Bilaga 3. Artikelbilaga 37

Introduktion

Sjuksköterskors centrala praktiska arbete innefattar att ge vård och ombesörjning vilket många gånger kan ske i intensiva och utmanande situationer. Omvärldsläget har sett en ökning av beväpnade konflikter runtom i världen men krig har varit en återkommande del av människans historia sedan begynnelsen. Likaså har personer som drabbats av krigets effekter haft behov av omvårdnad. Som ett resultat av omvärldsläget är Sverige i ett tillstånd av höjd beredskap och hälso- och sjukvården är i en process av att utöka förmågan och kapaciteten att svara till den potentiella verkligheten av hot från omkringliggande krafter. Sjuksköterskan är involverad i både förberedelsearbetet, i den faktiska vårdsituationen och i återhämtningsarbetet i enlighet med professionens standard. Samtidigt har Sverige inte varit involverad i krig sedan år 1814, vilket kan leda till att verkligheten som sjuksköterskan kan ställas inför att kännas som ett outforskat territorium. Denna litteraturstudie söker att utforska sjuksköterskors upplevelser av att ha varit verksamma under manteln av krigstillstånd för att avtäcka lärdomar och insikter som kan ge stöd inför den potentiella verkligheten som den individuella sjuksköterskan kan ställas inför.

Bakgrund

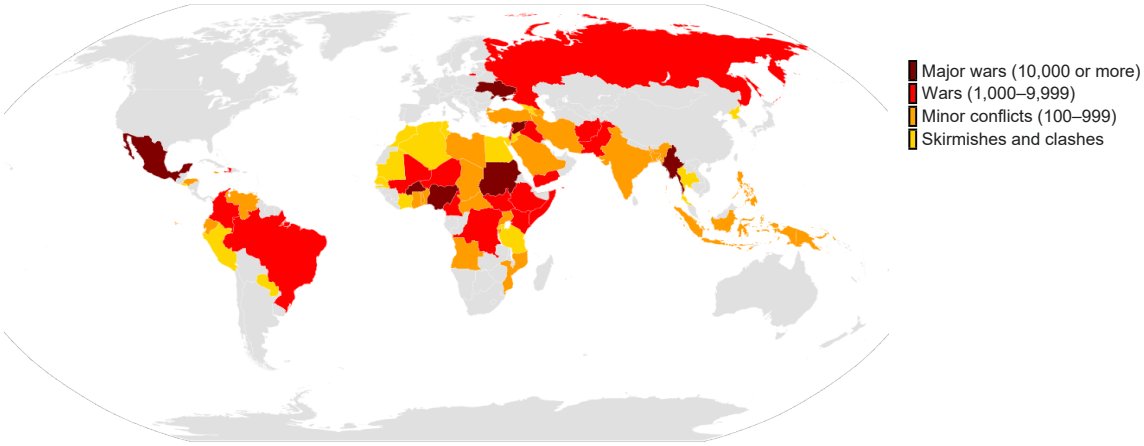
Utmaningar leder till utveckling

Genom historien har krig varit en grogrund för utveckling [1, 2] och inte minst för sjuksköterskeyrket. Florence Nightingales banbrytande arbete har lagt grunden för det moderna sjuksköterskeyrket genom metoder hon utvecklade under Krimkriget (1853–1855) [3, 4]. Florence identifierade genom användandet av statistik att soldater som skadades i kriget var mer sårbara för effekten av de undermåliga sanitära förhållandena på sjukhuset de vårdades på än skadorna de åsamkats. Hon identifierade att läkande sker inifrån men att omgivningen är det som verkar på patienten, och att det är sjuksköterskans uppgift att förverkliga denna symbios för att främja läkande.

Första världskriget (28 juli 1914 – 11 november 1918) [5] var en katalysator till flertalet medicinska framsteg t.ex. födseln av plastikkirurgi, etableringen av blodbanker och blodtransfusioner, utvecklingen av aseptisk sårvård samt fältsjukhus [2]. Majoriteten av sjuksköterskorna i kriget rekryterades genom Röda Korset, många som volontärer, och i slutet av kriget uppskattas det att 90,000 volontärsjuksköterskor var i tjänst [6]. Vissa sjuksköterskor tränades genom militären men erhöll ingen specifik rang och tilläts inte att befinnas vid frontlinjen men det ändrades när deras kompetens behövdes nära stridslinjen för att snabbt omhänderta skadade soldater [7]. I Storbritannien ledde den omvälvande volymen av män som ryckte in i kriget till att kvinnor på hemmaplan antog okonventionella roller vilket var en avgörande faktor vid erkännandet av kvinnors rättigheter [8]. Inom Röda Korset och i slutet av kriget tillsattes de första kvinnorna till det högsta ledarskapsskiktet och även på krigsfältet. Efter kriget utökade organisationen sina insatser till utanför storskaliga beväpnade konflikter på ett omfattande sätt och placerade sjuksköterskor för att utföra humanitärt arbete och förbättra folkhälsan på flera platser i Europa [6, 9].

Under Andra Världskriget (1 sep. 1939 – 2 sep. 1945) [10] fanns ett ökat behov av sjuksköterskor med kompetens för att verka inom områden som sedan det Första Världskriget sett stora medicinska framsteg [11]. Nya anestesiologiska läkemedel ledde till ett ökat behov av sjuksköterskor som kunde administrera dessa och det stora behovet av att ge omvårdnad till soldater med psykiska svårigheter ledde till utvecklandet av intensiva utbildningsprogram för att träna sjuksköterskorna i dessa arenor. Utvecklandet av blodtransfusioner och det nyupptäckta sambandet av hypotermi och dess påverkan på koagulationsförmågan ledde till att sjuksköterskor övervakade patienterna under behandling av chock och vidtog åtgärder för att hålla dem varma. Sjuksköterskornas erfarenheter och initiativ under kriget banade väg för utvecklandet av nya tillvägagångssätt och specialiteter. När verkligheten uppdagades från Andra Världskrigets fasor uppdaterades Genèvekonventionen och versionen från den 12e augusti 1949 har erkänts av 192 länder runtom i världen och ligger till grund för dagens Internationella Humanitära Lagar [12]. Konventionens huvudsakliga syfte är att skydda i synnerhet hälso-och sjukvårdspersonal, civilbefolkningen och omhändertagna ’fiendens kombattanter’ från krigets effekter och träder i kraft så fort en beväpnad konflikt uppstår.

Bild 1. Världsläget 2024



Bilden illustrerar pågående krig, konflikter och mindre sammandrabbningar. En komplicerande faktor att ha i åtanke är att möjligheten att föra statistik under krig är försvårad [13, 14].

Förändrat världsläge: Höjd beredskap

I nutid har man konstaterat, utifrån flera mätningar, att antalet beväpnade konflikter ökar [15, 16] och är på den högsta nivån sedan Andra Världskriget när mätningar först började göras [16]. Beväpnade konflikter övergår till att kännetecknas som krig när en officiell konflikt mellan två stater eller nationer resulterar i att dödsfallen överstiger 1000 personer på ett kalender år (se Bild 1) [17]. Inom varje krig kan flertalet beväpnade konflikter och oroligheter blossa upp och inverka på hela regionen [18], den civila befolkningen med eftereffekter som sträcker sig långt vidare [14]. De fysiska skadebilderna som kan uppstå i krigssituationer är direkt relaterat till de skadliga medlen som är tillgängliga för krigsutövaren och dennes militära strategi [14]. Det har däremot påvisats att de senaste 50-årens krig har resulterat i en relativt konstant fördelning av skadebilder på civilbefolkningen som är

följande: ”26% skallskador, 18% bröstkorg, 10% buk och bäcken, 4% ryggrad, 32% övre extremiteter, 18% nedre extremiteter och 16% brännskador” [s.6, 19]. Utöver fysiskt kan civilsamhället dessutom drabbas genom att aspekter av infrastrukturen blir skadat vilket försvårar försörjningen och transportkedjor och därigenom leda till nedstängda sjukhus, skolor och ödeläggelse av bostadsområden [14]. Civilbefolkningens trygghet och säkerhet riskeras att nötas ner och befolkningen kan tvingas på flykt.

Sverige har varit förskonad krig sedan år 1814 [20] men Rysslands fullskaliga invasion av Ukraina som startade 24 februari 2022 [21] väckte Sveriges medvetenhet kring behovet av upprustning och utökning av landets ’Totalförsvar’ för att förbättra förmågan att stå emot och svara till ett eventuellt hot mot landets säkerhet [22]. Att bygga upp motståndskraft under fredstid innebär att stärka landets infrastruktur och utöka förmågan att upprätthålla både civila och militära instanser samt utöka de organisatoriska och individuella förmågorna att svara mot ett ökat behov [22, 23, 24]. För hälso- och sjukvården innebär upprustningen att uppnå en funktionell nivå för att kunna bedriva den dagliga verksamheten och även svara till storskaliga kriser eller katastrofer. En integration av handlingsplaner och utökning av resurser krävs för att på det kortsiktiga planet kunna svara på en plötslig stor volym av patienter. På ett långsiktigt plan innebär det även att utveckla strategier för samverkan och förmåga till omorganisation mellan kommuner och regioner för att komplettera med arbetskraft.

I en systematisk översiktsartikel publicerad 2022 [25] undersöks legitimerade sjuksköterskors erfarenheter och synvinklar på att bedriva omvårdnad i krig och konfliktzoner, vilka utmaningar de stött på, betydelsen av deras verksamhet och värdet av specifika förberedelser innan och återhämtningen efter. Studien är den första av sitt slag och har behandlat samtlig forskning som finns inom området. Forskarna identifierar att ett förbättringsområde för sjuksköterskor, även i militär befattning, innefattar specifik förberedelse innan tjänstgöring i krig.

Etiska principer och moral

De övergripande etiska principerna av att göra gott, att välja vägen som gör minst skada, respekt för självbestämmande och rättvisa i enlighet med lagstiftade riktlinjer bör samtlig hälso- och sjukvårdspersonal och sjuksköterskor specifikt förhålla sig till och upprätthålla genom yrkets moral och karaktär oavsett situation, personliga övertygelser, värdering eller nationalitet i enlighet med professionens kodex [26].

The International Council of Nurses (ICN) beskriver de etiska kompetenserna som är specifika för sjuksköterskeyrket [27]. ICN har även tagit fram en kompetensbeskrivning med riktlinjer vid katastrofala händelser och beskriver vad sjuksköterskor på grundnivå respektive specialistnivå förväntas anta för roller och vilka funktioner som respektive kategori behöver fylla [28]. Sjuksköterskan är således involverad i både förberedelsearbetet, antar ledarskapsroller, agerar first-responders dvs. vara de första som tar hand om ett skadeoffer, är triageansvariga och vårdgivare både i och utanför sjukhusmiljön samt arbetar inom återhämtningsarbetet. Specialistsjuksköterskor förväntas i första hand anta ledarskapsroller i dessa fall.

Omprioriteringar i vården

Socialstyrelsen återknyter i ’Vårdens prioriteringar i krig och fredstida katastrofer’ att ett ökat behov av resurser i krigssituationer kan leda till att de etiska principerna behöver snöras åt [24]. Bedömningarna för resursfördelning ska fortfarande utgå ifrån det medicinska tillståndet avsett om patienterna tillhör militären, civilbefolkningen eller är en ’fiendes kombattant’ och skall ske utan diskriminering av patientens ”ålder, kön, nationalitet, funktion i samhället” [24, s.7].

Triage

Triage är ett ramverk för en strukturerad prioritering och omhändertagande av patienter utifrån allvaret i det medicinska tillståndet, för att snabbt identifiera och initiera relevanta åtgärder så att patienten hamnar i rätt vårdkedja [29, 30]. Systemet utvecklades först av en utav Napoleons kirurger, Baron, på 1800-talet och efter omgångar av förfining anammades systemet på 1980-talet in i den civila akutsjukvården [29]. Varje nation har en något varierad struktur på respektive triagesystem men de huvudsakliga parametrarna innefattar: katastrofal blödning, förmåga att gå, puls, andningsfrekvens och patientens medvetandegrad utifrån t.ex. Glasgow Coma Scale.

En av de mest omfattande situationerna som militären och hälso- och sjukvården kan möta är en masskadeincident (Mascal) [24, 29, 30, 31]. Det är en ovanlig situation, men innebär omhändertagandet av stora volymer patienter vid storskaliga katastrofer eller i krigssituationer som kan uppstå utan förvarning. När de tillgängliga resurserna dessutom är begränsade så prioriteras vårdåtgärderna och dispenseringen av material, tid och personal för att uppnå den största nyttan för det största antalet patienter.

Nato har utvecklat följande Triage-koder för medlemsnationerna i militära sammanhang för att använda vid prioritering i masskadeincidenter:

T1: Röd; Icke tidskrävande åtgärder men kräver omedelbar åtgärd eller livsnödvändig operation, t.ex. “respiratory obstruction, accessible hemorrhage, emergency amputation” [29, s.45].

T2: Gul; Tillstånd där behandling kan dröja utan fara för livet inklusive tidskrävande operationer, t.ex.” large muscle wounds, fracture of major bones, intra-abdominal and/or thoracic, head or spinal injuries; also uncomplicated major burns” [29, s.45].

T3: Grön; Tillstånd som kräver lite och okomplicerad behandling som patienten själv eller otränad personal kan åtgärda, t.ex. ”minor lacerations, abrasions, small bone fractures and minor burns” [29, s.45].

T4: Svart; Allvarliga tillstånd som kräver omfattande behandling med låg sannolikhet till överlevnad. Patienten erhåller symptomlindrande och livsuppehållande behandling tills personal och resurser finns att tillgå, t.ex. “severe multiple injuries, severe head or spinal injuries, wide-spread severe burns” [29, s.45].

En riktlinje är att triageringen bör ta max 30 sekunder men i en masskadeincident, i synnerhet om det akuta omhändertagandet sker utanför sjukhus, kan det leda till att sjuksköterskan triagerar och omhändertar den eller de som faller i ens händer [31]. Prioriteringarna utifrån det ovannämnda ramverket bör omprövas kontinuerligt tills man återfår kapaciteten att återgå till den normala vårdnivån. I det civila sammanhanget kan kapaciteten i krigssituationer redan vara ansträngd och nedprioriteringar av den civila vården redan vara en verklighet [24, 31]. Som en del i upprustningen av 'Totalförsvaret' är Sverige i processen av att utveckla en nationell plan av omhändertagande vid masskadeincidenter [24].

Integraler

Barbara M. Dossey's integral omvårdnadsteori [32] tar avstamp i och bekräftar Florence Nightingales synsätt och postulerar att en integral-sjuksköterska är en 2000-talets Nightingale. Dossey understryker att sjuksköterskans centrala verksamhet är att vara en möjliggörare till läkande genom att finna en integrerad balans utav helheten och inte minst till sig själv. Utifrån de samverkande variablerna i en omvårdnadssituation så söker teorin att forma en helhet av den komplexa verkligheten.

Läkande betraktas som ett naturligt tillstånd och en central inneboende drivkraft hos alla levande varelser oavsett situation eller fas i livet. I likhet med Nightingale ses att bota inte möjligt i alla situationer men läkande kan ske på flera och ibland oförutsägbara plan. Intention inom teorin beskrivs som drivkraften att utföra medvetna handlingar. Perspektiven på de metaparadigmatiska koncepten inom teorin innefattar: Person: som uppstår när en ömsesidig respektfullhet infinner sig mellan sjuksköterskan, patienten och dennes närståendes subjektiva värld. Integral omvårdnad: sjuksköterskan verkar genom att förstärka den fullständiga upplevelsen av helhet inom relationer. Integral miljö: både det emotionella inuti och utanför en individ är sammankopplat med varandra och vartannat på den omedelbara funktionella nivån, på ett globalt plan och utöver den för människan begripliga sfären (det gudomliga). Integral hälsa: definieras utifrån individuella förutsättningar och betydelsen av fysisk, mental och spirituell hälsa formas utav individen själv. De metaparadigmatiska domänerna, i likhet med Nightingales världsbild, illustreras som ett sammankopplat fält där upplevelser inom ett område leder till en förskjutning eller förändring i de andra som i sin tur har flerfaldiga effekter på läkande.

Samtliga aspekter i Dossey's teori syntetiseras i en multi-lagrad bild av de fyra principerna av integral omvårdnadsteori:

I; utvecklandet av ett jag är nödvändigt för att kunna vara närvarande i den läkande processen. Det är möjligt genom självmedveten självreflektion och genom att finna en helhet i sig själv. En viktig aspekt är att avtäcka sitt egna undermedvetna eller de förtryckta delarna i sig själv. Att värna om essensen i sig själv, och andra och därigenom finna ett fullständigt sätt att bidra till världen genom stillsam närvaro i här och nu. Att verka med intention till att bli medveten om hela livets verklighet inbegriper även att förbereda sig för sin egna dödsprocess och erkänna den som en naturlig del av livet. Därigenom fostras en ödmjukhet inför livet och ingen förväntning

fästs på framtiden. Vidare beskrivs det att det inte existerar en separation mellan ens profession och privata liv.

We; representerar intersubjektiviteten av oss inom olika skikt i samhället och den gemensamma arena där lidande kan uppstå. Dossey beskriver att sjuksköterskan genom sin närvaro kan hjälpa patienterna ge uttryck till upplevelsen av lidandet och en ny identitet kan formas genom meningsskapande. Hon identifierar att det är de mellanmänskliga domänerna som dikterar hur lidandet gers i uttryck även utifrån spiritualitet och religiositet. Genom att lyssna med intention och bära vittne till andras upplevelser kan man ta emot lidandet från en annan. Genom medlidande så görs ingen separation mellan sig själv och annan, utan med den andra och därmed även med sig själv, så låter det lidandet ta en ny form och ger möjlighet till en ny början. Dossey identifierar frasen ”I’m doing the best that I can” [32, s.E70] som illustrerar essensen i intentionen i den verbala och icke verbala kommunikationen för båda parter att finna medlidande på ett förbehållslöst och icke-dömande sätt.

It; innefattar objektiva strategier som sjuksköterskan guidar patienten att finna för att främja hälsosamma levnadsvanor utifrån dennes egna kapacitet och intention. Det sker genom att stötta till interaktion med omgivningen samt identifiera interventioner för att skapa en läkande miljö, inklusive de praktiska strategier, strukturer och system som sjuksköterskan förhåller sig till genom t.ex. ett strukturerat omhändertagande och omvårdnadsprocessen.

Its: beskriver den externa kollektiva gemensamma miljön som sjuksköterskan är verksam i och hur denna är anpassad för att främja läkande. Miljön bör uppmana till medveten närvaro för sjuksköterskorna att utöva ett multidisciplinärt omhändertagande och främja läkande på ett optimalt sätt.

Problemformulering

Sverige befinner sig i ett tillstånd av höjd beredskap och hälso- och sjukvården rustas upp för att öka kapaciteten och förmågan vid eventuellt krig. Förutsättningarna som krig innebär är situationsbaserat och många gånger oförutsägbara. Krigsföring skapar en verklig miljö med ett reellt hot mot liv, oavsett om man är civil eller militär, men har även varit roten till många samhälleliga, vetenskapliga och teknologiska utvecklingar och dessutom bidragit till enorma framsteg inom sjuksköterskeyrket. En sjuksköterska har en plikt att upprätthålla sin professionella roll i enlighet med professionens kodex oavsett situation som kan vara komplexa och utmanande även i daglig praxis. Sjuksköterskor som har direkta erfarenheter av patient-nära omvårdnad under krig kan bidra till en ökad medvetenhet av utmaningar och deras insikter kan identifiera personliga utvecklingsbehov även under fredstid.

Syfte

Att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att bedriva omvårdnad i krig eller krigsliknande situationer.

Metod

Studiedesignen för detta arbete togs fram utifrån ramen av en systematisk översikt [33]. Det möjliggjorde att på ett strukturerat sätt skapa en överblick av tillgänglig forskning som är av relevans för att undersöka sjuksköterskors upplevelser av att bedriva omvårdnad i krig eller krigsliknande situationer. Stegen som togs i denna litteraturstudie preciseras nedan.

Informationssökning

Syftets huvudkomponenter identifierades och formulerades utifrån PEO [34] för att skapa en struktur i sökningen**:**

Tabell 1. PEO-formation

Population:	Sjuksköterskor; med och utan militär utbildning som har direkt patientkontakt
Exposure:	Krigssituationer; i nära anslutning till, med pågående eller med hot om beväpnade konflikter
Outcome:	Sjuksköterskors upplevelser

Databaser och sökord

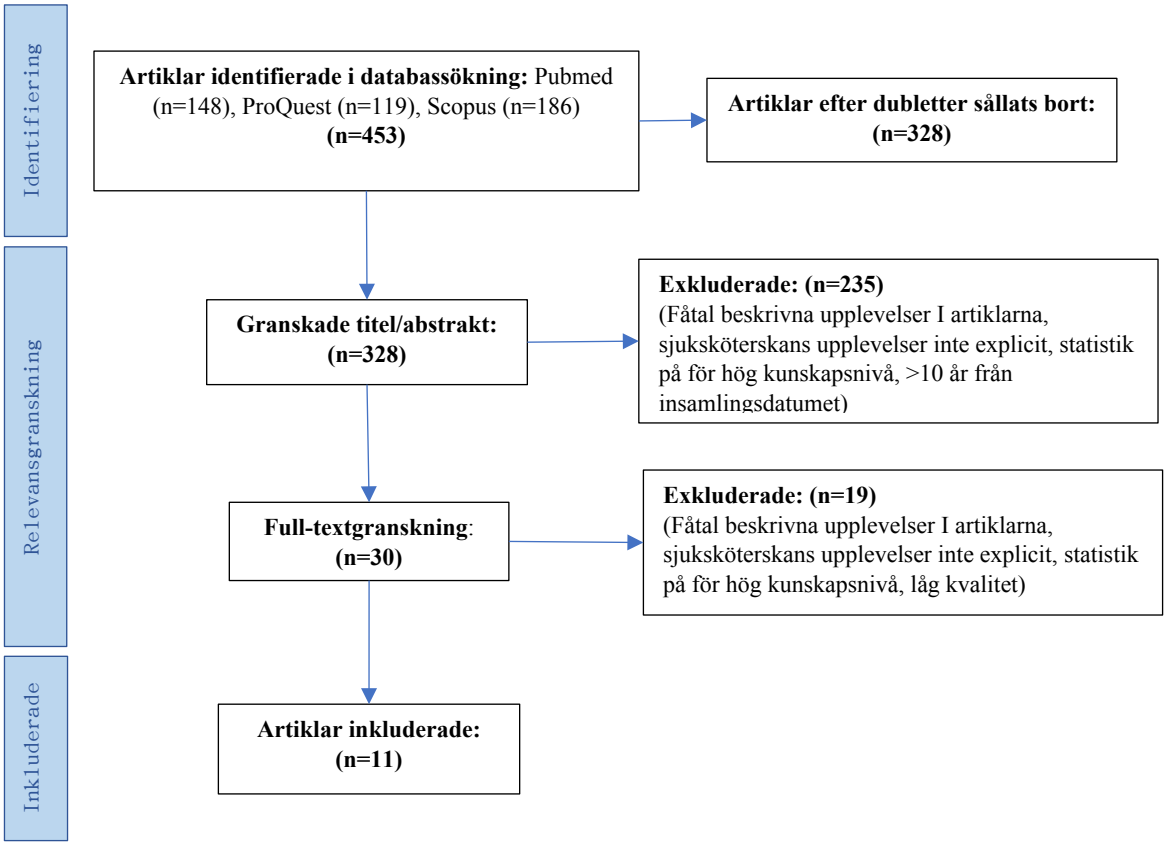
Sökningarna som resulterade i de valda artiklarna gjordes i Pubmed, Proquest och Scopus. Samtliga databaser behandlar en gemensam variation av vetenskapliga tidskrifter från flertalet länder runtom i världen och behandlar ämnena medicin, omvårdnad, psykologi, sociologi samt innehar militära journaler [35, 36, 37]. Utifrån PEO-formationen identifierades sökord som fånga in sjuksköterskors upplevelser inom specifikt krig och krigsliknande situationer. Relevanta sökord identifierades genom MeSH-termer i Pubmed. ’Nurses’ dvs. legitimerade sjuksköterskor, ’experience’ innefattar affektiva, psykologiska, sociala upplevelser och händelser som påverkat individen [38, 39], samt war vilket fångar in krig som fenomen, specifika krig, och påföljdseffekter av krig [40]. Termerna inkluderades med booleska termen AND i samtliga databassökningar (se bilaga 1) [35]. MeSH-termen ’warfare and armed conflicts’ lades till i Pubmed med booleska termen OR medan relaterade termer anpassades i övriga databaser: ’armed conflicts ’i Proques och Scopus, och ’combat’ lades till i Proquest. I Scopus användes avgränsningen [title, abstract, keywords] för sökorden eftersom tidigare sökningarna i Pubmed och Proquest visade att de relevanta artiklarna beskriver termerna redan i dessa fält och för att begränsa antalet artiklar att granska utifrån omfånget av denna litteraturstudie.

Urval

Tabell 2. Inklusion- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
2014–2024 Engelska Originalartikel Kvantiativ och kvalitativ	Fåtal beskrivna upplevelser i artiklarna Sjuksköterskans upplevelser inte explicit Statistisk på för hög kunskapsnivå >10 år från insamlingsdatumet Låg kvalitet

Tabell 3. Prisma



Etik- och Kvalitetsgranskning

10 studier [41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50], som uppfyllde kriterierna som behandlas ovan, kvalitetsgranskades på full-text utefter SBU:s kvalitativa granskningsmall (se bilaga 2) [51]. Artiklarna var genomförda genom kvalitativa intervjustudier och/eller fokusgrupper och för att bedöma artiklarnas kvalitet lades stor vikt vid att identifiera i synnerhet rollen som intervjuledaren tog under forskningsarbetet, deras relation till respondenterna samt hur det insamlade materialet behandlades [52, 53, 54]. Därefter bedömdes forskarnas noggrannhet vid: tillvägagångssättet av respondenturval, metodredovisning, analysmetod och presentation

av resultaten. Därmed granskades avvägningarna som forskarna gjorde för att optimera reflexivitet, objektivitet och transparens samt teoretisk förankring för att svara på respektive artikels syfte [55].

Ett antal kvantitativa artiklar bedömdes relevanta på full-text för denna litteraturstudies syfte men det statistiska resultatet överskred författarens kompetens att kvalitetsgranska. Inget bortfall rapporterades och studien säkerställde urvalsstorleken och kontrollerade för eventuella confounders och variabler som kunde haft effekt på resultaten. En inkluderad kvantitativ studie [56] och en mixed-metodstudie [48] genomfördes med enkäter och uppvisade ett representativt urval med användandet utav valida och reliabla mätinstrument i form av PSQI (the Pittsburgh Sleep Quality Index) och FSS (Fatigue Severity Scale), respektive PTGI (Posttraumatic Growth Inventory) [57].

Samtliga artiklar kontrollerades för etiskt godkännande från respektive etikgranskningsinstans samt granskades utifrån hur de förhållit sig till samtycke- och informationskravet [58, 59]. Vidare, om forskarna har diskuterat eventuella etiska konflikter, dess överväganden samt deklaration av finansiering. Gällande eventuell vridning från respondenterna avvägdes detta så långt det var möjligt och fanns det reflektioner från forskarna själva exkluderades inte studierna på denna grund. Anmärkningsvärt var en artikel [45] som identifierade att respondenterna hade ”en dragning till martyrdom” [45, s.720] i sina svar och då datainsamlingen genomfördes av deras egna landsmän indikerar det en vridning av resultaten. Forskarna är transparanta med detta och identifiera att det kan finnas en djupare förklaring och därmed exkluderades inte artikeln. Tre av de valda artiklarna till denna litteraturstudie genomförde sekundära analyser av sin egna forskning [44, 49, 50], vilket kan ha inverkat på samtycke och informationskravet hos respondenterna. Forskarna diskuterar att fynden bakom artiklarna var oväntade resultat från den föregående forskningen och eftersom de utgick från redan insamlat material anmärker de på att det påverkat nyansering och djupet i resultaten.

Den sammanvägda bedömningen av etik- och kvalitetsgranskningen resulterade i låg, mellan eller hög kvalitetsbeteckning (se bilaga 3) [51, 55].

Dataanalys

Genom en kombination av tematisk analys [60] siktades att inkludera samtliga beskrivningar av sjuksköterskornas upplevelser inom krigssituationen. Paragrafer och sammanhängande meningar som svarar till detta stryktes över med överstrykningspenna initialt. Därefter gicks texten över igen för att ringa in den sammanhängande meningen i de meningsbärande enheterna med syfte att koncentrera meningen i sjuksköterskornas upplevelser. Med detta i åtanke kondenserades de meningsbärande enheterna på ett separat papper och kontrollerades med texten för att verifiera att de innehöll samtliga aspekter ur upplevelsen som beskrivits samt utesluta vissa aspekter som inte omfattades av inklusionskriterierna. De kondenserade meningsbärande enheterna lades sedan över i ett Word-dokument och färgkodades utefter artikel. För att inte förlora nyanserna eller komplexiteten i den initiala kodningen och för att lättare kunna se samband mellan sjuksköterskornas upplevelser behölls majoriteten av

koderna i meningsform. Koderna jämfördes med de kondenserade meningsbärande enheterna, men simplifierades för att finna den bärande essensen av upplevelsen och underlätta kategoriseringen. Kategoriseringen och grupperingen av koderna från artiklarna gjordes genom tabeller i Word för att finna samband, mönster och likheter i upplevelserna och finna ett överskådligt flöde i koderna. De initiala kategorierna utvecklades till ’Svårigheter’, ’Effekter’ och ’Att överkomma’. Därefter omgrupperades och organiserades koderna tills subkategorier och koder var samhörigt, och kategorierna och teman identifierades. Subkategorierna innehåller koder som i sin tur utgör varje mening i det färdiga resultatet.

Resultat

12 artiklar inkluderades i denna litteraturstudie och resulterade i 2 huvudteman, 6 kategorier och 16 subkategorier. Det första temat ’Barriärer till omvårdnad’ innehåller 3 kategorier och 10 subkategorier och beskriver utmaningar som sjuksköterskorna har upplevt i relation till omvårdnadsarbetet under krig samt dess relaterade effekter. Det andra temat ’Övervinnandet av svårigheter’ innehåller 3 kategorier med totalt 6 subkategorier och innefattar de personliga och professionella strategier och tillvägagångssätt som stöttat och informerat sjuksköterskorna att ta sig igenom svåra situationer som uppdagats genom deras roll som sjuksköterska under krig.

Tabell 4. Huvudteman och kategorier

Barriärer till omvårdnad	Att leva och arbeta under press
	Ovissheten av förändringar
	Komplex variation av patienter
Övervinnandet av svårigheter	Skapa ett säkert utrymme i ögat av stormen
	Att upprätthålla sin position
	Finna medlidande för den andra

Sammanfattning

Barriärer till omvårdnad i krigssituationer kunde från sjuksköterskans perspektiv uppdagas genom en ökad press i levnads- och arbetsmiljön. Negativa effekter på den mentala hälsan riskerades genom den upplevda osäkerheten och otryggheten i levnadsvillkoren. De påfrestande arbetsmiljöerna och krävande arbetsuppgifterna kunde leda till oönskade misstag, dålig sömnkvalitet och brister i självomsorg. Svårigheter i kommunikation och begränsad rörelsefrihet kunde leda till utsatthet och oro i relationer. Även de begränsade tillgångarna och brist på personal upplevdes leda till svåra överväganden av vårdåtgärder vilket krävde ett ökat initiativtagande och ansvar. Dessutom kunde en kultur av styrka paradoxalt leda till en känsla av sårbarhet. Den komplexa variationen av patienter som sjuksköterskan kunde möta: från barn, till bekanta och familj, till hotfulla, till den fientliga kombattanten och dessutom från olika kulturer, ledde till att den professionella rollen utmanades och i vissa fall krävdes av sjuksköterskan att gå utanför sin bekvämlighetszon till den yttersta gränsen. Det var dock i utmaningarna som sjuksköterskan överkom svårigheterna. Genom att skapa ett utrymme i

stormen där sjuksköterskan kunde hantera sin medvetenhet i en trygg tillvaro kunde de ta sig igenom och vidare utmaningarna. Genom sin professionalism och uppfinningsrikedom kunde sjuksköterskan upprätthålla sin position av att bedriva omvårdnad. Genom att hen bibehöll sin personliga och professionella tro om jämlik och medmänsklig vård återfanns ett driv att alltid göra vad som är rätt oavsett situation. Sjuksköterskan kunde således finna förståelse och acceptans för både sig själv och den andra.

Barriärer till omvårdnad

Att leva och arbeta under press

Hot mot den personliga tryggheten och säkerheten.

Den osäkra verkligheten av att leva och arbeta under krig beskrevs i två artiklar som osäkerheten av att upprätthålla sitt dagliga liv [46, 42] där ovissheten varje dag ledde till en restriktiv inställning till framtiden [42]. I en artikel beskrevs svårigheter att ta sig till arbetet på grund av förstörelse mot infrastrukturen, avbrott i försörjningskedjor och blockerade löneutbetalningar [46]. I vissa situationer beskrevs även osäkra möjligheter att evakuera [46, 47]. Sjuksköterskorna kunde även bli vittne till fysiskt våld mot medicinsk personal och förstörelse av ambulanser [45, 46] vilket resulterade i en psykologisk börda av att inte se Genèvekonventionen upprätthållas [45]. Det beskrevs dessutom att sjuksköterskor som vittnade att andra sjuksköterskor drabbats blev mer benägna att känna sig personligen i fara [46]. Osäkerheten i omgivningen kunde för sjuksköterskorna resultera i svårigheter att reglera sina psykologiska och emotionella reaktioner med mardrömmar och återupplevande av svåra situationer, vilket upplevdes påverka kvaliteten i den professionella omvårdnaden och i sin tur ledde till försämrat självförtroende [42].

Högt tryck i arbetsmiljön

I en artikel påvisades det att sjuksköterskor som bedriver omvårdnad av krigsskadade patienter drabbades av en ökad grad av sömnsvårigheter och fatigue, medan en högre grad av fatigue dessutom ledde till försämrad sömnkvalitet [56]. Sjuksköterskorna beskrev en plikt att ta hand om sina patienter men att värdera andras behov högre än sina egna ledde till att de brast i att ta hand om sina egna fysiska behov [49].

Restriktioner leder till avstånd i relationer

Snabba förändringar i miljön kunde framkalla en oro hos sjuksköterskan över den egna familjen, över arbetet och sitt egna välmående [45]. I en aktiv krigszon beskrevs en oro över att själv bli svårt skadad medan de med familj blev mer oroliga över om familjen kommer kunna hantera om sjuksköterskan skulle stupa [43]. Oron för familjemedlemmarna kunde utökas när tekniska anslutningsmöjligheter bröt möjligheten för sjuksköterskan att ta kontakt [49, 45]. Oförmågan att erbjuda stöd skapade en oro över relationsutvecklingen och framkallade en känsla av utmattning, ensamhet och isolering [49]. Ett begär kunde dessutom uppträda hos sjuksköterskan att lämna den farliga zonen om det var familjen som istället oroade sig för sjuksköterskans säkerhet [46]. Det fysiska avståndet och kommunikationssvårigheter mellan trupperna i den aktiva krigszonen upplevdes begränsa möjligheterna för sjuksköterskan att rådfråga läkare eller kalla in kollegor för stöd vilket

resulterade i en sårbar situation [43]. I den militära miljön kunde det finnas en begränsad förmåga att självständigt besluta om sin arbets- och levnadsmiljö, och de sjuksköterskorna mötte på arbetet var även dem som de levde med [49]. De kände sig kvävda i situationen och beskrev att möjligheten att minska trycket och finna ett eget solitärt utrymme av trygghet från de dagliga stressfaktorerna var begränsade. Ett ytterligare element var att vissa relationer som sjuksköterskan hade till kollegorna kunde göra att hen kände sig pressad att stanna i en hotfull situation och dessutom ingjuta en falsk förhoppning att man var säker [46].

Ovissheten av förväntningar

Begränsade tillgångar begränsar vårdmöjligheterna.

I en storskalig terroristattack som orsakade en masskadeincident, så var det civila israeliska sjuksköterskor som var först på plats i en civilmiljö utan förberedelse [47]. De behandlade och gav akuta omhändertagande åtgärder med begränsade och provisoriska medel medan antalet skadade personer fortsatte att öka, samtidigt som de var under direkt hot av dödligt våld utan medel att försvara sig och utan säkra evakueringsmöjligheter. Sjukhus och fältsjukhus beskrevs i 2 artiklar ha policys och order på plats för att ransonera resurser vilket kunde upplevas som utmanande även om sjuksköterskorna förstod att det var i syfte att vara förberedd för en masskadeincident [41, 49]. Ransoneringen av de redan begränsade resurserna beskrevs leda till svårigheter i att avgöra hur resurserna skulle allokeras. När resurserna inte räckte till upplevdes svårigheter att Triagera patienter, försämrad vårdkvalitet och en osäkerhet kring hur de skulle avgöra vårdnivåerna [41]. Sjuksköterskorna kunde känna sig tvungna att värdera liv utefter vem som förtjänade massresurser, eller inte, och de upplevda påtvingade begränsningarna i möjligheten att erbjuda kontinuerlig vård och den efterföljande osäkerheten om de hade lyckats anpassa omvårdnadsåtgärderna kunde leda till stress. Upplevde sjuksköterskorna att de inte hade lyckats upprätthålla sin omvårdnadsplikt ökade det interna trycket och frambringade en känsla av hjälplöshet och meningslöshet i deras handlingar [49]. Det belystes även att sjuksköterskor i en ledarskapsroll hade lättare att utöva sin etiska auktoritet [41]. I vissa fall kunde avancerad vård erbjudas men beroende på den socio-ekonomiska situationen av landet så fanns det en risk att de begränsade resurserna eller stödfunktionerna inte kunde upprätthålla en duglig livskvalitet efter behandling. Den efterföljande osäkerheten ifall de verkligen hade gjort det bästa för patienten kunde leda till negativa effekter på den mentala hälsa som posttraumatiskstress-symptom och självmordstankar.

Ojämn distribution av ansvar

Fyra artiklar beskrev hur variationer i sjuksköterskors förmåga att tillämpa sina kunskaper och färdigheter påverkade ansvarsfördelning inom arbetsgrupperna [44, 46, 48, 49]. I en artikel beskrevs det att de begränsade mänskliga resurserna framkallade ett behov av att förlita sig på sig själv och till kollegorna för att upprätthålla omvårdnadskvaliteten vilket kunde leda till ångest [44]. I en annan artikel beskrevs det att ansvarsbördan skiftade utifrån de tillgängliga erfarenheterna, expertiserna och specialiteterna som inte alltid var överförningsbara från civilmiljön till krigssituationen [49]. Det upplevdes leda till att de behövde ta initiativ och ansvar för att balansera ut teamets oerfarenhet men kunde orsaka stress. Att införliva sitt professionella ansvar att vårda patienter och dessutom guida sina

kollegor i arbetet minskade förmågan att upprätthålla sin moraliska beslutsamhet. Vidare kunde ökade skickligheter och färdigheter leda till att sjuksköterskorna fick ökad tillit och därmed ökat ansvar men riskerade då att känna ökat tryck och prestationsångest [46]. Att balansera ökat ansvar och dessutom ökad arbetsbelastning beskrevs i en artikel riskera att leda till en frånkoppling av sina känslor i vårdrelationen och orsakade empathy-burnout och en känsla av ilska i efterhand [48].

En position av styrka

I en artikel fanns en oönskad självtillit som uppdagades genom perceptionen i att behöva finna självständiga lösningar till svåra situationer för att inte uppfattas som svag. Detta upplevdes leda till att känslor trycktes ner och hölls inne [49]. Oförmågan att bearbeta situationer kollektivt resulterade i en upplevd isolering och förhindrade återhämtningen från svåra erfarenheter och som en bidragande faktor till stigma kring mental hälsa (i synnerhet inom militären). Det rådande synsätt i det militära beskrevs som att det är hedersfullt att kämpa emot sina känslor hellre än att bearbeta erfarenheter. I flera fall var uppfattningen att det formella stödet också var ansvarig för att utvärdera och bedöma ens prestationer. Det fanns en oro för sekundära implikationer för karriären om man inte sågs som kapabel och stark, vilket resulterade för sjuksköterskorna i en känsla av att vara frånkopplad andra, från sina känslor och sårbar. Dessutom kunde den två-delade rollen som militär-sjuksköterska, som både soldat och sjuksköterska, innebära för vissa en osäkerhet kring vapenkunnighet, sin förmåga att anpassa sig till förväntningar av militär rang och osäkerhet kring eventuella sekundära ansvar, som i sin tur kunde leda till en ökad känsla av utsatthet och stress för att misslyckas.

Komplex variation av patienter

Att ta hand om krigsskadade barn

Krigsskadade barn beskrevs i en artikel öka sjuksköterskans pliktkänsla [49], och att vårda svårt skadade barn upplevdes som svårast att finna moralisk beslutsamhet i [48]. Utmaningar med vård av barn var att möta deras unika behov med de medlen och utrustningarna som fanns tillgängliga vilket upplevdes kräva en anpassning av den egna yrkesskickligheten samt kunskaper i de kliniska protokollen [49]. Stress uppdagades när vårdåtgärderna krävde mycket resurser och om sjuksköterskan kände en osäkerhet kring sin förmåga att möta sina egna personliga och professionella förväntningar i relation till skadornas svårighetsgrad. Därutöver fanns en upplevd ouppnåelig förväntan att fixa alla, att man utövade vård som var utanför sin egna kompetens och yrkesroll. Utvecklandet av skuldkänslor beskrevs i en artikel vara rotat i att ha gett undermålig vård till svårt skadade barn då de inte kunde finna förståelse och acceptans av situationen genom sina trosbaserade värderingar, och den svåraste spirituella återhämtningen drabbade de sjuksköterskor som hade barn i samma ålder [48].

Att behandla bekanta människor

Sjuksköterskor som gav omvårdnad till en skadad kollega beskrevs initialt att upplevas som oroligt och med vånda, en orsak till stress och därmed en ökad risk för oönskade misstag [43], eller en orsak till moralisk nöd [49]. I en artikel beskrevs sjuksköterskor i sammanhanget av en masskadeincident som behövde lämna sin egna familj i en hotfull situation för att fullfölja sin professionella plikt av att ge vård [47]. Vissa behövde även förse

sina egna familjemedlemmar och bekanta personer med omvårdnad vilket upplevdes av sjuksköterskan ge en ökad ombesörjning och trygghet för patienten men var en svår situation för sjuksköterskan. I en artikel beskrevs en emotionell dragning att ta hand om sina egna först vilket kunde resultera i att sjuksköterskorna åsidosatte sin etiska obligation av att ge lika vård till alla [41]. I andra fall upplevdes att andra sjuksköterskor prioriterade de fientliga kombattanterna vilket upplevdes göras utan medicinsk orsak.

Att ta hand om fientliga patienter

I fyra artiklar beskrivs sjuksköterskors erfarenheter av att ge omvårdnad till patienter som uppvisar fientlighet [41, 46, 49, 50], i ett fall med fientlighet från patientens närstående [49]. I en artikel beskriver sjuksköterskor som var verksamma i början av inbördeskriget att de kunde bli: trakasserade av patienterna, hotade med övergrepp och misshandel, hotade med användningen av vapen för att få vård eller för att utrycka sin frustration och missnöjsamhet [46]. I värsta fall kunde de känna sig tvingade att fortsätta arbeta på grund av en rädsla för vedergällning från rebellerna i landet om de skulle vägra. I sammanhanget av sjuksköterskor som tog hand om patienter som beskrevs vara deras historiska fiender, upplevde sjuksköterskorna att de initialt blev behandlade med ilska och misstänksamhet innan tillit kunde formas [50]. Motståndet från dessa patienter sågs av en sjuksköterska som ett resultat av att patienterna hade blivit hjärntvättade och fallit offer för förtryckarna i sitt egna land. En artikel beskriver att sjuksköterskorna förlitade sig på sin tro och utbildning men att de sällan refererade till Genevé-konventionen för guidning i hur de skulle gå tillväga i svåra patient-situationer [41]. En tilläggsfaktor som beskrevs komplicera situationen ytterligare var att även om sjuksköterskan har en plikt att ge lika vård till alla i enlighet med de mänskliga rättigheter, vilket de förstod inbegriper vården av fientliga patienter och dessutom krigsfångar, så upplevdes det inte vara ett universellt sentiment bland alla sjuksköterskor. Vidare uttrycks i en artikel att bevittnandet av andra sjuksköterskors eller sitt eget tvivelaktiga beteende kunde leda till moralisk obeslutsamhet [48]. En extrem situation, belystes i en artikel, att som militärsjuksköterska kunde de behöva aktivt orsaka skada för sin egen eller andras säkerhet men att de därefter var pliktade att ge vård till den skadade patienten, vilket uttrycktes som en märklig handling [43].

Kulturella skillnader skapar distans

Språkliga barriärer uttrycktes i två artiklar leda till svårigheter att samla in och förmedla information som medicinsk historia och bakgrund [44, 50]. I den ena betonades att det förvårar förmågan att ge en mer personlig vård [50]. Den uppkomna avsaknaden av ömsesidig förståelse kunde leda till ett behov att använda tolkar, men i en artikel beskrevs det att de förlorade möjligheten att verifiera att korrekt information hade förmedlats och att patienten hade förstått [44]. Det beskrevs, som sjuksköterskan såg det, leda till en risk att tolken gör modifikationer av den medicinska informationen på grund av tolkens medicinska okunnighet, religiösa övertygelser eller egna värderingar. Samt att en hög efterfrågan av tolkar gjorde så att sjuksköterskan kände att de behövde skynda på sessionerna. Från det västerländska vetenskapliga perspektivet uttryckte sjuksköterskor att de hade en inklination att värdera mat och diet utifrån dess näringstäthet och anpassade maten utefter det medicinska behovet vilket de inte ansåg alltid stämma överens med andra kulturer. De identifierade även att olikheter i kulturella könsnormer, i relation till status av män och kvinnor, kunde leda till

att den kvinnliga sjuksköterskan inte värderades som en professionell utövare. I artikeln beskrevs perspektiv från amerikanska sjuksköterskor kring att olika kulturer, men även pga. socio-ekonomisk status, ledde till att de irakiska patienterna hade olika förväntningar av vården, att patienterna hade en annan syn på sin egna autonomi och därigenom tog ett mindre eget ansvar och uppträdde som passiva mottagare i vården, vilket skiljde sig från det som sjuksköterskan var van vid hos amerikanska patienter.

Övervinnandet av svårigheter

Skapa ett säkert utrymme i ögat av stormen

Hantera sin medvetenhet

Lång exponering av krig beskrevs i en artikel leda till att det var nödvändigt att distansera sig mentalt från den omedelbara situationen och kunde yttra sig genom att sjuksköterskan intellektualiserade sina psykosomatiska symptom genom användandet av medicinsk terminologi för att beskriva sina fysiska och psykiska upplevelser [42]. I en annan artikel när en sjuksköterska var i direkt skottlinje, utan medel att försvara sig, utan säker evakueringsrutt, beskrevs det att hen separerade sig mentalt från allvaret i situationen för att kunna agera [47]. En praktisk åtgärd för att skydda sig fysiskt beskrevs i en artikel innebära att bära en skottsäker väst på arbetet [46]. Det uttrycktes även i artikeln att det var lättare för sjuksköterskor att känna sig mindre berörda om faran befann sig på ett avstånd och därmed lättare att ingjuta ett hopp om att faran kommer gå över. För att förbereda mentalt innan de gav sig in i en farlig situation belyste en artikel att en strategi för sjuksköterskan var att visualisera olika möjliga utfall och situationer, och att dela upplevelser med varandra för att bearbeta olika händelser [43]. Artikeln betonar att det var viktigt att vara medveten om riskerna men att inte fixera sig vid eventuella katastrofala utfall för att kunna agera. Sjuksköterskor som hade erfarenheter av att ha genomfört olika uppdrag och insatser på ett lyckat sätt gav en kollektiv känsla av säkerhet och trygghet. Artikeln beskriver att samarbete och relationsbyggande mellan sjuksköterskorna, och i det fallet även soldater, var nödvändigt för att gruppens förmåga att fungera optimalt. Det var dessutom tilliten till sina kollegor, både medicinsk personal och soldater, som sjuksköterskan behövde förlita sig på ifall sjuksköterskan själv skulle skadas och därmed ett behov för sjuksköterskan att kunna lita på sin egna förmåga att delegera arbetsuppgifter. I en annan artikel beskrevs det som nödvändigt att kunna kommunicera effektivt och med bekvämlighet för att reducera risken för misstag i en ny miljö [49]. I en militär miljö beskrevs det dessutom att ens kollegor kunde bli som ens surrogatfamilj.

Att finna trygghet och riktning genom tro

I en artikel beskrevs trosbekännelser vara en personlig källa till trygghet och att man därigenom hade en religiös och moralisk obligation att strida i kriget genom omvårdnadsarbetet [42]. I en annan artikel sågs akten av att rädda liv som en helig bedrift av sjuksköterskorna och att det var en gudomlig plikt att ge omsorg [45]. Att vara villig att ge sig in i situationer, där man riskerar ett dödligt utfall för både sjuksköterskan själv och den de kunde komma att vårda, infällde tröst i att de båda fick möjlighet att nå sina religiösa ideal, dvs. den högsta nivån av självuppoffring [42, 45]. Sjuksköterskornas religiösa övertygelser

upplevdes guida dem till att se att genom omsorg når de ett högre syfte. Likaså i situationer när sjuksköterskan inte hade förmågan att rädda alla patienter; så var det en tröst för sjuksköterskan att patienten kunde nå sina religiösa ideal genom att ge sitt liv [45]. Vilket vidare bekräftades i att sjuksköterskorna kunde finna trygghet i att de haft möjligheten att hedra patienterna genom sina omvårdnadshandlingar [42]. Sjuksköterskans trosbaseradeövertygelser beskrevs i en ytterligare artikel som en stöttepelare för att även finna den rätta vägen i etiskt svåra situationer [41]. För andra sjuksköterskor kunde deras tro vara en källa av energitillförsel och självförnyelse där de byggde motståndskraft genom att återknyta kontakten med sitt inre [48].

Att upprätthålla sin position

Professionalism

Motivationsfaktorer för att tjänstgöra i en krigssituation sammanfattades i en artikel som sjuksköterskornas sociala och professionella ambition, stolthet, hopp, deras moral [42] och i två artiklar även ekonomiskt [42, 46]. I en artikel fanns en dragningskraft som motiverade sjuksköterskor som inte vanligtvis var verksamma inom akutsjukvård att rädda liv till varje pris och kände en plikt att systematiskt omhänderta och övervaka skadade personer vilket även skänkte ett fokus i en livsfarlig situation [47]. I en artikel beskrevs sjuksköterskornas tjänstgöring i en krigssituation som ett tillfälle att lära sig att förlita sig på sig själv både inom ett sjukhus och utanför, samt en möjlighet att anta flera roller t.ex. soldat [45]. De såg det som en möjlighet att få erfarenhet i att behandla ett brett spektrum av krigsskador, i en variation av situationer med varierande arbetsbelastning av alla möjliga patient-demografer som sedan ledde till professionell utveckling, vilket bestod även när de återgick till ett fredligt sammanhang. Det beskrivs i en artikel att sjuksköterskors osäkerhet avtog när de hade förmågan att förlita sig på sin professionalism och expertis vilket främjade en känsla av säkerhet [43]. Förmågan att fokusera på sin professionella skicklighet och inte riskerna i utförandet gav ett mentalt skydd. Specifika erfarenheter av patienter belystes i en ytterligare artikel leda till en högre grad av trygghet inom det relativa området [49]. Dessutom har det påvisats att arbetslivserfarenhet leder till större sannolikhet att inte uppleva undermålig sömnkvalitet och fatigue hos sjuksköterskor som behandlar patienter med krigsskador, medan enbart utbildning inte är en skyddsfaktor för sig [56].

Uppfinningsrikedom

En artikel poängterar att de begränsade resurser, personal, material och utrustning i jämförelse till det civila sammanhanget krävde att sjuksköterskan behövde finna okomplicerade och enkla lösningar [43]. Begränsad tillgång och även avsaknad av medicinskt material och personal i en akut masskadeincident illustrerades genom att sjuksköterskor tog till kreativa lösningar för att snabbt kunna ingripa [47]. De kunde exempelvis använda en telefonsladd som en droppställning, ett kök omställdes till operationssal och en av sjuksköterskornas make blev rekryterad till sjuksköterskeassistent. Det återfanns ett element av stolthet hos sjuksköterskor som hade med föga tillgångar kunnat vara innovativa och haft förmågan att använda sin kreativitet i livsavgörande situationer [49].

Finna medlidande för den andra

Jämlikhet

I en artikel betonas sjuksköterskans pliktkänsla i den professionella rollen att ha varit den drivande faktorn vid vård av en krigsfånge och därigenom kunde sjuksköterskan bibehålla neutralitet gentemot patienten oavsett dennes tidigare handlingar och se den som en person [41]. Att ha gett vård även till krigsfångar kunde i en annan artikel ses som att ha haft möjlighet att visa sin färdighet i att införliva högkvalitativ vård med omtänksamhet och medlidande, likaså med kulturellt anpassad och finkänslig omsorg [45]. Sjuksköterskans förmåga att upprätthålla sin tro till jämlik vård kunde även möjliggöra omvårdnad till patienter som var deras historiska fiende [50]. Kvinnor och barn uttrycktes vara lättare att betrakta som oskyldiga offer av fruktansvärda omständigheter och överlevare av fysisk och psykologisk skada till följd av krig. När sjuksköterskor även bevittnade effekten av låg socio-ekonomiskt status hos barn som blev krigsskadade patienter framkallades medlidande och ett driv att stötta dessa, vilket kunde vara så stark att det stod i opposition till officiella direktiv och order.

Förståelse och acceptans av den andra

En artikel beskrev hur kommunikation och språk hade en nyanserad och underförstådd kvalitet och när förståelse uppdagades mellan sjuksköterskan och patienten från en annan kultur, och som var en historisk fiende, så identifierade sjuksköterskan att det fanns en igenkänningsfaktor som uppstod utan ansträngning, vilket sedan ökade förmågan till empati [50]. Vid första anblick kunde en rädsla upplevas från patienten men över tid bildades trygghet och säkerhet i kommunikationen vilket fostrade en djupare förståelse för patienten. En sjuksköterska reflekterade att en kontinuerlig exponering av den andra ledde till en ömsesidig acceptans av det som initialt betraktades som olikt sig själv [46]. I ett exempel identifierades att den andra agerade utifrån en beroendeställning till vårdgivaren och att deras potentiella brist på specifik medicinsk kunskap eller kulturella normer kunde varit anledningen till att patienten inte uppförde eller betedde sig på ett sätt som sjuksköterskan var van vid eller förväntade sig. Sjuksköterskans förmåga att finna acceptans av den andra genom empati och förståelse ledde till anpassning och medlidande [50]. Genom sjuksköterskans förmåga att anpassa sitt empatiska sentiment minskade sjuksköterskans kognitiva dissonans inför den andra. Detta illustreras i ett exempel när en israelisk sjuksköterska betraktade en syrisk patient, sin historiska fiende, så uttryckte sjuksköterskan hur den gemensamma upplevelsen av att både hon och den andra hade nu båda blivit krigsoffer utav en och samma förgripare, så väcktes hennes empati. Patienten hade dessutom fallit offer i händerna på en utav sina egna så tyckte sjuksköterskan snarare synd om denne.

Diskussion

Metoddiskussion

Litteraturstudie som design för detta arbete var ett lämpligt val i relation till syftet och möjliggjorde tillgång till forskning som behandlar sjuksköterskors upplevelser från krig eller krigsliknande situationer som publicerats i vetenskapliga tidskrifter [33]. Det gav möjlighet att på ett systematiskt sätt identifiera relevant forskning utifrån flera perspektiv i relation till exklusion- och inklusionkriterierna, och en vidare granskning av respektive artikels etik och kvalitet ökade tillförlitligheten i det insamlade materialet. Ett tydligare och mer specificerat syfte hade däremot kunnat ge ett mer precist och stringent urval av forskning. Dessutom krävs ett noggrant protokoll över samtlig beslutstagande under sök- och urvalsprocessen för att säkerställa tillförlitligheten i studien ytterligare. I denna litteraturstudie inkluderas både kvantitativa och kvalitativa studier vilket däremot riskerar att materialets syntetisering blir fragmenterat eftersom studiernas metod för datainsamling skiljer sig åt.

Informationssökning

De centrala sökorden för studien: nurses, experience och war, formulerades utifrån PEO-modellen och är direkt relaterade till att svara på syftet till denna litteraturstudie [34, 35, 36]. Den initiala sökningen gjordes även med trunkering nur* för att fånga in även nursing och nurse och flertalet relevanta artiklar återfanns som behandlade ämnen som eg. compassion fatigue, värdet av specifika värderingar och karaktärsdrag hos sjuksköterskor, samt psykologisk påverkan av omvårdnad i krig med datainsamling in situ. Dessa artiklar hade kunnat bidra med en ytterligare variation och djup inom de specifika upplevelseområdena och visar på en svaghet i studien [35]. För att dessutom öka omfånget hade sökord som beskriver upplevelser utifrån specifika synvinklar som trauma, psychological, emotional samt experience hade kunnat utökas med perspective eller views för att tillföra en ökad bredd. För att uppnå en balansgång mellan bredden och specificitet bedömdes den valda söksträngen resultera i artiklar som behandlar kärnan i litteraturstudiens syfte i ett hanterbart omfång. Med det ovannämnda i åtanke valdes att utöka relaterade begrepp till war med den Booleska termen OR i flera databaser med olika inriktningar och specialiteter för att avtäcka flera perspektiv [34, 35]. Databaser som publicerar artiklar från militära organisationer kopplade till specifika länders säkerhet krävde specifik behörighet, och vissa artiklar behövde köpas och resulterade i att flertalet perspektiv potentiellt uteblev. Därutöver hade sökningar kunnat göras i databaser som Diva-portal eller Google Scholar för att inkludera bl.a. publicerade doktorsavhandlingar samt sökningar i andra språk än engelska.

Urval

Artiklarna granskades utifrån de kriterier som nämndes under metodsektionen. Samtliga artiklar hade fått etiskt godkännande från respektive etikgranskningsinstans eller uppger att de förhållit sig till etiska riktlinjer. En svårighet framkom dock i förmågan att bedöma nivån av de etiska överväganden som genomförts i olika länder och organisationer då det finns olika stringenta krav på forskning [60], men valet att inkludera studierna stöttades i och med

att artiklarna var peer-reviewed och har därmed kvalitetsgranskats av experter inom respektive fält [61, 62].

Ett undantag till exklusionskriterierna gjordes i två artiklar [44, 49], där tiden sedan upplevelsen i krig var ca. 12 år från insamlingsdatumet, men som artiklarna beskrev, att respondenterna var fortfarande i aktiv militär tjänst och upplevelserna bedömdes ha lämnat ett så stort intryck hos sjuksköterskorna. Det exakta datumet av sjuksköterskornas upplevelser var inte specificerat i artiklarna över lag men beskriver ett tidsintervall. Däremot kan detta avsteg från exklusionskriterierna i en senare fas resulterat i att andra artiklar föll bort i ett för tidigt stadie vilket kan ha orsakat en snedvridning i resultatet [55, 64].

Dataanalys

Under analysprocessen söktes att bibehålla en öppenhet inför sjuksköterskor som medlemmar inom en profession där nationalitet, deras militära och civila befattning blev en sekundär faktor, men leder till en tveksamhet kring överföringsbarheten av de specifika upplevelserna inom artiklarna [55, 58]. För att öka trovärdigheten av dataanalysen hölls däremot, som beskrivs i analyssektionen, med noggrannhet och nära texten med minimal modifikation vilket ökade tillförlitligheten [65, 66]. En utmaning var att bibehålla integriteten i det redan tolkade materialet och att korrekt identifiera vad som var sjuksköterskans direkta upplevelser och därmed tolkas materialet en ytterligare gång. Därutöver hade trovärdigheten och bekräftelsebarheten kunnat utökas genom att fler analyserat resultaten och en övervägning mellan dessa gjorts [55].

Den avgränsande faktorn och de gemensamma påverkningsfaktorerna identifierades vara att det är ett pågående krig där sjuksköterskorna befinner sig vilket gav ett tydligt ramverk. En svaghet var däremot att det specifika sammanhanget som sjuksköterskorna befinner sig i och sjuksköterskornas demografi inte togs i åtanke under kodningsprocessen och inkluderades inte i det slutliga resultatet med vissa undantag. En risk är att nyanser och specifika samband inom sjuksköterskornas upplevelser på ett djupare plan går förlorade och därmed påverkas överföringsbarheten mellan artiklarna samt pålitligheten och tillförlitligheten under analysen och vidare i resultatet [61, 66]. För att uppnå en mer djupgående analys med utrymme för nyansering hade en avgränsning till ett visst krig varit fullgod för att svara på syftet inom ett visst sammanhang, alternativt inom en specifik sjuksköterskedemografi. Ett ytterligare alternativ hade varit att fokusera på sjuksköterskors upplevelser i krig genom en viss aspekt av omvårdnad.

Resultatdiskussion

I resultatet framgår det att sjuksköterskornas upplevelser från att ha bedrivit omvårdnad i krigssituationer var intensiva, på en förhöjd nivå och med risk att bli fragmenterade. Sammantaget var premisserna för omvårdnad varierande med en komplex variation av patientfall, potential för en plötslig stor volym av patienter, begränsad resurstillgänglighet att svara till ett ökat och specifikt behov, utan en självklarhet att få stöd från kollegor och inte minst situationer med fara från omgivningen. Utifrån Dossey's formulering av metaparadigmet kan spänningsfälten som beskrivs i resultatet vara direkt relaterade till den pågående krigssituationen dvs. miljön som orsakar en förändring i de andra domänerna nämligen person, omvårdnad och hälsa, vilket i sin tur inverkar på sjuksköterskornas möjligheter att uppnå och införliva läkande på flera nivåer [32]. I en meta-syntes studie [67] som sökte att förstå hur sjuksköterskors upplevelser bygger upp motståndskraft påvisades det att motståndsförmågan vilade på utvecklandet av en inre kapacitet och en inre granskning av sina strategier, professionalism och personlig utveckling. Studien bekräftar fynden i denna litterarutstudie nämligen att utmaningarna som sjuksköterskorna beskrev gav sig i uttryck i både sjuksköterskans professionella kapacitet samt inom den egna personen, vilket ledde till en relativ anpassning från sjuksköterskans professionella skicklighet, samarbetsförmåga, den egna empatiska kompassen och emotionella bearbetning.

Negativa känsloupplevelser som stress, osäkerhet, ovisshet, rädsla m.m. beskrevs genomgående i artiklarna och var relaterade till stressfulla faktorer inom krigssituationen. I resultatet beskrevs vissa situationer där sjuksköterskan dessutom distanserar verkligheten från sin egna person som en strategi för att kunna vara närvarande för patienten de vårdar och kunna agera i stunden. Att känslan av att det fanns en distans till faran gjorde det lättare att bevara en känsla av säkerhet. Att distansera sig mentalt från stressfulla händelser har visats minska upplevelsen av ångest, och dessutom minskar det förekomsten av ångest vid reflektion av framtida svåra situationer [68]. I resultaten belyses även den långtgående effekten av att distansera sig mentalt från omgivningen vilket kunde leda till en intern fragmentering mellan den egna personen och sin förmåga att bedriva omvårdnad. Ett centralt element i integral omvårdnadsteori innebär att utveckla strategier för att återknyta till den egna personen genom att skapa en integrerad helhet av de komplexa samverkande faktorerna av omvårdnad [32]. Det har påvisats att det finns ett signifikant samband mellan en icke-dömande acceptans av negativa emotionella upplevelser och upplevelsen av hälsa, utan att behöva acceptera den negativa situationen i sig [69]. Dessutom visar studien att ett grundläggande accepterande förhållningssätt är relaterat till ökade nivåer av upplevd hälsa. Härigenom belyses att förmågan att återknyta till den egna personen, att finna tid och plats att förena de yttre påfrestningarna är relaterat till en trygg och säker inre miljö.

I resultatet beskrivs att sjuksköterskorna söker att förena sina personliga upplevelser med sitt professionella ansvar vilket gav sig i uttryck hos sjuksköterskorna på ett högst personligt emotionellt plan och vidare i den professionella rollen. Detta bekräftar Dossey's syn på att det inte går att separera personligt och professionellt från vartannat [32]. Detta illustreras genom i synnerhet att upplevelserna av att vårda krigsskadade barn var i stark kontrast till den initiala upplevelsen av att vårda fientliga patienter och de historiska fienderna dvs. den

andra. Vid vård av barn var känslan till medlidande nära till hands och i vissa situationer till och med förhöjd, medan i vårdandet av den andra behövde sjuksköterskan övervinna det initiala motståndet men att fostrandet av medlidande möjliggjorde att medmänsklig kontakt uppstod. Dessa exempel kan även förstås utifrån ett neurologiskt perspektiv som beskrivs i översiktsartikeln ’Anticipatory stress response: a significant commonality in stress, relaxation, pleasure and love responses’ [70]. Att den fysiologiska responsen till ett förväntat hot kan leda till upplevelser av stress och därmed förhindrar möjligheten att slappna av och förhindrar utvecklingen av kärlek och njutning. Att det initiala motståndet mot att forma en relation och känsla av samhörighet till den fientliga patienten initialt kan vara grundad i en fysiologisk respons utifrån ett förväntat av hot. Medan kontakt med ett barn som dessutom är skadat inte uppfattas som ett hot i samma grad och därmed möjliggör upplevelsen av kärlek. Utifrån Dossey’s sentiment av medlidande så innebär det att förbehållslöst bära vittne till en annans lidande så finns potential att lidandet kan ta en ny form [32]. Det innebär en gemensam process att ta sig igenom och ta emot en annan persons upplevelser vilket även innebär att vara sårbar inför den andras och sitt egna lidande utan en förväntan av hot.

I resultatet framkommer ytterligare svåra situationer sjuksköterskorna kunde bli konfronterade med som att ge vård till fiendens kombattanter, att inte kunna rädda alla patienter och att ge vård när man själv är i fara, så kunde den professionella plikten eller personliga trosbekännelser skänka trygghet och riktning. Att finna en inneboende drivkraft beskrevs som ett inre lod för att guida en i rätt riktning, att kämpa igenom de svåra situationerna för att genom omvårdnad kunna försona svåra händelser och finna mening. Detta fenomen beskrivs även i artikeln ’Why do we love really tough jobs’ [71]. Att trots de stora påfrestningarna som sjuksköterskorna upplevde i den ansträngande fysiska miljön med kritiskt sjuka patienter i ett evakueringsflygplan, så återfanns den stora tillfredsställelsen i att ha gjort en god gärning för en annan person. Sjuksköterskorna ansåg att deras egna svårigheter var ett litet pris att betala för att förverkliga möjligheten till läkande för någon annan och var självförverkligande. I integral omvårdnadsteori inramas aktiv självreflektion som en väg att optimera identifieringen av interventioner som främjar läkande, vilket vila på ett gott omdöme [32]. En studie som undersökte relationen mellan självreflektion och vishet framkommer det att självreflektion är grunden till formandet av vishet [72]. Mer än att enbart reflektera så är det avgörande hur och varför man resonerar kring händelser. Det påvisades att ett konstruktivt förhållningssätt genom att utforska mening i händelser för att försona dåtidens prövningar har ett samband till formandet av vishet.

Inom integral omvårdnadsteori uppmanas sjuksköterskor att främja en miljö där man kan bearbeta och kritisera arbetsprocesser för att förbättra omvårdnaden för patienterna på ett naturligt sätt i ett multidisciplinärt sammanhang [32]. Det ger även utrymme för att bearbeta och avtäcka ens undermedvetna processer men i resultatet beskrivs fall med en begränsad förmåga till detta. Genom exempelvis sjuksköterskornas perception i att de verkade i en kultur där styrka uppskattades ledde det paradoxalt till en ökad känsla av sårbarhet och isolering, där de värjde sig för att visa en osäkerhet för att inte riskera att uppfattas som svag. I artikeln ’Health is wisely sharing vulnerability’ kommenteras det däremot att det finns en tid och ett utrymme att dela sina känslor och avslöja sina sårbarheter [73]. Att det bör ske på ett avvägt sätt med en omtänksamhet inför mottagaren så att man inte motverkar en kultur av

styrka för att skapa en kultur av offerskap. I ett pressat sammanhang när liv står på spel, vilket är en verklighet i krigssituationer, så kan det finnas en risk att visa sina svagheter och sårbara punkter, och att uppvisa en stark front förhindrar att den enskilde utgör en ytterligare belastning för omgivningen.

Resultatet i denna litteraturstudie visar även att erfarenhet var en värdefull komponent för sjuksköterskorna i krigssituationer. Det kunde vara ett skydd mot sömnsvårigheter i relation till vårdandet av krigsskadade patienter, införliva trygghet att man tagit sig igenom svåra situationer som man tidigare haft farhågor kring och i andra fall att ha lyckats använda sin kreativitet kunde leda till en känsla av stolthet. Att vara sjuksköterska innebär ett livslångt lärande och i en meta-syntes av 25 artiklar i ämnet identifieras utmaningar och hinder till livslångt lärande och oavsett situation så illustreras gränser för möjligheterna men att sjuksköterskorna strävar oavsett efter utveckling [74]. Att visualisera olika scenarion innan man gav sig in i dem och bearbeta svåra situationer i efterhand illustreras i resultatet som en nyckel i att förena känslor av oro, osäkerhet och rädsla som uppkommit eller som potentiellt kan uppstå i flera situationer i miljön. Genom linsen av integral omvårdnadsteori kan sjuksköterskan i den yttre gränsen visualisera sin egna död för att ingjuta en acceptans om den ofrånkomliga verkligheten av vår egna tidsbegränsade existens [32]. Därigenom främjas en genuin ödmjukhet inför framtiden och till en större närvaro i det här och nu. Vidare belyses i integral omvårdnadsteori att varje situation sjuksköterskan befinner sig i innebär en unik kombination av faktorer och variabler som inverkar på läkande. Att se varje situation som en möjlighet att anamma erfarenhet över ett brett spektrum så återfinns möjligheter att utveckla den personliga färdigheten att anpassa sina förmågor även i oväntade situationer.

Slutsatser

Resultatet som beskriver upplevelser från sjuksköterskor som bedrivit omvårdnad i krigssituationer belyser vikten av sjuksköterskors förmåga att fostra en inre kapacitet att stå emot och ta sig igenom svåra situationer för att bedriva omvårdnad med beslutsamhet och med ett gott samvete. Resultatet understryker integral omvårdnadsteori samt Nightingales teorier att sjuksköterskor strävar efter att förverkliga läkande i sina handlingar och att den inre miljön hos både sjuksköterskan och patienten de vårdar är i direkt relation till de omgivande faktorerna. Professionellt verksamma sjuksköterskor i krigssituationer blev berörda av krigets effekter med implikationer på den egna personens möjlighet till återhämtning som i förlängningen inverkade på förmågan att bedriva omvårdnad. Att distansera sig psykiskt och emotionellt från svårigheterna kunde vara produktivt i ett kortsiktigt perspektiv men resultatet indikerar att de behövde omvärdera sina kortsiktiga strategier över tid. Erfarenhet från att ha lyckats anpassa sina handlingar och emotionella verksamhet för att uppnå en läkande symbios däremellan fostrade en känsla av trygghet inför kommande situationer. Sjuksköterskorna som lyckades finna möjligheter i svåra omständigheter, som Dossey även illustrerar, att om man handlar med intention och med genuin närvaro i även svåra situationerna kan man fostra en känsla av trygghet i att man har gjort det bästa man kunde i stunden med de medel man hade till sitt förfogande.

Kliniska implikationer och framtida forskning

Resultatet belyser och bekräftar som Dossey [32] beskriver att sjuksköterskan bör fostra en självmedvetenhet, en förmåga att navigera i omgivningen för att främja läkande och samtidigt agera med intention och bearbeta svåra situationer som sjuksköterskor kan bli konfronterade med. Genom att anta ett bredare perspektiv och framhäva sjuksköterskans personliga egenskaper i svåra situationer kan det stötta sjuksköterskor att finna självtillit och kontakt med sitt inre för att finna ett driv i pressande situationer. Därmed kan framtida forskning fokusera på att avtäcka ytterligare strategier som sjuksköterskor bör utveckla för att kunna agera med konsekvent beslutsamhet under omvårdnad i krigssituationer. Exempel på områden att undersöka vidare kan vara sjuksköterskor som arbetar i yrkesroller med hög risk, hög stress och hög intensitet och med ett fokus på hur de hanterar återhämtning efter svåra situationer. Vidare kan framtida forskning söka att avtäcka hur sjuksköterskor tillämpar sin kreativitet i omvårdnadssituationer och i synnerhet övervinner svårigheter med begränsade tillgångar. Därigenom kan man avtäcka, som underbyggs i integral omvårdnadsteori, hur den individuella sjuksköterskan finner ett orubbligt centrum för att kunna vara fullt närvarande i det här och nu. Att undvika svåra ämnen är därför kontraproduktivt, snarare är det väsentligt att konfrontera ens undermedvetna och det som man trycker under ytan, vilket kan vara av värde för professionella sjuksköterskor att förberedas inför krig men även i den civila kapaciteten.

Referenser

[1]. MacMillan M. War: how conflict shaped us [Internet]. Institute for National Strategic Studies – National Defense University (INSS:NDU) [uppdaterad 2022-03-09; citerad 2024-11-21]. Hämtad från: https://inss.ndu.edu/Events/Event-View/Article/2985982/war-how-conflict-shaped-us/

[2]. Bradley M, Nealeigh M, Oh JS, Rothberg P, Elster EA, Rich NM. Combat casualty care and lessons learned from the past 100 years of war. Current Problems in Surgery. 01 juni 2017;54(6):315–51.

[3]. Fee E, Garofalo ME. Florence Nightingale and the Crimean War. Am J Public Health. september 2010;100(9):1591.

[4]. Karoliussen MH, Hov R. Nightingale's Legacy: Old Holistic Insight Supported by New Science. Holistic Nursing Practice. juli 2020;34(4):234–43.

[5]. Encyclopedia Britannica [Internet]. Chicago: Encyclopedia Britannica Inc; c2024. World War I. [citerad 21 november 2024]. Hämtad från: https://www.britannica.com/event/World-War-I

[6]. International Committee of the Red Cross. The International Committee of the Red Cross in the First World War [Internet]. Geneva: the International Committee of the Red Cross [ICRC] [uppdaterad 2014-09-09; citerad 2024-11-15]. Hämtad från: https://www.icrc.org/en/document/international-committee-red-cross-first-world-war-0

[7]. Prior RM, Marble WS. The Overlooked Heroines: Three Silver Star Nurses of World War I. Military Medicine. maj 2008;173(5):493–8.

[8]. Encyclopedia Britannica. Women in World War I: A Photo Gallery [Internet]. Chicago: Encyclopedia Britannica; 2023 [uppdaterad 2023-10-12; citerad 2024-11-21]. Hämtad från: https://www.britannica.com/list/women-in-world-war-i-a-photo-gallery

[9]. Oppenheimer M. Nurses of the League: the League of Red Cross Societies and the development of public health nursing post-WWI. History Australia. 01 oktober 2020;17(4):628–44.

[10]. Encyclopedia Britannica [Internet]. Chicago: Encyclopedia Britannica Inc; c2024. World War I. [citerad 21 november 2024]. Hämtad från: https://www.britannica.com/event/World-War-II

[11]. Gilbert SM, Lee SD. Advances in Nursing During World War II. Virginia Nurses Today. augusti 2020;28(3):28–28.

[12]. https://www.redcross.org/content/dam/redcross/atg/PDF_s/International_Services/International_Humanitarian_Law/IHL_SummaryGenevaConv.pdf?srsltid=AfmBOop9HzuW5Zi1rg_Dn_ejm5T3qGuQr-qsg9wbtEsoqsIyeP8BFeH5

[13]. Clyde H. Mapping. Ongoing conflicts around the world [fotografi]. 2024 [citerad 2024 dec 1]Hämtad från: https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_ongoing_armed_conflicts

[14]. Khorram-Manesh A, Goniewicz K, Burkle FM, Robinson Y. Review of Military Casualties in Modern Conflicts—The Re-emergence of Casualties From Armored Warfare. Military Medicine. 28 mars 2022;187(3–4):e313–21.

[15]. Ekwall D. Jönsson Hanberg F. Drivers of conflicts – Why is the number of conflicts in the world increasing. 2024, 1 mars [citerad 2024-11-26]. I Försvar och säkerhet, Projekt SV-A-R, Säkerhetspolitiska perspektiv [Internet]. Kungligl Krigsvetenskapsakademin 2013-2024. Hämtad från: https://kkrva.se/drivers-of-conflicts-why-is-the-number-of-conflicts-in-the-world-increasing/

[16]. Uppsala Universitet. UCDP: Record number of armed conflicts in the world [Internet]. Uppsala: Uppsala Universitet; okänt datum [uppdaterad 2024-06-03; citerad 2024-11-22]. Hämtad från: https://www.uu.se/en/press/press-releases/2024/2024-06-03-ucdp-record-number-of-armed-conflicts-in-the-world

[17]. Uppsala Universitet. UCDP: Definitions [Internet]. Uppsala: Uppsala Universitet; okänt datum [uppdaterad 2024-05-29; citerad 2024-11-22]. Hämtad från: https://www.uu.se/en/department/peace-and-conflict-research/research/ucdp/ucdp-definitions

[18]. Geneva Academy. Today's armed conflicts [Internet]. Geneva: Geneva Academy, Academy of International Humanitarian Law and Human Rights, okänt år [okänt år; hämtad: 2024-12-01]. Hämtad från: https://geneva-academy.ch/galleries/today-s-armed-conflicts

[19]. Chevalley K. Robinson Y. Sandström G. Civilt skadepanorama i krig – En litteraturanalys över ett halvt sekel av krig [Internet]. Göteborg: Centrum för katastrofmedicin, Göteborgs universitet; 2023. Katastrofmedicinsk rapport 2023:1. [citerad 22 november 2024]. Hämtad från: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/handle/2077/78319/Civilt%20skadepanorama%20i%20krig.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[20]. Sweden.se. History of Sweden: Ice Age, Iron Age, IT Age. This is your quick guide to the history of Sweden [Internet]. Stockholm: Swedish Institute (SI) [uppdaterad 2024-07-18; 2024-11-15]. Hämtad från: https://sweden.se/culture/history/history-of-sweden

[21]. Encyclopedia Britannica [Internet]. Chicago: Encyclopedia Britannica Inc; c2024. Russia-Ukraine War. [citerad 20 oktober 2024]. Hämtad från: https://www.britannica.com/event/2022-Russian-invasion-of-Ukraine

[22]. Regeringskansliet. New total defence resolution for a stronger Sweden [Internet]. Stockholm: Regeringskansliet; okänt datum [uppdaterad 2024-10-15; citerad 2024-11-22] Hämtad från: https://www.government.se/press-releases/2024/10/new-total-defence-resolution-for-a-stronger-sweden/

[23]. Riksdagen. Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga: slutbetänkande (SOU 2022:06) [Internet]. Stockholm: Elanders Sverige AB [citerad 26 nov 2024]. Hämtad från: https://data.riksdagen.se/fil/72FB4BFF-9050-464B-A8BF-3AAD776D6756

[24]. Socialstyrelsen. Vårdens prioriteringar i krig och fredstida katastrofer – Kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. [citerad 2024 nov 27]. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-6-7984.pdf

[25]. Sadhaan A, Brown M, McLaughlin D. Registered Nurses' Views and Experiences of Delivering Care in War and Conflict Areas: A Systematic Review. Healthcare. 29 oktober 2022;10(11):2168.

[26]. Eau C. Ethical practice introduction [Internet]. Chippewa Valley: Open Resources for Nursing (Open RN). I: Ernstmeyer K & Christman E redaktörer. Kap. 6, Ethical practice; 2022. Hämtad från: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK598377/

[27]. International Council of Nurses. The ICN Code of Ethics for Nurses – Revised 2021 [broschyr från Internet]. Geneva: International Council of Nurses (ICN); 2021. Hämtad från: [citerad 2024-11-21] https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf

[28]. International Council of Nurses. Core competencies in disaster nursing – Version 2.0 [broschyr från Internet]. Geneva: International Council of Nurses (ICN); 2019. Hämtad från: [citerad 2024-11-21] https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf

[29]. Falzone E, Pasquier P, Hoffmann C, Barbier O, Boutonnet M, Salvadori A, m.fl. Triage in military settings. Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine. februari 2017;36(1):43–51.

[30]. Socialstyrelsen. Stärkt nationell och regional förmåga vid masskadehändelser – Redovisning av regeringsuppdrag [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024. [citerad 2024 nov 26]. Hämtad från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-2-8975.pdf

[31]. Hugelius K. Omvårdnad vid katastrofer och särskilda händelser. Lund: Studentlitteratur; 2023. Kapitel 10, Prioritering och triage vid katastrofer; s. 139-148.

[32]. Dossey BM. Theory of integral nursing. ANS Adv Nurs Sci. 2008;31(1):E52-73.

[33]. Rosén H. Systematisk litteraturöversikt. I: Henricson M, redaktör. Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2014. s. 429-444.

[34]. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården - en metodbok [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2023. [citerad: 2024-11-21]. Kapitel 2, Avgränsningar för den systematiska översikten. Hämtad från: https://www.sbu.se/sv/metod/metodboken-2023/?pub=101442&lang=sv#101665

[35]. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården - en metodbok [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2023. [citerad: 2024-11-21]. Kapitel 3, Litteratursökning. Hämtad från: https://www.sbu.se/sv/metod/metodboken-2023/?pub=101442&lang=sv#101665

[36]. Karlsson EK. Informationssökning. I: Henricson M, redaktör. Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2014. s. 95-113.

[37]. Östlundh L. Informationssökning. Friberg F, redaktör. Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2023. s. 79-109.

[38]. MeSH [Internet]. Bethesda, Maryland: National Library of Medicine (NLM); okänt år. Nurses [citerad 2024-10-14]. Hämtad från: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=nurses

[39]. MeSH [Internet]. Bethesda, Maryland: National Library of Medicine (NLM); okänt år. Experience [citerad 2024-10-14]. Hämtad från: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=experience

[40]. MeSH [Internet]. Bethesda, Maryland: National Library of Medicine (NLM); okänt år. War [citerad 2024-10-14]. Hämtad från: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=war

[41]. Agazio J, Padden DL. ”Doing the right thing”: Moral conflicts and ethical issues experienced by military nurses during wartime. *J Nurs Scholarsh.* 23 augusti 2024;

[42]. Al-Hawdrawi HH, Al-Fayyadh S, Diener E, Bakey S, Wright V, Alobaidi W. The lived experience of iraqi nurses who live and work in communities impacted by war or terrorist threat. *Research Journal of Pharmacy and Technology.* 2017;10(7):2058–62.

[43]. Ekfeldt B MSc, RN, Österberg R MSc, RN, Nyström M RN PhD. Preparing for Care in a Combat Environment. *International Journal of Caring Sciences.* april 2015;8(1):1–8.

[44]. Goodman P, Edge B, Agazio J, Prue-Owens K. Cultural Awareness: Nursing Care of Iraqi Patients. *J Transcult Nurs.* september 2015;26(4):395–401.

[45]. Muhammad G, Zohre V, Hamid P, Soleyman H, Morteza K. Lived experience of critical care nurses serving in a war zone: A phenomenological study. *Nurs Crit Care. juli* 2024;29(4):715–24.

[46]. Ron Bridget T Vilog, Ballesteros MDM. Overseas Filipino workers in conflict zones: narratives of Filipino nurses in Libya. *Bandung: Journal of the Global South.* september 2015;2(1):1–21.

[47]. Segev R, Videl H, Spitz A. Nurses under fire: Insights from testimonies of community nurses and midwives in nonhospital settings in the southern Israel conflict zone. *Res Nurs Health.* oktober 2024;47(5):513–21.

[48]. Simmons AM, Rivers FM, Gordon S, Yoder LH. The Role of Spirituality Among Military En Route Care Nurses: Source of Strength or Moral Injury? *Crit Care Nurse.* april 2018;38(2):61–7.

[49]. Wilson MA, Semeniuk RC, Brown KN. Deployment Stressors in United States Air Force Nurses Associated with the Experience of Moral Distress. *Military Behavioral Health.* 2021;9(3):275–88.

[50]. Young SS, Lewis DC, Gilbey P, Eisenman A, Schuster R, Seponski DM. Conflict and Care: Israeli Healthcare Providers and Syrian Patients and Caregivers in Israel. *Glob Qual Nurs Res.* december 2016;3:2333393616666584.

[51]. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Bedömning av studier med kvalitativ metodik[broschyr från Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2022. Hämtad från: [citerad 2024-10-25] https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

[52]. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Vägledning för granskning av studier med kvalitativ metodik [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2022. [citerad: 2024-11-15]. https://www.sbu.se/globalassets/ebm/vagledning_granskning_studier_kvalitativ_metodik.pdf

[53]. Danielson E. Kvalitativ forskningsintervju. I: Henricson M, redaktör. Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2014. s. 163-174.

[54]. Wibeck V. Fokusgrupper. I: Henricson M, redaktör. Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2014. s. 193-214.

[55]. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården - en metodbok [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2023. [citerad: 2024-11-21]. Kapitel 5, Bedömning av risk för bias. Hämtad från: https://www.sbu.se/sv/metod/metodboken-2023/?pub=101442&lang=sv#101665

[56]. Ramadan Elrefaey S, Hamdy SHS, Abdelrahman M, Nageeb SM, Abobaker RM, Alhusinat M, m.fl. War Injuries and Nurses' Well-Being: Fatigue and Sleep Quality Among Critical Care Nurses in Najran Region, Saudi Arabia. *Cureus.* juli 2024;16(7):e64889.

[57]. Billhult A. Gunnarsson R. Enkäter. I: Henricson M, redaktör. Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2014. s. 139-149.

[58]. Vetenskapsrådet. God forskningssed 2024 [Internet]. Stockholm: Vetenskapsrådet (VR); 2024. [citerad 2024-11-23]. Kapitel 2, Ramar och utgångspunkter för god forskningssed, s. 7-20. Hämtad från:

https://www.vr.se/download/18.4c9f221a191e4edf9053a474/1727853946433/God%20forskningssed%20VR%202024.pdf

[59]. Vetenskapsrådet. God forskningssed 2024 [Internet]. Stockholm: Vetenskapsrådet (VR); 2024. [citerad 2024-11-23]. Kapitel 5, Risker och skyddsåtgärder, s. 51-75. Hämtad från: https://www.vr.se/download/18.4c9f221a191e4edf9053a474/1727853946433/God%20forskningssed%20VR%202024.pdf

[60]. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. BMC Med Res Methodol. december 2008;8(1):45.

[61]. Kjellström S. Forskningsetik. I: Henricson M, redaktör. Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2014. s. 69-92.

[62]. Vetenskapsrådet. God forskningssed 2024 [Internet]. Stockholm: Vetenskapsrådet (VR); 2024. [citerad 2024-11-23]. Kapitel 8, Etisk reflektion: vägledning och exempel, s. 89-105. Hämtad från: https://www.vr.se/download/18.4c9f221a191e4edf9053a474/1727853946433/God%20forskningssed%20VR%202024.pdf

[63]. Vetenskapsrådet. God forskningssed 2024 [Internet]. Stockholm: Vetenskapsrådet (VR); 2024. [citerad 2024-11-23]. Kapitel 3, Ansvar och god forskningssed, s. 21-40. Hämtad från: https://www.vr.se/download/18.4c9f221a191e4edf9053a474/1727853946433/God%20forskningssed%20VR%202024.pdf

[64]. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården - en metodbok [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2023. [citerad: 2024-11-21]. Kapitel 8, Sammanvägning av resultat. Hämtad från: https://www.sbu.se/sv/metod/metodboken-2023/?pub=101442&lang=sv#101665

[65]. Wallgren C. Henricson M. Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I: Henricson M, redaktör. Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2014. s. 481-496.

[66]. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Utvärdering av insatser i hälso- och sjukvården - en metodbok [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2023. [citerad: 2024-11-21]. Kapitel 7, Tillförlitligheten av det sammanvägda resultatet. Hämtad från: https://www.sbu.se/sv/metod/metodboken-2023/?pub=101442&lang=sv#101665

[67]. KIM EY, CHANG SO. Exploring nurse perceptions and experiences of resilience: a meta-synthesis study. BMC Nursing. 19 januari 2022;21(1):26.

[68]. White RE, Kuehn MM, Duckworth AL, Kross E, Ayduk Ö. Focusing on the future from afar: Self-distancing from future stressors facilitates adaptive coping. Emotion. augusti 2019;19(5):903–16.

[69]. Ford BQ, Lam P, John OP, Mauss IB. The psychological health benefits of accepting negative emotions and thoughts: Laboratory, diary, and longitudinal evidence. J Pers Soc Psychol. december 2018;115(6):1075–92.

[70]. Stefano GB, Stefano JM, Esch T. Anticipatory stress response: a significant commonality in stress, relaxation, pleasure and love responses. Med Sci Monit. februari 2008;14(2):RA17-21.

[71]. Pierce PF, McNeill MM, Dukes SF. An occupational paradox: Why do we love really tough jobs? Crit Care Nurs. 2018;38(2):52–8.

[72]. Weststrate NM, Glück J. Hard-earned wisdom: Exploratory processing of difficult life experience is positively associated with wisdom. Dev Psychol. april 2017;53(4):800–14.

[73]. Thomas P. Health is wisely sharing vulnerability. London J Prim Care (Abingdon). 2016;8(3):33–4.

[74]. Mlambo M, Silén C, McGrath C. Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. BMC Nurs. december 2021;20(1):62.

Bilaga 1. Databassökningar

Datum	Databas	Sökning	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta artiklar på titel- och abstract	Valda och granskade artiklar
14/10 -24	**Pubmed**	(nurses experience) AND ((war) OR (warfare and armed conflicts))	English 2014-2024 Academic Journal Full text	148	40 på Titel 21 på Abstract	*21 Granskade* *7 Valda* *[41, 44, 45, 47, 48, 50, 56]*

Datum	Databas	Sökning	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta artiklar på titel- och abstract	Valda och granskade artiklar
17/10 -24	**Pro-Quest**	(noft(nurses experience)) AND (noft(war) OR (noft(combat)) OR (noft("armed conflict")))	English 2014-2024 Peer-Reviewed Scholarly Journal Full text	119	13 på Titel (varav 6 dubbletter) 2 på Abstract	*2 Granskade* *2 Valda* *[43, 46]*

Datum	Databas	Sökning	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta artiklar på titel- och abstract	Valda och granskade artiklar
17/10 -24	**Scopus**	(nurses AND experience) AND (war OR “armed conflicts”)	English 2014-2024 Article [Title, Abstract, Keywords]	186	56 på Titel (varav 40 dubbletter) 7 på Abstract	*7 Granskade* *2 Valda* *[42, 49]*

Bilaga 2. SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier

1. Överensstämmelse mellan filosofisk hållning/teori och urval och metodik i studien[1]

Vilken teori eller filosofisk hållning utgick författarna från?

	Ja	Nej	Oklart
Hänger syfte och fråga ihop med teori/filosofisk hållning?	❑	❑	❑

Kommentarer:

2. Deltagare

Hur gjordes urvalet?

Stödfrågor för bedömning av brister i urvalsförfarandet:	Ja	Nej	Oklart
Är urvalet lämpligt för att besvara frågan?	❑	❑	❑
Är rekryteringsmetoden lämpligt vald och genomförd?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

3. Datainsamling

Vilka metoder användes för datainsamling?

	Ja	Nej	Oklart
Finns det allvarliga brister i datainsamlingen som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

4. Analys

Vilka metoder användes för analys?

Stödfrågor för bedömning av brister i analyssteget:	Ja	Nej	Oklart
Är vald analysmetod lämplig och genomförd på ett lämpligt sätt?	❑	❑	❑
Var forskarna reflexiva vid tolkning av data?	❑	❑	❑
Validerades tolkningarna?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister i analysen som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

5. Forskaren

Vilken bakgrund och kompetens hade forskarna?

Stödfrågor för bedömning av brister:	Ja	Nej	Oklart
Har forskarna någon relation till studiedeltagarna som kan påverka datainsamlingen?	❑	❑	❑
Har forskarna hanterat sin förförståelse på ett acceptabelt sätt?	❑	❑	❑
Var forskarna oberoende av finansiella eller andra förutsättningar som kunde påverka analysen?	❑	❑	❑
Finns det allvarliga brister som kan påverka tillförlitligheten?	❑	❑	❑

Kommentarer:

Gör en total bedömning av risken för att metodproblem påverkar resultaten. För in det på sidan 1.

Bilaga 3. Artikelbilaga

Titel, Författare, År, Land	*Syfte*	Metod	Urval	Resultat	*Kvalitet (SBU)*
[41] ”Doing the right thing”: Moral conflicts and ethical issues experienced by military nurses during wartime. **Agazio, Padden 2024** USA	*Att utforska hur militära sjuksköterskor under utplacering i krig identifierar, bedömer, hanterar och personligen löser upplevda etiska problem.*	Grounded Theory. Fokuserad intervjuguide användes och individuella intervjuer fortskred tills teoretisk saturation uppnåddes; analys genom ‘constant comparative method’.	31 militär-sjuksköterskor i aktiv eller reservkapacitet; med minst 3 månaders erfarenhet av utplacering i Afghanistan mellan 2003-2012. Deltagande vid uppdragen ’OIF’ och ’OEF’. Teoretiskt urval, ‘word of mouth’, samling grid. 71% Kvinnor 29% Män	Områden som framkom som svåra att finna intern moralisk beslutsamhet: omhändertagna ’fiendens kombattanter’, vid kulturella skillnader, vård i livets slutskede, smärtlindring samt den krigsskadade civilbefolkningen. De var i risk att utveckla PTSD-symptom och negativ mental hälsa vid återvändandet, blev mekaniska i omvårdnadsarbetet som hanteringsstrategi, trosbaserade engagemang kunde ge tröst, bättre förberedelser innan de blev utplacerade var en önskan.	***Hög***
[42] The lived experience of Iraqi nurses who live and work in communities impacted by war or terrorist threat. **Al-Hawdrawi et.al. 2017** Irak	*Att beskriva sjuksköterskors levda erfarenheter som både medborgare och professionellt verksamma i Irak under närvaro av krig och terrorism från 2003.*	Fenomenologisk metod guidad via Watson’s Human Caring Science. Individuella intervjuer via Skype. Samtliga studier genomförda över 1 mån, 2014.	10 sjuksköterskor, som levt och varit verksamma i Iraq sedan 2003. Engelsk och arabisk-talande. Ändamålsenligt urval. 100% män.	2 huvudteman, 7 subteman, **Tema 1: Att lev under skuggan:** Påverkan på det personliga livet; Effekter på det fysiska välmåendet; inverkan på mental hälsa och emotionell välmående; påverkan på bedrivandet av omvårdnad; förlorad känsla av personlig säkerhet. **Tema 1: Sköld av anpassning och motståndskraft:** Trosbaserat hopp; Etiskt och professionellt engagemang	***Hög***
[43] Preparing for Care in a Combat Environment. **Ekfeldt, Österberg, Nyström. 2015** Sverige	*Att beskriva militär sjuksköterskors erfarenheter av förberedelser inför utplacerings uppdrag och faktorer som bidrar till dess meningsfullhet*	Strukturerade intervjuer via telefon, med förtydligande och djupgående följdfrågor. Kvalitativ innehållsanalys	8 svenska militärsjuksköterskor utplacerade vid minst ett tillfälle till Afghanistan. 87,5% män 12,5% kvinnor	**Tema:** Tillräcklig förberedelse främjar en accepterande attityd. **Kategori 1:** Identifiera och känna igen utmaningar; förberedelser för övergång från civil-omvårdnad, att arbeta inom ett komplext sammanhang, att hantera ångestproblematik. **Kategori 2**: att genomföra informerade val; förberedelser genom att undersöka sina egna motiv, sin professionalism, genom insikter i den unika betydelsen av den vårdande relationen.	***Hög***

[44] Cultural awareness: Nursing Care of Iraqi Patients. **Goodman et al. 2015** USA (Iraq)	*Att beskriva inverkan av kulturella faktorer på den militära omvårdnaden av Irakiska patienter.*	Sekundär fenomenologisk tematisk analys av 3 fokusgrupper (4:8:3) som genomfördes i en del av en större studie som undersökte sjuksköterskors erfarenheter av att ge vård till irakiska patienter.	15 grund-utbildade militärsjuksköterskor och 'licensed practical nurses' med erfarenheter av direkt kontakt med Irakiska patienter i IVA, eller slutenvård.	Kulturella skillnader mellan irakiska patienter och militärsjuksköterskor och 'licensed practical nurses' var inom: kommunikation; diet; trosbaserade övertygelser och värderingar i relation till kön/genus och underlydnad som patient.	***Hög***
[45] Lived experience of critical care nurses serving in a war zone: A pheno-menological study. **Muhammad et al., 2024** Iran (Syrien)	*Att utforska iranska akutvård-sjuksköterskors levda erfarenhet under utplacering till Syrien 2014-2020.*	17 Semi-strukturerade intervjuer, 35-96 min vardera. Kvalitativ Hermeneutisk fenomenologisk approach enl. Van Manen. Ordagrann transkription och analys med MAXQDA10 mjukvara.	15 iranska persisktalande sjuksköterskor som frivilligt arbetat i minst 6 månader i krigszoner i Syrien. Ändamålsenligt snöbollsurval. 100% män	12 underteman och 32 underrubriker. **4 Huvudteman:** **1.** 'Blomning av talanger på stridsfältet', **2.** 'Kapabla sjuksköterskor i krig', **3.** 'Omvårdnads Jihad' **4.** 'Mentala bekymmer'.	***Hög***
[56] War Injuries and Nurses' Well-Being: Fatigue and Sleep Quality Among Critical Care Nurses in Najran Region, Saudi Arabia. **Ramadan Elrefaey et al., 2024** USA (Saudi Arabien, Yemen)	*Att utforska fatigue och sömn kvalitet bland akutsjukvård-sjuksköterskor i krigszonen i Najran City, Saudi Arabien.*	'Cross-sectional' design. Enkäter som svarar på demografi, Självskattningsenkäterna the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) och Fatigue Severity Scale (FSS).	352 sjuksköterskor som arbetar i akutavdelningar i flera sjukhus i Najran City. Bekvämlighetsurval. 41,8% män 58,2% kvinnor	232 sjuksköterskor (65.9%) = dålig sömn kvalitet 89 sjuksköterskor (25.2%) = svår fatigue 113 sjuksköterskor (32.1%) = måttlig fatigue Vård av krigsskador visade en signifikant positiv korrelation (r=0.62; p=0.00001) till sömnkvalitet och fatigue upplevelserna. Erfarenhet korrelerade negativt (r=0.47; p=0.003) till sömnkvalitet och fatigue värdet. Vård av krigsskador visade en stark positiv korrelation (r=0.71, p=0.00001) till FSS värdet.	***Hög***
[46] Overseas Filipino workers in conflict zones: narratives of	*Att undersöka Filippinska sjuksköterskors livsberättelser och deras perceptioner av*	Livshistoria intervjuer. Semi strukturerade frågeformulär med fokus på pre-migration,	8 Filippinska sjuksköterskor verksamma i Libyen under upptrappningen av civilkriget, med	**Pre-migration: motivation, möjligheter och riskperception** Mass-anställning av utländska sjuksköterskor, stora arbetsmöjligheter och försäkran om säkerhet från regeringen.	***Hög***

Filipino nurses in Libya **Vilog, Ballesteros, 2015** Tyskland (Filippinerna, Libyen)	*risk under arbete i Libyens hälsosjukvård 2012-2014.*	migration, och post-migrationserfarenheter. Genomfördes jan-maj 2015.	återkommande våldsvågor. Snöbollsurval via sociala medier. 75% män 25% kvinnor	**Arbetsmiljön** Sjuksköterskorna värdesattes pga. deras kompetens och skicklighet; mer ansvar och mer press. Upptrappningen av våld i landet ledde till våldsamma patienter. **Orealistisk optimism: förklarandet av migrations beteende i konflikt zoner.** Svårigheter att lämna pga. suboptimala arbetsmöjligheter i hemlandet, osäkra evakueringsmöjligheter och en tro om att faran inte är omedelbar.	
[47] Nurses under fire: Insights from testimonies of community nurses and midwives in nonhospital settings in the southern Israel conflict zone. **Segev, Videl, Spitz, 2024** Israel	*Att utforska sjuksköterskor och barnmorskors upplevelser av att ge omvårdnad under Hamas terroristattack i södra Israel 7/10-23.*	Data samlades in från offentliga förstahandstestamenten som publicerats på digitala medier nov-dec 2023, 2-3 veckor efter attacken. Kvalitativ deskriptiv analys.	8 sjuksköterskor och barnmorskor med direkt erfarenheter av hotfulla akuta situationer och behandlade patienter under väpnad strid den 7:de oktober 2023. Samtliga arbetade professionellt och var bosatta i närområdet. 100% kvinnor	2 Huvudteman, 5 underteman. **1. Under eld:** 'Snabb realisation av nödvändig handling', 'Den brådskande upplevelsen', 'Självuppoffring'. **2. Motståndskraft och uppfinningsrikedom I praktiken:** 'Monitorering av de skadade', 'Kämpar för att hitta lösningar'.	***Hög***
[48] The Role of Spirituality Among Military En Route Care Nurses: Source of Strength or Moral Injury? **Simmons et al., 2018** USA	*Att identifiera inverkan av spiritualitet på den mentala hälsan hos sjuksköterskor, som hade direkt patientkontakt, under utplacering i Irak och Afghanistan*	Explorativ mixed-metodstudie via enkäter och uppföljande intervjuer genom existentiell fenomenologi. Kvantitativ självskattning av mental hälsa via PTGI-enkäter; för att mäta 'Posttraumatisk growth'.	119 militär-sjuksköterskor genomförde enkäterna: över 18år, tjänstgjorde i minst 30 dagar, verksamma i minst ett uppdrag utanför sjukhus, etablerat sig hemma efter utplacering, behärskar engelska språket. 22 sjuksköterskor intervjuades efter enkätförandet. 36% män 63% kvinnor	PTGI-enkäter visade ingen signifikant förändring av spiritualitet på grund utav utplaceringen (mean=3.07; SD=3.26). Intervjuerna visade att spiritualitet fungerar som en skyddsfaktor till besvär med mental hälsa, att de förlitade sig på spiritualitet för att ta sig igenom svåra erfarenheter. Vissa uttryckte att händelser kunde medföra en känsla av moralisk skada utifrån den egna spiritualiteten och leda till skuld och ånger.	***Medel-Hög***
[49] *Deployment Stressors in United States Air Force Nurses Associated*	*Identifiera faktorer som orsakar stress i utplacerade Air Force akutsjukvård sjuksköterskor*	Sekundär analys av tidigare forskning som undersökte erfarenheten av moralisk nöd I U.S. Air Force Critical Care Air	15 transkriberade intervjuer	**8 Teman:** **1:** Fysisk påverkan av förutsättningarna I miljön **2:** Begränsningar i möjligheten till personligt beslutsfattande **3:** Instabilitet och oförutsägbarhet i ledarskapet	***Hög***

with the Experience of Moral Distress **Wilson, Semeniuk, Brown, 2021** USA	*erfarenheter och hur de inverkar på deras upplevelse av moralisk nöd i krigssituationer.*	Transport (CCAT) sjuksköterskor. 15 transkriberade semi-strukturerade intervjuer deskriptiv narrativ analys, att identifiera stressfaktorer som associerades med moralisk nöd.		**4:** Inverkan från kraven att utföra militära operationer **5:** Perceptioner av de militära psykosociala förväntningarna **6:** Avbrott i stödsystemen **7:** Dynamiken av professionella relationer för att ge omvårdnad **8:** Förutsättningarna att ge omvårdnad i den militära miljön Den moraliska nöden föranledes och blev förhöjd pga. de identifierade stressfaktorerna i situationen.	
[50] *Conflict and Care: Israeli Healthcare Providers and Syrian Patients and Caregivers in Israel.* **Young et al., 2016** **USA (Israel)**	*Att förstå hur den geopolitiska och sociala historien mellan Israel och Syrien påverkar hälso- och sjukvårdspersonal och syriska patienter på sjukhus i norra Israel, och hur de upplever omvårdnads-processen.*	Sekundär analys från en tidigare genomförd mixed-metod fenomenologisk studie. Hermeneutiskt, fenomenologiskt tillvägagångssätt via djupgående semi-strukturerade intervjuer. Med etnografiska inslag via dagliga observationsstudier.	20 israeliska hälsosjukvårdspersonal, varav 6 sjuksköterskor, haft direkt patient-kontakt med syriska patienter och familj, representativa över dygnets pass. 3 syriska pappor till barnpatienter. Bekvämlighetsurval på plats, följt av snöbolls-urval. 33,3% män 76,7% kvinnor	2 Huvudteman: **1. Stöttande och förhindrande systemiska element** som bidrog till förhållandet mellan hälso- och sjukvårdspersonalen, patient och vårdgivare. **2. Intern psykologisk utveckling,** situationsbaserade faktorer och relationsmässiga processer påverkade förmänskligandet av ’den andra’ inom relationen.	***Medel-Hög***

”As long as war is regarded as wicked, it will always have its fascination. When it is looked upon as vulgar, it will cease to be popular.”

Oscar Wilde