

Compassion Fatigue – priset av att vårda

Sjuksköterskans egen ohälsa i möte med lidande och trauma

FÖRFATTARE	Annika Schön Helena Olausson Sjödin
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng OM5250 Examensarbete – Grundnivå VT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Liselott Dellenborg
EXAMINATOR	Tommy Johnsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Compassion Fatigue - priset av att vårda. Sjuksköterskans egen ohälsa i möte med lidande och trauma
Titel (engelsk):	Compassion Fatigue - the cost of caring. Nurses illness caused by encountering suffering and trauma
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng, OM5250, Examensarbete - Grundnivå
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	26 sidor
Författare:	Annika Schön Helena Olausson Sjödin
Handledare:	Liselott Dellenborg
Examinator:	Tommy Johnsson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: "Compassion fatigue" (CF) är ett begrepp som syftar på fenomenet att människor, däribland sjuksköterskor, som arbetar med människor, kan drabbas av en slags professionell utbrändhet. Utbrändheten uppstår i mötet med den andra partens (patientens) lidande och trauma och yttrandet av tillståndet följer ett klassiskt stressmönster. Arbetsomständigheter, vissa personlighetsdrag såsom hög empatisk förmåga hos sjuksköterskan har identifierats som eventuella riskfaktorer till CF. Det finns behov av att vidare utreda vad CF är, vad det orsakas av och hur tillståndet kan lindras och motarbetas. **Problemformulering:** Vårdpersonal riskerar att utveckla egen ohälsa, CF, i mötet med patienters trauma och lidande. Om denna problematik hos sjuksköterskor inte hanteras ökar risken för att sjuksköterskor lämnar sitt arbete. Det är därför viktigt att identifiera orsaker och riskfaktorer för CF. **Syfte:** Identifiera riskfaktorer som bidrar till att sjuksköterskor utvecklar CF. **Metod:** Litteraturöversikt vars slutgiltiga artikelunderlag utgjordes av nio artiklar. Artiklarna kvalitetsgranskades enligt Febe Fribergs modell. **Resultat:** Artiklarna visade att riskfaktorer för CF hos sjuksköterskan bestod av tidsbrist/arbetsbörda, avsaknad av stöd från ledning på arbetsplatsen, avsaknad av kunskap om/hantering av CF, sjuksköterskans egna känsloliv och problem samt den egna personligheten/karaktärsdrag. I olika vårdinriktningar påvisades förekomst av CF och "att vårda" sågs som en egen riskfaktor till CF. **Diskussion:** "Att vårda" som riskfaktor pekar på att sjuksköterskor generellt kan löpa risk för att drabbas av CF. Arbetsbörda och avsaknad av stöd från ledning vittnar om att CF mycket väl kan bero på organisatoriska problem, vilket visar på att förebyggande av ohälsa hos sjuksköterskor även måste uppbackas av verksamhetsledningar. Avsaknad av kunskap om CF utgjorde en riskfaktor. Detta understryker vikten av att sjuksköterskor, kanske redan i utbildningsstadiet, behöver kvalificerad utbildning och information om att de kan drabbas av egen ohälsa på grund av sitt yrke, samt hur detta kan förebyggas.

INNEHÅLL

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Compassion Fatigue	1
Empati	3
Stress	3
Utbrändhet och utmattning	4
Fatigue	5
Trauma	5
Secondary Traumatic Stress	6
Vicarious Traumatization	6
Lidande	6
Compassion Satisfaction	7
Riktlinjer	7
AVGRÄNSNINGSSOMRÅDE	8
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	9
METOD	9
LITTERATURSÖKNING	9
Informationskällor	9
Sökord	9
URVAL	9
DATAANALYS	10
RESULTAT	11
ATT VÅRDA SOM RISKFAKTOR	11
SJUKSKÖTERSKAN PERSONLIGEN	11
Sjuksköterskans egna känsloliv och problem	11
Karaktärsdrag och personlighet	12
DEMOGRAFISKA VARIABLER	13
Kön och ålder	13
Utbildningsnivå	13
AVSAKNAD AV KUNSKAP OCH HANTERING AV COMPASSION FATIGUE	13
ARBETSRELATERADE RISKFAKTORER	14
Tidsbrist och arbetsbörda	14
Avsaknad av stöd	15

VÅRDINRIKTNINGAR	15
Att arbeta på akuten	16
Att arbeta på hospice eller inom palliativ vård	16
Att arbeta inom intensivvård	17
Att arbeta inom pediatrik vård	17
AVSAKNAD AV COMPASSION SATISFACTION	17
DISKUSSION	18
METODDISKUSSION	18
RESULTATDISKUSSION	19
Sjuksköterskan personligen	19
Demografiska variabler	20
Avsaknad av kunskap och hantering av Compassion Fatigue	21
Avsaknad av Compassion Satisfaction	21
Vårdinriktning	22
Arbetsrelaterade riskfaktorer	22
SLUTORD	23
Implikationer för vården	24
REFERENSER	25
BILAGOR	
1 Artikelsökning	
2 Artikelsammanfattningar	

INTRODUKTION

INLEDNING

Sjukdom innebär i många fall lidande för individen. I sjuksköterskans yrkesområde ingår det att lindra detta lidande. Efter att ha gjort utlandspraktik på ett barnsjukhus i Vietnam, där vi fick ta del av knapphändiga resurser och en övermäktig efterfrågan på hjälp och vård, väcktes en fråga hos oss – hur mår den sjuksköterska som vistas dagligen i allt detta lidande? Vad blir konsekvenserna för sjuksköterskan? I kurslitteraturen som var kopplad till kursen i fråga, Internationell klinisk omvårdnad, stötte vi på begreppet ”compassion fatigue”, som behandlade just när patienters lidande blir för mycket för den enskilda sjuksköterskan. Vi har även under våra verksamhetsförlagda utbildningstillfällen upplevt denna känsla av otillräcklighet och hjälplöshet, vilket sedan har påverkat vårt egna känsloliv. På så vis är ämnet intressant för oss blivande sjuksköterskor. ”Compassion fatigue” har på detta sätt väckt vårt intresse och vi vill undersöka begreppet ytterligare för att se vilka riskfaktorer som föranleder denna påverkan.

BAKGRUND

Compassion Fatigue

Enligt en litteraturöversikt myntades begreppet ”compassion fatigue” först 1992 av sjuksköterskan Carla Joinson. Hon undersökte hur sjuksköterskor i akutvårdsverksamhet riskerar att drabbas av en slags utbrändhet, som hon kallade compassion fatigue (CF), på grund av yrket i sig och i samband med den yrkesverksammes personlighetsdrag (Najjar, Davis, Beck-Coon, & Carney Doebbeling, 2009). Generellt har begreppet beskrivits som en arbetsrelaterad utbrändhet och stress, som uppkommer av att vårda lidande och traumatiserade personer (Sabo, 2011).

Joinson (1992) menar att vårdpersonal är en yrkesgrupp som är extra utsatt för risken att drabbas av CF, vilket kan komma som följd av att utsättas för övermäktig stress och stora krav i yrket som inte kan mötas. Varför just vårdpersonal, särskilt sjuksköterskor, har stor risk att drabbas av CF har många skäl menar Joinson. Skälen består i att vårdpersonalens främsta verktyg är den egna personen, samtidigt som patienterna ständigt har ett behov av hjälp. Känslor av att ”jag kunde ha gjort mer” är vanligt förekommande i sammanhanget och utgör likaså en risk för sjuksköterskan. De ökande kraven på vården, inte minst från patienterna själva, i samband med att sjuksköterskan för patienten är en av de mest synliga figurerna i sjukvården, gör att dessa krav lättare riktas mot just sjuksköterskan (Joinson, 1992).

Personlighetsdrag hos vårdpersonal som ökar risken för CF har visat sig vara egenskaper såsom pliktrogenhet, perfektionism och hängivenhet. Riskfaktorer för CF i vården på ett organisatoriskt plan kan vara ökad arbetsbörda och minskad självbestämmanderätt för personalen. Med fler patienter per yrkesverksam sjuksköterska och större administrativt arbete ökar kraven för den yrkesverksamma och därmed risken för utveckling av tillståndet CF (Najjar et al., 2009).

Forskningen har gått i riktning mot att undersöka hur arbetsplatsen spelar in, hur brister på ledarskap, resurser och skilda värderingar påverkar benägenhet hos yrkesverksamma

att utveckla utbrändhet. Den terapeutiska relationen mellan vårdare och patient, där engagemang och empati ingår, har också varit återkommande som en föreslagen orsak till arbetsrelaterad stress, utbrändhet och CF. Klarhet i varför har inte gått att påvisa. Aspekter som relationens duration, sjuksköterskans erfarenhetsnivå och egen personlighet samt patientens karaktärsdrag, behöver utredas ytterligare som eventuella riskfaktorer till CF (Sabo, 2011).

CF visar sig på så vis vara en slags utbrändhet kopplad till den egna professionen som sjuksköterskan ingår i. Stressen kan ha en negativ påverkan på funktioner hos människan. Symptomen som kommer utav CF är starkt förknippade med stressmönster; utmattning, nedsatt koncentrationsförmåga, apati och depression. Något av det mest utmärkande för CF är känsla av ilska, vilken ofta är tätt återkommande och inte står i proportion till situationen. Även fysiska symptom, såsom nedsatt immunförsvar, huvud- och magvärk kan förekomma (Joinson, 1992).

I en litteraturöversikt har CF senare beskrivits som en synonym till Secondary Traumatic Stress (STS), då CF kommer som en plötslig stressreaktion när sjuksköterskan möter en lidande eller traumatiserad patient. Karaktäriserande symptom på sjuksköterskans process mot CF är dennes konstruerade återupplevelse av patientens traumatiserande situation. Påträngande tankar och dålig sömn kan förekomma hos vårdgivaren. Även cynism, ångest, tristess, nedslagenhet och avsaknad av medkänsla förekommer (Najjar et al., 2009). Känslor av stress kommer av att hjälpa den lidande personen, eller att vilja kunna hjälpa individen (Sabo, 2011). Det har också föreslagits att det finns två typer av CF, CF-1 och CF-2. CF-1 är det tillstånd som inträder när vårdgivaren tar del av patientens historia och absorberar det lidande, traumatiserande eller smärtsamma som individen upplever och gör det till känslor hos sig själv. Vårdaren känner då medkänsla, vilket denne ger till patienten i en sådan grad att vårdgivaren töms på energi. Det kan sedan vara svårt för sjuksköterskan att känna glädje och förbättring i situationen, även om patienten blir förbättrad i sitt tillstånd. CF-2 inträder då patientens situation väcker minnen hos vårdaren, som påminner om det patienten går igenom. Följder till CF-2 kan vara depression och ett ihållande, konstant stresspåslag (Najjar et al., 2009).

Figley (2002) poängterar att CF är något som kan drabba alla som har en slags hjälparoll. Vidare beskrivs CF som ”priset av att vårda” (”the cost of caring”) andra i emotionell smärta. De som hjälper de lidande blir själva lidande på grund av sitt arbete och får en slags ”professionell utbrändhet”. Figley (2002) menar att CF är det senaste konceptet i vad som utgör en del av det samlade fenomenet ”priset av att vårda”. Begrepp som ingår i detta fenomen förutom CF är till exempel Vicarious Traumatization (VT) och Secondary Traumatic Stress (STS). Inom traumatologi namnges CF som STS eller Secondary Traumatic Stress Disorder (STSD), men CF är en mer ”användarvänlig” term än STS menar Figley. Detta på grund av att STS ligger för nära konceptet Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) (Figley, 2002).

Det finns teorier om att CF lättare drabbar personer som i högre utsträckning känner empati för de som upplever lidande. Det finns dock inte tillräckligt tydlig forskning i vad CF är teoretiskt. Behov finns av att klargöra huruvida sjuksköterskans empati spelar roll i processen att utveckla CF eller ej. Det behöver även utredas vidare vad CF orsakas av och hur tillståndet hos vårdpersonal kan lindras samt vilka strategier som är lämpliga för detta (Sabo, 2011).

Empati

Begreppet empati härstammar från grekiskans "empathia" som ungefärligt kan översättas till "inkännande". Det var först i slutet av 1950-talet som ordet "empati" uppmärksammades i forskningsperspektiv. Två forskningsområden där empati har studerats, och lett till viktiga bidrag för begreppets innebörd, är psykodynamisk samt socialpsykologisk teori (Holm, 2001).

I den psykodynamiska teorin har empati förklarats som en plötslig förståelse för en annan persons känsloliv. Processen kring empatin kan delas in i två faser, affektiv och kognitiv fas. Den affektiva fasen står för själva upplevandet och känslor. När människan lyssnar till den andra partens berättelse kan lyssnaren med sina egna känslor skapa fantasier och på så sätt lättare ta del av den andres känsloliv. Den kognitiva fasen karaktäriseras av intellektets roll vid försök till att sätta sig in i en annan människas situation. Med hjälp av kognitiv förmåga kopplar människan ihop den andra partens känslor med egna tidigare upplevelser, samtidigt bearbetas den betraktades yttre uttryck och signaler genom observation. Tillsammans med människans teoretiska kunskap om mänskliga beteenden och reaktioner bildar dessa komponenter en kognitiv fas av processen empati. De affektiva och kognitiva faserna behöver användas tillsammans. Om någon av faserna tar överhand kan detta få negativa konsekvenser. Till exempel, om den affektiva fasen får för stort utrymme kan lyssnaren uppfatta den betraktades känslor som sina egna. Empatin blir således lidande av oförmåga att kunna skilja på det egna jaget och den andra parten (Holm, 2001).

I socialpsykologisk teori står begreppet empati för människans förmåga att kunna sätta sig in i den andres situation. Även i denna teori betonas de kognitiva och affektiva delarna av begreppet, som står i interaktion till varandra. Den affektiva delen har förklarats som att känna medkänsla och medlidande för den andre parten (Holm, 2001).

Empati kan alltså ha olika betydelser. Begreppet kan användas synonymt med egenskapen att vara hjälpsam, men likaså förmågan att känna medkänsla (Holm, 2001). Empati kan också förklaras som att leva sig in i en annan persons värld med dess känslor och lidande. I vården kan sjuksköterskans empati betyda att sjuksköterskan visar förståelse för patientens situation (Birkler, 2007). Empati som förmåga i hälso- och sjukvård kan ses som att en relation skapas mellan den professionella och den hjälpsökande som utgör stöd och trygghet. Detta fungerar sedan som en förutsättning för ett lyckat samarbete parterna emellan (Holm, 2001).

Stress

Den första att mynta begreppet "stress" var fysiologen Hans Selye under 1940-talet (Nationalencyklopedin, 2013c). Stress definieras enligt nationalencyklopedin som "*(ansträngande omständigheter som framkallar) påfrestningar både fysiskt och psykiskt; ofta i samband med högt arbetstempo och tidsbrist*" (Nationalencyklopedin, 2013b).

Vitt skilda faktorer kan leda till stress för olika människor. Dessa stressframkallande faktorer benämns utav Selye som "stressorer". Själva reaktionen i kroppen är dock densamma, det vill säga den kemiska reaktionen som kroppen svarar med är identisk oberoende av stressor. Stress kan sägas vara kroppens sätt att svara på de krav som ställs på den. Detta är inte bundet till huruvida stressorer är "goda" eller "dåliga". Själva responsen stress grundas i hur starka de krav är som ställs på kroppens förmåga till an-

passning. Detta krav på anpassning till situationen utgör så tillvida själva stressen. Såväl understimulering som överstimulering kan höja stressgraden. Kroppens förmåga att klara av att utstå stressorerna – att anpassa sig, har en gräns som bestäms utav stressorernas styrka och kroppens medfödda eller förvärvade förmåga till anpassning. Då denna gräns är uppnådd inträder en utmattningsfas (Selye, 1974).

Den biologiska stressresponsen i kroppen påverkar de endokrina organen och sätter igång immunologiska reaktioner för att bibehålla kroppens homeostas, som utgörs av mekanismer för att bevara den interna miljön i jämvikt (Nationalencyklopedin, 2013a; Selye, 1974). Denna process av att försöka hålla kroppen i balans benämnde Selye som "the general adaption syndrome (G.A.S.)" (Selye, 1974).

Stress delas in i fysisk stress eller psykisk stress, men kan också förekomma i kombination. Den fysiska stressen utgörs utav ett vävnadshot, exempelvis extrem temperaturpåverkan, infektioner eller fysisk skada på kroppen. Den psykiska stressen kan exempelvis komma av tanken om en fara som kan vara både verklig eller föreställd, såsom problematiska sociala interaktioner, sorg, ilska eller skräck. Även goda stimuli såsom glädje kan orsaka ett stresspåslag (Shier, Hole, Butler, & Lewis, 2013). Just emotionella stimuli är de vanligaste stressorerna för människan (Selye, 1974).

Då människan utsätts för en stressor svarar hypothalamus i hjärnan på de inkommande impulserna genom att trigga igång den så kallade "fight-or-flight"-reaktionen. Detta innebär att sympatikuspulser från hypothalamus höjer blodtryck, puls, andningsfrekvens, blodsocker, blodfetter samt vidgar luftvägarna. Denna respons medför även att blod prioriteras till skelettmuskulatur framför huden och digestionsorganen (Shier et al., 2013). Även blodets koagulationsförmåga ökar, smärtekänsligheten sänks och aktivering av immunförsvaret samt viss minnesförbättring är effekter utav detta reaktionspåslag (Socialstyrelsen, 2009).

Under människans tidigare utveckling var behovet utav denna stress ett annat än vad det är idag. Den biologiska responsen på den akuta stressituationen sätts igång under andra premisser i den moderna tidens samhälle, kroppens reaktion är dock densamma. Det som skiljer är att reaktionen tidigare var snabbt övergående då hotet hade avverkats eller undsluppits. Idag är funktionen av "fight or flight" inte anpassad efter det moderna livet, och effekten varar under en längre tid än vad den har gjort historiskt. Detta mer långvariga stresspåslag är slitsamt för kroppen och kan orsaka sekundära effekter såsom sömnsvårigheter, hjärt- och kärlsjukdomar, ökad infektionskänslighet, värk och magproblem (Socialstyrelsen, 2009). Ett stresspåslag som dessutom inte följs utav tillräcklig återhämtning kan också leda till ett stadie av utbrändhet (Wrangsjö, 2002).

Utbrändhet och utmattning

De första att behandla begreppet utbrändhet var Freudenberg år 1974 följt av Maslach år 1976. Att negativa psykosociala faktorer kan uppstå relaterat till yrkesverksamhet var då redan känt, men konceptet utbrändhet som forskarna presenterade fyllde ett tomrum. Sedan dess har ordet blivit mer och mer förekommande och använt i vardagligt bruk (Ekstedt & Fagerberg, 2005).

Utbrändhet och utmattning kan ses som en följd av förhöjd stress, när återhämtningsfasen inte får tillräckligt utrymme. Tillståndet som följer är just utmattning med kraftigt försämrad energinivå, utan möjlighet till återhämtning (Wrangsjö, 2002). Utbrändhet är ett långsamt progredierande tillstånd (Beck, 2011). Även rastlöshet, försämrad kognitiv

förmåga och upplevelse av hopplöshet förekommer. Den utbrända individen tenderar att isolera sig från sociala företeelser. Brist på engagemang kan förekomma. Personligheten hos den utbrända kan övergå till drag som att vara irriterad, cynisk, arrogant och likgiltig. Detta leder i sig självt ofta till innehavda känslor av otillräcklighet. Ångest, nedstämdhet och depression är också vanligt återkommande vid utbrändhet (Wrangsjö, 2002).

Teorier kring utbrändhet har traditionellt sett undersökt huruvida den drabbade människans yrke spelar roll för utvecklingen av tillståndet (Sabo, 2011). Maslach (1998) har beskrivit utbrändhet just som ett emotionellt utmattningssyndrom som orsakas av emotionell överansträngning. Syndromet tros av Maslach (1998) drabba yrkeskategorier som arbetar med människor, i synnerhet om de människorna den yrkesverksamma arbetar kring har problem och bekymmer. På så sätt är den sociala interaktionen i arbetet orsaken till den utbrända individens stressreaktion. En konsekvens för den utbrände kan bli att denna försöker avskärma sig från emotionellt engagemang i yrket, för att denne anser att det är ett måste för att orka fortsätta arbeta (Maslach, 1998). Vidare forskning har dock visat att risk för utbrändhet finns inom all yrkesverksamhet (Sabo, 2011).

I tidig forskning inom området utbrändhet hos hälso- och sjukvårdspersonal föreslogs det att relationen mellan vårdare och mottagare av vård var en del av kärnan till utbrändhet. Detta då relationen parterna emellan bidrog till en slags ”emotionell utmattning” hos vårdpersonal. Vidare forskning har dock visat att en sådan relation inte är utgångspunkten för utbrändhet, utan har istället pekat på andra faktorer på arbetsplatsen, såsom känsla av icke-kontroll, brist på belöning, för tung arbetsbörda, avsaknad av gemenskap, upplevelse av orättvisa samt värdekonflikt (Sabo, 2011).

Fatigue

Fatigue kan definieras som en sjuklig eller kronisk trötthet som inte försvinner efter vila och sömn. Tillståndet kan upplevas som energiförlust i en större utsträckning än normalt. Förlusten av energi är inte i förenlig skala med de ansträngningar personen utsatts för. På så sätt är den patologisk och inte en del av människans naturliga trötthet (Asp & Ekdstedt, 2009). Fatigue kan uppkomma som en reaktion på stress, och om inte motverkande åtgärder sätts in kan situationen förvärras till ett tillstånd av utmattning (Olson, 2007).

Trauma

Trauma innebär att kroppen påverkas av yttre faktorer, och effekten kan vara antingen övergående eller kvarvara under en längre tid. Ett trauma kan vara av fysisk eller psykisk art. Det fysiska traumat påverkar kroppen, och brukar delas in i trubbigt våld, som har en vidare spridd påverkan, eller skarpt våld som är mer lokalt bestämt till en specifik yta. Det fysiska traumat kan också delas in i flera andra kategorier, såsom mekanisk påverkan, temperaturpåverkan, olika tryckförändringar som påverkar kroppen eller kemiska trauman (Nationalencyklopedin, 2013d).

Det psykiska traumat innebär att psyket blir kraftigt överstimulerat (Wrangsjö, 2002). Detta grundar sig i en händelse som upplevs som chockartad. Detta trauma leder till en kris som är svårbearbetad och kan föranleda psykiska störningar om traumat inte kan bearbetas (Nationalencyklopedin, 2013d). Det överstimulerade psyket kan medföra att individen känner stark skräck och att kontrollen över kroppen går förlorad. Ett svårt trauma kan genom förändrade neurobiologiska processer bland annat också medföra att

tron på den egna förmågan förloras, att individen blir aggressiv, får problem i sociala konstellationer, förändrat sexuellt beteende och koncentrationssvårigheter (Wrangsjö, 2002).

Secondary Traumatic Stress Disorder

CF och secondary traumatic stress disorder (STS) har ibland använts synonymt, och det har också diskuterats om begreppen bör vara utbytbara, då STS ses ha en negativ klang (Beck, 2011).

STS härstammar från "Post Traumatic Stress Disorder" (PTSD), som benämndes som en psykisk störning första gången år 1980. De första att diagnostiseras med PTSD var veteraner från Vietnamkriget. PTSD drabbar de som har varit i direkt kontakt med en traumatiserande händelse, medan STS innebär att känslor och beteenden som har drabbat en traumatiserad individ överförs på en annan som inte upplevt själva traumat, utan endast har vetskap om det. STS ger dock i grunden samma effekt som PTSD. Stressen grundar sig i själva hjälpanDET eller viljan att hjälpa den individ som varit exponerad för den traumatiserande händelsen (Beck, 2011). Detta i likhet med CF (Sabo, 2011).

Två centrala delar hos en person som utvecklar STS är empati och exponering av traumatiserade individer. Till skillnad från begreppet "utbrändhet" är STS något som är plötsligt inträffande utan förvarning (Beck, 2011).

Vårdpersonalens nära kontakt med på olika vis traumatiserade individer kan medföra att de befinner sig inom riskzonen för att drabbas utav STS (Najjar et al., 2009).

Vicarious Traumatization

Den vårdpersonal som arbetar med personer som är drabbade av trauma och lidande kan uppleva en psykologisk plåga i och med att en empatisk kontakt uppstår. Detta sker när vårdpersonalen tar del av traumatiserade patienters känslvärldar. Denna reaktion i vårdarens inre har benämnts som Vicarious Traumatization (VT) och beskrivs som en negativ effekt för den professionelle, med följder som störningar av individens kognitiva mönster. Det har senare utvecklats en förklaringsmodell till varför VT uppstår, kallad Constructivist Self-Development Theory (CSDT). Utifrån modellen är individer olika känsliga för att utveckla VT, beroende på tidigare livserfarenheter. Sjuksköterskans unika historia påverkar i vilken utsträckning denne kan anpassa sig till att vårda traumatiserade och lidande patienter i olika situationer. När individen kommer i kontakt med direkt eller indirekt trauma, får det enligt CSDT konsekvenser för ett av följande behovsområden hos människan; säkerhet, tillit, kontroll, intimitet eller självkänsla (Sabo, 2011).

Lidande

Ett av vårdpersonalens största pliktområden idag är "att lindra lidande", vilket det har varit ända sedan Hippokrates tid, grundaren för den tidiga medicinska etiken (Barbosa da Silva, 1991). På latin kan ordet översättas till "passio", men kan även jämföras med "dolor". "Dolor" syftar mer till kroppslig och inre smärta av olika karaktär, såsom sorg.

Lidandet är något av det mest centrala begrepp som finns inom vård och vårdvetenskap. Begreppet kan ha många olika innebörder beroende på vilket perspektiv det tolkas utifrån. Sett ur ett humanvetenskapligt perspektiv (vilken vårdvetenskapen är byggd på)

står lidandet i relation till existensen, på samma sätt som människan hör ihop med liv och död. Eriksson (1991) menar att lidande kan betraktas som något ont, att det inte sällan är kopplat till sjukdom, men att lidande också kan vara oberoende av sjukdom. Lidandet är en naturlig del av livet och är därmed också bundet till hälsan. Konsekvenserna lidandet får för individen beror på om hälsan uppfattas som uthärdlig av människan eller ej. Det tolererade lidandet är hälsa. Om lidandet istället tar övermäktiga proportioner töms människan på kraft (Eriksson, 1991).

Lidande är starkt förankrat i smärta och dessa begrepp kan således vara svåra att skilja från varandra. Eriksson (1991) menar att det som karaktäriserar lidandet i jämförelse med smärta är att smärta har ett mer "omedelbart språk". När individen upplever lidande har gränsen för sådana uttryck passerats (Eriksson, 1991).

Sjukdom kan ses som starkt förknippat med lidande. Detta lidande kan väcka frågor hos den drabbade som "varför är det just jag som blivit sjuk?" och "kommer jag kunna leva ett meningsfullt liv trots sjukdom?". Den sjuke patienten kan alltså komma att söka en mening i sitt lidande (Barbosa da Silva, 1991). Eriksson (1991) menar att vårdvetenskapen förutsätter lidandets närvaro.

Compassion Satisfaction

Compassion Satisfaction (CS) beskrivs av Hudnall Stamm (2002) som en del av vårdarens motivation till att hjälpa. CS består i tillfredställelsen som kommer utav att i vårdarens arbete hjälpa andra, och har därmed en viktig roll i mänskliga tjänster. Hudnall Stamm (2002) menar att CS och CF inte nödvändigtvis behöver vara varandras motpoler, utan återger sig ha träffat vårdare i olika kontext som tyckt sig lida av CF, men som ändå fortfarande har upplevt de positiva fördelarna med sitt arbete (CS). Men en kombination av CF och utbrändhet däremot tros av Hudnall Stamm (2002) utslå chanserna av att fortfarande känna tillfredställelsen av att hjälpa andra. Detta i samband med att utbrändhet är förankrat i utmattning hos den drabbade personen. Risken föreligger i att energin hos vårdaren urholkas till den grad av att denne ej kan bibehålla känslan av CS (Hudnall Stamm, 2002).

Riktlinjer

ICN:s (International Council of Nurses) etiska kod (2009) utarbetades och presenterades för första gången år 1953, och har sedan dess utgivits i uppdaterad form flera gånger under årens lopp. Denna kod syftar till att utgöra en grund för sjuksköterskans etiska och moraliska ansvar och på så vis främja en god omvårdnad. I koden finns bland annat för sjuksköterskor angivet att "*Sjuksköterskan sköter sin hälsa så att förmågan att ge vård inte äventyras.*" (Svensk Sjuksköterskeförening, 2009 s. 5).

Socialstyrelsen har utformat en kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005), som innehåller rekommendationer om yrkesutövande, sjuksköterskans kompetens och förhållningssätt inom yrkesverksamheten (Socialstyrelsen, 2005).

Sjuksköterskan skall, enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (2005);

- ”visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet”
- ”visa öppenhet och respekt för olika värderingar och trosuppfattningar”
- ”utifrån patientens och/eller närståendes önskemål och behov föra deras talan” (Socialstyrelsen, 2005 s. 10).
- ”Ha förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer”
- ”uppmärksamma arbetsrelaterade risker och aktivt förebygga dessa” (Socialstyrelsen, 2005 s. 12).

I hälso- och sjukvårdslagen, 2 a §, står det angivet att ett krav på hälso- och sjukvården är att ”främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen” (SFS 1982:763).

Dessa sammansatta krav som ställs på sjuksköterskan, i kompetensbeskrivningen, hälso- och sjukvårdslagen och ICN:s etiska kod, visar på det förhållningssätt och etiska ansvar som sjuksköterskan har, såväl som dennes skyldighet att ansvara för den egna hälsan. Dessa faktorer utgör en betydande del för att vården skall bedrivas med goda resultat.

AVGRÄNSNINGSSOMRÅDE

Det finns tydliga sammankopplingar mellan compassion fatigue, secondary traumatic stress och vicarious traumatization, då samtliga begrepp har sin grund i förändringar och konsekvenser som uppstår hos vårdaren då denne får en empatisk kontakt med en lidande patient. Forskning visar en viss tvetydighet i hur begreppen skiljer sig från varandra, då CF och STS ibland används synonymt (Beck, 2011; Najjar et al., 2009). I denna litteraturstudie kommer enbart begreppet CF att behandlas, detta på grund av att Figley (2002) menar att CF är den senaste benämningen på ett begrepp som befinner sig under utveckling (Figley, 2002). Då vi är under utbildning för att bli sjuksköterskor har vi valt att fokusera på CF inom just sjuksköterskeprofessionen.

PROBLEMFÖRMULERING

Efter att ha studerat compassion fatigue och de begrepp som står i förbindelse till fenomenet framgår det att det för hälso- och sjukvårdspersonal finns risker för att utveckla egen ohälsa. Däribland en slags utbrändhet relaterat till att hälso- och sjukvårdspersonal arbetar under nära förbindelse med människor i beroendeställning och kommer i kontakt med patienters lidande. Det finns ett behov av att klargöra vad CF orsakas av (Sabo, 2011). Forskning visar att CF bidrar till att sjuksköterskor lämnar sina arbeten (Najjar et al., 2009). Om CF hanteras skulle en sådan problematik med andra ord kunna motverkas. Detta visar på vikten av att identifiera riskfaktorer för CF hos sjuksköterskan, vilket därmed är ett relevant område för sjuksköterskeprofessionen att behandla. Vi vill genom en litteraturoversikt inrikta oss på att identifiera riskfaktorer som föranleder CF hos sjuksköterskan.

SYFTE

Identifiera riskfaktorer som bidrar till att sjuksköterskor utvecklar compassion fatigue.

METOD

LITTERATURSÖKNING

Som metod för denna uppsats valdes litteraturöversikt, då formen ansågs vara lämplig för att svara på examensarbetets valda syfte. Att göra en litteraturöversikt innebär att skapa en översikt av forskningen över ett valt intresseområde (Friberg, 2012).

Informationskällor

Vetenskapliga artiklar söktes primärt i databaserna Scopus och Cinahl. Databasen Cinahl användes då denna innehåller dokument med fokus på omvårdnad, vilket utgör huvudområdet för detta examensarbete. Databasen Scopus användes då denna är en multidisciplinär databas som bland annat inkluderar medicin och hälsa. Scopus gör också sökningar inom PubMed bland dokument som har blivit indexerade för MEDLINE, vilket innebär att vi primärt uteslöt sökningar specifikt i databasen PubMed.

Det förekom bortfall av artiklar under kvalitetsgranskning av de artiklar som primärt valdes ut, på grund av brist på kvalitetsindikatorer. Därför gjordes en andra sökning i databasen PubMed, där dokument som är för nya för att ha blivit indexerade för MEDLINE finns tillgängliga, till skillnad från i databasen Scopus.

Sökord

Inför den första sökningen av vetenskapliga artiklar valdes lämpliga sökord ut som framkommit under utformandet av bakgrunden, då litteraturöversikter granskades. Dessa var; compassion fatigue, nurs*, secondary traumatic stress, burnout, stress, occupational stress, empathy, suffering, risk factors samt caring. Compassion fatigue och nurs* användes i alla sökningar i både Scopus och Cinahl, då de utgjorde nödvändiga grundstenar för att finna material som svarade på problemformuleringen och syftet. De två sökorden kombinerades senare med var och ett av samtliga resterande sökord. I den sekundära sökningen användes compassion fatigue och nurs* i en kombination av sökord som visat sig vara av nytta i primärsökningen; burnout, stress och empathy. En sekundärsökning gjordes även i Scopus, där sökordet "contributory factors" (som upptäckts som ett keyword i föregående sökningar) sattes i kombination med nurs* och "compassion fatigue". För översikt av samtliga sökningar, se bilaga 1.

URVAL

Av de träffar som framkom av sökningarna granskades samtliga titlar för att kunna välja ut vilka som var av intresse för närmare granskning. De som berörde compassion fatigue, utbrändhet och secondary traumatic stress ansågs vara intressanta för denna studie, varefter dessa abstract granskades. Utifrån inklusions- och exklusionskriterier valdes 10 artiklar ut för närmare granskning av artiklarna i helhet.

Inklusionskriterier: CF beskrivet som huvudämne. Abstract som vittnade om att riskfaktorer behandlades i resultatet, och därmed svarade mot syftet. Sjuksköterskor som fokusgrupp. Engelskt eller skandinaviskt språk. Vetenskapligt granskade studier.

Exklusionskriterier: Artiklar som ej hade CF som fokus/huvudämne eller när CF ej gick att finna i abstract. Litteraturoversikter. Annan profession som fokus, såsom läkare eller röntgensjuksköterskor. Andra sjuksköterskeprofessioner, såsom barnmorskor. Sjuksköterskor som arbetar under särskilda omständigheter, såsom krig, terrorism eller naturkatastrofer. Dessa omständigheter är omvälvande i sig, vilket gör det svårt att urskilja vad som drabbar individen som människa och vad som drabbar individen som sjuksköterska. Därför valdes artiklar av denna typ bort. Artiklar som ej behandlade riskfaktorer. Artiklar där varken abstract eller fulltext fanns tillgängliga.

Ett antal artiklar hade tillgängliga abstract, men fanns ej att tillgå i fulltext utan beställning. Dessa artiklar bedömdes utifrån abstract inte ha fokus på riskfaktorer, vilket inte svarade mot syftet, därför uteslöts dessa artiklar.

Artiklarna granskades sedan utifrån Fribergs granskningsmodell, kvantitativ respektive kvalitativ (Friberg, 2012). En artikel exkluderades då den dels inte behandlade riskfaktorer, men även då den inte uppfyllde kraven enligt använd granskningsmodell.

Sekundärsökningen i PubMed resulterade inte i att nya artiklar som motsvarade litteraturoversiktens syfte upptäcktes. Sekundärsökningen som gjordes i Scopus resulterade i en funnen artikel som lästes igenom, men som föll bort vid kvalitetsgranskning, bland annat på grund av en mycket ottydligt beskriven metod. Således utgjorde primärsökningens nio funna artiklarna det slutgiltiga underlaget för litteraturoversikten.

DATANALYS

Samtliga studier lästes igenom vid upprepade tillfällen. Studierna sammanfattades därefter för att ge en övergripande bild samt för validering av studierna, se bilaga 2. Inkluderade studier var av både kvantitativ och kvalitativ art. Kvantitativa och kvalitativa studier kan inte jämföras på ett likvärdigt sätt, studierna har därför inte övergripande jämförts utifrån metodologiska tillvägagångssätt och analysmetod. De har dock jämförts utifrån likheter och skillnader i sina syften och resultat. Fokus under analysen av artiklarna var riktat mot riskfaktorer. Därefter delades studiernas resultat, som kunde relateras till riskfaktorer, in i övergripande teman. Teman utformades utefter varje artikels resultat. Då alla artiklar genomgått denna process utfanns gemensamma teman med nya benämningar samt underrubriker. Därefter jämfördes samtliga artiklars innehåll under utvunna teman efter likheter och skillnader i artiklarnas respektive resultat.

RESULTAT

Under granskning av studiernas resultat, med riskfaktorer i fokus, uppkom följande teman; ”att vårda som riskfaktor”, ”sjuksköterskan personligen”, ”demografiska variabler”, ”avsaknad av kunskap och hantering av compassion fatigue”, ”arbetsrelaterade faktorer”, ”vårdinriktningar” och ”avsaknad av compassion satisfaction”. Resultatdelen i denna litteraturöversikt har därför indelats under dessa rubriker. Varför ”vårdinriktningar” blev en egen rubrik kom sig utav att majoriteten av studierna fokuserade på att studera compassion fatigue, på olika vis, relaterat till en specifik vårdinriktning såsom exempelvis akutvårdssjuksköterskor.

ATT VÅRDA SOM RISKFAKTOR

I en av studierna sågs ”att vårda” patienter i sig vara en utlösande faktor för compassion fatigue och utbrändhet. Ungefär hälften av deltagarna i studien uppgav detta som en riskfaktor. Att vårda en patient vars tillstånd inte förbättras på grund av sjukdomen eller att se en patient tyna bort sågs av ungefär en tredjedel av sjuksköterskorna som en riskfaktor. 17 procent av deltagarna upplevde mötet med patienter och anhöriga som har ett svårt beteende som utlösande faktor för CF. Sådant svårt beteende kunde exempelvis vara höga krav, ilska samt ett behov från patienten som inte kan tillfredsställas trots gedigna försök att tillgodose behov. Fyra procent av deltagarna upplevde att en utlösande faktor för CF och utbrändhet var situationer där anhöriga krävde fortsatt intensivvård trots att detta var meningslöst, på grund av att läkaren inte var ärlig angående patientens prognos (Yoder, 2010).

SJUKSKÖTERSKAN PERSONLIGEN

Sjuksköterskans egna känsloliv och problem

Flera av studiernas sjuksköterskor som var i riskzon för compassion fatigue och utbrändhet tenderade att ha vissa känslor och privata omständigheter kring sig, vilka identifierades som bidragande orsaker (Abendroth & Flannery, 2006; Maytum, Heiman, & Garwick, 2004; Meadors & Lamson, 2008; Melvin, 2012; Yoder, 2010). Sådana omständigheter som kunde ses var att försöka få personliga behov tillgodosedda genom arbetet, olika privata åtaganden samt familjekriser och familjeproblem (Maytum et al., 2004). En studie påvisade att sjuksköterskorna med hög grad av personliga stressfaktorer även hade högre nivåer av klinisk stress och CF. De personliga stressorererna skiljde sig signifikant över gruppen. De mest frekventa var; julsång, förändringar i sömnvanor, förändringar i arbetsansvar och in-teckningar på över 10 000 US-dollar (Meadors & Lamson, 2008). I likhet med höga in-teckningar tog en annan studie upp privata ekonomiska besvär som en riskfaktor till CF. En större del av de deltagarna, som uppgav sig ha ekonomisk stress, befann sig i högriskgruppen för att utveckla CF (Abendroth & Flannery, 2006).

Två studier identifierade psykisk och/eller fysisk ohälsa hos sjuksköterskan som möjliga riskfaktorer för CF (Abendroth & Flannery, 2006; Meadors & Lamson, 2008). Förutom förändringar i sömnvanor (Meadors & Lamson, 2008), identifierades frekvent huvudvärk, depression och Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) som riskfaktorer (Abendroth & Flannery, 2006). I studien gjord av Meadors och Lamson (2008) beräk-

nades stressnivån hos sjuksköterskorna genom en skala (Social Readjustment Rating Scale - SRRS), som kopplade stressen till större händelser i sjuksköterskans liv. Gruppen med hög stress hade högre nivåer av CF och större svårigheter i att skilja på privatliv och arbete, till skillnad från gruppen med låg stress. Gruppen med hög stress tenderade även att ta med negativa känslor till hemmet och familjen från arbetet (Meadors & Lamson, 2008). Känslor som angavs som riskfaktorer till CF var även; svårigheter med att släppa taget om stress och känslor som sorg och intensitet (Melvin, 2012). I den kvalitativa delen av en kombinerad kvantitativ/kvalitativ studie, där sjuksköterskor själva fick identifiera utlösande situationer till CF, utgjorde "personliga problem" ett tema. De personliga problemen bestod delvis i sjuksköterskans personliga begränsningar, till exempel; oerfarenhet, otillräcklig energi och att bortse från allvarliga symptom hos patienten. En annan sida av "personliga problem" var personliga erfarenheter. Detta kunde vara en stressfaktor genom att sjuksköterskan exempelvis tyckte att patienten påminde om förflutna svåra händelser i det egna privata livet (Yoder, 2010). Även att identifiera den egna personen med patienten utgjorde en utlösande faktor, exempelvis - "*patienten var i min ålder*" (Yoder, 2010 s. 194, egen översättning).

Karaktärsdrag och personlighet

Flera av studierna visade att riskfaktorer för att utveckla CF fanns i relation till sjuksköterskans egna karaktärsdrag eller personlighet (Abendroth & Flannery, 2006; Maytum et al., 2004; Perry, Toffner, Merrick, & Dalton, 2011). I en kvantitativ studie, där hospice-sjuksköterskor i Florida utgjorde undersökningsgruppen, konstaterades att 57 av de 216 sjuksköterskor som deltog befann sig inom gränsen för hög risk för CF. En majoritet på 47 av de 57 som utgjorde högriskgruppen svarade ja på frågan om de hade en självuppoffrande karaktär. Med självuppoffrande karaktär menades sjuksköterskor som sätter patienternas behov framför sina egna psykologiska behov. De sjuksköterskor i studien som förnekade självuppoffrande karaktär utgjorde en mycket lägre andel av högriskgruppen för CF. 136 stycken (av 216) sjuksköterskor ansåg sig själva inneha en självuppoffrande karaktär. (Abendroth & Flannery, 2006).

Riskfaktorer för CF och utbrändhet av personlig karaktär identifierades också i en kvalitativ studie, där sjuksköterskor som arbetade med kroniskt sjuka barn samt deras anhöriga, utgjorde undersökningsgruppen (Maytum et al., 2004). Dessa sjuksköterskor identifierade tillsammans 32 typer av riskfaktorer, varav personliga sådana utgjorde en fjärdedel av riskfaktorerna i fråga. Sjuksköterskorna identifierade "att bli alltför involverad" och att "överstiga professionella gränser" som största personliga riskfaktorer (Maytum et al., 2004). En sjuksköterska i studien berättade om upplevelsen att gå över professionella gränser, "*Jag blev oturligt indragen till att bli emotionellt involverad i dessa barn. Varken om du inser det eller inte, plötsligt händer det bara...*" (Maytum et al., 2004 s.176, egen översättning). Andra personligt betingade riskfaktorer som belystes var att ta saker för personligt, att arbetet inte passade sjuksköterskans personlighet och att ha orealistiska förväntningar på sig själv (Maytum et al., 2004). Att höga förväntningar utgjorde en riskfaktor för CF uppgavs likaså av onkologisjuksköterskor i en annan kvalitativ studie, men de betonade istället att förväntningarna kunde komma från andra parter. Dessa förväntningar fick sjuksköterskorna att tro att de var så pass starka att de inte behövde stöd från andra. Vissa av sjuksköterskorna angav att detta till och med gjorde dem motvilliga till att be om hjälp, då de kände ett behov av att projicera en känsla av att vara stark och oöverbinnerlig (Perry et al., 2011).

DEMOGRAFISKA VARIABLER

I en kvantitativ studie, där prevalensen av CF undersöktes inom akutsjukvård och andra slutenvårdsspecialiseringar, sågs ingen signifikant skillnad i värdena för CF, compassion satisfaction (CS) eller utbrändhet beroende på sociodemografiska variabler (Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel, & Reimels, 2010). I en annan kvantitativ studie som undersökte prevalensen av CF/secondary traumatic stress (STS) hos akutvårdssjuksköterskor, upp-gavs inte heller demografiska variabler utgöra signifikanta skillnader i prevalensen av CF (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009). Detta fick ytterligare stöd i en kvantitativ studie där prevalensen av CF och mönster mellan sjuksköterskornas karaktär och risken för CF undersöktes. Inte heller här utgjorde demografiska variabler någon signifikant skillnad i risken för utveckling av CF (Abendroth & Flannery, 2006).

Kön och ålder

Att vara kvinna utgjorde enligt en studie en signifikant högre riskfaktor för utveckling av CF än att vara man (Hooper et al., 2010). I studien av Dominguez-Gomez och Rutledge (2009) sågs män ha lägre värden enligt använd skala (Secondary Traumatic Stress Scale - STSS), vilken mäter STS hos hälso-och sjukvårdspersonal (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009).

I en studie sågs en signifikant positiv korrelation mellan förekomst av CF och ålder, vilket betyder att sannolikheten för CF var högre vid högre ålder (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009).

Utbildningsnivå

Enligt studien av Dominguez-Gomez och Rutledge (2009) utgjorde sjuksköterskornas utbildningsnivå en faktor i förekomsten av symptom på CF. Sjuksköterskor med en specialistutbildning ("graduate degree") hade lägre nivåer av symptom på CF, varav sjuksköterskorna som hade en magisterexamen ("master's degree") hade allra lägst nivåer av samtliga utbildningsgrupper. Sjuksköterskorna med en kandidatexamen ("baccalaureate") hade högst nivåer av symptom på CF (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009). I studien av Abendroth och Flannery (2006) ses ungefär en tredjedel av sjuksköterskorna med en kandidatexamen befinna sig inom högriskgruppen, likaså sjuksköterskorna som var licensierade som "practical nurse" (Abendroth & Flannery, 2006). Studien av Hooper et al. (2010) motsade detta med ett resultat som inte visade på några signifikanta skillnader i prevalensen av CF, utbrändhet eller CS beroende på utbildningsgrad hos sjuksköterskorna (Hooper et al., 2010).

AVSAKNAD AV KUNSKAP OCH HANTERING AV COMPASSION FATIGUE

I en kvalitativ studie sågs att brist på kunskap om CF var en riskfaktor för utveckling av detsamma. Vissa deltagande sjuksköterskor i denna studie menade att deras otillräckliga kunskap om CF kunde bidra till oförmåga i att uppmärksamma dessa symptom. Deltagare menade också att bristen på denna uppmärksamhet också kunde ha förvärrat deras situation. Vissa sjuksköterskor i studien trodde att kunskap om CF hade kunnat hjälpa till att förebygga CF, genom att de med en sådan kunskap hade kunnat förutse detta potentiella problem i yrket (Perry et al., 2011).

Detta stöds av studien av Meadors och Lamson (2008). Den del av deltagargruppen som, enligt en skala som uppskattar värden för stress relaterat till större händelser i livet (SRRS), sågs befinna sig inom ramarna för hög stress, hade också signifikant lägre kunskap om varningssignalerna för CF. Detta jämfört med gruppen som sågs befinna sig inom ramarna för låg stress. Gruppen med låg stress ansåg sig ha fler resurser för att hantera stressorer på arbetet och i hemmet, sorg på arbetet och multipla dödsfall och trauman på arbetet, än gruppen med hög stress enligt SRRS (Meadors & Lamson, 2008).

I en kvalitativ studie som undersökte risken för utveckling av CF hos sjuksköterskor som arbetade inom palliativ vård, sågs avsaknad av adekvata copingstrategier som en genomgående riskfaktor för de deltagande sjuksköterskorna (Melvin, 2012). Detta stöds av en kvantitativ studie där syftet var att upptäcka prevalensen av CF hos akutvårds-sjuksköterskor. Ungefär hälften av sjuksköterskorna i studien deltog i aktiviteter som främjar stresshantering och egenvård. Sjuksköterskor som deltog i stresshanteringsstrategier hade lägre nivåer av symptom på CF (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009).

ARBETSRELATERADE RISKFAKTORER

I en kvalitativ studie där sex hospice- och palliativa sjuksköterskor intervjuades, uppgavs 32 riskfaktorer för compassion fatigue, varav majoriteten var arbetsrelaterade. Arbetsrelaterade utlösande faktorer uppgavs vara oresonliga riktlinjer, för liten personaltstyrka, frustration över försäkringar, överdrivet pappersarbete, behov av att berättiga sin position och en känsla av generell dysfunktion av vårdsystemet (Maytum et al., 2004). I en kombinerad kvantitativ/kvalitativ studie där prevalensen av CF samt situationer som leder till CF hos sjuksköterskor undersöktes, uppgav ungefär en tredjedel av deltagarna att systemproblem utgjorde en utlösande faktor för CF (Yoder, 2010).

Tidsbrist och arbetsbörda

I en kvalitativ studie uttalade deltagare bekymmer angående att uppleva sig vara oförmögna att ge god vård relaterat till tidsbrist, upprepade behov av att lägga in övertid och dubbelskift, att behöva arbeta övertid hemma och att ha för många projekt (Maytum et al., 2004). Detta fick stöd i en kvantitativ studie om prevalensen av CF hos hospicesjuksköterskor, där arbetsrelaterade variabler som högt patienttryck, många arbetstimmar, multipla dödsfall under en kort period och skiftarbete gav positiva korrelationer för ökad risk för CF (Abendroth & Flannery, 2006). Detta överensstämde även med resultatet visat i den kombinerade kvantitativa/kvalitativa studien, där arbetsbörda sågs som en utlösande faktor för CF av en femtedel av deltagarna (Yoder, 2010). Även upplevelsen av att arbeta för mycket och att känna för stort ansvar ansågs i en studie vara riskfaktorer, vilket till exempel visade sig i ett citat av en sjuksköterska ”...*Jag började känna att det [arbetet] var den jag var istället för vad jag gjorde och jag kände att jag höll på att förlora en bit av mig själv.*” (Melvin, 2012 s. 609, egen översättning). Faktorer som sågs som specifika riskfaktorer relaterat till arbetsbörda var hög beläggning, tunga patientrelaterade uppgifter, höga grader av allvarliga sjukdomstillstånd, övertidsarbete och extra arbetsdagar samt att ha för många bollar i luften i akuta liv- och dödsituationer (Yoder, 2010).

Riskfaktorn ”brist på tid” behandlades även i en kvalitativ studie om faktorer som orsakar, förvärrar eller minskar CF hos onkologisjuksköterskor. Deltagarna i studien berätt-

tade att de upplevde sig ha för lite tid för att utveckla band med patienter och deras familjer på grund av arbetsbörda och organisation. De upplevde att de inte hade förutsättningarna för att bedriva vård av hög kvalitet (Perry et al., 2011). Detta stämmer överens med framkommet resultat i den kombinerade kvantitativa/kvalitativa studien, där en av deltagarna i den kvalitativa delen av studien uppgav att ” jag känner att mitt jobb borde bestå utav att ta hand om patienterna, men det handlar mer om datorer, utbildning, kontrollproblem, mandatmöten och andra saker” (Yoder, 2010 s. 194, egen översättning). I samma studie uppgavs även av 12 procent av sjuksköterskorna att ledningsbeslut utgjorde en stressfaktor och utlösande faktor för CF, samt att läkares beslut och krav kunde vara en utlösande faktor. Samma studie visade på att graden av CF var signifikant högre hos de sjuksköterskor som arbetade 8-timmarspass än hos de som arbetade 12-timmarspass (Yoder, 2010).

Avsaknad av stöd

I både en kvantitativ och en kvalitativ studie sågs brist på stöd från ledningen som utlösande faktorer för CF (Abendroth & Flannery, 2006; Maytum et al., 2004). Också i en annan kvalitativ studie, om bland annat faktorer som orsaker CF hos onkologisjuksköterskor, sågs brist på stöd kontinuerligt över tid som en riskfaktor för CF. Kombinationen av höga förväntningar från andra och från sig själv tillsammans med avsaknad av stöd sågs av deltagarna i studien också som förebud för CF (Perry et al., 2011). I den kvalitativa studien av Maytum et al. (2004) uppgavs känslan att vara ensam också som en riskfaktor. Ungefär två tredjedelar av deltagarna uppgav också arbetets överdrivna krav som utlösande för CF (Maytum et al., 2004). I den kvantitativa studien där brist på stöd från ledningen togs upp som en utlösande faktor för CF, uppgav 17 procent av deltagarna att de inte fick något som helst stöd utav det professionella stödsystemet (”the professional support system”) efter en patients bortgång. Utav dessa hade 83 procent medel till hög risk för CF enligt Professional Quality of Life Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales: Revision - III (ProQOL – CSF – R – III) (Abendroth & Flannery, 2006). En studie, som beskriver omfattningen av CF hos sjuksköterskor som arbetar på intensivvårdsavdelning för barn, motsäger detta då deltagarna i studien inte värderade tid med arbetsledare efter en patients bortgång på avdelningen (Meadors & Lamson, 2008).

VÄRDINRIKTNINGAR

En majoritet (åtta av nio) av artiklarna undersökte förekomst av CF hos sjuksköterskor i speciella områden av hälso- och sjukvård (Abendroth & Flannery, 2006; Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Elkonin & van der Vyver, 2011; Hooper et al., 2010; Maytum et al., 2004; Meadors & Lamson, 2008; Melvin, 2012; Perry et al., 2011). En studie hade inte enbart ett enskilt inriktningsområde som fokus för sin studie, utan hade involverat hemsjukvård och flera olika avdelningar med skilda vårdinriktningar; akut-sjukvård, intensivvård, progressiv vård (progressive care unit), onkologi och medicinsk-kirurgisk vård (Yoder, 2010). Specialistområden som berördes i resterande artiklar var; hospice/palliativ vård (vård i livets slutskede), akutvård, intensivvård, vård av barn med kroniska tillstånd (pediatrisk vård), pediatrisk intensivvård samt onkologi. Studien av Hooper et al. (2010) inkluderade flera specialistområden i sin studiegrupp (medicinsk-kirurgisk intensivvård, onkologi, njurmedicin), vilkas frekvens av CF de ämnade undersöka i jämförelse med akutvårdssjuksköterskor som utgjorde fokus för studien (Hooper et al., 2010).

Att arbeta på akuten

Två kvantitativa studier hade inriktning på hur prevalensen av CF såg ut hos akutvårdssjuksköterskor (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Hooper et al., 2010). I studien av Dominguez-Gomez och Rutledge (2009) undersöktes förekomsten av symptom på CF hos sjuksköterskorna enligt en enkät, STS-Survey (STSS), vars resultat analyserades efter speciella kriterier. Studien visade på att ungefär en tredjedel av akutvårdssjuksköterskorna hade alla kriterier för CF och därmed hade tillståndet. 85 procent av sjuksköterskorna rapporterade minst ett symptom på CF upplevt under den senaste veckan vid undersökningstillfället. I kontrast till detta mötte 15 procent av deltagarna inga kriterier alls för CF, alltså en betydligt mindre andel än den grupp akutvårdssjuksköterskor som hade alla kriterierna för CF (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009). I studien av Hooper et al. (2010) ville författarna undersöka förekomsten av CF hos sjuksköterskor på en akutvårdsavdelning och sätta det i jämförelse med andra sjuksköterskor på andra slutenvårdsavdelningar (medicinsk-kirurgisk intensivvård, onkologi, njurmedicin) (Hooper et al., 2010). Författarna till denna studie hade hypotesen att akutvårdssjuksköterskor riskerade att drabbas av CF och utbrändhet i högre grad än sjuksköterskor inom andra områden, på grund av att akutvårdssjuksköterskor genom sin vårdinriktning möter patienter som är drabbade av direkt trauma. Hypotesen grundade sig även i att akutvårdssjuksköterskornas arbetsplats enligt författarna innehåller unika stressorer. Resultatet som framkom i studien genom enkätundersökning var att skillnaderna mellan akutvårdssjuksköterskornas och de andra slutenvårdsspecialiseringarnas grad av CF och utbrändhet inte nådde statistisk signifikans. Medel till höga värden av CF påvisades i stor utsträckning (mellan 75 - 87,5 procent) i samtliga vårdinriktningsgrupper. Den gruppen med flest procent inom höga värden för CF var onkologisjuksköterskor, med 33,3 procent. I jämförelse befann sig 28,6 procent av deltagarna i gruppen för akutsjuksköterskor inom kategorin höga värden. Alltså kunde inte författarnas hypotes bevisas stämma genom studiens framkomna resultat (Hooper et al., 2010).

Att arbeta på hospice eller inom palliativ vård

Av de valda artiklarna hade studien av Abendroth och Flannery (2006) samt studien av Melvin (2012) riktat in sig på att undersöka CF hos sjuksköterskor som arbetade på hospice, vilka utgjordes av en kvantitativ och en kvalitativ studie (Abendroth & Flannery, 2006; Melvin, 2012). I den kvantitativa studien utav Abendroth och Flannery (2006) påvisade resultatet att 26,4 procent av sjuksköterskorna befann sig i högriskkategorin för CF, 52,3 procent var i medelriskområdet, medan 21,3 procent hade låg risk. Alltså befann sig närmare 80 procent i medel-högriskområdet för CF (Abendroth & Flannery, 2006). I den kvalitativa artikeln av Melvin (2012) utgjorde sex sjuksköterskor studiegruppen. Sjuksköterskorna skildrade i sina uttalanden att de tyckte att deras yrkesområde utgjorde en risk för CF, genom att de utsattes för exponering av upprepade dödsfall i utdragna tidsperioder. Själva exponeringen fick både fysiska och emotionella konsekvenser för sjuksköterskorna. Deltagarna berättade om upplevelser i sitt yrkesområde där de inte kände sig återhämtade, att de knöt an till patienter som de spenderade mycket tid med vilka sedan dog, och att detta påverkade den egna personen. Vid sådana tillfällen uppgavs behov av att hitta något i livet som gjorde att de kunde hantera situationen och undvika utbrändhet. En sjuksköterska uppgav att situationer där mötet med plötslig död infinner sig i kombination med att sjuksköterskan känner sig fysiskt och mentalt utmattad, tillsammans gav en negativ förstärkning (Melvin, 2012).

Att arbeta inom intensivvård

I studien av Elkonin och van der Vyver (2011) undersöktes compassion fatigue hos sjuksköterskor som arbetade inom intensivvård med hjälp av en skala (Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, and Fatigue Subscales – Revision IV). Medelvärden för sjuksköterskornas nivåer av CF var 18,1 poäng, vilket betydde hög risk för CF (då gränsen mellan medel- och hög risk gick vid 17 poäng). 29 av de 30 deltagarna befann sig i medel-högriskområdet för CF. Alltså påvisades att risk för CF förekom i hög utsträckning hos denna grupp av sjuksköterskor som arbetade inom intensivvård (Elkonin & van der Vyver, 2011).

Att arbeta inom pediatrik vård

En kvalitativ och en kvantitativ studie hade sjuksköterskor som arbetade inom pediatrik vård som undersökningsgrupp (Maytum et al., 2004; Meadors & Lamson, 2008). I den kvalitativa studien intervjuades 20 sjuksköterskor som arbetade med barn med kroniska tillstånd och deras familjer (Maytum et al., 2004). Alla utom en av deltagarna identifierade att en riskfaktor för CF var själva yrkesområdet, att arbeta med själva populationen ”barn med kroniska tillstånd”. Yrkesområdet uppgavs alltså som ett specifikt problem. Andra utlösande faktorer i yrket som speglades i intervjuerna var; känslor av oersonliga förväntningar från patienternas familjer, att bevittna att ett barn inte kan ha ett normalt liv samt att möta många sorgliga situationer. En fjärdedel av deltagarna identifierade arga, skrikande familjer, samt icke-följsamma patienter/anhöriga som utlösande faktorer för CF (Maytum et al., 2004). I kontrast till detta rapporterades många hälsosamma beteenden relaterat till CF hos deltagarna i den kvantitativa studien (Meadors & Lamson, 2008). Deltagarna utgjordes av en grupp sjuksköterskor som arbetade inom pediatrik intensivvård. Sjuksköterskorna höll starkt med om att de använde sig av humor, att de utvecklade stödjande professionella relationer samt att de såg styrkor i sitt arbete trots möten med trauma och död. Deltagarna höll generellt inte med om att de hade svårigheter med att separera arbete och privatliv. Genom en klinisk stressskala (The Index of Clinical Stress) påvisades det att sjuksköterskorna generellt inte upplevde sig nära en kollaps, eller att de höll på att förlora kontrollen över sina liv. Resultatet vittnade om att deltagarna hade lätt att somna på natten och att de upplevde att ”livet gick smidigt” (Meadors & Lamson, 2008).

AVSAKNADEN AV COMPASSION SATISFACTION

I studien av Yoder (2010) visade sig utbrändhet och compassion fatigue/secondary trauma (ST) vara starkt korrelerande med varandra. Compassion satisfaction (CS) hade en stark negativ korrelation med flera punkter på skalorna för utbrändhet och CF/ST. Deltagare som hade högre värden av CS hade lägre värden av CF och vice versa. De deltagare som hade minst erfarenhet (mindre än 10 år) hade signifikant högre CS än de med medellång erfarenhet (10-19 år). Deltagare som hade högre nivåer av CS var bättre på att undvika negativt ältande som ”att känna sig fångad”, ”infekterat känsloläge” samt ”svårigheter med att separera privat- och arbetsliv”. De var också mindre benägna att uppleva sig vara ”utmattade”, ”överkörda” (bogged down) eller ”på bristningsgränsen” (Yoder, 2010). Även studien av Elkonin och van der Vyver (2011) visade på att en positiv korrelation existerade mellan utbrändhet och CF, det vill säga att förekomst av utbrändhet förekom i samband med förekomst av CF. En negativ korrelation mellan CS

och CF påvisades, högre grad av CS innebar lägre grad av CF. Denna korrelation var dock svag (Elkonin & van der Vyver, 2011).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Då undersökningsområdet begränsades till att behandla riskfaktorer för compassion fatigue samt att sjuksköterskeprofessionen var i fokus, utgjordes materialet efter slutgiltig sökning samt granskning av artiklarna utav nio artiklar. Ämnesområdet är relativt nytt, då begreppet myntades för första gången år 1992 (Najjar et al., 2009). Detta innebar att sökning på begreppet CF i kombination med begränsningen riskfaktorer resulterade i ett litet underlag för vidare granskning. Detta trots att underlaget kring ohälsa hos sjuksköterskan, såsom CF och utbrändhet var stort. Därav utgjordes det slutgiltiga underlaget för denna litteraturöversikt utav nio artiklar.

Artiklarnas publiceringsår utgjorde inte en begränsning i sökprocessen, då de artiklar vars innehåll svarade mot syftet föll inom tidsramen 2004-2012. Detta förmodligen på grund av att begreppet CF är relativt nytt.

I avgränsningen av området exkluderades studier som behandlade CF inom specifika omständigheter, såsom krig, terrorism och naturkatastrofer. Denna exkludering gjordes då dessa komponenter skapar en svårighet att utvärdera huruvida omständigheten i sig är en riskfaktor. Trots detta hade det varit av intresse att studera huruvida riskfaktorer för CF skiljer sig åt inom den generella verksamheten ställt emot dessa specifika situationer. Detta hade dock utgjort ett metodologiskt problem, då svårigheten att avgöra "vad som påverkar vad" uppkommer. Är det sjuksköterskerollen, sjuksköterskan som person eller de faktiska omständigheterna som orsakar CF? Själva omständigheten i sig skulle kunna utgöra en egen riskfaktor som inte går att applicera på ett generellt plan inom yrkesverksamheten.

Ett problem som löpte genom hela studien var svårigheten att särskilja begreppen CF och STS. Olika studier har använt olika begrepp för att beskriva samma sak (Najjar et al., 2009). En av de artiklar som valdes ut benämnde CF synonymt till secondary traumatic stress (STS) och använder sedan begreppet STS genomgående i studien (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009). I resultatet i denna litteraturstudie har dock friheten tagits att använda CF istället för STS för att motverka missförstånd. Det är möjligt att resultatet skulle bli annorlunda om fler studier som utgick från begreppet STS inkluderades, eftersom att begreppen tangerar i varandra och därmed tillsammans hade utgjort ett större underlag. Fokus i denna litteraturöversikt har dock begränsats till CF med undantaget av denna artikel som uttryckligen likställde begreppen CF och STS. En artikel använde begreppet "Professional Compassion Fatigue" (PCF), vilket vi bedömt likvärdigt med CF (Melvin, 2012). I resultatet i denna litteraturstudie har följaktligen benämningen CF uteslutande använts.

Valda artiklar baseras på studier gjorda i Sydafrika (Elkonin & van der Vyver, 2011), USA (Abendroth & Flannery, 2006; Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Hooper et al., 2010; Maytum et al., 2004; Meadors & Lamson, 2008; Melvin, 2012; Yoder, 2010) och Kanada (Perry et al., 2011). En problematik med att majoriteten av artiklarna var från USA var att sjuksköterskeprofessionen i USA består av olika underkategorier, spe-

cialiseringar samt olika utbildningsgrader, vilket gjorde det svårt att relatera dessa till den svenska sjukvårdens specifika yrkeskoder. Detta kan utgöra en risk för feltolkning av yrkesnivåer hos de sjuksköterskor som deltog i de amerikanska studierna. Vidare kan det medföra att denna litteraturöversikts resultat är svårt att generalisera berörande utbildningsnivå som riskfaktor på annat än en amerikansk vårdkontext. Att de nio valda artiklarna endast kom från dessa tre länder, där en klar majoritet var amerikanska, spelar in i uppsatsens generaliserbarhet. Vården organiseras säkerligen på olika sätt i dessa olika länder. De olika vårdkontexterna med skiftande resurser, författningar och utbildningar, påverkar troligtvis risknivån för utvecklandet av ohälsa hos sjuksköterskan, såsom CF. Det hade varit önskvärt att även inkludera studier från europeiska länder, framförallt Skandinavien, för att bättre kunna applicera resultatet på den hälso- och sjukvård som bedrivs här i Sverige.

Synpunkter som uppkom var att de valda studiernas formalia varierade i kvalitet. Till exempel hade en studie presenterat delar av sitt bakgrundsmaterial i artikelns resultatdel (Abendroth & Flannery, 2006). En studie hade presenterat resultatet sammanvävt med diskussionen (Elkonin & van der Vyver, 2011). Detta ställde krav på att resultatdelar som användes i denna litteraturstudie vidrörde just vad den aktuella studien visat och inte studiernas bakgrundsmaterial eller diskussion. Trots dessa sammanlagda svagheter hos studierna användes de ändå för denna litteraturöversikt. Kritiken som uppkom förbises då samtliga valda artiklar blivit kollegialt vetenskapligt granskade (peer reviewed).

Vi hade redan innan denna litteraturöversikt genomfördes med oss en förförståelse för begreppet compassion fatigue. En medvetenhet kring detta har funnits hos oss vid bearbetningen av materialet. Det kan dock inte uteslutas att denna förförståelse har påverkat resultatet.

RESULTATDISKUSSION

I resultatdelen har en mängd möjliga riskfaktorer som anses ligga till grund för compassion fatigue för sjuksköterskor identifierats. Dessa kommer nu att diskuteras i samband med bakgrunden. Även resultatets kopplingar till omvårdnadsarbetet ute i praktiken kommer att beröras.

Sjuksköterskan personligen

I två av artiklarna sågs att de sjuksköterskor som redan hade fysisk och/eller psykisk ohälsa löpte ökad risk för CF (Abendroth & Flannery, 2006; Meadors & Lamson, 2008). Ohälsa såsom förändrade sömnvanor (Meadors & Lamson, 2008), frekvent huvudvärk, depression och post traumatic stress disorder (PTSD) sågs öka risken för CF (Abendroth & Flannery, 2006). I bakgrunden beskrevs att CF kan yttra sig som fysiska symptom, exempelvis genom huvud- och magvärk (Joinson, 1992) och dålig sömn (Najjar et al., 2009). Symptom på CF har setts följa stressmönster, där just depression utgör en del (Joinson, 1992). Frågan är då om sådana fysiska och psykiska tillstånd är riskfaktorer för CF, eller snarare konsekvenser av CF? Ett ”vad som kom först – hönan eller ägget?”-läge inträder vid funderingar kring denna fråga och det är svårt att komma fram till en direkt slutsats. Vad som kan konstateras är att egen upplevd fysisk och psykisk ohälsa inte verkar vara en främmande omständighet hos sjuksköterskor som är drabbade av CF.

Ett tema som sågs i det sammansatta resultatet var huruvida sjuksköterskans egen personlighet och karaktär utgjorde en riskfaktor för CF. Detta går hand i hand med vad

Joinson (1992) beskrev som CF; en utbrändhet som drabbade sjuksköterskor, som uppstod bland annat relaterat till deras personlighet (Joinson, 1992). En självupppoffrande karaktär, som innebar att sjuksköterskan tenderade att sätta andras (patienters) behov framför sina egna berördes som riskfaktor (Abendroth & Flannery, 2006). I en litteraturoversikt sågs karaktärsdrag som plikttrogenhet, hängivenhet och perfektionism som personlighetsbetingade riskfaktorer för CF (Najjar et al., 2009). Dessa kan vara karaktärsdrag som i sig kan tänkas bidra till en ”självupppoffrande” karaktär. I åsidosättandet av egna behov för patienten skull, kan en hög grad av empati tänkas spela roll, det vill säga att vårdaren känner medkänsla och lever sig in i patientens värld i en sådan grad att vårdarens egna behov ter sig mindre viktiga. I psykodynamisk teori fastslås vikten av att en jämvikt existerar mellan empatins kognitiva och affektiva faser. Om den affektiva fasen tar överhand kan personen som upplever empati göra den andra partens känslor till sina egna (Holm, 2001). Kanske är detta just vad som händer när sjuksköterskan drabbas av CF. Den affektiva fasen av empatin kopplas in till en sådan grad att sjuksköterskan i slutändan inte kan hindra sig själv i utvecklingen mot utbrändhet. I en sådan situation kan det troligtvis vara svårt att se var ”de professionella gränserna” i yrket går. Professionell gränsöverskridning har i resultatdelen också angivits som riskfaktor till CF (Maytum et al., 2004). Det har framgått att hög empatinivå hos vårdaren setts som en risk till att utveckla CF (Sabo, 2011). Komplexa omvårdnadssituationer, när vårdarens empati för patienten utgör risk för att gå över professionella gränser, tycker vi oss själva ha upplevt ute i det praktiska yrkeslivet. Ibland kan det vara svårt att urskilja var gränser går mellan att bedriva god omvårdnad och att bli för personligt engagerad i de patienter som sjuksköterskan möter ute i vården. För att motverka en gränsöverskridning kan det vara av värde att ventilera sådana känslor och dilemman med andra parter, som kollegor, för att få perspektiv på situationen. I en studie svarade så många som 136 av 216 sjuksköterskor att de ansåg sig själva vara självupppoffrande (Abendroth & Flannery, 2006). Funderingar som då uppstår är huruvida de människor som söker sig till sjuksköterskeyrket tenderar att besitta just sådana personlighetsdrag. Kanske kan detta vara genusbetingat, då majoriteten av sjuksköterskorna i studierna är kvinnor. Eller är det snarare en sociokulturell tradition som förs vidare av den egna yrkeskåren? Hur det än ligger till är det troligtvis av vikt att ett sådant beteende hos sjuksköterskor måste uppmärksammas och förebyggas. Det är viktigt att sjuksköterskor använder sin empatiska förmåga i vården, men vi måste likaså hitta förhållningssätt för att kunna skydda oss själva från egen ohälsa, såsom CF. En sådan god gränsdragning kanske likaså kan motverka att sjuksköterskor tar med sig känslor som uppstår vid svåra situationer på jobbet med sig hem till privatlivet, vilket också identifierades som en riskfaktor för CF (Meadors & Lamson, 2008).

Demografiska variabler

De demografiska variabler som fanns i relation till nivå av CF visade generellt inte några signifikanta statistiska skillnader (Abendroth & Flannery, 2006; Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Hooper et al., 2010). Det verkar alltså inte vara demografiska likheter hos sjuksköterskor som förenar de som drabbas av CF. Detta kan vittna om att sjuksköterskor överlag löper risk för CF, oavsett sina egna specifika demografiska variabler. En skillnad som sågs var att manliga sjuksköterskor hade tendens till lägre nivåer av CF än kvinnliga (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Hooper et al., 2010). Detta resultat väcker frågan huruvida skillnaderna vittnar om något? Är män bättre än kvinnor på att undvika CF och i så fall varför? Denna litteraturoversikt kan inte svara på denna fråga. Fler studier behöver genomföras för att svara på om män tenderar att ha lägre risk

för att utveckla CF, eller om det beror på andra orsaker som inte är knutna till faktorn att de är just män.

Avsaknad av kunskap och hantering av Compassion Fatigue

Avsaknad av kunskap om CF samt att bristande förmåga att hantera CF kunde ses som riskfaktorer (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Meadors & Lamson, 2008; Melvin, 2012; Perry et al., 2011). Vissa sjuksköterskor menade på att de med en kunskap om CF lättare skulle kunna undvika och förebygga tillståndet (Perry et al., 2011). Även aktivt deltagande i stresshantering och egenvård sågs avhjälpa symptom på CF (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009). I ICN:s etiska kod (2009) står det fastslaget att *”Sjuksköterskan sköter sin hälsa så att förmågan att ge vård inte äventyras.”* (Svensk Sjuksköterskeförening, 2009 s. 5), och i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) återfinns *”uppmärksamma arbetsrelaterade risker och aktivt förebygga dessa”* (Socialstyrelsen, 2005 s. 12) som en punkt. Stresshantering och egenvård, sammankopplat till dessa ord, ses då som sjuksköterskans eget ansvar, skyldighet och plikt att fullfölja. Svårigheter kan dock tänkas uppstå i att upprätthålla sådana hälsofrämjande åtgärder för den egna personen, om en process mot egen ohälsa såsom CF och utbrändhet väl tagit vid hos individen. Därför kanske utbildning om potentiella hot mot sjuksköterskans egen hälsa bör introduceras i större bredd, såväl under studietiden som i yrkesverksamheten. Detta grundat i att avsaknaden av kunskap torde vara en riskfaktor för ohälsa, i detta fall CF (Perry et al., 2011).

När en individ utsätts för höga stresspåslag och återhämtningsfasen inte blir tillräcklig, kan just utmattnings- och utbrändhet bli följd (Wrangsjö, 2002). En sjuksköterska som ligger i farozon för professionell utbrändhet - CF - skulle därför mycket väl kunna tänkas behöva just återhämtning av något slag. Då CF uppstår i mötet med patienters lidande och trauma, skulle återhämtning från sådana slags möten ibland säkerligen vara önskvärd för sjuksköterskan. Men skulle en sådan återhämtning kunna utformas i den verkliga vårdverksamheten? En sjuksköterska kan sällan påverka om de patienter denne möter i sitt yrke kommer att vara lidande eller inte. Lidandet är något av det mest centrala inom vårdvetenskapen (Eriksson, 1991). Detta talar snarare för att sjuksköterskan kommer att möta detta dagligen. Kanske kan sjuksköterskans återhämtningsfas därför inte bestå av att ta uppehåll från mötet med patienters lidande. Återhämtningen kanske snarare kan inträda om eller när sjuksköterskan har förmåga att förlika sig med att lidandet kommer att mötas i yrket.

Avsaknad av Compassion Satisfaction

Två studier visade positiv korrelation mellan CF och utbrändhet (Elkonin & van der Vyver, 2011; Yoder, 2010). Deltagare som hade CF hade också i många fall utbrändhet, vilket tyder på en samexistens dessa två tillstånd emellan. Detta kanske var föga förvånande, då CF beskrivits just som en slags utbrändhet vid mötet med lidande och trauma (Joinson, 1992; Najjar et al., 2009; Sabo, 2011). Compassion satisfaction (CS) beskrivs som tillfredsställelsen som vårdaren upplever då denne hjälper andra (Hudnall Stamm, 2002). I kontrast till den positiva korrelationen mellan CF och utbrändhet sågs negativa korrelationer mellan compassion satisfaction (CS) och compassion fatigue (CF), det vill säga att hög förekomst av CS innebar låg förekomst av CF och vice versa. I en studie (Yoder, 2010) sågs stark negativ korrelation mellan CS och CF/utbrändhet, medan en annan studie påvisade en svag negativ korrelation mellan CS och CF (Elkonin & van der Vyver, 2011). Detta understödjer att CS kanske kan verka som en skyddande faktor för CF. Då statistisk signifikans inte kunde påvisas i studien av Elkonin och van der

Vyver (2010), kan det inte uteslutas att CF och CS går att uppleva samtidigt. Detta understryks utav Hudnall Stamm (2002), som menar att CF och CS inte nödvändigtvis behöver vara motpoler till varandra. Risken är dock att CF leder till utbrändhet, vilket snarare är faktorn till ett utarmande av CS hos vårdaren (Hudnall Stamm, 2002). Det kan alltså inte fastslås att avsaknaden av CS utgör en riskfaktor till CF, trots viss negativ korrelation CS och CF emellan. Snarare bör kanske avsaknaden av CS ses som en konsekvens av CF på lång sikt, då vårdaren kan komma att bli utbränd. Med detta sagt bör CF motverkas redan i ett tidigt stadie, så att inte utbrändhet hos sjuksköterskan hinner inträda med följder som avsaknad av yrkestillfredsställelse, CS.

Vårdinriktning

I flera av de kvantitativa artiklarna sågs sjuksköterskorna ha medel- och höga nivåer av CF inom det valda vårdinriktningsområdet (Abendroth & Flannery, 2006; Elkonin & van der Vyver, 2011; Hooper et al., 2010). I de kvalitativa artiklarna identifierade flera sjuksköterskor att deras specifika vårdinriktning utgjorde en risk för CF och utbrändhet (Maytum et al., 2004; Melvin, 2012). En studie skilde sig från denna tendens. De sjuksköterskorna som arbetade på barn-IVA tyckte sig ha låga nivåer av CF och var generellt tillfreds med sitt yrke (Meadors & Lamson, 2008). Studien som gjordes utifrån hypotesen att akutvårdssjuksköterskor löpte större risk för att drabbas av CF på grund av sin vårdinriktning, kunde inte genom sitt resultat bevisa att hypotesen stämde. Alla sjuksköterskegrupper i studien, oavsett vårdinriktning, visade sig ha förekomst av medelhöga till höga nivåer av CF (Hooper et al., 2010). En fråga som uppträder är; är vissa sjuksköterskevårdinriktningar mer utsatta för att drabbas av CF, och i så fall, på grund av vilka unika omständigheter/riskfaktorer? De mönster som har kunnat utläsas från samtliga artiklar var att riskfaktorer troligen förekommer i samtliga vårdinriktningar. En del faktorer är säkerligen unika för den egna vårdinriktningen. Hospicesjuksköterskor uttryckte att exponeringen för upprepade dödsfall i utdragna tidsperioder utgjorde en riskfaktor inom det särskilda yrkesområdet (Melvin, 2012). Samtidigt pekar det kvalitativa resultatet från studien av Yoder (2010) på ”att vårda patienter” i sig sågs som en utlösande riskfaktor till CF (Yoder, 2010). Just att vårda patienter är en grundläggande del av sjuksköterskeyrket inom samtliga vårdinriktningar och kanske kan förklara varför majoriteten av studiernas sjuksköterskor visade förekomst av CF. I denna litteraturöversikt bakgrund visar det sig sjuksköterskans möte med lidande och trauma ses som en grundläggande orsak till uppkomst av CF (Najjar et al., 2009; Sabo, 2011). Detta sett tillsammans med studiernas resultat indikerar att sådana möten förekommer i samtliga vårdinriktningar. Rimligtvis behöver samtliga sjuksköterskor vara utbildade i hantering av sådana möten, oavsett vårdinriktning, så att vårdaren själv inte blir lidande och drabbas av fenomenet CF.

Arbetsrelaterade faktorer

Många olika arbetsrelaterade riskfaktorer togs upp i studierna. Resultatet speglar det som setts i tidigare forskning som presenteras i uppsatsens bakgrund, där organisatoriska riskfaktorer för CF setts vara ökad arbetsbörda, minskad självbestämmanderätt för sjuksköterskan, fler patienter per yrkesverksam sjuksköterska samt större administrativ arbetsbelastning (Najjar et al., 2009). I en studie uppgav en tredjedel av vårdarna att systemproblem utgjorde en riskfaktor för CF (Yoder, 2010). I resultatet sågs också att sjuksköterskor i flera studier upplevde tidsbrist, samt att prioritering låg på administrativa uppgifter istället för tid med patienterna (Maytum et al., 2004; Perry et al., 2011; Yoder, 2010). Detta systemfel kanske bidrar till att skapa personliga riskfaktorer, såsom överstigande av professionella gränser och att bli för involverad i patienter (Maytum et

al., 2004). Dessa personliga riskfaktorer skulle kunna vara en kompensation för ett upplevt dåligt samvete hos sjuksköterskorna när tiden prioriteras till saker som upplevs som felaktiga.

Kraven på sjuksköterskan är många. En riskfaktor som sågs i resultatet var just läkarens krav på sjuksköterskan (Yoder, 2010). Men det ses även att de generella kraven på sjukvården ökar, då kanske framförallt från patienterna. Dessa krav riktas lätt mot just sjuksköterskan då denne ofta är en synlig person i vården och möter patienterna många gånger under dagen (Joinson, 1992). Även författningar, kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska och ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, belägger krav på sjuksköterskan (SFS 1982:763; Socialstyrelsen, 2005; Svensk Sjuksköterskeförening, 2009). Krav som att *"utifrån patientens och/eller närståendes önskemål och behov föräderas talan"* (Socialstyrelsen, 2005 s. 10), ställt emot att läkarens beslut kunde utgöra en riskfaktor för CF (Yoder, 2010), påvisar sjuksköterskans ibland trängda och pressade roll, då sjuksköterskan ofta blir en slags medlare mellan patient, läkare och systemet.

Som visat i en av studierna var graden av CF signifikant högre hos sjuksköterskor som arbetade 8-timmarspass jämfört mot de som arbetade 12-timmarspass (Yoder, 2010). Kanske hänger även detta samman med sjuksköterskans upplevda brist på tid. En kortare arbetsdag tillsammans med de krav som ställs på sjuksköterskan skapar en press som sjuksköterskan inte upplever sig bemästra under sitt arbetspass på åtta timmar. De sjuksköterskor som arbetade 12 timmar kan ha upplevt sig ha större möjlighet att behärska de krav som ställs, och kanske var det därför som de hade en lägre grad av CF.

I studierna visades också att sjuksköterskorna kunde uppleva att de var ensamma och att de inte hade något stöd från ledningen (Abendroth & Flannery, 2006; Maytum et al., 2004; Perry et al., 2011). Om det också är så att en arbetsdag på åtta timmar utgör ett stressmoment för att sjuksköterskorna inte upplever att de hinner svara mot de krav som ställs under denna tid, styrks beläggen för förekommande av organisatoriska problem och brist på stöd från ledningen. En artikel motsade dock detta, där sjuksköterskorna inte värderade tid med arbetsledare efter en patients bortgång på avdelningen (Meadors & Lamson, 2008). Kanske är det så att dessa sjuksköterskor redan var tillfreds och upplevde att de hade stöd från ledning och kollegor i ryggen, och därför inte uttryckte ett behov utav extra stöd efter händelser såsom förlust av en patient på enheten.

SLUTORD

De i denna uppsats beskrivna riskfaktorer för compassion fatigue visar sammantaget att kraven och förväntningarna på sjuksköterskor är många, både internt från sjuksköterskan själv och externt från andra parter. CF finns beskrivet som "priset av att vårda", där vårdaren själv blir lidande av att hjälpa en lidande patient (Figley, 2002). Ansvar för att vårda människor som lider på olika vis är stort, med krav som ses komma från många olika håll. Detta tyder på att kraven som ställs på sjuksköterskan kanske grundar sig i själva mötet med den lidande, men också beläggs utav samhället generellt. Att arbeta i vården kan på så vis utgöra en riskfaktor i sig, vilket också återfinns i resonemanget varför vårdpersonal, främst sjuksköterskor, befinner sig i riskzonen för att utveckla CF (Joinson, 1992).

Implikationer för vården

För vårdens framtid är det av vikt att sjuksköterskor är medvetna om dessa externa och interna krav för att kunna hantera sin yrkesroll och motverka utvecklandet av CF. Det är också av stor vikt att arbetsledare och organisation är medvetna om CF och att en riskfaktor belagd i studier är just organisatoriska problem. En medvetenhet kring detta och ett preventivt arbete från ledning och organisation kan på så vis vara en motverkande faktor för att sjuksköterskor utvecklar CF.

REFERENSER

- Abendroth, M., & Flannery, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8(6), 346-356.
- Asp, Margareta, & Ekdstedt, Mirjam. (2009). Trötthet, vila och sömn. I A.-K. Edberg, H. Wijk & M. Castoriano (red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (ss. 417-487). Lund: Studentlitteratur.
- Barbosa da Silva, António, Persson, Marita. (1991). Lidandets mening i ljuset av livets mening. I K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (red.), *Vårdteologi : Caring theology* (ss. 144-203). Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Pedagogiska fakulteten, Åbo Akademi.
- Beck, C. T. (2011). Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1-10.
- Birkler, Jacob. (2007). *Filosofi och omvårdnad : etik och människosyn*. Stockholm: Liber.
- Dominguez-Gomez, E., & Rutledge, D. N. (2009). Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Emergency Nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35(3), 199-204.
- Ekstedt, M., & Fagerberg, I. (2005). Lived experiences of the time preceding burnout. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 59-67.
- Elkonin, D., & van der Vyver, L. (2011). Positive and negative emotional responses to work-related trauma of intensive care nurses in private health care facilities. *Health SA Gesondheid*, 16(1).
- Eriksson, Katie. (1991). Att lindra lidande. I K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (red.), *Vårdteologi : Caring theology* (ss. 204-221). Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Pedagogiska fakulteten, Åbo Akademi.
- Figley, Charles R. (2002). Introduction. I C. R. Figley (red.), *Treating compassion fatigue* (ss. 1-14). New York, N.Y. : Brunner-Routledge.
- Friberg, Febe. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Holm, Ulla. (2001). *Empati : att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur och kultur.
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420-427.
- Hudnall Stamm, B. (2002). Measuring Compassion Satisfaction as Well as Fatigue: Developmental History of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. I C. R. Figley (red.), *Treating compassion fatigue* (ss. 107-119). New York, N.Y. : Brunner-Routledge.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116, 118-119, 120.
- Maslach, Christina. (1998). *Utbränd : en bok om omsorgens pris*. Stockholm: Natur och kultur.
- Maytum, J. C., Heiman, M. B., & Garwick, A. W. (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, 18(4), 171-179.
- Meadors, P., & Lamson, A. (2008). Compassion Fatigue and Secondary Traumatization: Provider Self Care on Intensive Care Units for Children. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(1), 24-34.
- Melvin, Christina S. (2012). Professional compassion fatigue: what is the true cost of nurses caring for the dying? *International Journal of Palliative Nursing*, 18(12), 606-611.
- Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K., & Carney Doebbeling, C. (2009). Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 267-277.
- Nationalencyklopedin. (2013a). *Homeostas*. Hämtad 2013-03-21 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/homeostas>

- Nationalencyklopedin. (2013b). *Stress*. Hämtad 2013-03-20 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/sve/stress>
- Nationalencyklopedin. (2013c). *Hans Selye*. Hämtad 2013-03-20 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/hans-selye>
- Nationalencyklopedin. (2013d). *Trauma*. Hämtad 2013-03-25 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/trauma>
- Olson, K. (2007). A new way of thinking about fatigue: A reconceptualization. *Oncology Nursing Forum*, 34(1), 93-99.
- Perry, B., Toffner, G., Merrick, T., & Dalton, J. (2011). An exploration of the experience of compassion fatigue in clinical oncology nurses. *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique*, 21(2), 91-105.
- Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online journal of issues in nursing*, 16(1), 1.
- Selye, Hans. (1974). *Stress utan oro*. Stockholm: PAN/Norstedt.
- SFS 1982:763. *Hälso-och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Shier, David, Hole, John W., Butler, Jackie, & Lewis, Ricki. (2013). *Hole's human anatomy & physiology*. New York: McGraw-Hill.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2013-03-20 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Socialstyrelsen. (2009). *Psykosociala påfrestningar och stressrelaterade besvär*. Hämtad 2013-03-21 från http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/6_Psykosociala.pdf
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2009). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2013-04-14 från <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>
- Wrangsjö, Björn. (2002). *Teoribildning i psykiatrisk verksamhet*. Stockholm: Natur och kultur.
- Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23(4), 191-197.

BILAGA 1

Artikelsökning

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar (limits)	Antal träffar	Granskade abstracts	Granskade artiklar	Valda Artriklar
4/4-13	Scopus	"compassion fatigue" AND nurs* AND "Secondary Traumatic stress"	-Article	14	6	2	1. Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009) 2. (Abendroth & Flannery, 2006)
4/4-13	Scopus	"compassion fatigue" AND nurs* AND burn-out	-Article	66	33	9	(1,2) 3. (Elkonin & van der Vyver, 2011) 4. (Yoder, 2010) 5. (Hooper et al., 2010) 6. (Meadors & Lamson, 2008) 7. (Maytum et al., 2004)
4/4-13	Scopus	"compassion fatigue" AND nurs* AND stress	-Article	47	22	5	(1, 2, 6)
4/4-13	Cinahl	"compassion fatigue" AND nurs* AND "Secondary traumatic stress"	-Peer reviewed -Research article	8	3	1	(1)
4/4-13	Cinahl	"compassion fatigue" AND nurs* AND "burnout"	-Peer reviewed -Research article	23	14	6	(1, 3, 5, 7)
4/4-13	Cinahl	"compassion fatigue" AND nurs* AND stress	-Peer reviewed, -Research article	31	14	6	(3, 4, 6) 8. (Melvin, 2012) 9. (Perry et al., 2011)
4/4-13	Cinahl	"compassion fatigue" AND nurs* AND occupational	-Peer reviewed, -Research article	21	15	5	(3, 4, 8, 9)

		stress					
4/4-13	Scopus	"compassion fatigue" AND nurs* AND caring	-Article	24	10	4	(1, 4, 5, 8)
4/4-13	Scopus	"compassion fatigue" AND nurs* AND "risk factors"	-Article	19	12	4	(5, 6, 7, 9)
4/4-13	Scopus	"compassion fatigue" AND nurs* AND empathy	-Article	51	36	8	(2, 4, 5, 6, 7, 9)
4/4-13	Scopus	"compassion fatigue" AND nurs* AND "occupational stress"	-Article	5	3	0	0
4/4-13	Cinahl	"compassion fatigue" AND nurs* AND caring	-Peer reviewed -Research article	18	7	4	(1, 4, 5, 8)
4/4-13	Cinahl	"compassion fatigue" AND nurs* AND "risk factors"	-Peer reviewed -Research article	7	5	4	(2, 6, 7, 8)
4/4-13	Cinahl	"compassion fatigue" AND nurs* AND suffering	-Peer reviewed -Research article	3	1	1	(9)
4/4-13	Cinahl	"compassion fatigue" AND nurs* AND empathy	-Peer reviewed -Research article	6	4	2	(2, 6)
4/4-13	Scopus	"compassion fatigue" AND nurs* AND suffering	-Article	5	2	1	(9)

() = redan funnen, vald artikel påträffad i sökning

BILAGA 2

Artikelsammanfattningar

NAMN: Prevalence of Secondary Traumatic Stress among Emergency Nurses

FÖRFATTARE: Elvira Dominguez-Gomez, RN, BSN & Dana N. Rutledge, RN, PhD

ÅRTAL: 2009

LAND: USA

TIDSSKRIFT: Journal of Emergency Nursing

SYFTE: Att upptäcka prevalens av STS/CF hos akutvårdsjuksköterskor.

METOD: Kvantitativ studie.

Instrument: Demografisk formulär samt STS-Survey (STSS).

111 ”studie-paket” skickades ut till brevlådor hos de registrerade sjuksköterskorna som var anställda på tre kommunala sjukhus akutvårdsdepartement i Södra Kalifornien. 67 sjuksköterskor deltog.

Urval: Inklusionskriteriet var att sjuksköterskorna skulle ha jobbat aktivt i över sex månader i akutsjukvård.

RESULTAT: Det mest förekommande symptomet gällande ”intrång” var ”påträngande tankar om klienter” – att den yrkesverksamme tänker på jobbet/klienter när de inte vill/ämnar göra det. Detta uppgav 46 procent av studiegruppen sig ha. Det näst mest förekommande ”intrång”-symptomet var psykologisk plåga (27 procent) vid tankar på klienter/jobbsom gav känslor av upprördhet.

”Undvikande”-symptom som förekom mest var undvikande av klienter (52 procent). Näst mest frekvent symptom under denna kategori var minskande aktivitetsnivå och emotionell förlamning, vilket 42 procent av sjuksköterskorna uppgav sig uppleva.

”Upphetsnings”-symptom som förekom hos mer än hälften av studiegruppen var lättirritation och sömnsvårigheter.

Enligt symptom-förekomsten hos studiegruppen, hade 32,8 procent alla kriterier för STS och därmed diagnosen STS, medan 15 procent inte mötte några kriterier för STS alls. 60 procent av deltagarna hade minst ett ”intrångs”-symptom och 56% hade minst två ”upphetsnings”-symptom. 85 procent rapporterade minst ett STS-symptom upplevt den senaste veckan.

Medelvärde av STS-symptom hos studiegruppen var 37,4 poäng (spannet låg mellan 17-74 poäng, där 17 poäng var minst, 74 poäng högst).

Demografiskt: Majoriteten av studiegruppen, 92 procent, förnekade att de någon gång sökt hjälp för arbetsrelaterad stress. 52 procent angav att de regelbundet deltog i aktiviteter som främjar stresshantering och egenvård.

Resultatet gav ingen signifikant skillnad mellan de olika demografiska grupperna. De demografiska grupper som sågs ha lägre nivåer av STS var manliga sjuksköterskor, sjuksköterskor som deltog i stresshanterings-strategier och sjuksköterskor som hade en ”graduate degree”.

ETISKT GRANSKAD: Ja. Studien var etiskt godkänd av hälsosystems-administrationen och universitetets (California State University) granskningsnämnd.

NAMN: Predicting the risk of compassion fatigue: a study of hospice nurses
FÖRFATTARE: Maryann Abendroth, MSN, RN & Jeanne Flannery, DSN, ARNP,
CRRN, CCH
ÅRTAL: 2006
LAND: USA
TIDSSKRIFT: Journal of Hospice and Palliative Nursing

SYFTE:

Att beskriva prevalensen av compassion fatigue hos hospicesjuksköterskor i staten Florida, att utforska mönster mellan sjuksköterskornas karaktärer och risk för compassion fatigue. Studien syftade också till att ta fram en modell för att förutsäga risken för compassion fatigue, utifrån demografiska och arbetsrelaterade faktorer.

METOD: Kvantitativ studie

Instrument: Demografiskt frågeformulär samt Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales: Revision III (ProQoL-CSF-R-II)

Urval: Randomiserad urvalsgrupp, 216 hospice-sjuksköterskor från 22 hospiceverksamheter i Florida deltog.

Inklusionskriterier: Registrerade sjuksköterskor (RNs), Specialistsjuksköterskor, licensed practical nurses (LPNs), över 18 år, anställda på ett hospice i Florida, sjuksköterskor som interagerar direkt med familjer och patienter i hospice-organisationen

RESULTAT: 78 procent (170 av 216) av sjuksköterskorna befann sig i medelhögriskområdet för CF, med nästan 26 procent av deltagarna i högriskgruppen. Detta menade författarna vittnade om att hospicesjuksköterskor är speciellt sårbara för CF. Avsaknad av vårdande av den egna personen bidrog också till utvecklandet av CF. Av de sjuksköterskorna som befann sig i högriskgruppen för CF, angav 47 av 57 stycken att de hade en självuppoffrande karaktär. De som svarade nej på "självuppoffringsfrågan" hade mycket lägre risk att drabbas av CF i förhållande till de som svarade ja. Demografiska och arbetsrelaterade variabler gav inte någon signifikans i skillnader i CF-risk.

48 av de 216 deltagarna var diagnostiserade med depression eller PTSD. Av dessa var 35 procent i högriskgruppen för CF. 31 procent av deltagarna som uppgav sig ha ekonomisk stress var i högriskgruppen för CF. 36,1 procent av sjuksköterskor som hade täta huvudvärksproblem var i högrisk för CF.

De sjuksköterskor som mött en patient vars död var traumatisk, löpte större risk för CF. Det positiva korrelationsvärdet var dock mindre än väntat enligt författarna. Arbetsrelaterade variabler som högt patienttryck, många arbetstimmar, multipla dödsfall under en kort period, skiftarbete gav positiva korrelationer för hög risk för CF, men inte i den utsträckningen som författarna förväntat sig.

ETISKT GRANSKAD: Återfinns ej.

NAMN: Positive and negative emotional responses to work-related trauma of intensive care nurses in private health care facilities

FÖRFATTARE: Diane Elkonin, Lizelle van der Vyer
ÅRTAL: 2011
LAND: Sydafrika
TIDSSKRIFT: Health SA Gesondheid

SYFTE: Att utforska och beskriva de arbetsrelaterade positiva och negativa känslorna (CS, CF, burnout och "the silencing response") upplevda av intensivvårdssjuksköterskor i privat hälso- och sjukvårdsverksamhet. Ytterligare syfte var att undersöka förhållandena mellan CS, CF, burnout och "the silencing response".

METOD: Kvantitativ studie.

Instrument: Biografiskt frågeformulär, Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscale – Revision IV (ProQOL – R-IV) samt Silencing Response Scale.

Studiegrupp: 30 registrerade sjuksköterskor (RNs) på två sjukhus, privata verksamheter, på sammanlagt tre stycken intensivvårdsavdelningar.

Urval

Inklusion: De 30 sjuksköterskorna valdes ut av författarna. De hade arbetat över sex månader inom området enligt studiens inklusionskriterier.

RESULTAT: Medelvärden i studien: CS=36,7 poäng (medelpotential för CS), CF=18,1 poäng (högrisk för CF), utbrändhet=24,8 poäng (medelrisk för utbrändhet) "The silencing response"-medelvärdet var 46,8 poäng vilket indikerade medelrisk för denna respons.

Korrelationer för CS, CF, utbrändhet, "the silencing response":

Hög risk av CF gick hand i hand med hög risk av utbrändhet. En något (svag, ej signifikant) negativ korrelation urskildes mellan CS och CF. En stark negativ korrelation hittades mellan CS och utbrändhet. Detta indicerade att samband mellan höga nivåer av båda komponenterna inte kan finnas i stor utsträckning. En måttlig, men statistisk signifikant positiv korrelation hittades mellan CF och utbrändhet.

93,33 procent angav viss – medelrisk för att aktivera "The silencing response".

"The silencing response" hade en negativ (svag) korrelation med CS och en signifikant hög med CF samt en svag korrelation med utbrändhet.

ETISKT GRANSKAD: Godkännande av föreståndarna på de två privata hälso- och sjukvårdsverksamheterna mottogs för studien.

NAMN: Compassion fatigue in nurses
FÖRFATTARE: Elizabeth A. Yoder, MSN, RN
ÅRTAL: 2010
LAND: USA
TIDSSKRIFT: Applied Nursing Research

SYFTE: Att beskriva prevalensen av compassion fatigue hos ett brett spektrum av sjuksköterskor och att undersöka situationer som leder till CF och copingmetoder för CF.

METOD: Kvantitativ och kvalitativ studie kombinerad.

Instrument: Frågeformulär med tre delar.

1: Demografiskt frågeformulär. 2: Kvantitativ enkät (Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscale – Revision IV (ProQOL-R-IV)). 3: Två stycken frågor som inbjöd till narrativa svar (insamling av data för den kvalitativa delen av studien, vilka analyserades utifrån innehållsanalys). Frågorna var: ”beskriv en situation där du har erfarit antingen compassion fatigue eller burnout”, ”vilka strategier använde du för att handskas med den situationen; hur gick du vidare?”.

Studiegrupp som var inbjuden till att delta i studien var personal på ett kommunalt sjukhus med 178 stycken registrerade sjuksköterskor, anställda i hemsjukvård, akutdepartement, intensivvårdsavdelning, progressiv vårdenhet (progressive care unit), onkologiavdelning, medicinsk-kirurgisk avdelning.

RESULTAT: Kvantitativt resultat: CS var signifikant högre hos ICU and ED. De med lägst erfarenhet (över 10 år) hade signifikant högre CS än de med medellång erfarenhet (10-19 år). De som hade högre värden av CS hade lägre värden av CF och vice versa. 15,8 procent hade högriskvärden för CF.

Kvalitativt: Genom innehållsanalysen skapades tre olika kategorier som speglade utlösande faktorer för CF och utbrändhet hos sjuksköterskor. 1: Att vårda patienter utgjorde 52 procent (underkategorier: patients tillstånd/status, utmanade beteende, meningslös vård). 2: Organisatoriska problem 32 procent (underkategorier: arbetsbörda, ledningsbeslut). 3: Personliga problem 15 procent (underkategorier: personliga begränsningar, personliga erfarenheter).

Copingstrategier som återberättades i den narrativa datan var bland annat förändringar i: personligt engagemang till patient, arbetssätt/arbetsmiljö/arbetsuppgifter. Även ökat engagemang, att hämta hjälp/ventilera med kollegor angavs som copingstrategi. Privata attityder och aktiviteter som främjade hälsan sågs också som avvärijande av CF och utbrändhet.

ETISKT GRANSKAD: Framgår inte.

NAMN: Compassion Satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties
FÖRFATTARE: Crystal Hooper, MS, RN, CEN, Janet Craig, RN, DHA; David R Janvrin, BBA, Margaret A. Wetsel, PhD, RN, CS & Elaine Reimels, PhD, RN
ÅRTAL: 2010
LAND: USA
TIDSSKRIFT: Journal of Emergency Nursing

SYFTE: Undersöka prevalensen av compassion fatigue, utbrändhet, compassion satisfaction och deras mönster bland akutvårdssjuksköterskor och sjuksköterskor i andra valda slutenvårdsspecialistavdelningar.

METOD: Kvantitativ studie.

Instrument: Sociodemografisk profil, Professional Quality of life: Compassion satisfaction and Compassion fatigue Subscales, Revision-IV (ProQoL-R-IV).

Studiegrupp: 114 deltog. Bortfall var fem, alltså deltog 109 stycken sjuksköterskor sammanlagt i slutresultatet. Akutvårdssjuksköterskor och sjuksköterskor i tre andra "specialty units" (onkologi, njurmedicin, intensivvård) fick självvalt delta i studien.

Inklusionskriterier: Heltid/deltidsarbetande sjuksköterskor, >1 års erfarenhet, med jobbschema med över 8 timmar per vecka.

Akutvårdssjuksköterskornas värden av skalorna jämfördes med de andra specialiteterna för att bestämma om det fanns statistiskt signifikanta skillnader mellan sjuksköterskegrupperna.

RESULTAT: Hela deltagargruppen visade att 20,2 procent hade låg CS, 26,6 procent hade hög risk för utbrändhet och 28,4 procent hade hög risk för CF.

Inga signifikant skillnader uppträdde i värdena för CF, CS eller utbrändhet beroende på sociodemografiska variabler. Kvinnor hade en signifikant högre risk att drabbas av CF än män enligt resultatet. Dock var 96 av deltagarna kvinnor och nio stycken män och därför kunde inte resultatet generaliseras.

Skillnaderna hos akutvårdssjuksköterskorna nådde inte statistisk signifikans gentemot de andra vårdinriktningsgrupperna, vilket studiens författare förväntade sig genom en hypotes. Det departement som hade procentuellt högst högrisknivå i den egna gruppen, var onkologisjuksköterskorna.

ETISKT GRANSKAD: Studien var accepterad av en lokal granskningsnämnd.

NAMN: Compassion Fatigue and Secondary Traumatization: Provider of Self Care on Intensive Care Units for Children

FÖRFATTARE: Patrick Meadors, MS & Angela Lamson, PhD, LMFT, CFLE

ÅRTAL: 2008

LAND: USA

TIDSSKRIFT: Journal of Pediatric Health Care

SYFTE: Syftet med denna studie var att beskriva omfattningen av CF hos vårdpersonal som arbetar på intensivvårdsavdelningar för barn. Ett andra syfte var att utvärdera effektiviteten av att ge utbildningsseminarium om CF till vårdpersonal som arbetar på intensivvårdsavdelningar för barn.

METOD: Kvantitativ studie med 185 deltagare som var anställda på ett barnsjukhus deltog i ett utbildningsseminarium. Varje deltagare som frivilligt deltog fick svara på en enkät före och efter seminariet.

RESULTAT: Deltagare med hög grad av stress enligt SRRS (Social Readjustment Rating Scale), som mäter stressorer som påverkar deltagarna i privatlivet, visade också högre värden av klinisk stress än de i gruppen med låg stressnivå enligt SRRS. Gruppen med hög stress visade också mer negativa beteenden än gruppen med låg stress enligt SRRS, samt hade mer svårigheter att separera arbete från privatliv och tenderade att ta med negativa känslor från arbetet till hem och familj.

ETISKT GRANSKAD: Forskningsprotokollet och båda frågeformulär (före testet och efter) granskades och godkändes av granskningsnämnd och av ledningen på avdelningarna NICU, PICU och PEDS på "the regional southeastern hospital" (Children's Hospital).

NAMN: Compassion Fatigue and Burnout in Nurses Who Work With Children With Chronic Conditions and Their Families

FÖRFATTARE: Jennifer C. Maytum, MS, RN, CPNP, Mary Bielski Heiman, BS, RN & Ann W. Garwick, PhD, RN, FAAN

ÅRTAL: 2004

LAND: USA

TIDSSKRIFT: Journal of Pediatric Health Care

SYFTE: Primärmålet är att identifiera omfattningen och typerna av copingstrategier som pediatrika sjuksköterskor i olika omgivningar använder för att hantera CF och förebygga utbrändhet i deras arbete med barn med kroniska tillstånd och deras familjer.

Ett andra mål är att identifiera typer av symptom och utlösande faktorer för CF upplevt av pediatrika sjuksköterskor, för att fastställa huruvida pediatrika sjuksköterskor rapporterar några symptom eller utlösande faktorer som är unika för arbetet med barn med kroniska tillstånd.

METOD: Kvalitativ deskriptiv metod med kvalitativ innehållsanalys.

De 20 undersökningsspersonerna är valda utifrån en variation av pediatrika enheter i Minneapolis. Dessa deltagare identifierades och valdes ut på grund av sin omfattande erfarenhet som sjuksköterskor som arbetar med barn med kroniska tillstånd. Arbetsplatser som ingick var slutna specialistvård ("inpatient tertiary care"), öppenvård (polyklinisk vård), kommunal hälsovård, hemsjukvård och hospicevård.

Intervjuerna baserades på en intervjuguide skapad av undersökarna, baserat på litteraturoversikt och professionell erfarenhet av att arbeta med barn med komplexa medicinska problem.

RESULTAT: Deltagarna identifierade 32 typer av utlösande faktorer för CF och utbrändhet. Majoriteten av de utlösande faktorerna för CF var arbetsrelaterade, en fjärdedel var av personlig karaktär. Alla deltagare utom en identifierade specifika problem relaterat till att arbeta med populationen barn med kroniska tillstånd som utlösande faktorer för CF och utbrändhet. Brist på stöd och att vara ensam uppgavs som utlösande faktorer. 60 procent uppgav arbetets överdrivna krav som utlösande faktorer. Arbetsrelaterade utlösande faktorer uppgavs vara oresonliga policyers, för liten personalstyrka, frustration över försäkringar, överdrivet pappersarbete, behov av att berättiga sin position och en känsla av generell dysfunktion av vårdssystemet. 75 procent av deltagarna identifierade personliga utlösande faktorer som bidragande faktor till CF och utbrändhet. Den mest frekventa var att bli alltför involverad eller att överstiga professionella gränser.

Copingstrategier identifierades och indelades i kategorierna personliga (kortsiktiga och långsiktiga) och arbetsrelaterade (kortsiktiga och långsiktiga).

85 procent av deltagarna använde personliga kortsiktiga strategier för att hantera specifika situationer. Den vanligaste strategin var att ta hand om sig själv genom träning, meditation och dagboksföring. Vanligaste långsiktiga strategin var att utveckla en personlig filosofi och tro och att ägna sig åt självanalys. Alla deltagare kunde uppge exempel på sätt de hade lärt sig att minska arbetsrelaterade stressorer som kunde leda

till utbrändhet, bland annat att inte lägga sig i saker som inte är inom det egna ansvarsområdet.

Att utveckla förstående och ärliga professionella relationer var den mest angivna personliga långsiktiga arbetsstrategin.

ETISKT GRANSKAD: Godkännande av granskningsnämnd (Institutional Review Board approval) erhöles för studien från University of Minnesota före studiens påbörjande.

NAMN: Professional compassion fatigue: what is the true cost of caring for the dying?

FÖRFATTARE: Christina S Melvin

ÅRTAL: 2012

LAND: USA

TIDSSKRIFT: International Journal of Palliative Nursing

SYFTE: Är sjuksköterskor vars jobb är att handskas med död och döende på regelbunden basis i risk för att utveckla PCF (professional compassion fatigue)?

Vad är konsekvenserna (både fysiska och emotionella) för sjuksköterskor inom hospis- och palliativ vård som kontinuerligt handskas med död?

METOD: Deskriptiv kvalitativ studie. Deltagare har valts från hemsjukvården. Ungefär 20 sjuksköterskor arbetar på denna arbetsplats och 6 har valts ut med inklusionskriterierna att de har arbetat minst 10 år samt att varje deltagare villigt har gått med på att delta. Ingen valdes på grund av att de visade tecken eller symptom av PCF. Underförstått samtycke ("Implied consent") erhöles från alla deltagare. Intervjuerna använde ett semi-strukturerat intervju-schema.

RESULTAT: Brist på copingstrategier sågs som ett övergripande tema för utveckling av PCF. Svårighet att släppa taget helt om stress, känslor, sorg och intensitet. Känsla av att arbeta för mycket och känna för mycket ansvar. Upplevelse av att man är sitt arbete och förlust av självet.

Fysiska och emotionella konsekvenser av vårdandet sågs vara att känna sig ensamt ansvarig över patienter och att oro sig över dem efter hemgång från arbetet. Att knyta an till patienter som man spenderar mycket tid med och som sedan dör påverkar personen, och man måste hitta något i livet som gör att man kan handskas med det för att undvika utbrändhet. Att inte känna sig återhämtad. Kombinationen av att känna sig fysiskt och mentalt utmattad ger sammanlagt negativ förstärkning, relaterat till att möta plötslig död.

Copingstrategier som sågs var att sätta professionella gränser för att bibehålla förmågan att arbeta inom palliativ vård, att gränser bevarar personen samt att tala med kollegor, reflektion, fysisk hälsa, stödjande partner och stödjande arbetsledare.

ETISKT GRANSKAD: Studien är godkänd av University of Vermont Human Subjects Research Committee.

NAMN: An exploration of the experience of compassion fatigue in clinical oncology nurses

FÖRFATTARE: Beth Perry, Greg Toffner, Trish Merrick and Janice Dalton

ÅRTAL: 2011

LAND: Canada

TIDSSKRIFT: Canadian oncology nursing journal

SYFTE: Hur beskriver legitimerade kliniska onkologisjuksköterskor sina erfarenheter av CF? Studien avgränsades till att inkludera faktorer som orsakar, förvärrar och/eller minskar CF hos kliniska onkologisjuksköterskor.

METOD: Deskriptiv kvalitativ studie med användning av en modell kallad "stress process model" som betraktar vårdares stress inom fyra områden: bakgrund och kontext av stress; stressorerna; förmedlare av stress; och resultatet eller manifestationerna av stress. Urvalet är gjort med inklusionskriterierna: att vara anställd som klinisk onkologisjuksköterska, ha upplevt CF, att ha internetåtkomst, kunna kommunicera på engelska eller franska. 19 deltagare rekryterades i Canada genom reklam i CONJ (Clinical Oncology Nursing Journal).

RESULTAT: Resultatet är uppdelat i fem huvudteman: definiera CF, orsaker till CF, faktorer som förvärrar CF, resultat av CF, faktorer som minskar CF.

Definiera CF – En överväldigande känsla av att "något var fel", svårighet att motivera sig själva att gå till arbetet, vara emotionellt känslig, och fatigue.

Orsaker till CF – Kombination av höga förväntningar från sig själv och andra och begränsat uppfattat stöd verkade vara ett förebud för CF. Brist på uppmärksammande av denna potentiella upplevelse kan ha förvärrat situationen för deltagarna. Många deltagare noterade att när de inte hade möjlighet att ge vård av hög kvalitet var detta en utlösande faktor för CF.

Faktorer som förvärrar CF – När deltagarna kände att de inte kunde hjälpa/lindra lidande upplevde de disharmoni som förvärrade CF. Fysiska och psykiska påfrestningar utanför arbetet förvärrade CF. Deltagare drog slutsatsen att upplevd överdriven emotionell anknytning till patienter och deras familjemedlemmar kan ha bidragit till deras upplevelser av CF.

Resultat av CF – Grundlig fatigue av sinne och kropp som inkluderade fysiska och emotionella svar så som "tyngd över bröstet", "klumpar i halsen", "dimmiga minnen", "tillbakahållande av tårar". Negativa effekter på personliga relationer. Tanke på att lämna professionen som onkologisjuksköterska eller sjuksköterskeprofessionen helt på grund av CF.

Faktorer som minskar CF – Stöd från kollegor, balans mellan arbete och privatliv, anknytning till andra, erkännande, mognad och erfarenhet var faktorer som bidrog till att minska CF.

ETISKT GRANSKAD: Studien var etiskt godkänd av Athabasca University Research Ethics Board (AUREB) före rekryteringen av deltagare.