



**Mittuniversitetet**  
MID SWEDEN UNIVERSITY

**Institutionen för hälsovetenskap**

**Psykiska reaktioner vid fysiskt trauma  
-en litteraturöversikt**

**Albano, Emil  
Wassberg, Jerker**

**Examensarbete (Omvårdnad, C) 15 hp  
November 2010  
Östersund**

## Abstrakt

**Bakgrund:** Fysiskt trauma är ett av de största hälsoproblemen i världen. Fysiska skador står för 16 % av den globala sjukdomsördan. Med nya träningsprogram och arbetssätt har kvalitén på vården förbättrats men vanligen följer en psykisk reaktion på traumat som kan kvarstå under lång tid. **Syfte:** Syftet var att belysa vuxna personers psykiska hälsa efter ett fysiskt trauma. **Metod:** Uppsatsen är en litteraturöversikt som baseras på 13 vetenskapliga artiklar. En induktiv innehållsanalys utfördes på artiklarnas resultat. **Resultat:** Personer som är med om ett fysiskt trauma kan utveckla psykiska störningar relaterat till skadan, bl.a. PTSD (posttraumatiskt stress syndrom), ångest, depression och sömnstörningar. Patienter berättar att de inte får hjälp med deras psykiska hälsa. **Diskussion:** De psykiska påfrestningarna vid trauma är stora. Det är viktigt för vårdpersonal att vara medveten om detta för att inte negligera ev. sjukdomsutveckling hos patienten. **Slutsats:** Patienters upplevelser av fysiskt trauma är något som behöver uppmärksammas inom vården. Det är viktigt att dessa patienter och anhöriga får möjlighet träffa personal som är utbildad inom krishantering.

**Nyckelord:** Traumatologi, eftervård, psykiska störningar, mental hälsa

### Psykiska reaktioner vid fysiskt trauma - en litteraturöversikt

Albano, Emil  
Wassberg Jerker

Mittuniversitetet, Östersund  
Institutionen för hälsovetenskap  
Omvårdnad GR (C), 15hp

November 2010

## Innehållsförteckning

INTRODUKTION .....	1
BAKGRUND .....	1
<b>Problemformulering</b> .....	<b>3</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>3</b>
METOD.....	3
<b>Litteratursökning</b> .....	<b>3</b>
<b>Urval och värdering</b> .....	<b>5</b>
<b>Analys</b> .....	<b>5</b>
<b>Etiska överväganden</b> .....	<b>7</b>
RESULTAT .....	7
<b>Psykiska reaktioner</b> .....	<b>7</b>
<b>Erfarenheter och känslor</b> .....	<b>10</b>
<b>Återhämtning</b> .....	<b>10</b>
DISKUSSION .....	12
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>12</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>13</b>
SLUTSATS .....	16
REFERENSER.....	18
<b>Elektroniska referenser</b> .....	<b>20</b>
BILAGOR.....	21
<b>1 – Ordlista</b> .....	<b>.....</b>
<b>2 – Bedömningsmall för Kvalitativa Studier</b> .....	<b>.....</b>
<b>3 – Bedömningsmall för Kvantitativa Studier</b> .....	<b>.....</b>
<b>4 – Översikt av inkluderade resultatartiklar</b> .....	<b>.....</b>

## Introduktion

Efter att ha arbetat flera år inom akutvård har brister i den psykiska uppföljningen av traumapatienter uppmärksammats, även för de som klarar sig med lindriga eller inga somatiska skador. Intresset för psykosomatik finns hos båda författarna.

Författarna anser att samverkan mellan den somatiska och den psykiatriska vården är otillfredsställande, vilket är anledningen till valet av ämne.

## Bakgrund

Enligt Trauma Nursing Core Course (TNCC) definieras trauma:

*Trauma är definierat som skada på mänsklig vävnad och organ som ett resultat av energiöverföring från omgivningen. Skador uppstår när den överförda energin överstiger kroppens toleransförmåga.* (Emergency Nurses Association [ENA]: 2003, s.9)

Fysiskt trauma är det ledande hälsoproblemet i världen. Varje dag beräknas det att 16 000 människor avlider till följd av traumaolyckor och tusentals får men för livet. Skador står för 16 procent av den globala sjukdomsburden (Mock, Lormand, Goosen, Joshipura & Peden, 2004, s.vii). Mycket har gjorts i skadeförebyggande syfte t.ex. att förbättra vägsäkerheten. Att förbättra vården av skadade patienter är grundläggande. Traumavård är dock något som vårdpersonal ofta finner svårt att arbeta med oavsett vilken bakgrund denne har. Inom traumavård tas ofta beslut om patientens hälsa som kan resultera i både framtida invaliditet eller död, vilket är en svår uppgift. För att underlätta detta arbete och rädda liv behövs inte dyra lösningar. Med enbart små medel såsom förfinad utbildning, modifierad organisation och nära tillgång till enkel utrustning kan omhändertagandet säkerställas (Mock et al., 2004, s.vii). I många i-länder har dödligheten minskat med 15-20 procent de senaste decennierna mycket tack vare utformning av bra utbildningar och system vid trauma omhändertagande. Advanced Trauma Life Support (ATLS) kommer från American College of Surgeons och introducerades först i Nord-Amerika. Även Australien och Storbritannien har stor del i utvecklingen av detta utbildningssystem. ATLS används världen över och även i

Sverige. ATLS är ett träningsprogram för läkare där tydliga riktlinjer vid traumaomhändertagande tagits fram och lärs ut (Jayaraman & Sethi, 2009).

Enligt Driscoll och Skinner (2000, s.1) är traumateamets uppgift att identifiera och åtgärda livshotande skador, stabilisera patientens tillstånd, fastställa vilka skador som patienten har, kategorisera skadorna och prioritera det som skall åtgärdas först (triage) samt planera för fortsatt vård på annan avdelning.

Hos personer som skadats fysiskt följer ofta en psykisk reaktion. Denna reaktion blir sällan upptäckt av vårdpersonal och förblir därmed obehandlad och kan i längden göra mer skada än den fysiska skadan. PTSD (Posttraumatiskt stress syndrom) är ett socialt handikapp som kan finnas kvar i flera år efter att patientens fysiska skador blivit läkta (Deahl, 2000, s.160). Cullberg (2006, s.123-126) menar att när en människa förlorar ett organ i samband med operation eller olycksfall så utvecklas en stark psykisk reaktion i efterskedet. Organets betydelse för individen och individens identitet är av betydelse för de psykiska följderna. En individs rörelseförmåga påverkas mycket hårt av en amputation men även dennes självbild, en självbild som kan vara uppbyggd kring styrka och potens .

Vid diagnostisering av psykiska sjukdomar används ICD 10 som är utvecklat av WHO och DSM IV (Diagnostiska och statistiska manualen för psykiska störningar). DSM IV är det amerikanska psykiatriska samfundets klassifikationssystem. Den består av fem axlar med olika typer av störningar. (URL 3).

Cullberg (2006) definierar en traumatisk kris som en stark yttre omständighet där individens fysiska existens, identitet eller tillvaro hotas. Chocken är den första delen av en kris och krisens förlopp kan se ut på detta vis;

- Chockfas: Kortvarigt ihållande. Individen distanserar sig från verkligheten innan de är redo att förstå och bearbeta det som hänt. Minnesluckor förekommer.
- Reaktionsfas: Individen börjar förstå vad som hänt. Försvarsmekanismerna träder in.
- Bearbetningsfas: Individen börjar planera framåt i tiden. Accepterande av förlust eller men som traumat fört med sig. Pågår mellan ½ - 1 år.

- Nyorientering: Cirkeln blir sluten. Traumat ses med andra ögon och att livet går vidare. Det skadade jaget repareras under förutsättning att individen kan försonas med traumat. Denna fas är livslång. (Cullberg, 2006, s.120, 141-144).

### **Problemformulering**

De som överlever ett fysiskt trauma kan få både fysiska och psykiska men för livet. Det finns flera vedertagna arbetsätt för att ta hand om den fysiska skadan men dessa är otillräckliga när det kommer till patientens psykiska hälsa. Vårdpersonal behöver kunskaper om hur traumapatienter upplever psykiska reaktioner för att kunna ge en god omvårdnad.

### **Syfte**

Syftet var att belysa vuxna personers psykiska hälsa efter ett fysiskt trauma.

### **Metod**

#### **Litteratursökning**

Litteraturöversikt har valts som design. Databaser inom omvårdnad (PUBMED, CINAHL), psykologi (Psychinfo) och mental hälsa (PILOTS) har använts vid sökning av artiklar. De sökord som använts i olika kombinationer var Keyword och MeSH–termer samt fritext vilket redovisas i tabell 1. Sökprofil redovisas i tabell 2.

**Tabell 1: Översikt av sökord**

<b>MeSH-termer (Pubmed)</b>	<b>Keywords (Pilots, Psychinfo)</b>	<b>Fritext (Psychinfo, Pilots, Cinahl Pubmed)</b>
Emergency patients	Injuries	Patient
Nursing	Nursing	Trauma
Mental health	Intensive care unit	Post-injury
Patients	Emergency room patients	Traumatic injury
Psychology	Emergency rooms	Mental health
Wounds and injuries		Trauma nursing

Inklusionskriterier: Artiklar skrivna ur ett patientperspektiv, fysiska trauman, artiklar med grad I och II. Exklusionskriterier: Psykiska trauman såsom

krigstrauman och katastrofupplevelser, artiklar äldre än 10år, artiklar med grad III, studier med deltagar bortfall >30 %, review artiklar, artiklar rörande barn.

**Tabell 2: Sökprofil; sökt mellan 2010-04-16 och 2010-09-05**

Databas	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Förkastade	Vald artikel
<b>Pilots Database</b>	Injuries or emergency room patients and emergency rooms or nursing	2000-2010	24	23*	Wang, Tsay & Bond (2005).
<b>Pubmed</b>	Wounds and Injuries AND emergency nursing AND psychology	Published in the last 10 years	96	95*	Richmond et al. (2009).
<b>Psychinfo</b>	Nursing and Traumatic Injury	2000-2010,	11	10*	Lee, Chaboyer & Wallis (2010)
<b>Pilots Database</b>	Injuries AND Intensive Care Unit	2000-2010	20	18*	Richter, Waydhas, & Pajonk (2006). Schnyder et al. (2000).
<b>Pubmed</b>	trauma nursing AND mental health	Published in the last 10 years	214	205* 4** 4****	Chamberlain, (2006).
<b>Pubmed</b>	Trauma, post-injury, patients	Published in the last 10 years, free full text.	80	71* 5** 1***	Bisson et al, (2004). Rao et al. (2008). Wood & Rutterford (2006).
<b>Pilots Database</b>	Trauma AND post-injury AND patient		2	1**	Zatzick et al, (2001)
<b>Psychinfo</b>	Trauma AND Post-injury AND patient	2000-2010, English	101	95* 1** 3****	Franzén et al, (2008). Zatzick et al.(2004)
<b>Cinahl</b>	Nursing AND trauma AND mental health	2000-2010	61	56* 3** 1***	Archer et al, (2010)

\* = Antal förkastade efter läsning av titel

\*\* = Antal förkastade efter läsning av abstrakt.

\*\*\* = Antalet förkastade efter kvalitetsbedömning

\*\*\*\* = Dubletter

## **Urval och värdering**

Vid artikelsökning valdes artiklar först ut efter titel, därefter granskades abstrakt och artiklarna med tillfredställande abstrakt granskades enligt en bedömningsmall utarbetad av Carlsson och Eiman (2003, URL 1). Mallen som användes delades upp i flertalet punkter där artiklarna fick en poängsumma mellan 0-3 poäng per punkt. Punkterna kategoriserades som abstrakt, bakgrund, syfte, metod, resultat och diskussion (Bilaga 2 & 3). Max-poängen för kvantitativa artiklar var 47p och 48p för kvalitativa. En punkt i mallen frågade om antal patienter med lungcancerdiagnos, denna punkt ändrades till antal patienter som varit med om fysiskt trauma för att passa överens med syftet. Artikelns poängsättning omräknades till en procentsats som i sin tur gav en gradering där 80-100 % motsvarar grad I, 70-80 % grad II och <70 % grad III. Artiklar som erhöll Grad I och II togs med i resultatet, artiklar med grad III ansågs inte vara av tillräckligt vetenskaplig kvalitet. Urvalet resulterade i 13 vetenskapliga artiklar (bilaga 4).

## **Analys**

En induktiv innehållsanalys har använts för att hitta mönster och teman som ej är tydligt uttalade i texterna, för att få en djupare förståelse av texten (Forsberg & Wengström, 2003, s.146-147). Artiklarnas resultatavsnitt har lästs igenom och granskats för att senare delas upp i mindre enheter. Likheter och skillnader mellan innehållet i artiklarnas resultat har sökts (Friberg, 2006, s.121-122). Texterna lästes igenom noggrant flertalet gånger för att hitta essensen i texten. De delar som svarade på syftet översattes. Den översatta delen analyserades som mål att hitta gemensamma nämnare. Utifrån denna innehållsanalys växte ett antal kategorier fram. Dessa var: Psykiska reaktioner, Erfarenheter & känslor och Återhämtning. I tabellerna 3, 4 och 5 redovisas stegen och textbehandlingen som leder till de kategorier och innehåll som återfinns i resultatet.

Värden ur tabeller har sammanställts i tabell 3. Variablernas värden har sorterats efter relevans till syftet, därefter har de värden som styrker eller motbevisar syftet bearbetats in i texten. Tabellernas variabler har lett till olika kategorier. När p-värdet är <0,05 ses ett signifikant samband mellan två eller fler variabler, p-värden >0,05 är ej signifikant (Ejlertsson, 2003, s. 134-135). I tabell 3 är variablerna olika sömnsymtom som mäts efter fysiskt trauma.



**Tabell 3: Exempel på bearbetning av kvantitativa data tagna ur tabeller**

Författare	Exempel ur en större tabell av Rao et al. (2008)		Sammanställning	Kategori
Rao, V., Spiro, J., Vaishna, S., Rastog, P., Mielke, M., Noll, K., Cornwell, E., Schretlen, D., & Makley, M. (2008).	Mätinstrument	P=värde	Sambandet i sömn index I före hjärnskada och efter 3 månader var starkt ( $p < 0,001$ ).	Psykiska reaktioner
	Sömnstörningar	0,018		
	SOB/HA*	0,001		
	Snarkning	0,400		
	Tillräcklig sömn	0,023		
	Sömnighet dagtid	0,002		
	Sömn index I	$<0,001$		
	Sömn Index II	0,001		

\*Andnöd/Huvudvärk

I tabell 4 redovisas exempel på analysförfarandet av kvantitativa texter. Texten har bearbetats med genomläsning vid upprepade tillfällen, därefter har meningsenheter plockats fram. Meningsenheterna har översatts rakt av för att sammanställas till användbara textavsnitt med fokus på de statistiska värden som styrker eller motbevisar artikelförfattarens hypotes.

**Tabell 4: Exempel på bearbetning av kvantitativa texter**

Författare	Obehandlad text	Översättning	Sammanställning	Kategori
Wang, C-H., Tsay, S-L., & Bond, A.E. (2005)	Similarly, week 6 data demonstrated statistically significant positive correlations between PTSD, depression and anxiety ( $P < 0.001$ ).	Likaså visade vecka 6 data statistiskt signifikant positiv korrelation mellan PTSD, depression och anxiety ( $P < 0,001$ ).	Vecka 6 såg man liknande samband men denna gång mellan PTSD, ångest och depression ( $p < 0.001$ ) som även det var positivt.	Psykiska reaktioner

Tabell 5 redovisar analysförfarandet på kvalitativa texter. Även här har meningsenheter plockats ut och översatts för att senare sammanställts till användbara textavsnitt. De sammanställda textavsnitten har utifrån innehåll och resultat kategoriserats.

**Tabell 5: Exempel på bearbetning av kvalitativa texter**

<b>Författare</b>	<b>Obehandlad text</b>	<b>Översättning</b>	<b>Sammanställning</b>	<b>Kategori</b>
<b>Chamberlain, D.J. (2006)</b>	The event, and perception of and response to that event, became a marker in the survivor's life, separating it into two parts – before and after injury.	Händelsen och uppfattning om och reaktion till detta evenemang, blev en markör i den efterlevande liv, separera den i två delar - före och efter skada.	Alla individer som deltog talade hur deras liv var före och efter skadan och hur de ändrats som person efter skadan.	Återhämtning

### **Etiska överväganden**

De artiklar som använts har blivit godkända av en etisk kommitté eller har noggranna etiska överväganden. Alla artiklar som använts redovisas så att innehållet inte har ändrats. Översättningar har genomförts med aktsamhet.

### **Resultat**

Resultatet bygger på tretton artiklar, varav en mixad artikel, elva kvantitativa samt en kvalitativ. Ord märkta med asterisk (\*) finns förklarade i bilaga 1.

### **Psykiska reaktioner**

De fysiska skadornas svårighetsgrad tillika psykiska besvär varierade i de olika studierna (Lee, Chaboyer & Wallis, 2010; Richmond et al., 2009; Richter, Waydhas & Pajonk, 2006; Schnyder et al., 2000; Zatzick et al., 2004).

Traumapatienters mentala och fysiska hälsa undersöktes efter trafikolycka där 54 procent av patienterna kände smärta eller obehag två veckor efter olyckstillfället jämfört med resten av populationen. Vid samma mättillfälle uttryckte 17 procent av patienterna psykiska besvär jämfört med resten av populationen (Richter et al., 2006).

Smärta, stela leder, sömnsvårigheter och trötthet var följder av de initiala skadorna (Franzén, Brulin, Stenlund & Björnstig, 2008; Lee et al., 2009) och psykiska

reaktioner sågs hos flertalet patienter. Efter ett fysiskt trauma angav nästan alla patienter (99 %) att de hade fått ett eller flera orosmoment, mer än hälften av orosmomenten var relaterat till deras psykiska välmående (Zatzick et al., 2001).

Det var vanligt att personer som varit med om en allvarlig olycka i efterhand drabbades av Post-traumatisk stressyndrom (PTSD) (Bisson, Shepherd, Joy, Probert & Newcombe, 2004; Schnyder et al., 2000; Wang, Tsay & Bond, 2005; Zatzick et al., 2001). Diagnosen PTSD ställs först när symtomen varat i minst en månad. Patienter som drabbats av traumatisk hjärnskada (TBI\*) löper högre risk att drabbas av PTSD. De symtom som iakttas tidigare än en månad efter symtomdebut kallas subsyndromal PTSD. För att termen subsyndromal PTSD ska vara aktuell krävs att den drabbade återupplever traumat och samtidigt uppvisar känslomässig avtrubning eller överdriven exaltering. Omkring 20 procent av traumapatienterna uppvisade symtom som överensstämde med subsyndromal PTSD (Schnyder et al. 2000).

För att mäta frekvens och intensitet beträffande PTSD används Clinical-Administrated PTSD Scale (CAPS 2\*). CAPS 2 fann starkt stöd för att det föreligger stor risk att utveckla stressyndrom som reaktion på fysiskt trauma (Schnyder et al., 2000).

Akut stressyndrom (ASD\*) är den akuta formen av PTSD. Wang et al. (2005) redovisar att i en grupp med trafikskadade patienter drabbades 88 procent av ASD. Av dessa utvecklade 83 procent PTSD i ett senare skede. Samma forskarteam fann starkt stöd för att det föreligger ökad risk att utveckla depression och ångest som en följd av PTSD (Wang et al., 2005).

Ångest och depression bekräftades också i andra studier efter ett fysiskt trauma (Franzén et al., 2008; Richmond et al., 2009; Wang et al., 2005). En vecka efter traumat upplevde flertalet patienter depression vilket minskade efter 6 veckor ( $p=0,001$ ). Förekomsten av ångest hos traumapatienterna var också hög den första veckan och även den hade minskat vid vecka 6 ( $p<0,001$ ). Speciellt patienter som skadats i samband med trafikolyckor löpte förhöjd risk att utveckla PTSD i kombination med depression och ångest (Wang et al., 2005).

Med hjälp av samtalsterapi kunde PTSD symtomen reduceras (Bisson et al., 2004). Cyklisterna som skadats i trafiken visade på en signifikant förbättring av depression och ångest med telefonuppföljning jämfört med den kontrollgrupp som inte erhöll någon telefonuppföljning efter traumat (Franzén et al., 2008). Ett år efter skadan beskrev patienter med starka PTSD symtom måttlig till stark oro över sjukhusvistelsen i samband med traumat. Störst oro angav traumapatienterna en månad efter olyckan för att minska under årets gång. Vid mätning av PTSD-graden använde Zatzick et al. (2001) självskattningsformuläret PCL-C\* som mäter svårighetsgraden av PTSD symtomen. Vilket visade att PTSD symtomen var högst månad ett. Ett år efter traumat mötte 32 procent fortfarande symtomen för PTSD, dock var svårighetsgraden av PTSD symtomen lägre. I samma takt minskade patienternas fysiska hinder (Zatzick et al., 2001).

En månad efter traumat angav 64,9 procent av patienterna att de led av sömnstörningar. Över tid tenderade sömnstörningarna att minska. Efter 6 månader angav 13,2% sömnstörningar (Lee et al., 2010). Patienter med TBI som ett resultat av ett fysiskt trauma hade en signifikant risk att utveckla sömnstörningar. Hos TBI patienter som vaknade ur sin nattsömn med andnöd och huvudvärk kunde en tydlig skillnad ses före trauma och tre månader efter trauma ( $p=0,001$ ). Enligt Rao et al. (2008) studerades skillnaden mellan kön och det framkom att endast kvinnor var benägna att få sin nattsömn störd p.g.a. andnöd och huvudvärk ( $p=0,037$ ).

Ett antal patienter som varit inlagda på intensivvårdsavdelning angav att de fått mardrömmar relaterat till intensivvårdsbehandlingen och några angav att de fått mardrömmar om olyckan (Richter et al., 2006). Av traumapatienterna angav en stor del att de redan före traumat haft svårt att få tillräcklig nattsömn. Detta problem ökade under de första tre månaderna ( $p=0,023$ ). Av de patienter som upplevde trötthet på dagtid var således skillnaden signifikant före traumat i jämförelse med tre månader efter traumat. Kraftiga depressionsepisoder ( $p=0,05$ ) och det allmänna hälsotillståndet med generell ångest ( $p<0,01$ ) ökade sömnstörningarnas svårighet (Rao et al., 2008).

Missbruk var inte ovanligt i samband med trafikolyckor. Ca 14 procent av alla traumapatienter hade alkohol i blodet vid intagning på akuten och ca 19 procent

hade ett pågående alkoholmissbruk (Wang et al., 2005). En annan studie visade att vid ankomst till sjukhus var ca 30 procent av traumapatienterna alkoholpåverkade. Mindre än 10 procent hade positiva provsvar för stimulerande medel. Samsjuklighet kunde tydas mellan missbruk och andra psykiska sjukdomar (Zatzick et al., 2004). Ett år efter traumat var 3,6 procent i ett pågående missbruk där 1/3 av dessa använde droger, resterande (2/3) hade ett alkoholmissbruk (Richmond et al., 2009). Nära hälften (45 %) av traumapatienterna hade någon form av missbruk 3 år efter trauma (Richter et al., 2006).

### **Erfarenheter och känslor**

De flesta traumapatienterna hade ungefär samma känsla inför sin skada oavsett svårighetsgrad. Övergripande teman var sorg och ångerkänslor. Överväldigande sorg var något som alla patienter uttryckte på deras unika sätt men hade dock en gemensam nämnare, känslan av förlust. Inte enbart förlust av arbete och vänner utan även förlust av sin identitet (Chamberlain, 2006). Patienter beskrev vårdpersonalens bemötande, en känsla av att inte bli sedd och en känsla av hjälplöshet. Några av patienterna talade om osynliga symtom som inte tagits på allvar av vårdpersonal och därmed känt en brist på empati (Archer et al. 2010; Chamberlain, 2006). Traumapatienterna berättade om hur de såg på sjukvården efter att deras fysiska skada ansetts färdigbehandlad. Flertalet patienter beskrev att de kände sig utelämnade och ensamma med ett behov av samtalskontakt (Chamberlain, 2006).

*I attended rehabilitation which was worthwhile, but it only lasted a few weeks, then I was told I had recovered enough to go home. I couldn't manage at home...and I would spend the day in tears. The pain was unbearable and I felt so lonely at times. My friends [other nurses] stayed away. There was no one to talk to and my GP [general medical practitioner] could not understand my situation. All I needed was someone to talk to who could help me (Chamberlain, 2006, p.413).*

### **Återhämtning**

De flesta patienterna som skadats i ett fysiskt trauma hade ett arbete vid tidpunkten för olyckan (Archer et al., 2010; Wang et al., 2005). Mindre än hälften var tillbaka till arbete eller skola efter 6 veckor (Wang et al., 2005).

Vid återhämtning efter traumat behövde 85 procent någon form av stödtjänst. Av dessa angav 32 procent att de inte fått tillgång till någon form av stöd. Hjälpen att återgå till arbetet var det som var svårast att få stöttning med vid återhämtning efter trauma (57 %). Den psykiatriska vården var ett område som 53 procent av patienterna upplevde som svårtillgängligt att få hjälp ifrån (Archer et al., 2010). De patienter som utvecklade depression hade högre benägenhet att bli långtidssjukskrivna ( $p < 0,01$ ). Det var inte troligt att denna population skulle återgå till samma funktionsstatus som innan skadan (Richmond et al., 2009). Hos patienter som drabbats av TBI arbetade 91,3 procent före olyckan, 28,7 procent återgick till heltidsarbete och 12,5 procent till deltidsarbete 17 år efter TBI. Av de som inte återgick till arbete var 12,5 procent pensionerade och 46,3 procent arbetslösa (Wood & Rutterford, 2006).

De som drabbades hårdast av psykisk ohälsa efter trauma var kvinnor ( $p < 0,05$ ), fordonsolycksoffer ( $p < 0,05$ ) och patienter med starka PTSD symtom vid 12 månaders uppföljning ( $p < 0,01$ ) (Zatzick et al., 2001). Tidigt mentalt stöd har betydelse på lång sikt för PTSD patienter. Det har visats vara en signifikant skillnad hos de patienter som fått stöd jämfört med de som inte erbjudits det. De patienter som fått stöd i form av samtal hade efter 13 månader lägre värden (37,6 vs 41,4) med Impact of Event Scale (IES\*) än de som inte fått stöd ( $p = 0,006$ ) (Bisson et al., 2004). För patienter som drabbats av TBI förändrades civilståndstatusen för vissa. Nära hälften var singlar innan skadan och vid uppföljningen 17 år senare var ca 20 procent fortfarande singlar (Wood & Rutterford, 2006).

Hälften av de patienter som drabbats av TBI hade en positiv bild av rehabilitering och återhämtning. Dessa individer speglade självförtroende och hopp i deras väg tillbaka till deras tidigare funktionsstatus. Flertalet uttryckte att de varit tvungna att hitta en egen norm för vad som är normalt och inte jämföra sig med andra. Egna värderingar var en viktig del för att få en ny mening med livet. Patienterna med PTSD diagnos visade på en gradvis men långsam adaptation till ett tillstånd fyllt med minnesbilder och mardrömmar kopplat till traumat (Chamberlain, 2006).

Delar av patientgruppen hade en negativ inställning till återhämtningen och begreppet återhämtning. De kände ilska över den egna oförmågan. (Chamberlain, 2006). En patient förklarade sin situation så här: *"I haven't recovered. I can't even do my own hair. No sense of control...I don't even choose what I wear. The days blend into one...there is no joy in life."* (Chamberlain, 2006, p.413).

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

De sökvägar som användes i begynnelsen av arbetet var för smala och riktade, vilket resulterade i få träffar och en svårighet att få en god översikt av forskningsläget. För att få tillräckligt antal artiklar var en breddning av sökvägarna nödvändig. Författarna valde tidigt i arbetsprocessen att rikta in sig på den mest aktuella forskningen inom området med artiklar ej äldre än 10 år. Detta kan vara en brist i arbetet då tidigare forskning kan ha gått förlorad. Dock kan detta även ses som en styrka då resultatet blir aktuellt med tiden.

Vid urvalet av artiklar föll många bort redan på titeln vilket förklaras av att flertalet titlar var inriktade på psykiska trauman samt krigsveteraner och katastrofupplevelser. Krigsveteraner och katastrofupplevelser valdes bort p.g.a. att dessa är extraordinära händelser.

De databaser som användes valdes ut med hjälp av Mittuniversitetets databaslänkar. PILOTS är en databas inom mental hälsa med inriktning på PTSD och väl överensstämmande syftet. Dock är PILOTS en referensdatabas som är inriktad på ett visst ämne. Därför valdes Psychinfo som ett komplement till PILOTS för att hitta fler artiklar inom mental hälsa. Pubmed och Cinahl valdes för att hitta artiklar med ett omvårdnadsperspektiv.

Val av värderingsmall var ett enkelt beslut för att Carlsson och Eimans (2003) granskningsmall är ett lättarbetat och rättvist instrument. Nackdelen med det instrumentet var att en punkt fick modifieras.

Vid analys av artiklarna kan risken vara att vi utelämnat viktig information i texterna. Dock är de delar som har valts ut relevanta för resultatet.

I uppsatsen återfinns en kvalitativ artikel i resultatet. Fördelen med detta är att den sätter ord på de kvantitativa artiklarnas siffror och värden. Dock kan det vara en brist att bara ha med en kvalitativ studie och det hade kunnat vara gynnsamt med ytterligare en kvalitativ studie. Med tanke på syftet anser författarna att för många kvalitativa artiklar inte skulle ha förändrat vårt resultat något väsentligt. Generellt sett fanns det lite vetenskaplig kvalitativ forskning inom ämnet.

Det fanns en svårighet att hitta de delar i artiklarna som svarade upp mot syftet och att presentera resultaten på ett begripligt sätt utan att förlora essensen. Ett genomgående problem med de valda artiklarna var att de använde olika instrument för att mäta samma saker, vilket gjorde det svårt att jämföra resultaten mot varandra. De psykiska mätinstrumenten var olika i nästan varje artikel men de flesta var baserade på DSM-IV.

## **Resultatdiskussion**

Syftet var att belysa vuxna personers psykiska hälsa efter ett fysiskt trauma.

Resultatet visade att det fanns en betydande frekvens av psykiska störningar och reaktioner bland patienter som drabbats av fysiskt trauma. Det visade sig även att dessa störningar korrelerade med varandra, vilket ledde till att risken för att utveckla flertalet andra psykiska störningar kunde ses. Patienterna beskrev att de inte blev tagna på allvar av vårdpersonal och fick inte den psykosociala hjälp de behövde. De upplevde att deras identitet förändrades.

I resultatet framkommer det att den psykiska påfrestning som patienten utsätts för vid trauma är betydande. Detta styrks av De Silva et al. (2009) som menar att ur det fysiska traumat växer inte enbart fysiska problem utan även sociala problem och leder till en ökad identitetsförlust. Det är därför av vikt att psykosociala och sociala insatser sätts in snarast efter traumat som förebyggande åtgärd (De Silva et al., 2009). Olyckor inträffar plötsligt och är en livsförändrande händelse. De försvarsmekanismer som patienten använder i vardagliga livet är inte tillräckliga för att klara av de känslomässiga, fysiska, sociala och andliga påfrestningar som



denne nu ställs inför. Vid omhändertagandet av traumapatienten bör sjuksköterskan ha en förståelse för vad patienten går igenom gällande stress, kris och sorg (ENA, 2003, s.253). En av sjuksköterskans uppgifter är att skapa en personlig kontakt med patienten. Sjuksköterskan bör agera som ett språkrör mellan patienten och vården i stort och följa patienten under hela dennes sjukhusvistelse. Sjuksköterskans ansvar gentemot patienten är att upprätta en trygghet (Jahren Kristoffersen & Ottvik Jensen, 2006, s.194-195).

Hög prevalens av psykisk sjukdom sågs bland flertalet patienter som drabbats av fysiskt trauma. Det är därför av stor vikt att dessa patienters psykiska reaktioner inte negligeras även då de fysiska skadorna är ringa. En tidig upptäckt av psykiska symtom leder till tidiga åtgärder vilket kan lindra patientens mentala prövning och underlätta återhämtningen. I en perfekt värld skulle sjuksköterskan ha möjlighet att följa patienten från inskrivning till hemgång. Dock ser verkligheten helt annorlunda ut, då patienten först möter akutpersonal för att sedan läggas in på annan avdelning där de möter ny vårdpersonal. Kontinuiteten som Jahren Kristoffersen och Ottvik Jensen (2006, s.194-195) beskriver är svår att uppnå men är ett mål att sträva mot.

I resultatet framkommer det att den fysiska skadan påverkar den psykiska hälsan. Keane, Marx och Sloan (2009) menar att traumats svårighet och PTSD svårigheten följer varandra även så långt som 6 månader efter händelsen och att svåra skador leder till svåra psykiska följder (Keane et al. 2009 s.11). En inadekvat behandlad smärta kan förändra patientens livsinställning. Detta kan leda till ångest, depression och sömnstörningar. Smärta ses som ett hot mot individens existens och kan leda till en psykisk regression (Motha, Sethi, Tyagi & Motha, 2002). Vi anser att den fysiska och psykiska hälsan följer varandra i en nära symbios. Känner patienten fysisk smärta så skapar det oro. Ökar patientens oro, ökar dennes fysiska smärta. Detta blir till en ond cirkel. Detta kan bero på patientens mentala inställning och tidigare erfarenheter mer än den fysiska skadans svårighetsgrad. Patienternas individuella styrkor och svagheter gör att vissa hanterar traumatiska händelser bättre eller sämre.

I resultatet framkom att de flesta patienter behövde någon form av hjälp vid återhämtning efter trauma, men att några inte fick den hjälp de behövde. Det framkom även att patienterna saknade en samtalskontakt efter att de lämnat sjukhuset. Även De silva et al. (2009) menar att sociala åtgärder som kan styrka patienten ej behöver vara stora utan kan upprättas i form av en samtalskontakt. Enligt ENA (2003) är det av stor vikt att vårdpersonal är väl utbildad inom psykosociala aspekter efter trauma. Sjuksköterskans ansvar gentemot patientens psykologiska behov vid trauma kan delas upp i 3 delar. Den första delen är att den information som ges skall vara korrekt, lättförståelig och återkommande. Den andra delen tar upp Sjuksköterskans bemötande gentemot patienten, då det är betydande att mötet upplevs som engagerande och med empati. I den sista delen är det viktigt oavsett hur allvarlig situationen är att patientens känsla av hopp upprätthålls, då hoppet är den faktor som gör att patientens återhämtning kan bli en helhet och en fortsättning på livet efter traumat (ENA, 2003, s.255). I efterförloppet av fysiskt trauma har det visat sig att den information och stöd som patienten får av vårdpersonal är utav yttersta vikt för dennes fortsatta återhämtning. Hur vårdpersonalen formulerar sig i detta läge kan vara av stor vikt då patienten kan uppfatta informationen felaktigt och detta kan leda till fler negativa upplevelser som patienten bär med sig i framtiden (Bergh M Johannesson, 2007, s.474-475). Vi som blivande sjuksköterskor anser att vårdpersonal är så tidspressade i deras arbete på sjukhuset att de inte hinner lyssna på patientens tankar och berättelser om traumat. Skulle tiden finnas till djupare samtal skulle det också underlätta sjuksköterskans arbete då hon får lättillgänglig och säker information som i sin tur leder till en mer helhetsbaserad vård. När patienten skrivs ut glöms de lätt bort i samhället och får ingen hjälp utifrån, vilket gör att deras psykiska återhämtning antingen stagnerar eller försämras. Om patientens psykiska ohälsa uppfattas tidigt på sjukhuset kan en enkel kontakt upprättas med hälsocentralens psykosociala enhet och på så sätt förbättra patientuppföljningen.

I resultatet framkom det att kvinnor jämfört med män löpte större risk att utveckla psykiska sjukdomar vid fysiskt trauma. Detta styrks av Keane et al. (2009) som menar att otaliga studier visar på samma mönster. Män utsätts överlag för fler traumatiska händelser i livet än kvinnor, dock utvecklar fler kvinnor PTSD. Detta

tros bero på att kvinnor utsätts för mer psykiska trauman såsom sexuella överfall, dock kvarstår risken som högre för kvinnor oavsett vilket typ av trauma individen utsätts för (Keane et al. 2009, s.8; Yule, Perrin & Smith, 1999, s.29). Författarna av denna litteraturöversikt tror inte att kvinnor överlag har lättare att utveckla psykiska sjukdomar. Dock kan olika sjukdomar vara olika representerade mellan könen. En teori kan vara att män inte uttrycker sina psykiska problem lika öppet som kvinnor, då det anses vara ett tecken på svaghet. Det kan även bero på att kvinnor och män besitter olika mentala styrkor och svagheter som är genetiska, dock finns även individuella olikheter.

## **Slutsats**

Patienters psykiska erfarenheter och upplevelser av ett fysiskt trauma är något som bör uppmärksammas och följas upp inom sjukvården. Att personal med kunskaper inom krishantering finns tillgängliga för de som varit med om ett fysiskt trauma och kan ge stöttning till både patienterna och deras anhöriga.

## Referenser

Artiklar märkta med asterisk (\*) används i resultatet.

\*Archer, K.R., Castillo, R.C., MacKenzie, E.J., Bosse, M.J., & The LEAP Study Group. (2010). Perceived need and unmet need for vocational, mental health, and other support services after severe lower-extremity trauma. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91 (5), 774-780.

Bergh M Johannesson, K. (2007). Psykologiskt omhändertagande av skadade. I S. Lennquist, (Red.), *Traumatologi* (s.474-475). Stockholm: Liber.

\*Bisson, J.I., Shepherd, J.P., Joy, D., Probert, R., & Newcombe, R.G. (2004). Early cognitive - behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. *British Journal of Psychiatry*, 184, 63-69.

\*Chamberlain, D.J. (2006). The experience of surviving traumatic brain injury. *Journal of Advanced Nursing*, 54 (4), 407-417.

Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.

Deahl, M. P. (2000) Psychological trauma. I P. Driscoll, D. Skinner & R. Earlam. (Red.). *ABC of major trauma* (s.159-166). London: BMJ books.

De Silva, M., MacLachlan, M., Devane, D., Desmond, D., Gallagher, P., Schnyder, U., Brennan, M., & Patel, V. (2009). Psychosocial interventions for the prevention of disability following traumatic physical injury. /Electronic version/. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue4, s. DOI:10.1002/14651858.CD006422.pub3.

Driscoll, P., Skinner, D., & Earlam, R. (Red.). (2000). Initial assessment and management – I: the primary survey and resuscitation. *ABC of major trauma* (s.1-5). London: BMJ books.

Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Författaren och Studentlitteratur.

ENA. (2003). TNCC. (5 uppl.). Des Plaines: Författaren.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och kultur.

\*Franzén, C., Brulin, C., Stenlund, H., & Björnstig, U. (2008). Injured road users' health-related quality of life after telephone intervention: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 108–116.

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg. (Red.). *Dags för uppsats* (s.115-125). Lund: Studentlitteratur.

Jahren Kristoffersen, N., & Ottvik Jensen, K. (2006). Sjuksköterskans roll i organisation. I N. Jahren Kristoffersen, F. Nordvedt, & E.-A. Skaug. (Red.). *Grundläggande omvårdnad 4* (s.194-195). Stockholm: Liber.

Jayaraman, S., & Sethi, D. (2009). Advanced trauma life support training for hospital staff. /Electronic version/. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2, 1-15. DOI: 10.1002/14651858.CD004173.pub3.

Keane, T.M., Marx, B.P., & Sloan, D.M. (2009). Post-Traumatic Stress Disorder: Definition, Prevalence and Risk Factors. I P. J. Shiromani, T. M. Keane & J. E. LeDoux. (Red.). *Post-Traumatic Stress Disorder* (s.1-19). New York: Humana Press.

\*Lee, B.-O., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2010). Illness representations in patients with traumatic injury: a longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 556–563.

Mock, C., Lormand, J.D., Goosen, J., Joshipura, M., & Peden M. (2004). *Guidelines for essential trauma care*. Genève: World Health Organisation.

Mohta, M., Sethi, A.K., Tyagi, A & Mohta, A. (2002). Psychological care in trauma patients. *Injury*, 34 (1), 17-25.

\*Rao, V., Spiro, J., Vaishna, S., Rastog, P., Mielke, M., Noll, K., Cornwell, E., Schretlen, D., & Makley, M. (2008). Prevalence and types of sleep disturbances acutely after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 22 (5), 381–386.

\*Richmond, T.S., Amsterdam, J.D., Guo, W., Ackerson, T., Gracias, V., Robinson, K.M., & Hollander, J.E. (2009). The effect of post-injury depression on return to pre-injury function: a prospective cohort study. *Psychological Medicine*, 39, 1709–1720.

\* Richter, J.C., Waydhas, C., & Pajonk, F-G. (2006). Incidence of posttraumatic stress disorder after prolonged surgical intensive care unit treatment. *Psychosomatics*, 47 (3), 223-230.

\*Schnyder, U., Mörgeli, H., Nigg, C., Klaghofer, R., Renner, N., Trentz, O., & Buddeberg, C. (2000). Early psychological reactions to life-threatening injuries. *Critical Care Medicine*, 28 (1), 86-92.

\*Wang, C.-H., Tsay, S.-L., & Bond, A.E. (2005). Post-traumatic stress disorder, depression, anxiety and quality of life in patients with traffic-related injuries. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (1), 22–30.

\*Wood, R.L., & Rutterford, N.A. (2006). Psychosocial adjustment 17 years after severe brain injury. *Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry*, 77, 71–73.

Yule, W., Perrin, S., & Smith, P. (1999). Post-traumatic stress reactions in children and adolescents. In W. Yule (Red.), *Post-traumatic stress disorders: concepts and therapy* (s. 25-50). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

\*Zatzick, D.F., Kang, S.-U., Hinton, L., Kelly, R., Hilty, D.M., Franz, C.E., Le, L., & Kravitz, R.L. (2001). Posttraumatic concerns: a patient-centered approach to outcome assessment after traumatic physical injury. *Medical Care*, 39 (4), 327-339.

\*Zatzick, D., Roy-Byrne, P., Russo, J., Rivara, F., Driesch, R-A., Wagner, A., Dunn, C., Jurkovich, G., Uehara, E., & Katon, W. (2004). A randomized effectiveness trial of stepped collaborative care for acutely injured trauma survivors. *Archives of General Psychiatry*, 61, 498-506.

## Elektroniska referenser

### URL 1

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003)

*Studiematerial för undervisning inom projektet Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola* [2010-08-29].

[http://dSPACE.mah.se:8080/bitstream/2043/660/1/rapport\\_hs\\_05b.pdf](http://dSPACE.mah.se:8080/bitstream/2043/660/1/rapport_hs_05b.pdf)

### URL 2

Karolinska universitetssjukhuset (2008)

*Traumatiska hjärnskador* [2010-10-03].

<http://www.karolinska.se/Verksamheternas/Kliniker--enheter/Neurokirurgiska-kliniken/Forskning-inom-neurokirurgi/Traumatiska-hjarnskador/>

### URL 3

Web4Health (2009)

*Psykiska störningar och klassifikation av psykiska störningar (ICD-10, DSM-IV)* [2010-10-28].

<http://web4health.info/sv/answers/psy-icddsm-what.htm>

# Bilagor

## 1 – Ordlista

### **AIS (Abbreviated Injury scale):**

Skala som klassificerar svårighetsgraden av skador. Där 1 = lättare skador (ex. whiplash, stukning), 2 = moderata skador (ex. hjärnskakning, radius frakturer), 3 = svåra skador (ex. femoral frakturer, inre blödningar). Skalan fortsätter upp till grad 6 = dödliga skador (Franzén et al., 2008).

### **AMDP:**

Psykiatriskt intervju instrument som mäter patienters psykiska status (Richter et al., 2006)

### **APACHE II:**

Instrument som mäter patienters medicinska status (Richter et al., 2006).

### **BDI (Beck depression inventory):**

Instrument som mäter patienters depression. Där ju högre poäng patienten får ju högre depression (Wang et al., 2005).

### **CAPS 2 (Clinician-Administered PTSD Scale):**

Används för att uppskatta specifika PTSD symptom. Visar frekvensen samt intensiteten i alla de 17 PTSD symtomen i enlighet med DSM-III-R. Skalans räckvidd sträcker sig mellan 0-136 (Schnyder et al., 2000).

### **CIDI:**

Ett diagnostiskt intervjuinstrument som mäter psykisk hälsa med alkohol och drogmissbruk (Zatzick et al., 2004).

### **Community Integration Questionnaire (CIQ):**

CIQ innehåller underskalor som mäter integration i hemmet (0-10), social integrering (0-12) och produktiv aktivitet (0-7). Skalan mäter mellan 0-29 där ett högre resultat visar bra integration (Wood & Rutterford, 2006).

### **DSM-IV:**

DSM IV (Diagnostiska och statistiska manualen för psykiska störningar). Det är den amerikanska psykiatriska samfundets klassifikationssystem. Den består av fem axlar med olika typer av störningar (URL 3).

### **EQ-5D (EuroQol 5-D):**

Skala som inte är sjukdomsspecifik. Självrapporterande frågeformulär som bygger på EQ-5D klassificering och EQ VAS skala. (Franzén et al., 2008).

### **FQCI (Frieberg Questionnaire of Coping with Illness):**

Ett frågeformulär rörande patientens coping. Innehåller 5 skalor. De ämnen som berörs är bl.a. aktiv depression, förändrad självbild, m.fl. (Schnyder et al., 2000).

### **FSQ:**

Instrument som mäter patienters ADL status och psykiska välmående (Richmond et al., 2009).

**GCS (Glasgow coma scale):**

Används för att mäta medvetandegraden och allvarlighetsgrad av en hjärnskada. Poäng sätts på 3st undergrupper: Ögonreaktion, svar på tilltal och motoriska svar. Skalan går från 3-15. Där 9-15 visar på lättare hjärnskada, 3-8 är patienten medvetslös och är ett tecken på allvarlig hjärnskada (Emergency nurses association, 2003, s.83).

**General Medical Health Rating (GMHR):**

skala, som ger en övergripande bedömning av en persons medicinska problem och läkemedel (Rao et al., 2008).

**GOSE:**

Ett frågeformulär byggt utifrån GCS som mäter samma som GCS fast under en längre tid (Chamberlain, 2006).

**HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale):**

Mäter en patients ångest- och depressionssvårighet (Bisson et al., 2004).

**ICD 10 (International classification of diseases):**

Klassificeringssystem som används vid diagnostisering av fysiska och psykiska sjukdomar, utvecklat av WHO (URL 3).

**IES (Impact of Event Scale):**

Mäter psykiska gensvar på stressfyllda livshändelser. Ett av de vanligaste använda instrumenten i PTSD forskning. 15 punkters självskattningsformulär med hög trovärdighet och validitet för att screena PTSD (Motha., Sethi., Tyagi., & Motha., 2002).

**IPQR:**

Mäter representationen av patienternas sjukdomar. Innehåller 50 punkter i 8 skalor. (Lee et al., 2009).

**ISS (Injury severity score):**

Skala som mäter svårigheten i en viss skada hos patienten. Skalan mäter från 0-75, där 75 är max svårighet (Schnyder et al., 2000).

**LOS:**

Mätinstrument som mäter längden på patientens sjukhusvistelse (Lee et al., 2009).

**MOS-Medical Outcome Scale for Sleep:**

Poängsättning av detta instrument är i sex områden: sömnstörning snarkning, uppvaknande med andnöd eller huvudvärk (SOBHA), sömn belopp, sömn lämplighet, och somnolens under dagtid (Rao et al., 2008).

**PCL-C (PTSD Checklist Civilian Version)**

Självskattningsformulär med 17st punkter för att mäta graden av PTSD. Den tar upp ämnen som innefattar olika symtomkluster från DSM-IV. (Zatzick et al, 2001).



**Patient Competency Rating Scale (PCRS):**

PCRS bedömer funktionskompetensen inom områdena ADL, kognition, Socialt beteende och känslomässigt beteende. Skalan mäter mellan 1-5 där 5 är hög kompetens på områdena (Wood & Rutterford, 2006).

**PTSD:**

PTSD är en psykisk och fysisk reaktion på trauman som ger en upplevelse av hjälplöshet, vanda och dödsångest. Detta tillstånd uppstår antingen direkt vid en akut situation eller en stund efteråt som en fördröjning efter händelsen. Symtomen som är specifikt för PTSD är återupplevande som visar sig i form av bild-, ljud- eller luktsensationer kopplat till traumat. Minnen och mardrömmar är en vanlig upplevelse. Dessa återupplevelser kan inträffa när som helst eller utlösas av något som för tankarna till det tidigare upplevda traumat. Personen håller sig undan från sådant som påminner om traumat för att skydda sig. Delar av traumat kan enbart finnas i det undermedvetna och vara något som patienten inte minns (Ottosson & Ottosson, 2007, s.38-39).

**PTSD-RI (The Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index):**

Mäter patienters ASD och PTSD symptom efter nära döden upplevelser (Wang et al., 2005).

**SAI (The state anxiety inventory):**

Inventerar patienters känslor relaterat till ångest. Spännvidden mäter från 20-80, där 80 är maxpoäng (Wang et al., 2005).

**SCID IV:**

Intervjumetod baserad på DSM-IV (Rao et al., 2008).

**SF – 36 (Short form- 36):**

Mäter patienters fysiska och psykiska livskvalitet. Omfattar 36 frågor där spännvidden är 0-100. 100 poäng räknas som högsta möjliga livskvalitet (Wang et al., 2005).

**SOC (Sense of Coherence questionnaire):**

Mäter personers resistans mot stress och dennes kapacitet att klara en sådan situation. Mäter från 29-203 (Schnyder et al., 2000).

**Social support questionnare:**

6 punkters ljudinstrument som mäter patienters sociala stöd. Spänner mellan 0-54 poäng (Richmond et al., 2009)

**Supervision Rating Scale (SRS):**

SRS mäter självständigt liv, och betygsätts av en observatör på en skala mellan 1-13. 1 är självständig och 13 betyder beroende av andra (Wood & Rutterford, 2006).

**Satisfaction with Life Scale (SWLS):**

Mäter det totala subjektiva välbefinnandet. Ju högre resultat desto högre tillfredställelse (skala 5-35) (Wood & Rutterford, 2006).

**TBI (Traumatic Brain Injury):**

Den vanligaste orsaken till funktionsnedsättning och handikapp, och den vanligaste dödsorsaken i västvärlden (ca 2/3 av alla dödsfall på sjukhus) hos barn och yngre vuxna. Efter den primära hjärnskadan som uppstår vid skadeögonblicket följer ofta exempelvis blodtrycksfall och syrebrist. Detta resulterar i ökad celledöd som förvärrar den primära skadan samt försämrar nyproduktion av skyddande faktorer som är nödvändiga vid läkning (URL 2).

**tRTS:**

Instrument som mäter patienters fysiska skada (Richmond et al., 2009).

## 2 – Bedömningsmall för Kvalitativa Studier

### Exempel på bedömningsmall för studier med kvalitativ metod

Carlsson och Eiman, 2003  
s.16

Poängsättning	0	1	2	3
<b>Abstrakt</b> (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
<b>Introduktion</b>	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
<b>Syfte</b>	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med lungcancerdiagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
<b>Resultat</b>				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, kodning etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citat, kod, teori etc)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
<b>Diskussion</b>				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
<b>Slutsatser</b>				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
<b>Total poäng (max 48 p)</b>	p	p	p	p
Grad I: 80%				p
Grad II: 70%				%
Grad III: 60%				Grad
<b>Titel</b>				
<b>Författare</b>				

### 3 – Bedömningsmall för Kvantitativa Studier

#### Exempel på bedömningsmall för studier med kvantitativ metod

Carlsson och Eiman, 2003  
s.17

Poängsättning	0	1	2	3
<b>Abstrakt</b> (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
<b>Introduktion</b>	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
<b>Syfte</b>	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med lungcancerdiagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
<b>Resultat</b>				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistisk analys (beräkningar, metoder, signifikans)	Saknas	Mindre bra	Bra	
Confounders	Ej kontrollerat	Kontrollerat		
Tolkning av resultatet	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
<b>Diskussion</b>				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
<b>Slutsatser</b>				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 47 p)	p	p	p	p
Grad I: 80%				p
Grad II: 70%				%
Grad III: 60%				Grad
<b>Titel</b>				
<b>Författare</b>				

#### 4 – Översikt av inkluderade resultatartiklar

Referens:	Studiens syfte:	Design/ Intervention/ Instrument:	Deltagare (Bortfall):	Analysmetod:	Huvudresultat:	Vetenskaplig kvalitet:
Archer et al. (2010) USA.	Undersöka behovet av stöd hos nedre extremitetsskadade traumapatienter. De behov de fick hjälp med och de behov de hade och inte fick hjälp med.	Kvantitativ design. Prospektiv observations studie, LEAP. Uppföljning vid 3,6 och 12 månader efter sjukhusvistelse, GCS.	Patienter som behövt amputera eller genomföra rekonstruktion utav de nedre extremiteterna efter ett trauma. n=545 (n=36)	Beskrivande statistik. T-tester. P-värde (P<.05). Klassificering av behov. Multipel logistisk regressions teknik.	Resultatet efter 1 år visade att 85 % av deltagarna behövde minst en typ av stöd eller service. 32 % av dessa rapporterade även att de hade haft ett behov som de inte fått hjälp med. De största behoven som inte blev bemött var stöd att återgå till arbete och psykiatrisk hjälp.	41/47 = 87 % Grad I
Bisson et al. (2004). Storbritannien.	Undersöka om en intervention skulle minska PTSD symtom hos patienter som varit med om fysiska trauman samt hitta de faktorer som påverkar.	Kvantitativ design. Randomiserat kontrolltest. En Intervention med KBT. En interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Datainsamling skedde under och efter interventionen. IES, HADS, AIS, CAPS.	Patienter som varit med om fysiskt trauma. n=152 (n=36) KG: 76 IG: 76 Män: n= 87 Kvinnor: n= 65 Ålder: 16-69	PPC, ANCOVA, F-värden, P-värden, Intention-to-treat analys.	Interventionsgruppens ångest och depression (HADS) minskade i princip i samma takt som kontrollgruppen. Man fann dock att IES hos interventionsgruppen hade minskat betydande gentemot kontrollgruppen.	41/47 = 87 % Grad I

Referens:	Studiens syfte:	Design/ Intervention/ Instrument:	Deltagare (Bortfall):	Analysmet od:	Huvudresultat:	Vetensk aplig kvalitet:
Chamberlain (2006) Australien	Syftet var att beskriva patienters erfarenheter av att överleva TBI (Traumatic Brain Injury), som narrativa berättelser ett år efter skadan.	Kvalitativ design. Narrativa intervjuer med öppna frågor samt frågeformulär byggda av olika instrument. Författaren träffade deltagarna 2 gånger i månaden i över 12 månader. Intervjuerna varade mellan 45-60 minuter. GOSE (Glasgow outcome score questionnaire), ICD-9-CM.	Patienter med TBI ett år efter olyckan. n=60 (n=1) Ålder: 18-81 Män: n= 40 Kvinnor: n=20	Narrativa analyser. Teman användes vid kodning av material. Demografi sk statistik.	12 % återfick samma funktioner som innan skadan, 35 % hade fortsatta problem med psykiska funktionsnedsättningar, 38 % hade tydliga svårigheter med arbete och privatliv och 15 % kunde inte leva utan assistans i olika grad. De narrativa intervjuerna handlade om olyckan, livssituationen nu och hur man återgår till ett normalt liv.	46/48 = 96 % Grad I
Franzén et al. (2008) Sverige	Syftet var att undersöka om en sjuköverske- intervention via telefonuppföljning kan ge effekt på HRQoL av trafikskadade i post-skadetiden.	Kvantitativ design. Randomiserad kontroll studie. Två interventionsgrupper en kontroll grupp. Euro Quality of Life 5 D (EQ 5 D), Abbreviated Injury Scale (AIS), Maximum Abbreviated Injury Scale (MAIS)	Personer som skadats i en trafikmiljö n=568 (n=58) KG: 280 IG:288 Män: 38 % Kvinnor:62 % Medelålder IG: 44,2 (SD=14,5) KG:43,5 (SD=15,7)	$\chi^2$ -test, t-test, one-way Anova, Multivariat linjär regressions analys (MLR).	Interventionsgruppen med TFU hade högre HRQoL än kontrollgruppen. Skillnaden mellan grupperna var större i kontrollgruppen än interventionsgruppen med rådgivning vilket visade en högre grad av signifikans. De som hade skadat sig i bilolyckor var de som visade på störst vinst av TFU.	44/47 = 93 % Grad I

Referens:	Studiens syfte:	Design/ Intervention/ Instrument:	Deltagare (Bortfall):	Analysmetod:	Huvudresultat:	Vetenskap lig kvalitet:
Lee et al. (2009) Kina.	Undersöka vilka typer av sjukdoms symtom som personer som varit med om trauman utvecklats och hur de har förändrats över tid	Kvantitativ longitudinell kohortstudie. Intervjuer vid 3 tillfällen. ISS, LOS, IPQ-R,	Patienter som varit med om ett allvarligt trauma n=114 (n=29) Medelålder. 35,7 (SD=14,5)	Kvantitativ. Beskrivande statistisk analys. T-test, $\chi^2$ -test., ANOVA.	De symtom som var representerade var bl.a. smärta, stelhet, sömnsvårigheter, yrsel, etc. Övervikten symtom minskade efter 6 månader.	42/47 = 89 % Grad I
Rao et al. (2008) USA	Att utreda förekomsten och risk faktorerna för sömnstörningar vid akuta traumatiska hjärnskador.	Kvantitativ design Longitudinell observationsstudie. MOS, SCID-IV, GMHR.	Patienter med första gångs skallskador. Öppna skallskador exkluderades. Rekryterades inom 3 månader från skadetillfället. n=54 (n=0). Ålder: 18-90 Män: 59 % Kvinnor: 41 %	Kvantitativ. Beskrivande statistisk analys. T-test, ANOVA, multivariat linjär regressions analys.	Resultatet visar att sömnstörningarna ökade signifikant efter TBI (p= 0,018). Det visade också att ångestsyndrom relaterat till TBI är den risk faktor mest förenlig med sömnstörningar.	43/47= 91 % Grad I
Richmond et al. (2009) USA.	Undersöka tiden för mental återhämtning efter lättare trauma	Kvantitativ design Longitudinell kohortstudie. Intervjuer vid 4 tillfällen utifrån FSQ, Social Support Questionnaire & DSM-IV. ISS, tRTS, SCID.	Patienter som varit med om lättare trauma n=275 (n=27)	Beskrivande statistisk analys. T-test, nQuery, CI (Konfidens Intervall), OR (Odds Ratio).	De patienterna med depression hade svårare att återgå till samma funktion som de haft innan traumat än de som inte var deprimerad.	42/47 = 89 % Grad I

Referens:	Studiens syfte:	Design/ Intervention/ Instrument:	Deltagare (Bortfall):	Analysmetod:	Huvudresultat:	Vetensk aplig kvalitet:
Richter, Waydhas & Pajonk. (2006) Schweiz	Undersöka prevalensen av PTSD efter förlängd IVA behandling samt studera skillnaden mellan trauma patienter och patienter med andra diagnoser.	Kvantitativ design. APACHE II score, Injury Severity Score (ISS). Halvstrukturerade Psykiatriska intervjuer. Patienterna fick svara på en symtomchecklista (SCL-90-R), AMDP system, DSMIV,	Patienter som varit med om svårt trauma och blivit inlagda på IVA, samt patienter med annan diagnos på samma avdelning. n = 37 (n=0). Medelålder: 41,7 (SD=17) Man: n =28 Kvinnor: n= 9	T-tester och Mann-Whitney U tester användes för att mäta signifikansen och skillnaderna mellan grupperna.	Av de 37 patienterna så hade 7st utvecklat PTSD enligt DSM – IV kriterierna. Dessa 7 hade åtdragit sig svåra multipla skador. Man fann även att trauma patienter hade större risk att utveckla PTSD jämfört med icke-trauma patienter.	38/47 = 81 % Grad I
Schnyder et al. (2000) Schweiz	Uppskatta prevalensen av tidiga psykologiska symtom hos patienter som varit med om livshotande olyckor	Kvantitativ design. Intervju skedde vi ett tillfälle sedan skulle patienterna svara på flertalet frågeformulär inom en månad från olyckstillfället. IES, ISS, GCS, CAPS 2, SOC, FQCI, Cocial Network Index,	Patienter som fått allvarliga skador utav olyckor. n=121 (n=14) Medelålder: 37,5 (SD=13,2) Män: n=91 Kvinnor: n=30	T-test. ANCOVA. Pearsons correlation coefficient	Visar på tidiga PTSD och PTSD-symtom kort tid efter olyckstillfället. Resultatet visar även att det berodde på individen och hur starkt deras psykiska försvar var. Att kvinnor lättare utvecklade PTSD.	45/47 = 95 % Grad I



Referens:	Studiens syfte:	Design/ Intervention/ Instrument:	Deltagare (Bortfall):	Analysmetod:	Huvudresultat:	Vetenskap lig kvalitet:
Wang, Tsay & Bond. (2004) Taiwan.	Undersöka och följa upp relationen mellan psykisk ohälsa och QOL efter trafikolycka	Kvantitativ design. Explorativ/korrelativ metod. Frågeformulär. Data insamlades 1 och 6 veckor efter skada. NISS, PTSD-RI, BDI, SAI, SF-36.	Patienter med trafikskador n=64 (n=15) Ålder: 33 (SD=11,77) Män: n=39 Kvinnor: n=25	Statistisk analys metod. t-test, Pearsons korrelations koefficient, Multipel regressions analys.	Förbättring av depressions, ångestsyndrom och QOL mellan vecka 1 och 6.	42/47 = 89 % Grad I
Wood & Rutterford (2006) Storbritannien	Undersöka den psykosociala återhämtningen från patienter med svåra hjärnskador lång tid efter olyckan.	Kvantitativ Kohortstudie. Efter en neuropsykologisk undersökning ombads deltagarna fylla i frågeformulären. SRS, SWLS, PCRS, CIQ, HADS.	Patienter med allvarliga hjärnskador. n=80 (n=0) Medelålder: 30.53 (SD 12.56) vid skada, 47,09 (SD=12,49) vid uppföljning	Kvantitativa data. Beskrivande statistik med medelvärden.	Visar att Thomsens hypotes stämde, patienterna levde ett bra socialt liv, dock med något undantag.	44/47 =93% Grad I

Referens:	Studiens syfte:	Design/ Intervention/ Instrument:	Deltagare (Bortfall):	Analysmetod:	Huvudresultat:	Vetenskap lig kvalitet:
Zatzick et al. (2001) USA.	Identifiera och Kategorisera fysiskt skadade trauma patienters post-traumatiska bekymmer	Mixad design. Prospektiv longitudinell undersökning. Intervjuer utfördes vid 3 tillfällen. Frågor som ställdes utifrån flertalet teman.	Patienter som varit med om fysiskt trauma. n=97 (n=20) Ålder: 18-65 Män: n= 63 Kvinnor: n= 34	Innehållsanalys och Taxonomiutveckling Kodningssystem. Kvantitativ analys av 7 teman som mål att finna K-värden. $\chi^2$ statistik för att jämföra de olika kategorierna. T-tester för att jämföra grupperna.	7 kategorier om posttraumatiska bekymmer blev identifierade. Under 1 år meddelade 73 % av deltagarna fysiska bekymmer, 58 % psykiska bekymmer.	Kval: 36/48 = 75 % Grad II Kvant: 39/47 = 83 % Grad II
Zatzick et al.(2004) USA.	Testa effektiviteten av en intervention för PTSD och alkohol missbruk	Kvantitativ design Randomiserat urval av deltagare. Deltagarna fick svara på PCL, CES-D frågeformulär. CIDI – intervjuer. interventionsgrupp (KBT) och en kontrollgrupp. GCS	Patienter som varit med om fysiskt trauma. n=121 (n=22) KG: 61 IG: 60 Ålder: 24-61 Män: 70 % (n= Kvinnor: 30 % (n=	Randomised effectiveness trial. 2-delad unpaired test. Signifikansanalys med p-värden. Konfidensintervallsanalys	Interventionsgruppens PTSD och alkohol missbruk minskade över tid. Hos kontrollgruppen ökade båda dessa variabler.	43/47 = 91 % Grad I