



Høyskolen Diakonova
Bachelor i sykepleie

Hvordan forebygge stresslidelser hos sykepleiere som jobber med bistand og katastrofeinnsats?

Tillater du at oppgaven din publiseres i Brage?

<http://www.diakonova.no/neted/services/file/?hash=559909d9d5e4c99f5f380290c547647f>

<input checked="" type="checkbox"/>	Ja, jeg tillater
<input type="checkbox"/>	Nei, jeg tillater ikke

Kandidat nr: 110

Antall ord: 9028

Kull: 184

Innleveringsdato: 11.03.2016

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN	1
1.2 HENSIKT	2
1.3 PROBLEMSTILLING.....	2
1.4 AVGRENSNINGER.....	2
1.5 BEGREPSAVKLARINGER	2
1.6 OPPGAVENS VIDERE OPPBYGNING.....	3
2. METODE.....	4
2.1 LITTERATURSTUDIUM.....	4
2.2 LITTERATURSØK	4
2.3 KILDEKRITIKK	7
3. TEORI.....	9
3.1 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER:	9
3.2 TEORETIKERE.....	11
3.3 EMPATI.....	12
3.4 SYKEPLEIER SOM BISTANDSARBEIDER OG KATASTROFEINNSATS	12
3.5 MENNESKET I KRISE	13
3.5.1 <i>Stress</i>	13
3.5.2 <i>Potensielt traumatisk hendelse</i>	14
3.5.3 <i>Post traumatisk stresslidelse</i>	14
3.5.4 <i>Utbrenthet</i>	15
3.5.5 <i>Sekundær traumatisk stress</i>	15
3.6 MESTRINGSSTRATEGIER	15
3.6.1 <i>Oppmerksomhetstrening (Mindfulness)</i>	16
3.6.2 <i>Debrifing</i>	17
3.6.3 <i>Beredskapsplanlegging</i>	17
3.7 ETISKE DILEMMAER.....	18
3.8 YRKESETISKE RETNINGSLINJER.....	18
4. DRØFTING.....	20
5. KONKLUSJON.....	27
LITTERATURLISTE	28
VEDLEGG	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

1. Innledning

Tema for oppgaven er traumatisk stress og sykepleier som jobber med bistand og katastrofeinnsats gjennom organisasjonsarbeid. I første kapittel vil jeg begrunne hvorfor jeg har valgt temaet og hensikten med temaet. Så vil jeg presentere problemstilling og avgrensinger som er gjort i forhold til oppgaven.

1.1 Bakgrunn

Helsepersonell som jobber med bistand og katastrofeinnsats kan bli eksponert for store belastende inntrykk, fysisk krevende og ubehagelige arbeidsforhold, lange arbeidsdager, mangel på privatliv, atskillelse fra familie og venner, sinne, eksponering for traumatiske historier, vitne til traumatiske hendelser, moralske og/eller etiske dilemmaer og oppleve fare for eget liv og helse (Ehrenreich & Elliott, 2004, s. 53–54). Traumatisk stress er en risiko for helsepersonell som eksponeres for disse påkjenninger (Thorsen, 2007). Stress og utbrenthet i organisasjonsarbeid kan føre til økte helsekostnader, stå til hinder for rekruttering av nye hjelpearbeidere, umotivert arbeid og redusert effektivt arbeid (Ehrenreich & Elliott, 2004).

Til alle tider har vi mennesker vært utsatt for krig, katastrofer og ulykker (Nasjonale kunnskapssenteret mot vold og traumatisk stress, udatert) Det er i dag 60 millioner mennesker på flukt fra krig og konflikter. Dette er den største flyktningkrisen verden har sett siden 2. Verdenskrig (Regjeringen, 2015) Klimaendringene vil øke forekomsten av naturkatastrofer som flom, tørke og sykloner, og disse katastrofene skjer oftest i deler av verden som ikke har råd til å investere i katastrofeberedskap selv (Globalis, udatert). Dette tilsier at det vil være et stort behov for helsepersonell i bistandsarbeid fremover.

I de yrkesetiske retningslinjene under sykepleie og samfunn står det at “sykepleieren engasjerer seg i den sosiale og helsepolitiske utviklingen både lokalt, nasjonalt og internasjonalt“ (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 11). En måte for sykepleier å engasjere seg er å jobbe med bistandsarbeid gjennom for eksempel organisasjoner som Redd Barna, Røde Kors, Flyktninghjelpen etc. Sykepleiere fremstår å være en av de gruppene som engasjerer seg oftest i bistandsprosjekter (Hunt, 2008).

1.2 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å kartlegge hvilke stressfaktorer sykepleier møter i sitt arbeid ute i felten, og hva som kan være mulige mestringsstrategier for å forebygge at sykepleier får psykiske skader under og/eller etter endt oppdrag. Stressreaksjoner kan i verste fall føre til at sykepleier unngår pasientgrupper og unnviker situasjoner som relateres til spesielle hendelser (Kalfoss, 2010). Det vil også kunne være en økonomisk gevinst for samfunnet å forebygge mulighetene for sykefravær fra jobb grunnet stressrelatert sykdom (Ehrenreich & Elliott, 2004).

1.3 Problemstilling

Hvordan forebygge stresslidelser hos sykepleiere som jobber med bistand og katastrofeinnsats?

1.4 Avgrensninger

Opgaven baserer seg på hvilke faktorer som fører til stresslidelser, hva sykepleier selv kan gjøre for å forebygge dette og hva organisasjonen som arbeidsgiver kan gjøre for å forebygge. På grunn av oppgavens størrelse har jeg ikke drøftet det økonomiske aspektet av ikke å forebygge stress og utbrenthet blant sykepleiere. Jeg har nevnt det som en faktor i innledning for å begrunne hvorfor det er viktig å fokusere på dette temaet.

1.5 Begrepsavklaringer

Forebygge: Å forebygge er en betegnelse for forsøk på å eliminere eller begrense en uønsket utvikling. Forebygging handler om å sette inn tiltak før problemet oppstår, eller å sette inn tiltak som hindrer at et problem vedvarer eller videreutvikles (Mikkelsen, 2005).

Sunn: Å være sunn innebærer å ha en livsstil som begrenser risikoen for å bli syk og som gjør en bedre rustet til eventuelt takle sykdom (Vitalen, udatert).

Flere begreper forklarer jeg underveis i oppgaven.

1.6 Oppgavens videre oppbygning

Oppgaven deles videre inn i et metodekapittel hvor jeg legger frem metodebeskrivelsen av hvordan jeg har kommet frem til litteratur, forskningsartikler og kildekritikk. I teorikapitlet legger jeg frem emner og teorier som er relevant for oppgavens problemstilling. I drøftingskapitlet skal jeg diskutere teorien opp mot problemstillingen. Dette etterfølges av en konklusjon, samt en oversikt over litteratur som er benyttet i oppgaven.

2. Metode

Vilhelm Aubert formulerer hva metode er på denne måten: ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemet og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metode” (Dalland, 2007.s 83).

Metode er et redskap vi bruker til å innhente data når man skal skrive en oppgave. Det hjelper oss til å finne den informasjonen vi ønsker å ha med i det studiet en holder på med (Dalland, 2007).

2.1 Litteraturstudium

Bacheloroppgaven ved Høyskolen Diakonova er en litteraturstudie. Et litteraturstudium er nyttig for å se hva som finnes av kunnskap om valgt tema fra før, og hva som eventuelt mangler (Dalland, 2007). Det innebærer at en gjennomfører systematiske litteratursøk for å komme frem til relevant forskning og fagartikler som skal vurderes og analyseres for å besvare problemet i oppgavens problemstilling (Foseberg & Wenstrøm 2013). Fordelen med et litteraturstudium er at det ofte er stort utvalg av artikler og fagkunnskap en kan bruke i oppgaven. Ulempen med dette er faren for å feiltolke allerede eksisterende kunnskap. Det er også en fare for ikke å ha funnet, eller mangle tilgang til de mest relevante artiklene og litteraturen for å diskutere problemstillingen. Det er nesten ubegrenset med informasjon en kan søke etter på internett. Derfor er det nødvendig å lage noen kriterier som begrenser søket med utgangspunkt i problemstilling og sentrale begreper (Dalland, 2007).

2.2 Litteratursøk

Å jobbe kunnskapsbasert handler om å bruke ulike fagkunnskaper i praksis. Disse fagkunnskapene kan deles inn i tre deler: forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Å formulere tydelige spørsmål for å arbeide kunnskapsbasert er avgjørende. Bruk av PICO-skjema kan være et hjelpeverktøy for å presisere det informasjonsbehov en er ute etter. PICO står for Patient/Problem,

Intervention, Comparison og Outcome (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2013).

I oppgaven har jeg brukt PICO-skjema for å utarbeide søkeord. Ved bruk av dette skjemaet deler en opp spørsmålet, og hver bokstav står for elementer som ofte er med i kliniske spørsmål (Nordtvedt et al., 2013). Jeg har ikke tatt med Comparison da dette ikke er relevant for min oppgave.

Tabell: PICO – skjema (Nordtvedt et al., 2013).

P:	Patient/Problem	Sykepleier/nurse som lider av traumatisk stress, post traumatisk stress (PTSD), sekundærtraumatisering (ST), sekundærtraumatisk stress (STS) grunnet store, belastende inntrykk gjennom jobb i bistandsarbeid og krisehåndtering.
I	Intervention	Forebyggende tiltak av STS og PTSD, behandling av STS og PTSD, debriefing og mindfulness.
O	Outcome	Mestre stress, bevare livskvalitet.

Det står lite om bistands- og katastrofeinnsats som tema i pensumlitteraturen vår. Jeg har derfor hentet inn idéer og inspirasjon til litteratur og temaer ved å lese gjennom tidligere bacheloroppgaver og ved å lese om bistandsarbeid på nettsider som: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, regjeringen.no, bistandsaktuelt og sykepleien.no. Søkeordene jeg har brukt er: nurse, humanitarian work, aid work, disaster work, emergency, naturkatastrofer, traumatic stress, post traumatic stress, secondary traumatic stress, Darfur, preventing, managing, stressmestring. Jeg har brukt ordene AND og OR for å binde sammen søkeordene.

Jeg har søkt i ulike databaser for å finne både forskningsartikler og fagartikler.

Databaser jeg har søkt i er: Svemed+, PubMed og Google Scholar. Jeg har brukt lang tid på å finne frem relevante artikler, og i de fleste av databasene fant jeg lite eller ingen

relevante artikler. De fleste fant jeg i Google Scholar som er en bred database med søkemotor for akademisk litteratur og fagstoff. En ulempe med denne databasen er at det kan være vanskelig å konkretisere søkene og en får ofte svært mange treff.

En del artikler som jeg fant var det vanskelig å få tilgang til. Noen ganger måtte jeg søke videre etter lignende artikler, noen fikk jeg bestilt på biblioteket. Jeg har både funnet kvalitative og kvantitative artikler til oppgaven min. En kvalitativ studie er basert på å omforme informasjon til målbare enheter. En kvalitativ metode handler om meninger og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måles (Dalland, 2007).

Jeg var veldig bevisst i noen av søkene at jeg ønsket å finne artikler om arbeidet i Darfur og arbeidet som ble gjort under tsunamien i 2004 siden regjeringen trekker frem disse to katastrofene i sin presentasjon om humanitært arbeid.

Jeg brukte søkeordene: Stress + Aid workers + Darfur i databasen Svemed+ og PubMed uten hell. I Google Scholar brukte jeg de samme søkeordene. Ved første søk fikk jeg 9140 treff. Jeg avgrenset ved å begrense til tidsrommet 2007 til 2016. Dette ga 7060 treff. Det var fortsatt mange treff å gå gjennom, men på første side fant jeg artikkelen ”Psychological problems among aid workers operating in Darfur” av Musa, S.A. & Hamid, A.R.M. (2008), som var akkurat det jeg lette etter.

Artikkelen ”Mestring og stress hos innsatspersonell og journalister mobilisert til tsunamikatastrofen” av Thoresen, S (2007), fant jeg på Nasjonalt kunnskapssener om vold og traumatisk stress. Denne nettsiden fant jeg da jeg søkte etter litteratur og fagstoff med søkeord som mestring og stress på Bibsys i Oria.

Artikkelen ” Managing stress in humanitarian aid workers: A survey of humanitarian aid agencies` psychosocial training and support of staff” av Ehrenreich, J.H. & Elliott, T. L (2004), fant jeg også på Google Scholar med søkeordene: manage stress, humanitarian aid workers. Selv om den er av eldre dato har jeg valgt å ta den med da den går direkte på organisasjonene og deres fravær og tilstedeværelse for sine bistandsarbeidere. Jeg tenker at den har relevans i dag da annen forskning jeg har funnet fortsatt melder om samme problematikk blant bistandsarbeidere i organisasjonsarbeid nå som i 2004 og tidligere.

Artiklene ”Ethics beyond borders: How health professionals experience ethics in humanitarian assistance and development work” av Hunt, M. R. (2008) fant jeg ved å søke i Google Scholar med søkeordene: ethics + humanitarian + work med en avgrensing fra 2006 til 2016. Da fikk jeg et treff på 30300 treff. Jeg la til ordet ”nurse” og fikk da 16500 treff. Jeg leste flere abstrakter på artikler, og valgte denne da den gikk i dybden og utdypet.

Jeg gikk over til å søke på Svemed+ som er en database med skandinaviske helsefaglige artikler. Ved å kombinere søkeordene: stress and nurses fikk jeg 189 treff. Så la jeg til ordet ”work”. Da fikk jeg 37 treff. Her fant jeg to interessante artikler. Jeg valgte artikkelen ”Stress and coping among norwegian nurses working in war zones” av Tjøflåt, I. Bunch, E. H.(1999). Jeg valgte å ta med denne selv om den er eldre enn 10 år da artikkelen rapporterer ingen tilfeller av traumatisk stress hos sine intervjuobjekter. Dette er veldig interessant da all nyere forskning jeg har funnet rapporterer det motsatte. Den andre artikkelen på dette søket heter ”Mindre stress med mindfulness”. Jeg har valgt å ta med denne artikkelen selv om den handler om sykepleiere som jobber på sykehus da jeg tenker det kan være overførbart til sykepleiere som jobber i felten. Og at temaet rundt meditasjon dukker opp i andre artikler jeg har funnet.

I PubMed fant jeg artikkelen ”Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout” av Kravits, K. McAlister, Blach, R. Grant, M. Kirk, C. (2010) ved å bruke søke ordene: nurse AND stress reduction AND burnout fikk jeg 65 treff. Jeg konkretiserte til ikke senere enn 10 år, og fikk 45 treff. Jeg valgte å ta med denne artikkelen da den la vekt på flere interessante temaer jeg vil drøfte videre senere i oppgaven.

2.3 Kildekritikk

Noe av fagstoffet og pensumbøkene jeg har brukt er sekundærlitteratur. Som betyr at teksten som er presentert er bearbeidet av en annen enn den opprinnelige forfatteren, dette betyr at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg (Daland, 2007). Grunnen til at jeg har anvendt sekundærlitteratur i forståelsen av Florence Nightingale er at jeg ikke fikk tak i hennes egne verker på biblioteket. I de fleste artiklene jeg har funnet er

teksten skrevet på engelsk. Det må derfor tas et forbehold om at jeg har tolket tekstene ut fra egen engelskkompetanse, og at det kan være mulige feiltolkninger. Jeg har også egne erfaringer med å jobbe i bistandsprosjekter, men har bevisst forsøkt å unngå at egne erfaringer legger føringer for hvilken forskning som gis plass i oppgaven. Jeg har prøvd og begrense litteratur og artikler til ikke å være eldre en 10 år. Dette for å forsikre med om at oppgaven er oppdatert og diskuterer problemstillingen med de nyeste funn. Der jeg har brukt artikler eldre enn 10 år har jeg begrunnet hvorfor under litteratur søk. En forutsetning for at artikler blir publisert i en vitenskaplig artikkel er at den er fagfellevurdert, hvilket betyr at den er godkjent av to eller tre upartiske eksperter (Kildekompasset, udatert). For å forsikre meg om at oppgaven er basert på sikre kilder har jeg brukt fagfellevurderte forskningsartikler.

3. Teori

I dette kapitlet presenteres først forskningsartiklene jeg har funnet frem til, disse artiklene legges frem i en tabell for at det skal være oversiktlig. Så vil jeg ta for meg annen relevant teori fra fagbøker og pensumlitteratur som belyser temaet i oppgaven og som jeg senere skal drøfte opp mot problemstillingen.

3.1 Presentasjon av forskningsartikler:

<u>Forfatter(e)/År/Tidsskrift</u>	<u>Navn på studiet</u>	<u>Studien omhandler</u>	<u>Hensikt</u>	<u>Type studie</u>	<u>Resultat</u>
Musa, S.A., & Hamid, A.R.M. (2008) Social behavior and personality	Psychological problems among aid workers operating in Darfur	53 humanitære hjelpearbeidere fra 11 forskjellige hjelpeorganisasjoner	Å måle livskvalitet, utbrenthet og traumatisk stress relatert til jobben	En kvantitativ studie hvor deltagerne svarte på tre spørreskjemaer: Quality of life questionnarier, Relief worker bournout questionnaire and General health questionnaire	Bistands arbeidere i Darfur møtte flere alvorlige tilpasningsproblemer. Vanskelige situasjoner og direkte kontakt med traumatiserte pasienter og et tøft miljø førte til sekundær traumatisk stress, psykiske lidelser og utbrenthet blant hjelpearbeiderne
Thoresen, S (2007) Nasjonale kunnskapssenter om vold og traumatisk stress	Mestring og stress hos innsatspersonell og journalister mobilisert til tsunamikatastrofen	26 deltagende virksomheter som deltok i katastrofehandlingen. De 26 virksomhetene ble igjen delt opp i 8 personellgrupper. To av disse var Humanitære organisasjoner og helsearbeidere	Hovedmålet var å kartlegge, stressreaksjoner og utbrenthet. Hvilke faktorer som påvirker sammenheng mellom eksponering for stress under arbeid og senere	En rapport som består av teori og stiligere forskning, samt en kvantitativ studie hvor et skjema ble utsendt via mail med omfattende spørsmål med temaer som: Demografi, arbeidsoppgaver og eksponering. Vitneopplevelse og groteske inntrykk	Konkrete forberedelser for utreise er av betydning, Stressreaksjoner hadde samsvar med eksponeringsfaktorer. Kollegialstøtte og sosial støtte etter oppdrag ser ut til å være av betydning for å unngå utbrenthet. Mange opplevde at de strakk seg for langt og ikke kunne ta nødvendige pauser. Støtte fra ledere og kollegaer under og etter oppdrag kan fremme en god mestringsopplevelse. Mange hadde behov for søvn, følte på tomhet/tristhet og rastløshet etter hjemreise. De som hadde blitt eksponert for trussel mot eget hadde store utslag på stressreaksjoner.
Ehrenreich, J.H., & Elliott, T. L (2004) Journal of peace psychology	Managing stress in humanitarian aid workers: A survey of humanitarian aid agencies' psychosocial training and support of staff	Humanitære organisasjoner som hadde prosjekter gående i minimum tre land.	For å finne ut om humanitære hjelpeorganisasjoner hadde noen form for psykososiale hjelpetjenester for sine ansatte	En kvantitativ studie hvor en elektronisk undersøkelse ble sendt ut på mail til 100 organisasjoner. De som ikke svarte fikk puring.	17 av 100 organisasjoner svarte. Største funnet er mangelen på respons fra organisasjoner. Den lave responsen og de svarene som ble gitt av de 17 som svarte indikerer at den psykososiale oppfølgingen av hjelpearbeidere i organisasjonene er underutviklet.
Hunt, M. R. (2008)	Ethics beyond borders: How health professionals	10 forskningsdeltagere hvor ni av deltakerne hadde	Hensikten med studien var å dokumentere hjelpearbeideres	En kvalitativ forskningsartikkel hvor åtte intervjuer	Alle deltagerne hadde opplevd komplekse etiske problemer knyttet til det humanitære arbeid. Etiske dilemmaer kan være en påkjenning

World bioethics	experience ethics in humanitarian assistance and development work	tilbrakt minst åtte måneder i klinisk tjeneste i humanitært arbeid de siste 7 årene. 8 kvinner og to menn. Til sammen hadde deltagerne vært med på 27 forskjellige oppdrag med åtte frivillige organisasjoner.	erfaring med etikk i sin innsats med hjelpearbeid.	ble utført ansikt til ansikt, mens to intervjuer ble tatt på telefon.	for, hjelpearbeidere og utløse psykiske problemer som stress og angst.
Tjøflåt, I. Bunch, E. H.(1999) Nordic journal og nursing research	Stress and coping among norwegian nurses working in war zones	Det var 39 norske sykepleiere som deltok i studiet. I denne studien var alle sykepleierne rundt 35 år og hadde i gjennomsnitt 13 års arbeidserfaring. Organisasjonene som sendte disse ut, sendte hovedsakelig ut etterutdannende sykepleiere.	Hensikten med studiet var og utforske og beskrive hvordan stress sykepleiere opplevde under arbeid i krigssoner og hvilke strategier som ble brukt for å mestre stresset. Det ble også sett på hva som motiverer sykepleiere til jobb i krigssoner og hvordan omstille seg ved retur tilbake til Norge	En kvantitativ studie hvor deltagerne svarte på et spørreskjema med 71 spørsmål, hvor 65 var lukket og 6 var åpne. Spørsmålene var designet ut i fra temaer fra tidligere forskning, studier fra 1 og 2 verdenskrig og Vietnam krigen.	I denne studien hadde ikke sykepleierne som deltok problemer knyttet til arbeidssituasjonen, og få hadde problemer etter hjemkomst. En forklaring på at disse sykepleierne ikke har symptomer på traumatisk stress konkluderes med i studien at sykepleierne er høyt utdannet, har lang arbeidserfaring, gode mestringsstrategier, strekt motiverte og ikke for unge.
Kravits, K. McAlister.Blach, R. Grant, M. Kirk, C. (2010) Applied Nursing Research	”Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout”	Det var 248 sykepleiere som deltok i studien	Hensikten med studiet var å utvikle og evaluere et psyko- pedagogisk program som kan hjelpe sykepleiere til å lære personlige stress Mestringsstrategier.	En kvantitativ forsknings rapport hvor deltagerne ble pre- post evaluert for utbrenthet og tilfredshet med kurset de deltok på.	Psyko- pedagogiske metoder som avslapningsmetoder, bruk av kunst og velværeplaner ser ut til å ha en positiv effekt for personlig stress mestrings. Det trengs dog mer forskning på spesielt på hvordan fremme varig endring i egenomsorgs atferd.
Olsen, K. Berger, M. Solberg, N. Schelden, M (2015) Sykepleien	Mindre stress med mindfulness	22 sykepleiere som meldte seg og 21 som gjennomførte studien. På tre forskjellige arbeidsplasser.	Å finne ut om oppmerksomhets trening kan hjelpe sykepleiere til å takle stress.	En kvalitativ studie. Der deltagerne svarte på et skjema før prosjekt start. De fikk et lydspor de skulle meditere til to ganger om dagen. Forsknings ansvarlige fulgte opp deltagerne 1 gang per uke i fire uker.	En klar forbedring av stress mestrings og søvnkvalitet. Deltagerne meldte fra om økt velvære, ro, bedre søvn og opplevde en bedre kontroll over utfordrende møter på jobb og generelt i hverdagen. Dette samsvarer med tidligere forskning fra både, Norge, USA, Iran, Canada og Australia.

3.2 Teoretikere

Jeg har valgt å ta med Florence Nightingale i oppgaven fordi jeg mener at hun er en stor inspirasjon for sykepleien, ikke bare fordi hun regnes som grunnleggeren av den moderne sykepleien som vi har i dag, men fordi hun fulgte sitt ”kall” - på tross av familiens ønsker og egen sikkerhet reiste hun ut for å hjelpe trengende mennesker. Hun viet store deler av sitt liv til sykepleien med det hun selv oppfattet som ett hellig kall. Hun ble født inn i rikdom, men ønsket ikke å leve det livet som var tenkt for henne i velstand. For Florence var det meningsfylt å pleie de syke og fattige. Florence tilegnet seg etter vært kunnskap gjennom kurs og studier, men det hun er aller mest kjent for er hennes innsats i Krimkrigen (1853-1855), hvor hun søkte tjeneste på det britiske feltsykehuset. Sykepleie for Florence var en kunstutøvelse som krevde en organisert, praktisk og vitenskapelig opplæring. Hun skrev ned alle sine erfaringer gjennom sitt arbeid, og det er dette som har dannet grunnlag for videre kunnskapsutvikling og studier (Mathisen, 2006). Florence så på sykepleiefunksjonen som at ”sykepleie er å legge til rette for at naturens egne reparerende og rehabiliterende prosesser kan få virke på mennesket og dermed fremme helse” (gjengitt etter Kristoffersen, 2011, s. 214). At sykepleierens rolle blir å tilrettelegge miljøet ved å fjerne negative faktorer som dårlig luft, lukter, støy og sterkt lys (Kristoffersen, 2011).

Jeg har valgt å ta med Dorothea Orem og hennes teori om behovet for egenomsorg, selv om hun skriver om sykepleiers rolle i forhold til å hjelpe pasienten til egenomsorg, mener jeg at teorien er aktuell i diskusjonen til min oppgaves problemstilling. Orem sier at mennesket skiller seg fra andre levende vesener fordi vi har evnen til å reflektere over oss selv og egne omgivelser, utrykke følelser ved hjelp av symboler og at vi er i stand til å bruke symbolske uttrykk(ord, kunst) i tenkning og kommunikasjon. Normalt sett har et menneske et ønske om og evne til å ta vare på seg selv, og Orem definerer egenomsorg på denne måten:

”Egenomsorg er de handlinger som et menneske tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære. Omsorg for andre er et voksent menneskets bidrag til helse og velvære for avhengige medlemmer av den voksende sosiale gruppen” (gjengitt etter Kristoffersen, 2011, s. 228).

Egenomsorg handler om handlinger og handlingsmønstre som utvikles i sosiale forhold. Orem mente at mennesket har en naturlig tilbøyelighet for å hjelpe trengende

mennesker, som barn, syke, eldre og funksjonshemmede, men at i det moderne samfunnet hvor enkeltmennesket er selvstendig skal det ta ansvar for eget liv.

De universelle egenomsorgsbehovene er grunnlegger behov som luft, mat, vann og eliminasjon. Mennesker har et behov for å få dekket disse behovene for å kunne opprettholde livsprosessen, anatomisk struktur, kroppslige og mentale funksjoner. Behovene må ivaretas på forskjellige måter ut fra, alder, kjønn og tilstand/situasjon (Kristoffersen, 2011).

3.3 Empati

”Empati er å betegne som vår affektive ikke-likegyldighet overfor andres lidelse. Men empati er i tillegg kognitiv, det er en evne til å forstå hvordan andre personer har det” (Kristoffersen & Nortvedt, 2011 s. 106.).

Ordet empati kommer fra det greske ordet empateia og betyr ”å lide med”. Empati handler ikke om å skulle føle akkurat det samme som et annet menneske, men at en kan forstå andre menneskers opplevelse og erfaring, og at man kan føle ubehag ved andres smerte og lidelse. Empati gjør at mennesker har en hemning mot å påføre andre mennesker smerte og lidelse. Empati handler om å forstå, men også om å la seg berøre. I sykepleien er empati en stor del av jobben. Det å kunne sette seg inn i hvordan pasienten har det har mye å si for om pasient føler seg sett, forstått og hørt (Kristoffersen & Nortvedt, 2011).

3.4 Sykepleier som bistandsarbeider og katastrofeinnsats

Sykepleiers kompetanse eller ”evnen til å gjøre noe” krever teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap, etisk kunnskap og erfaringskunnskap. Disse kunnskapene kan sammen gjennom ulike prosesser som intuisjon, erfaring og refleksjon brukes til å løse forskjellige oppgaver og situasjoner på en tilstrekkelig måte (Flovik, Normann & Mølstad, 2008)

Humanitær bistand og katastrofeinnsats er en kortsiktig hjelpeinnsats for mennesker som opplever en krise. Det er to typer kriser humanitær bistand fokuserer på. Den ene er komplekse kriser som er menneskeskapte kriser. En humanitær krise som enten skjer i

et land, i et samfunn eller i en region hvor det er en indre strid eller konflikt utenifra som krever internasjonal respons. Krisen i Darfur-provinsen i Sudan, for eksempel, er en kompleks krise. Den andre typen krise er større katastrofer som naturkatastrofer. Denne krisen rammer ofte mange mennesker og krever involvering fra mange hold. Tsunamien i 2004 er et eksempel på en større katastrofe (Regjeringen, udatert).

Den norske humanitære politikken bygger på fire prinsipper: humanitet, nøytralitet, upartiskhet og uavhengighet. Hovedfokuset ligger på å redde enkeltmenneskers liv, lindre nød og å sikre enkeltmenneskets verdighet uavhengig av rase, politisk tilhørighet, kjønn og religion (Regjeringen, udatert).

3.5 Mennesket i krise

En krise utløses når en person møter på en situasjon eller en hendelse som har sammenheng med tap, krenkelse eller trusler mot individets integritet, selvforståelse og følelse av stabilitet og kontinuitet i livet. I en krise vil personen som utsettes for påkjenningen føle på misforholdet mellom sin kapasitet, egne ressurser og krav som krisesituasjonen krever. I krise vil individet søke å orientere seg i den nye situasjonen og om mulig løse situasjonen/krisen. De alle fleste møter en krisesituasjon med sorg, sinne, frustrasjon, angst og usikkerhet. I en teoretisk beskrivelse kan kriseforløp gjenkjennes gjennom fire faser: sjokk, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen, uten at dette er en fasit for alle forløp (Håkonsen, 2013, s. 275-278).

3.5.1 Stress

Når vi opplever kortvarige stressituasjoner er det sympatiske nervesystemet vårt med på å hjelpe kroppen vår til å takle den utfordrende situasjonen. Økt sympatisk aktivitet gjør kroppen vår i bedre stand til å mestre en krisesituasjon. Hjertet pumper fortere, blodkar i hud og innvollsorganer trekker seg sammen så blodtilførselen til skjelettmuskulaturen øker, bronkiene utvides og pustefrekvensen øker, energi tilførselen øker ved at fett og glykogen brytes ned og blodets innhold av fettstoffer og glukose stiger. Adrenalin fra binyremargen gjør også at vi skjærper bevisstheten vår til det ytterste. Ved langvarig stress er det ikke lenger en fordel med økt sympatisk aktivitet. Fordøyelsen blir

dårligere, blodtrykket stiger og immunforsvaret vårt blir dårligere (Bjålie, Haug, Sand, Sjaastad & Toveud, 2000)

3.5.2 Potensielt traumatisk hendelse

Ca 2 av 3 personer opplever tydelige reaksjoner etter en potensiell traumatisk hendelse (PTH), en hendelse som fremkaller traumatisk stress, mens 1 av 3 personer kommer til å mestre situasjonen uten store påkjenninger. Opplevelsen av en traumatisk hendelse og etter reaksjonene er forskjellig fra person til person. Tåleevnen vår er forskjellig og det er en rekke faktorer som spiller inn i hvordan vi møter og mestrer en krise. Personlige forhold, alder, kjønn, fortid, nettverk, mestringsevne og hendelsens omfang er faktorer som er med på å påvirke påkjenningens art. Det kan se ut som om vi mennesker lettere kan forsones oss med situasjoner vi mener ikke kunne vært unngått, enn situasjoner som vi mener burde vært unngått. De fleste vil komme tilbake til den normale hverdagen igjen etter en tid på ca 4 til 8 uker (Skants, 2014).

3.5.3 Post traumatisk stresslidelse

Post traumatisk stresslidelse (PTSD) er en av de mest kjente traumatiske lidelsene og kjennetegnes ved at de akutte stressreaksjonene ikke gir seg eller blir enda verre. Andre faktorer som kan oppstå er vedvarende gjenopplevelse av hendelsen. Personen vil da bevisst og ubevisst unngå situasjoner som minner om hendelsen, få problemer med søvn, irritasjon og sinne, konsentrasjonsvansker, skvettenhet og manglende evne til å huske hva som skjedde i den dramatiske situasjonen (Skants, 2014). Dersom de vonde følelsene er like sterke, eller kanskje enda sterkere, etter en til to måneder bør en søke hjelp. En person som har fått behandling og kommet seg bra etter en PTSD lidelse, ser ut til å være mer sårbar for traumatiske hendelser senere og kan lettere få tilbakefall av PTSD selv om den nye situasjonen er mindre truende en den som først utløsende PTSD (Skants, 2014). Behandling av PTSD er samtale og medikamenter (Skants, 2014). Personer som opplever en krise kan også oppleve positive personlige endringer som økt mental styrke ved å behersker og/eller mestrer en stressende/truende situasjon. Vedkommende kan da være i bedre stand til å møte en ny, akutt situasjon. Denne tilstanden heter posttraumatisk vekst (PTV) (Skants, 2014).

3.5.4 Utbrenthet

Belastningene som påføres innsatspersonell regnes for å være mindre belastende sammenlignet med den belastningen ofrene for katastrofen eksponeres for (Thorsen, 2007). Derfor er det i sammenheng med innsatspersonell ikke vanlig å snakke om PTSD, men heller termer som belastninger og stressreaksjoner. Stressbelastninger og stressreaksjoner som er knyttet til innsatspersonell vil utløse seg i utbrenthet i jobben. Tegn som kjennetegner utbrenthet er emosjonell utmattelse, distansering til arbeid (kynisme) og redusert jobb-effektivitet (Thorsen, 2007).

3.5.5 Sekundær traumatisk stress

Hjelperearbeidere som jobber med traumatiserte mennesker er i fare for å utvikle sekundær traumatisk stress (STS) (Musa & Hamid, 2008). Sekundær traumatisk stress er knyttet til atferd og følelser av andres traume opplevelse. Fagfolk som er i kontakt med og/eller jobber med traumatiserte mennesker er i indirekte fare for å utvikle de samme symptomene som personen som har opplevd traume. Gjentakende eksponering for traumatiske historier, empati for medmennesket og sammenligning med egne traumeerfaringer er risikofaktorer for å få STS. Sekundær traumatisk stress kan få frem en overfølsomhet hos hjelperen som spenninger, vanskeligheter med å kontrollere egne følelser, følelsen av sinne/irritasjon. Eller en underfølsomhet som nummenhet, mentalt distansert, følelsesmessig distansert og generelle stress symptomer som søvnevansker, hodepine, høyt blodtrykk og fordøyelsesvansker (Musa & Hamid, 2008)

3.6 Mestringsstrategier

Mestringsstrategier er det en gjør for å takle utfordringer og krav som stilles til en. Alle mennesker har en personlig integrert mestringsstil i sin personlighet. Denne er basert på opplevelse og hendelser helt fra barndommen og defineres av tanker, opplevels- og adferdsmønstre i sammenheng med omgivelsene rundt (Kalfoss, 2010). Derfor vil den enkelte sykepleier møte mennesker, pasienter og vanskelige situasjoner på hver sin individuelle måte. Sykepleier kan derfor lære seg å trene på mestring av vanskelige situasjoner på mange forskjellige måter. En viktig faktor for alle er å utvikle selvets erkjennelse og bevissthet. Selve selvets omhandler tanker og oppfatninger som er karakteristisk for ”meg”, hvem jeg er og hva jeg kan gjøre. Bevisstheten er hvordan en

oppfatter seg selv og egen adferd i forskjellige situasjoner. Å tilegne seg selvvinnsikt tar tid og krever mot (Kalfoss, 2010). Problemfokustert mestring, emosjonsfokustert mestring og meningsrettet mestring er tre måter å takle stressende situasjoner på i følge Lazarus (Kalfoss, 2010). Problemfokustert mestring går ut på å løse problemet direkte eller forandre den stressfylte situasjonen en står oppi. Man kan søke hjelp av andre, lage en handlingsplan, finne flere løsninger på problemet eller endre adferd hos en selv. Emosjonsfokustert mestring handler om å endre sin oppfating av situasjonene. En forandrer ikke selve problemet, men sin egen oppfatning, reduserer intensiteten i det en føler. Målet er å få kontroll over seg selv, sine følelser og situasjonene. Med meningsrettet mestring prøver en å finne noe positivt ved situasjonen. En prøver å se situasjonen i et nytt lys, og heller søke lærdom og dypere mening med situasjonen (Kalfoss, 2010).

Fortrengning er en av våre mest vanlige emosjonsfokusterte mestrings strategier. Fortrengning innebærer å skyve tankene, følelsene og impulsene vekk fra bevisstheten. Det skjer en blokkering av selve opplevelsen, ofte i sammenheng med følelsen av skam og skyld eller ved traumatiske opplevelser (Håkonsen, 2009). Freud hevdet at fortrenge opplevelser ikke forsvinner, men ligger og murrer i det ubevisste. Kroppen bruker mye energi på å holde fortrengningen ved like, og et resultat av stadig påtrengende vanskelige opplevelser kan føre til angst uten at en selv er klar over hva som utløser angsten. Fobier kan i følge teori være et resultat av fortrengning (Håkonsen, 2009).

3.6.1 Oppmerksomhetstrening (Mindfulness)

Oppmerksomhetens funksjon hjelper oss å opptre rasjonelt og økonomisk. Denne oppmerksomhetsfunksjon er der for å hindre at tanke og sanseapparatet vårt blir overbelastet. Det hindrer at det blir konflikt mellom alle de forskjellige inntrykk vi tar innover oss i løpet av en dag, og den hjelper oss å tilpasse reaksjonene våre til de inntrykkene vi mottar slik at vi kan fungere på en hensiktsmessig måte (Håkonsen, 2009, s. 123).

Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) er en metode som reduserer symptomer på stress, depresjon, utbrenthet og bedrer den psykiske helsa. Resultatet i studier gjort på grupper av helsepersonell viser at MBSR bedrer evnen til avslapning, deltagerne er mer tilfredse med liv og arbeid, fikk økt grad av positive følelser, økt evne til empati for seg

selv og andre, økt selvkontroll, større evne til problemløsning, kommunikasjon og en generell bedre kvalitet av klinisk arbeid (Katz-Cohen, Wiley, Capuano, Baker & Shapiro, 2004)

MBSR består av å trene oppmerksomhet ved hjelp av ulike meditative hjelpemidler som yogaøvelser og kroppsscanning-meditasjon. Dette lærer deltagerne i et 4 til 8 ukers program med gruppe møter på 2,5 timer en gang per uke (Katz-Cohen et al, 2004).

3.6.2 Debrifing

Debrifing er en samtale beregnet på innsatspersonell etter endt oppdrag/innsats, som på forhånd er orientert. Hensikten med samtalen er å snakke om det som har skjedd. En slik samtale kan styrke samholdet i teamet, øke læringen og forebygge psykiske skader. En debrifing kan ha flere former: operativ debrifing, avlastningssamtale og psykologisk debrifing. En operativ debrifing er en teknisk gjennomgang av de tiltakene som ble iverksatt og effekten av disse. Dette forutsetter en forhåndsbrifing på et spesielt oppdrag eller som en gjennomgang av hva som kan forbedres av vante rutiner. Det er en systematisk samtale som ledes av fagperson og som er forbeholdt dem som var involvert i hendelsen (Sørensen, 2008).

Avlastningssamtale blir gjort i relativt små grupper og helst innen 8 timer etter en hendelse i et miljø uten forstyrrelser. Her tar en for seg hva som skjedde, diskuterer hendelsen, diskuterer fakta, tanker og reaksjoner. Samtaleleder gir informasjon om hva som er normale reaksjoner, og en avgjørelse blir tatt for eventuelt videre oppfølging (Sørensen, 2008).

Psykologisk debrifing foregår på den måten at en gruppe mennesker som har opplevd en traumatisk hendelse i felleskap går gjennom hendelsen etter en gitt struktur (Sørensen, 2008).

3.6.3 Beredskapsplanlegging

”Beredskap er etterpåklokskap på forhånd” (Skants, 2014, s. 45). For å være best mulig forberedt når noe skjer, er en god beredskapsplan nødvendig. En beredskapsplan inneholder som regel to deler; en administrativ del og en operativ del. Den administrative delen kan blant annet inneholde en plan for struktur og varsling, mens

den operative delen inneholder en plan for hvordan ulike hendelser kan håndteres. Hvor omfattende planen skal være er avhengig av hva en planlegger for og med hvem. Det viktigste med en plan er at den er brukbar når en situasjon oppstår, og ved en virkelig akutt situasjon holder det kanskje med en sjekkliste på en A4-side (Skants, 2014, s. 45-46).

3.7 Ethiske dilemmaer

Et etisk dilemma kan defineres ved ”et valg eller en situasjon som betyr at man må velge mellom like uønskede alternativer eller et vanskelig problem der det ikke ser ut til at man kan finne en tilfredsstillende løsning” (Slettebø, 2012). Vi har et etisk dilemma når ulike verdier eller normer kommer i konflikt med hverandre. Når det som blir rett for en blir feil for en annen og når ingen av løsningene er gode og det beste valget er det som kan få færrest dårlige konsekvenser. Når sykeleier står i et dilemma må en bruke sitt beste faglige og etiske skjønn. Mangel på kunnskap kan føre til et større etisk dilemma, at problemet blir løst på en unødvendig dårlig måte og kan føre til kritisk store konsekvenser (Slettebø, 2012).

3.8 Yrkesetiske retningslinjer

Norsk sykepleierforbunds sine yrkesetiske retningslinjer sier noe om hvordan sykepleiers menneskesyn og grunnleggende verdier bør vernes i praksis, samt forpliktelser til god sykepleiepraksis. Sykepleiers plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelser og sikre en verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2011). Jeg har valgt å ta med noen av de yrkesetiske retningslinjene i min oppgave. Da jeg mener disse er relevante for videre drøfting av problematikken fra problemstillingen.

1.1 Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.7).

1.3 Sykepleier har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.7).

1.4 Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.7).

1.6 Sykepleier anvender de yrkesetiske retningslinjer i sitt arbeid, og bidrar aktivt til etisk refleksjon i hverdagen (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.7).

4.1 Sykepleieren fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.9).

4.2 Sykepleier ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere som deltar i pleie – og/eller omsorgsfunksjonen (Norsksykepleier forbund, 2011, s.10).

6.1 Sykepleier engasjerer seg i den sosiale og helsepolitiske utvikling både lokalt, nasjonalt og internasjonalt (Norsk sykepleier forbund, 2011, s.11).

6.3 Sykepleier bidrar til prioriteringer som tilgodeser pasienter med størst behov for sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.11).

4. Drøfting

I dette kapitlet diskuteres fakta og teorier opp mot problemstillingen jeg har valgt for oppgaven min. Problemstillingen lyder slik:

”Hvordan forebygge stresslidelser hos sykepleiere som jobber med bistand og katastrofeinnsats?”

Mange sykepleiere velger å reise ut i usikre omgivelser, vekk fra trygge jobb rammer, venner og familie for kanskje å risikere liv og helse i sin jobb som bistandsarbeider eller som katastrofeinnsats. Mange forteller at det er ønsket om å hjelpe andre som er hovedmotivasjonen for å reise ut å jobbe med nød og kriser (Thoresen, 2007). Kan grunnen til at mange velger å reise sammenlignes med det ”kallet” Florence Nightingale kjente, kallet etter å hjelpe andre? Florence var en bistandsarbeider. Hun søkte seg ut blant de fattige, de pleietrengende og ut i krigen for å jobbe som sykepleier der hvor hun så behovet for bistand (Mathisen, 2006). Florence ble nok også eksponert for traumatiske hendelser, og ubehagelige arbeidsforhold i sitt arbeid som sykepleier i felten. Hva var det hun gjorde for å ta vare på seg selv som menneske oppe i all elendigheten? Uten at jeg har klart å finne noe konkret svar på dette, virker det sannsynlig at hun var like påpasselig med sine egne grunnleggende behov som pasientenes. Florence mente at sykepleiere skulle legge til rette for naturens egne helbredende krefter og samhandle med miljøet rundt seg, som for eksempel å redusere stress/støy, få frisk luft, spise nok mat, hvile, lys og rent drikke vann (Mathisen, 2006). I flere av artiklene er faktorer som lite søvn og for lite pauser fra omstendighetene noe som fører til økt stress og utbrenthet blant bistandsarbeidere (Musa & Hamid, 2008; Thoresen, 2007).

Teorien til Florence omhandlet tilretteleggelse av det fysiske miljøet rundt pasient, sånn at pasienten selv på best mulig måte kan mestre sin sykdom, og bli frisk (Mathisen, 2006). Jeg tenker at denne teorien like mye omhandler at sykepleiere tilrettelegger for egen praksis sånn at sykepleiere på best mulig måte kan gjennomføre sitt arbeid uten unødvendige påkjenninger og distraksjoner. Ved god planlegging kan sykepleiere unngå uønskede og/eller negative konsekvenser for både sykepleiere og pasient. Det er viktig at sykepleiere er med på å skape et trygt og sunt arbeidsmiljø som fremmer et tverrfaglig og helhetlig helsevesen.” Sykepleiere ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar for andre

helse- og omsorgsarbeidere som deltar i pleie – og/eller omsorgsfunksjonen ”(Norsk sykepleierforbund, 2011, s.10).

I de yrkesetiske retningslinjene står det at ” Sykepleier har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig” (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.7). Det er et stort ansvar vi har som sykepleiere. For å kunne ta dette ansvaret bør vi passe på at vi selv er i en ”sunn” forfatning så vi kan yte og praktisere sykepleie på en forsvarlig måte. Som Orem sa, har hvert enkelt menneske ansvar for eget liv. Når kroppen ikke får dekket sine grunnleggende behov blir det vanskelig å opprettholde den fysiske og mentale kapasitet (Kristoffersen, 2011), og det vil da kunne gå utover sykepleiers evne til å kunne jobbe faglig, etisk og juridisk forsvarlig.

Et uttrykk mange har et forhold til er ”uten mat og drikke duger helten ikke”. Jeg har selv erfaring fra bistandsarbeid hvor søvn var en mangelvare, mat noe man spiste når det var tid til det, og en skulle helst vært tre steder på en gang. Av erfaring fungerer den type arbeidsmetode kun på kort sikt. Det tar ikke lang tid før det begynner å gå ut over egen helse, både fysisk, psykisk og deretter den jobben som en er der for å gjøre. Som nevnt mente Orem at egenomsorgen er de handlinger som et menneske tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære (Kristoffersen, 2011). Det at vi har evnen til å reflektere over egne handlinger og kan uttrykke våre behov gir oss den unike muligheten til å kunne kommunisere med andre mennesker og handle deretter. Kommunikasjon og samarbeid er noe som jeg ser på som absolutt nødvendig når man skal jobbe i en gruppe for å kunne ivareta alles behov for egenomsorg. At sykepleier bidrar til å ivareta alles behov for egenomsorg i en gruppe, tenker jeg er med på å fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten. Jmfør yrkesetiske retningslinjene nummer 4.1 (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.9).

”Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap” (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.7). I akutte situasjoner kreves det at sykepleier er kompetent. Akutte situasjoner er ofte komplekse, uoversiktlige og kan være dramatiske. Sykepleiers handling må komme automatisk og dette krever at en har forberedt seg og øvd på gitte situasjoner på forhånd og har en god beredskapsplan. Akutte situasjoner krever at sykepleier har evnen til raskt å få oversikt og identifisere problemet, har kompetanse til å stabilisere situasjonen, ha evnen til å kunne avveie kravene og

ressursene i situasjonen. Det er nødvendig å være rolig og balansert og ha evnen til å kontrollere og kanalisere sine personlige og faglige reaksjoner (Flovik, Normann & Mølstad, 2008). I en akutt situasjon hvor sykepleier føler mangel på egen kapasitet, ikke har følelsen av kontroll, har lite eller ingen oversikt over situasjonen kan sykepleier selv oppleve å være i en krise (Håkonsen, 2013). Følelsen av ikke å strekke til og følelsen av at en kunne gjort/handlet annerledes er også en utløsende stressfaktor som kan bli en vedvarende stressrespons over lengre tid (Skants, 2014).

Ifølge en forskningsrapport har alderen over 36 år, lang arbeidserfaring og høy motivasjon for å reise ut på oppdrag i felten, betydning for stressmestring. Rapporten viser til at ingen av personene som reiste ut viste tegn til høyt stressnivå, på tross av manglende debriefing eller opplæring/trening før avreise til det konkrete oppdraget (Tjoflåt et al., 1999). Sammenlignet med andre studier hvor gjennomsnittsalder på sykepleier var mye lavere og tilfeller av høyt stress nivå var stort, kan det se ut som om alder og erfaring kan være en indikasjon (Tjoflåt et al., 1999; Musa, Hamid, 2008). På den andre side er hvordan vi mestrer en situasjon veldig individuelt. Det er av betydning hva vi har av tidligere erfaringer helt fra vi var små. En kan derfor si at alder alene ikke trenger å være av betydning for å kunne mestre en kritisk eller vanskelig situasjon, men at alder kombinert med relevant erfaring er av stor betydning. Det å mestre ulike situasjoner kan læres (Kalfoss, 2010).

Andre tiltak vist fra funn i artikler om forhold som kan forebygge hjelpearbeidernes psykiske påkjenning, er at organisasjonene må skape positive arbeidsklimaer, at hjelpearbeideren får tilstrekkelig opplæring, kulturell orientering og psykologisk støttehjelp/debriefing (Musa & Hamid, 2008). Etter endt oppdrag er det flere som rapporterer om en overgangsfase etter hjemkomst hvor mange følte seg tomme eller triste er urolig og har en rastløsfølelse i kroppen. Dette kan tyde på at oppfølging etter hjemkomst også er av stor betydning (Thoresen, 2007). Sosiale forhold, venner og familie er det mange som rapporterer at er av stor betydning for å bearbeide stressende opplevelse og hendelser (Kravits et al., 2010). Organisasjonene kan ikke ta ansvar for at alle har venner og familie å prate med etter hjemkomst, men at det er et tilbud også for dem som ikke har venner og familie. Noen kan føle det vanskelig å prate med familie og venner om det de har sett og opplevd. Mange har også nevnt yoga, meditasjon, hobbyer, kunst, trening/jogging, og spirituelle handlinger som bønner og å gå i kirken som strategier for å håndtere stress og for å ta vare på seg selv (Kravits et al., 2010).

Med det stadig voksende behovet for humanitær bistand, ser det ut til at hjelpeorganisasjoner vil ha utbytte av å ha et større fokus på å trene og følge opp sine ansatte før, under og etter oppdrag. Det rapporteres om et manglende engasjement fra organisasjonene rundt sine ansatte og dette kan føre til at ny rekruttering avtar, stress relaterte sykdommer, effektiviteten og kvaliteten på arbeidet blir dårligere (Ehrenreich & Elliott, 2004).

Det kommer frem i en artikkel et forslag om at de store organisasjonene som har økonomisk støtte fra staten, som har større resurser og kanskje mer erfaring, burde inngå et samarbeid med nyetablerte, mindre organisasjoner for å ta et felles ansvar for et innførings kurs for alle som skal være med på ulike oppdrag (Ehrenreich & Elliott, 2004), Aktuelt tema kan være stressmestring. En av de viktigste stressreducerende faktorene som arbeidsgiver kan bidra med er forberedelser før oppdrag (Thorsen, 2007). I tillegg ser det ut til at sosial støtte etter endt oppdrag også er med på å redusere den langvarige stressreaksjonen (Thorsen, 2007).

Det står i yrkesetiske retningslinjer at ”Sykepleier bidrar til prioriteringer som tilgodeser pasienter med størst behov for sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.11). Selv om sykepleier handler etter de etiske retningslinjene ved håndtering av etiske dilemmaer rapporteres det om store påkjenninger for bistanndsarbeidere som blir satt i situasjoner som å måtte avvise trengende mennesker på grunn av at hjelpebehovet er for stort, da formålet med å bidra er å hjelpe trengende mennesker (Thorsen, 2007; Hunt, 2008). Det å oppleve å bli utskjelt, truet og/eller trakassert av rammede mennesker grunnet mangel på informasjon om tilstand og hva som skjer, kan gi en følelse av hjelpsløshet og er en faktor som har blitt rapportert som påkjennende (Thorsen, 2007).

Som førstehjelper vil en alltid sette seg selv i en viss risiko, men hvor stor den risikoen er avhenger av situasjonen en står ovenfor, og i hvor stor grad hjelperen involverer seg. Men har en først tatt ansvaret, må en stå ansvarlig for de beslutninger som blir tatt og de beslutninger som ikke er tatt (Sørensen, 2011)

Andre etiske dilemmaer som oppleves som påkjenninger er ulik forståelse rundt helse, sykdom og død mellom bistanndsarbeiderne og lokalbefolkningens kultur eller andre helsearbeidere en skal samarbeide med, som og kommer fra en annen kultur. At arbeidet en gjør er i strid med ens egne prinsipper, eller at det er mistillit mellom de humanitære

bistandsarbeiderne og lokalbefolkningen kan også oppleves som en påkjenning (Hunt, 2008).

”Sykepleier anvender de yrkesetiske retningslinjer i sitt arbeid, og bidrar aktivt til etisk refleksjon i hverdagen” (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.7). Hjelpe organisasjoner har et ansvar for å forberede og støtte sine ansatte i etiske vanskelige situasjoner. Det bør oppmuntres til en standard praksis for etikk opplæring for frivillige organisasjoner (Hunt, 2008). Med debriefing kan hjelpearbeidere bli oppmuntret til å vurdere å diskutere sine egne kulturelle verdier og etiske forståelse. Det å reflektere og diskutere med kollegaer er et viktig element i forberedelsen til å skulle ut på et oppdrag (Hunt, 2008). Hjelpearbeidere som har kommet hjem etter endt oppdrag, bør ha mulighet til å diskutere sine erfaringer med personell som har kjennskap til aktuelle etiske dilemmaer som er relevant for helsepersonell (Hunt, 2008).

Det er forsket mye på og er skrevet mye om problematikken rundt sykepleier og andre utsatte yrker vedrørende temaet om utbrenthet og stresslidelser. Vi vet at stress og utbrenthet er et problem i vårt helsevesen. Vi trenger ikke dra til Darfur for å finne disse problemene. Sykepleiere og andre utsatte yrkesgrupper opplever traumatiske hendelser, sekundærtraumatisk stress/omsorgstretthet og utbrenthet grunnet mange av de samme problemene som bistandsarbeidere rapporterer. Det kan være for eksempel lite tid til pasientene, følelsen av og ikke å strekke til, utakknemlighet fra pasienter grunnet for dårlig samarbeid og informasjon mellom yrkes instanser (Kravits et al., 2008) Studier i Amerika viser at en av årsakene til den store mangelen på sykepleiere er høyt stress nivå og et høyt nivå av utbrenthet blant sykepleiere. Av den grunn velger mange heller å søke mindre stressrelaterte jobber (Kravits et al., 2008).

Vi vet at vi har metoder og mestringsstrategier som fungerer for å hindre akkurat disse problemene. Bør vi ikke la oss inspirere av våre forgjengere som Florence for eksempel? Hun samlet inn data, skrev ned dokumentasjon og gjorde konkrete handlinger med problemet, kort fortalt. Vi har dokumentasjon og vi har metoder, men hvorfor er dette da et problem som rapporteres om gang på gang?

I artikkelen som omhandler ”Mindfulness” ble det rapportert et interessant dilemma. Det var flere sykepleierne som fikk dårlig samvittighet når de i arbeidstiden tok tre minutter for seg selv for å gjennomføre meditasjonprogrammet. Selv om meditasjons

programmet var bevist å øke egen prestasjon, øke tilfredsstillelse på arbeidsplassen og at det gagnet pasientene. Det sto i artikkelen at dette fenomenet dukker opp når sykepleier skal bruke tid til å tenke på seg selv fremfor andre (Olsen et al., 2015). Er ”kallet” vårt om å hjelpe andre mennesker så stort at det skal gå ut over egen helse og velvære? Det kan og tenkes at det har sammenheng med kapasiteten på jobb, for lite tid til pasient i utgangspunktet eller et ønske om ikke å legge noen større belastning på andre ved å være fraværende selv i noen minutter. På en annen side kan grunnen til at nivået av stress og utbrenthet er så høyt hos bistandsarbeidere, være at flere i bistandsgruppen allerede har psykiske problemer fra før. Som ikke har blitt fanget opp før utreise (Musa & Hamid, 2008). Tidligere diagnose som for eksempel PTSD, som nevnt tidligere, kan være en risikofaktor for lettere å få tilbake fall av PTSD ved nye traumatiske hendelser (Skants, 2014).

Tilstedeværelse av arbeidsgiver og oppfølging av organisasjonens bistandsarbeidere kan være med på å fange opp dette eventuelle problemet og forebygge at sårbare organisasjons arbeidere blir utsatt for helsefarlige påkjenninger.

Sykepleiere som kommer hjem etter endt oppdrag ute i felten skal mest sannsynlig jobbe som sykepleier hjemme også. All teori, fakta og mengder av kunnskap vi har som sykepleiere angående hva som fremmer helse og hva som gjør oss syke bør også anvendes på egen helse. Hvordan kan vi hjelpe pasientene våre om vi selv er syke? Det står i de yrkes etiske retningslinjene at ” Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleier forbund, 2011, s.7). Forskning sier at sykepleier generelt er utsatt for miljømessige stress faktorer som vitne til smerter, lidelse, død, skiftende teknologi, utfordrende institusjonelle og etiske problemstillinger. Det rapporteres om at sykepleier bruker ineffektive mestringsmetoder som røyking, overspising og rusmidler. Dette en kjempe risiko for egen helse og utbrenthet (Kravits, et al., 2008).

Et godt mellommenneskelig forhold har stor verdi i utøvelsen av sykepleie. Det er viktig at pasient og pårørende føler trygghet og har tillit til sykepleierens faglige utøvelse og vurderinger av sykepleien, men også føler trygghet til sykepleier som person (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Sykepleiers evne til empati beskrives som avgjørende for at pasient skal føle seg ivaretatt, at empati er med på å gjøre faglige

vurderinger mer kvalifiserte og bidrar til pasientens verdighet (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Som nevnt tidligere vil en sykepleier som lider av stress og utbrenthet ha symptomer som emosjonell utmattelse, kynisme, distansering til arbeidet sitt og da til pasientene (Thoresen, 2007). Konsekvensene av ikke å forebygge og/eller behandle stress og utbrenthet hos sykepleiere er at en kan få uempatiske sykepleiere. En sykepleier som distanserer seg fra jobben og pasientene sine, viker unna vanskelige situasjoner og er likegyldig ovenfor andres lidelse (Kristoffersen & Nortvedt, 2011).

Fra flere hold hvor stress og utbrenthet har vært et problem, ble det meldt fra om en ”macho-kultur” i organisasjonene. Det å snakke om følelser og den psykiske påkjenningen av arbeidet er en ikke kultur i det humanitære arbeidet (Ehrenreich & Elliott, 2004). Konsekvensene av den type kultur kan skape en ufrivillig mestringsstrategi som fortrenning. Det å holde tilbake følelser og tanker som egentlig plager en kan gjøre at en mister motivasjon, unngår stressende situasjoner, får økt stress respons og omsorgstretthet/utbrenthet (Håkonsen, 2009). Å endre holdninger i en gruppe er vanskelig, og et godt miljø krever tydelige rammer for hva som er akseptabelt og ikke (Håkonsen, 2009). Som sykepleier har vi et ansvar for å fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeids forhold i alle deler av helsetjenesten (Norsk sykepleier forbund, 2011, s.9.). Med dette tenker jeg at vi som sykepleiere har et ansvar for å stå frem som gode rolle modeller i en gruppe, og veilede og fremme til et godt og trygt arbeidsmiljø, der det er rom for den enkelte å snakke om følelser og psykiske påkjenninger i jobben.

Det å delta i katastrofearbeid er ikke bare belastende. Det kan også være mange positive og meningsfulle inntrykk og hendelser knyttet til arbeidet. Det å oppleve et oppdrag som positivt og meningsfylt kan være en viktig beskyttelses faktor for innsatspersonell ved oppdraget (Thorsen, 2007). Det kan se ut som at med de rette hjelpemidlene, mestringsstrategiene og holdninger kan det å håndtere en krise eller en stressende situasjon ha en positiv effekt, også kaldt posttraumatisk vekst. En økt mental styrke ved å mestre en stressende situasjon (Skants, 2014). Det er kanskje denne følelsen som gjør at hjelpearbeidere drar ut på oppdrag gang etter gang? Flere hjelpearbeidere har uttalt at å jobbe i katastrofe områder er meningsfullt arbeid, og har en følelse av å gjøre en vellykket jobb selv om en ble utsatt for store belastende påkjenninger og groteske inntrykk. Det som er felles for disse hjelpearbeiderne er at de har relevant trening og erfaring rundt de arbeidsoppgaver som skal utrettes (Thoresen, 2004).

5. Konklusjon

Bistandsarbeid og katastrofeinnsats er kortsiktig oppdrag hvor helsepersonell og andre yrkesgrupper blir sendt ut for å hjelpe mennesker i forskjellige type kriser verden over. Denne yrkesgruppen blir ofte utsatt for store påkjenninger. Med problemstillingen ”Hvordan forebygge stresslidelser hos sykepleier som jobber med bistand og katastrofeinnsats?” Har jeg kommet frem til flere faktorer som er med på å svare på dette. Erfaring, forberedelser og alder ser ut til å ha en sammenheng med opplevelsen av å føle mestring i vanskelige situasjoner. Hvordan hver enkelt opplever og reagerer på traumatiske hendelser er individuelt og har sammenheng med tidligere erfaringer. Det ser ut som det er en sammenheng med vitneopplevelse, direktekontakt med katastrofeofre, etiske dilemmaer som å avise trengende mennesker og mangel på egenomsorg som for eksempel søvn og de å strekke seg for langt har en sammenheng med stressreaksjoner. Samhold i gruppa og støtte fra organisasjonene før under og etter kan se ut til å være en støtte for å forebygge mot utbrenthet, sammen med egen mestringsstrategier, venner og familie. Organisasjonene bør strebe etter at bistandsarbeiderne opplever oppdragene som positivt og/eller meningsfylte. Da det er vanskelig å fjerne mange av stress faktorene, er det å tilegne deltagerne kunnskap og optimale verktøy for å kunne håndtere krevende situasjoner en viktig faktor. Slik at en fremmer mestringsfølelsen og posttraumatisk vekst. Ikke bare for at hjelpearbeiderne skal bli enda bedre på det arbeidet som utføres ute i felten, men for å øke lysten til å dra ut å jobbe med bistand og katastrofeinnsats igjen og igjen.

Litteraturliste

Bjålie, J. G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. V. & Toveud, K. C. (2000). *Menneske – kroppen: Fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M. & Shapiro, S. (2004). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse and burnout. *Holist nurs pract*, 18(6), 302- 308. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b50de29f-6fcb-4dee-b29a-8b89e491c092%40sessionmgr115&vid=1&hid=110>

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*.(4 utg). Oslo: Gyldendal akademiske.

Ehrenreich, J.H., & Elliott, T.L. (2004). Managing stress in humanitarian aid workers: A survey of humanitarian aid agencies' psychosocial training and support of staff. *Journal of peace psychology*, 10(1), 53-66.

Flovik, A. M., Norman, L., Mølsted, K.(2008). *Sykepleie- Et selvstendig og allsidig fag*. Hentet 25.02.16, fra <https://www.nsf.no/Content/135904/Sykepleie%202008.pdf>

Foseberg, C., & Wenstrøm, Y. (2013). *Att gora systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokforlaget Natur & Kultur.

Globalis. (udatert). *Klima og migrasjon*. Hentet 22. 02. 2016, fra <http://www.globalis.no/Tema/FNs-klimarapport/5-Klima-og-migrasjon/Flere-naturkatastrofer>

Hunt, M. R. (2008). Ethics beyond borders: How health professionals experience ethics in humanitarian assistance and development work. *Developing world bioethics*, 8(2), 59-69. doi:10.1111/j.1471-8847.2006.00153.x

Håkonsen, K. M. (2013)*Innføring i psykologi (4.utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Kalfoss, M. H. (2010). *Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv*. I H. Almås, D -G, Stubberud & R. Grønseth (Red). *Klinisk sykepleie 2.*(s.475-499). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kildekompasset.(Udatert). *Hva er fagfelle vurdering?* . Hentet 10. 03. 2016, fra <http://kildekompasset.no/kildekritikk/ord-uttrykk/hva-er-fagfelle vurdering.aspx>

Kravits, K., McAllister-Black, R., Grant, M., & Kirk, C. (2010) Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burn out. *Applied Nursing Research*, 23(3), 130-138. doi:10.1016/j.apnr.2008.08.002

Kristoffersen, J. N. (2012). Teoretiske perspektiver på Sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. – A. Skaug(Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 1* (s. 208- 280). Oslo: Gyldendal akademiske.

Kristoffersen, J. N. & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. – A. Skaug(Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 1* (s. 83-133). Oslo: Gyldendal akademiske.

Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie: ideer-mennesker-muligheter*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Mikkelsen, S. (2005) Hva er forebygging? Hentet 10. 03. 2016, fra <http://www.forebygging.no/Artikler/2007-1998/Hva-er-forebygging/>.

Musa, S. A. & Hamid, A. A. R. M. (2008). Psychological problems among aid workers operating in Darfur. *Social behavior and personality*, 36(3), 407- 416. Hentet fra <http://search.proquest.com/docview/209923191/fulltextPDF/C1D9B6E91BD44235PQ/1?accountid=32767>

Nasjonale kunnskapsseneret mot vold og trumatisk stress. (udatert). *Katastrofer, terror og stressmestring*. Hentet 22. 02. 2016, fra <https://www.nkvts.no/tema/katastrofer-og-stressmestring/>

Nortvet, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2013). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe AS.

Norsk sykepleierforbund.(2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier*, 11(01),7-11

Olsen, K., Berg, M., Solberg, N., & Schelde, M. (2015). Mindre stress med mindfulness. *Sykepleien* 08, 60-63. doi:10.4220/Sykepleiens.2015.54966

Regjeringen. (Udatert). *Humanitær bistand*, hentet 24.02.16, fra:

https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/ud/rapporter_planer/planer/2006/nye-roller-for-frivillige-organisasjoner/12/id448680/

Regjeringen. (2015). *Norsk innsats for flyktninger og asylsøkere*, hentet 12.02,2016, fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/norsk-innsats-for-flyktninger-og-asylsokere/id2439074/>

Skants, P. (2014). *Omsorg i krise (2. utg.)*. Oslo: Gyldendal norske forlag AS.

Slettebø, Å. (2012). Ethiske dilemmaer. I B. S. Brincmann. (Red). *Etikk i sykepleien* (3. Utg.). (s, 42-53). Oslo: Gyldendal Akademiske

Sørensen, B-S. (2008) *Psykisk førstehjelp i akutsituasjoner*. I J. E. Haugen & Ø. Knudsen jr. (Red). *Akutt medisinsk sykepleie – utenfor sykehuset* (2. utg.). (s, 37-55). Oslo: Gyldendals Akademiske.

Thorsen, S. (2007). *Mestring og stress hos innsatspersonell og journalister mobilisert til tsunamikatastrofen* (NKVTS rapport 2/2007). Hentet fra https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/tsunamien_mestringinnsatspersonelljournalister_21.pdf

Tjoflåt, I. & Bunch, E. H. (1999). Stress and coping among Norwegian nurses working in war zones. *Vård i Norden*, 19(1), 37-40. doi:10.1177/1010740839901900408

Vitalen (udatert). *En sunn livstil*. Hentet 10.03. 2016, fra <http://kildekompaset.no/referansestiler/apa-6th.aspx>