



Patienters livskvalitet efter ett fysiskt trauma

- En litteraturstudie

Patients quality of life after a physical trauma
- A literature study

Karin Jingfors
Linnea Karlsson

Fakulteten för Hälsa, natur- och teknikvetenskap

Omvårdnad/Sjuksköterskeprogrammet

Grundnivå 15 hp

Handledare: Karin Ekholm, Elisabeth Kling

Examinerande lärare: Ingela Karlsson

Inlämningsdatum: 2017-05-22

Sammanfattning

Titel:	Patienters livskvalitet efter ett fysiskt trauma – En litteraturstudie Patients quality of life after a physical trauma – A literature study
Fakultet:	Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap
Institution:	Institution för Hälsovetenskaper
Ämne:	Omvårdnad
Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, grundnivå
Författare:	Karin Jingfors & Linnea Karlsson
Handledare:	Karin Ekholm & Elisabeth Kling
Sidor:	22 sidor samt bilaga
Nyckelord:	Fysiskt trauma, olyckor, livskvalitet

Introduktion: Ett fysiskt trauma är ett stort hälsoproblem som kan skapa lidande hos de drabbade. Några orsaker till trauman idag är trafikolyckor, fall och brännskador som kan resultera i både fysiska och psykiska men hos de överlevande.

Syftet: Var att belysa patienters livskvalitet efter ett fysiskt trauma.

Metod: En litteraturstudie med stöd av Polit & Beck (2017) niostegsmodell genomfördes. Databaserna som användes var PubMed och CINAHL. Resultatet baserades på tio artiklar, varav två var manuellt framtagna. Relevant material togs fram ur artiklarnas resultat passande till studiens syfte. Detta resulterade i tre huvudkategorier med tillhörande underkategorier. **Resultat:** Tre huvudkategorier arbetades fram och dessa var *Fysiska*, *Psykiska* och *Sociala förändringar*. Dessa innehöll underkategorierna *Smärta*, *Immobilitet*, *Trötthet* och *Fysisk återhämtning*, *Depression*, *Ångest och PTSD*, *Kognitiv nedsättning*, *Mental återhämtning*, *Arbete och ekonomi* samt *Återanpassning inom sociala aktiviteter* vilka representerar de största faktorerna för påverkan av livskvaliteten efter ett fysiskt trauma. **Slutsats:** Konsekvenserna som uppstod efter ett trauma påverkade livskvaliteten både positivt och negativt. Den fysiska och psykiska återhämtningen samt den sociala återanpassningen sågs påverka livskvaliteten olika beroende på skada och var även individuellt.

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	4
TRAUMA SOM BEGREPP	4
KRISTEORI	4
POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM	5
LIVSKVALITET	5
SJKSKÖTERS KANS BEMÖTANDE AV PATIENTER SOM GENOMGÅTT TRAUMAN	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	8
LITTERATURSÖKNING	8
<i>Inklusionskriterier och exklusionskriterier</i>	8
URVAL	9
DATABEARBETNING	10
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÅGANDEN	10
RESULTAT	11
FYSISKA FÖRÄNDRINGAR	11
<i>Smärta</i>	12
<i>Immobilitet</i>	12
<i>Trötthet</i>	12
<i>Fysisk återhämtning</i>	12
PSYKISKA FÖRÄNDRINGAR	13
<i>Depression, Ångest och PTSD</i>	13
<i>Kognitiv nedsättning</i>	13
<i>Mental återhämtning</i>	14
SOCIALA FÖRÄNDRINGAR	14
<i>Arbete och ekonomi</i>	14
<i>Återanpassning inom sociala aktiviteter</i>	14
DISKUSSION	15
RESULTATDISKUSSION	15
METODDISKUSSION	16
KLINISK BETYDELSE	17
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	18
SLUTSATS	18
REFERENSER	19
BILAGA 1 - ARTIKELMATRIS	1

Introduktion

Trauman är ett stort hälsoproblem i världen och varje år avlider 5 miljoner människor till följd av skadorna som traumat givit och tiotals miljoner per år beräknas överleva trauman (World Health Organization [WHO] 2014). Trafikolyckor och fall hör till två av de vanligaste orsakerna till trauman och är några av de vanligaste dödsorsakerna i världen efter bland annat hjärt-kärlsjukdomar och stroke (WHO 2014). I Sverige år 2015 drabbades 7 654 individer av olika trauman och 90% av de skador som uppstod var orsakade av trubbigt våld¹ (Svenska traumaregistret [SweTrau] 2015a).

Trauma som begrepp

Socialstyrelsen (2011) definierar trauma som skador som uppstått relaterat till yttre våld och orsakar smärta och lidande. Trauman kommer i denna studie omfatta olyckor som trafikolyckor, fall och brännskador som inte orsakats med avsikt att skada.

Trafikolyckor innefattar personer som skadats i trafiken som fotgängare, cyklister, motorcyklister och bilister (WHO 2015). Trafikolyckor leder till 50 miljoner skadade per år och sågs vara den ledande orsaken till dödsfall hos personer mellan 15-29 år (WHO 2015). Den vanligaste orsaken till fysiska trauman i Sverige är trafikolyckor (SweTrau 2015a) och några av orsakerna till att olyckorna sker är hög hastighet, alkoholpåverkade förare eller då föraren blir distraherad av exempelvis sms (WHO 2016c).

Fallolyckor definieras av olyckor där fall skett från låg höjd under en meter eller från hög höjd över en meter (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap [MSB] 2014). Varje år skadas 37,3 miljoner människor till följd av fall (WHO 2016a). I SweTrau (2015a) framkommer fallskada vara den näst största orsaken till fysiska trauman. Ofta har äldre en större fallrisk då de har en tendens att snubbla eller tappa balansen. Fall kan även ses på arbetsplatsen samt inom olika idrotter/sporter. Frakturer är den vanligaste typen av skada efter ett fall och hos unga vuxna ses ofta skador på de övre extremiteterna, som exempelvis handleder eller underarmar. Äldre skadas oftare på de nedre extremiteterna, där frakturer på höft - och höftleder ofta är en konsekvens av fallet (SweTrau 2015a). Andra vanligt förekommande skador kan vara luxationer, distorsioner och commotio cerebri (MSB 2014).

Brännskador uppstår då huden kommer i kontakt med eld, varma vätskor, kemikalier, elektricitet eller varma ytor. Brännskador orsakade av strålning och radioaktivitet förekommer även i vissa fall (WHO 2016c). Enligt MSB (2015) inträffar olyckorna främst i hemmet eller på arbetsplatsen och enligt WHO (2016b) innefattar konsekvenserna hos de skadade ofta obehag och fysiska besvär. I hemmet sker vanligtvis brännskador relaterat till heta vätskor, som exempelvis kokande vatten eller kaffe eller på varma ytor som exempelvis spisplattor (MSB 2015).

Kristeori

Cullberg (2006) beskriver att personer som utsätts för trauman kan drabbas av psykiska konsekvenser i form av kris, där fyra olika faser går igenom för att den traumatiska händelsen ska kunna bearbetas.

¹ Skada som uppstått när kroppen träffas eller blir träffad av ett föremål (SweTrau 2015b).

Chockfasen sker ofta i samband med händelsen och kan pågå några dagar framåt. Händelsen är då problematisk att ta in och ofta oförståelig. Detta kan leda till svårigheter i verklighetsuppfattningen. Reaktionen som amnesi, apati och opåverkat beteende kan ses trots att individen är i chocktillstånd. Chock kan också leda till förvirring och avvikande beteende som aggressivt utåtagerande eller reaktioner som kräkningar eller emotionell instabilitet (Cullberg 2006).

Efter chockfasen hamnar individen i reaktionsfasen. Skuld känslor, nedstämdhet, aptitlöshet och sömnproblem är vanliga reaktioner som kan uppstå på grund av tankar kring händelsen och orättvisa är en känsla som många drabbade beskriver. Ofta pågår detta i cirka 4-5 veckor (Cullberg 2006).

Bearbetningsfasen sker då reaktionsfasen lämnas och händelsen börjar bearbetas. Det är av stor vikt att få samtalsstöd för att kunna ta sig vidare och hantera det traumatiska minnet. I samband med bearbetningen kan kraftiga bakslag uppkomma som kan resultera i sorg, ilska och liknande känslor (Cullberg 2006).

Nyorienteringsfasen är den sista fasen och individen har bearbetat minnet och accepterat den traumatiska händelsen (Cullberg 2006).

Posttraumatiskt stressyndrom

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är ett tillstånd som kan uppstå efter ett trauma och gör att den drabbade har svårt att bearbeta händelsen. Symtom som mardrömmar, sömnsvårigheter och förändringar i humör som exempelvis irritabilitet uppkommer. Ett undvikande av personer, platser och känslor som kan väcka minnen görs medvetet (Socialstyrelsen u.å). Rädslan och oron som uppstår vid tillståndet (National Institute of Mental Health [NIMH] 2016) orsakar ett lidande för den drabbade individen (Lindwall 2004). Kriterier för diagnostisering av PTSD kräver symtom som ofta har en uppkomst inom tre månader och varar i mer än en månad. Hos vissa ses förloppet övergå inom sex månader, men i vissa fall syns symtomen längre och kan även utvecklas till ett kroniskt tillstånd. Negativa tankar och känslor av skam och skuld är vanligt vid PTSD och detta kan leda till social isolering samt att den drabbade inte längre vill utföra fritidsaktiviteter som tidigare varit betydelsefulla (NIMH 2016). Situationer som orsakar PTSD anses inte alltid farliga eller allvarliga utan kan vara en händelse som är plötslig och oväntad och som på grund av olika individuella faktorer, kan utlösa tillståndet (NIMH 2016).

Livskvalitet

Livskvalitet mäter hur en individ uppfattar sin hälsa genom att värdera det psykiska, fysiska och sociala välbefinnandet (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] 2012). Vidare beskriver WHO (1997) livskvalitet som ett tidsvarierande begrepp som påverkas av individens livssituation. Livskvaliteten definieras som:

(...) individuals perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of their environment (WHO 1997, s. 1).

Livskvalitet kan därför uppfattas olika beroende på inställningen till livssituationen. Att kunna anpassa sig och ha relevanta mål efter sina förutsättningar är en grund för god livskvalitet (SBU 2012). Begreppet hälsorelaterad livskvalitet förklarar hur individen påverkas av olika hälsotillstånd, som bland annat sjukdom eller behandling (Calvert & Freemantle 2003). Mätningar som undersöker hälsorelaterad livskvalitet undersöker det psykiska, fysiska och sociala välbefinnandet. När funktionen anses begränsad hos en individ, som vid ohälsa eller sjukdom, upplevs ofta en nedsatt hälsorelaterad livskvalitet och nedsatt välbefinnande (SBU 2002).

För att bedöma livskvalitet finns det olika mätinstrument där individer kan skatta sin livskvalitet och några av dem är 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) och European Quality of Life Five Dimensions Questionnaire (EQ-5D). SF-36 riktar in sig på hur individen ser på sin livskvalitet och dennes hälsa (RAND Corporation u.å). Frågorna riktar sig mot livskvaliteten relaterat till det fysiska, psykiska och sociala måendet (Sullivan et al. 2002). EQ-5D innehåller även den frågor kring livskvaliteten relaterat till det fysiska, psykiska och sociala måendet (EuroQol Research Foundation u.å).

En hög livskvalitet kan uppnås då individen känner sig behövd, upplever lycka och har en frånvaro av lidande. Då en individ upplever lidande påverkas alltså livskvaliteten (Nordenfelt 2004). Begreppet lidande definieras av Lindwall (2004) som när kroppen förändras relaterat till sjukdom eller skada och är en reaktion på den oro, rädsla och smärta som kan infinna sig. Då kroppen genomgår förändringar relaterat till sjukdom eller begränsningar som uppstår efter skada, är det vanligt att känslor som maktlöshet och hjälplöshet upplevs. De förändringarna som individen inte kan påverka leder ofta till en känsla av ofrihet i den egna kroppen (Lindwall 2004). Cassel (2004) beskriver att lidande är en individuell upplevelse och lidandet kan därför inte bedömas utifrån vad för kroppslig skada eller sjukdom individen lider av. Trots det individuella perspektivet sågs ett lidande då individen upplevde att kontrollen över kroppen gick förlorad.

Sjuksköterskans bemötande av patienter som genomgått trauman

Sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är att främja hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa hälsa samt lindra lidande (International Council of Nurses [ICN] 2012). Svensk sjuksköterskeförenings (2016) värdegrund för omvårdnad belyser vikten av ansvar gentemot patientens upplevelse och förståelse av situationen, vilket gör att omvårdnadsarbetet måste innehålla en konstant dialog med patienten och därmed kunna få en bekräftelse på att nödvändig information har uppfattats korrekt. Enligt svenska Patientlagen (SFS 2014:821) ska information angående situation förklaras på en nivå som är individanpassad, detta för att patienten ska kunna vara delaktig i sin vård. Patienterna som deltagit i Pytel et al (2009) studie visade att kommunikation var en viktig del av upplevelsen i den akuta vården. Deltagarna vände sig till sjuksköterskorna i studien för att kunna få information samt förståelse kring den akuta situationen och därför var kommunikationen av stor vikt för patienternas upplevelse i det akuta skedet. Upplevelsen av livssituationen kan leda till lidande hos den drabbade och genom omvårdnad som bekräftelse och närvaro arbetar sjuksköterskan för att både förebygga och lindra lidandet (Svensk sjuksköterskeförening [SSF] 2016). Trots obehag kan lidandet uppfattas som lindrat hos patienten om sjuksköterskan lagt ner tid och engagemang runt dennes situation (Lindwall 2004). Genom att skapa en trygg relation med patienten får sjuksköterskan en förståelse för patientens besvär och dennes behov och kan därmed utföra en säker och personcentrerad vård (SSF 2016).

Problemformulering

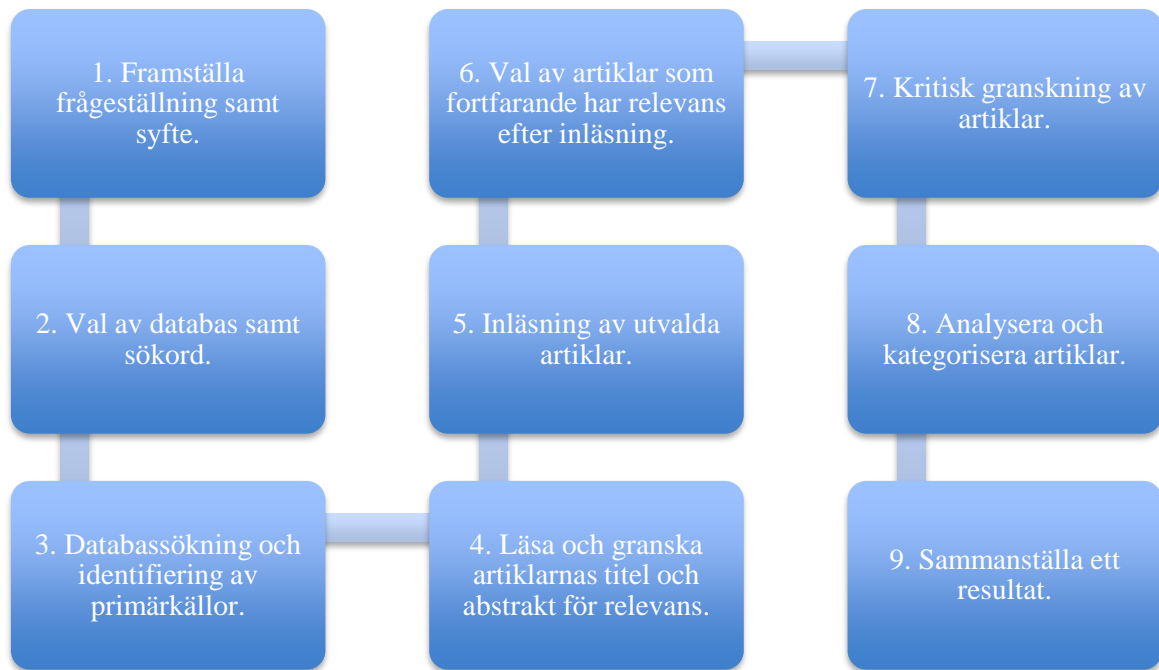
Fysiska trauman är ett stort hälsoproblem som orsakar tiotals miljoner skadade i världen per år. Ofta resulterar trauman i fysiska och psykiska konsekvenser hos de överlevande. PTSD har setts vara en av konsekvenserna till trauma och detta är ett tillstånd där patienten inte har bearbetat krisen som uppstått. Sjuksköterskan möter patienter som drabbats av olika trauman och det är därför av stor vikt att ha en förståelse för deras livssituation och enskilda upplevelse av livskvaliteten. Sjuksköterskan behöver därför kunskap för att kunna ge den hjälp som behövs för att underlätta bearbetningen för dessa patienter. Genom att granska studier och göra en sammanställning om patienters livskvalitet efter ett fysiskt trauma sätts fokus på hur dessa patienter mår och kan uppmärksammas inom vården.

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa patienters livskvalitet efter ett fysiskt trauma.

Metod

Metoden som använts var en systematisk litteraturstudie, vilket innebär en sammanställning av befintlig och vetenskaplig forskning inom området genom granskning av aktuella artiklar mot litteraturstudiens syfte (Polit & Beck 2017). Polit & Beck (2017) har framställt en niostegsmodell som använts vid denna litteraturstudie (se Figur 1).



Figur 1. Niostegsmodell av Polit och Beck (2017). Fritt översatt av litteraturstudiens författare.

Litteratursökning

Enligt Polit och Beck's (2017) niostegsmodell steg 1, formulerades ett syfte. I steg 2 valdes relevanta sökord och databaser ut. Databaserna som användes i denna studie var PubMed och CINAHL. PubMed och CINAHL är databaser som bland annat inriktar sig på omvårdnad. Sökord valdes ut passande till syftet. I PubMed användes MeSH-termerna; "Wounds and injuries", "Mental Health", "Quality of life" och "Multiple trauma". Motsvarande sökord användes som Major Subject Headings i CINAHL. I steg 3 (Polit & Beck 2017) genomfördes enskilda och kombinerade sökningar i valda databaser. Dessa sökningar och kombinationer redovisas i Tabell 1.1 och 1.2. Sista databassökningen gjordes 2017-02-03.

Inklusionskriterier och exklusionskriterier

Inklusionskriterier var artiklar från 2007-01-01 till 2016-12-31, peer reviewed, vuxna över 18 år, fysiska trauman som omfattar olyckor som inte orsakats med avsikt att skada samt skrivna på svenska, norska eller engelska. Exklusionskriterier var review-artiklar, krigstrauman och katastrofer. Krigstrauman och katastrofer exkluderas på grund av att individen kunde påverkas på ett mer komplext sätt.

Tabell 1.1 Databassökning i PubMed.

Databas	Sökning	Sökord	Träffar	Urval 1	Urval 2	Urval 3
PubMed	S1	Wounds and injuries (MeSH)	244 769			
	S2	Mental health (MeSH)	4259			
	S3	Quality of life (MeSH)	85 669			
	S4	Multiple trauma (MeSH)	4201			
	S1 AND S2 AND S3		93	38	4	4
	S3 AND S4		60	22	3	3
	Totalt			60	7	7

Tabellförklaring: MeSH= Medical Subject Headings

Tabell 1.2 Databassökning i CINAHL.

Databas	Sökning	Sökord	Träffar	Urval 1	Urval 2	Urval 3
CINAHL	S1	Wounds and injuries+ (MM)	60 146			
	S2	Mental health (MM)	4 499			
	S3	Quality of life+ (MM)	14 479			
	S4	Multiple trauma (MM)	534			
	S1 AND S2 AND S3		7	3(3*)	0	0
	S3 AND S4		9	8(3*)	1	1
	Totalt				11(6*)	1

Tabellförklaring: MM = Major Subject Heading
 + = "Explode" kryssades i samband med sökord
 (*) = Extern dubblett

Urval

I urval 1 primärgranskades 169 artiklar utifrån deras titlar och abstrakt enligt steg 4 i Polit och Beck's (2017) niostegsmodell. Detta resulterade i 65 artiklar som svarade mot studiens syfte och motsvarade inklusionskriterierna. De 104 artiklar som exkluderas svarade ej mot studiens syfte. I databasen CINAHL påträffades sex externa dubbletter som även de exkluderas i urval 1.

I urval 2 lästes syfte, metod och resultat igenom för att kontrollera vilka av de 65 artiklarna från urval 1 som fortfarande överensstämde med studiens syfte, detta enligt steg 5 (Polit & Beck 2017). Enligt steg 6 i Polit och Beck's (2017) niostegsmodell, gick åtta artiklar vidare i urval 2. De artiklar som exkluderas svarade inte mot studiens syfte eller innehöll

exklusionskriterier som ålder och krigstrauman. Ur de framtagna artiklarnas referenslistor identifierades ytterligare två potentiella artiklar, vilka granskades på samma sätt som ovanstående artiklar. Detta medförde i att totalt 10 artiklar gick vidare till kvalitetsgranskning i urval 3.

I urval 3 genomfördes en kvalitetsgranskning av de utvalda artiklarna enligt Polit och Beck's (2017) granskningsmall "Guide to an Overall Critique of a Quantitativ Research Report", enligt steg 7. Granskningsmallen "Guide to an Overall Critique of a Qualitative Research Report" användes inte då de 10 artiklarna i denna litteraturstudie endast bestod av kvantitativa studier. Samtliga 10 artiklar uppfyllde kraven på kvalitetsgranskningen och utgjorde underlaget för studiens resultat (se bilaga 1).

Databearbetning

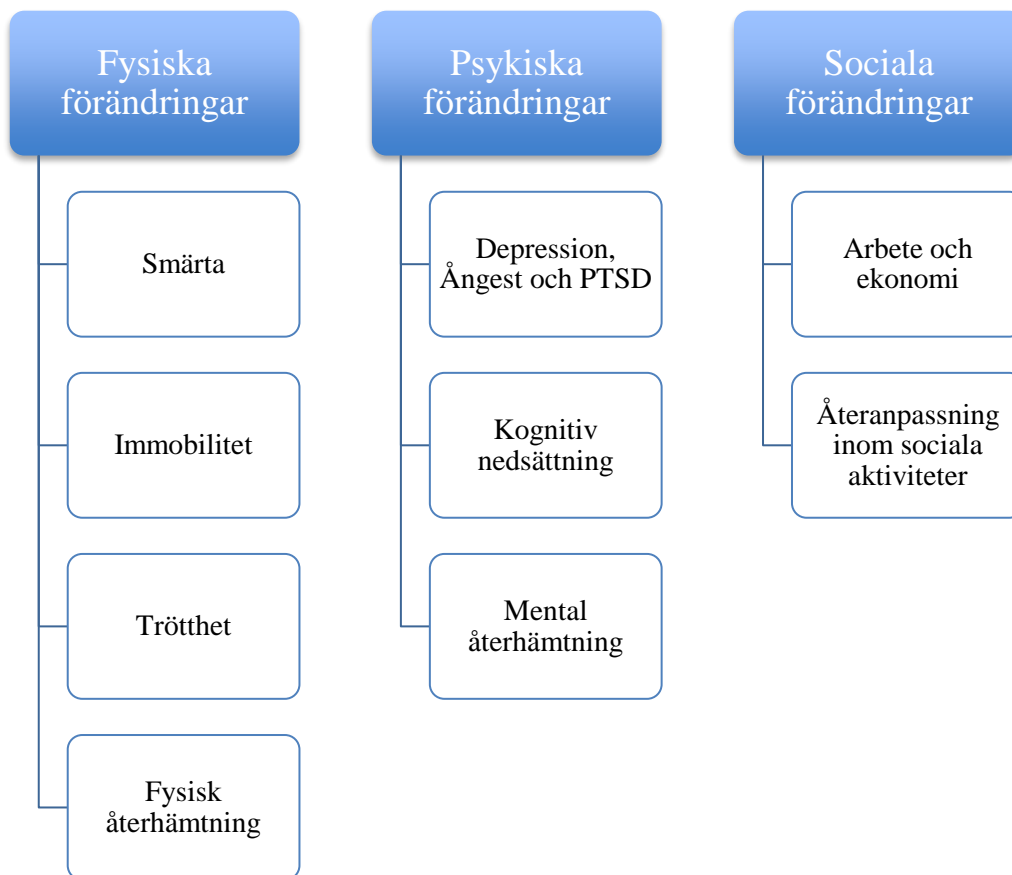
Litteraturstudiens databearbetning utfördes enligt steg 8 i Polit & Beck's (2017) niostegsmodell. Artiklarna analyserades genom att författarna läste artiklarna flertalet gånger både individuellt och gemensamt för att hitta likheter och skillnader med fokus på artiklarnas resultat i förhållande till studiens syfte. Dessa likheter och skillnader färgkodades i artiklarna och skrevs ned i ett separat dokument. Dokumentet sorterades och organiserades om flertalet gånger för att urskilja ytterligare likheter och skillnader. Utifrån detta diskuterades underkategorier samt huvudkategorier fram passande till studiens syfte och en sammanställning av resultatet gjordes enligt steg 9 (Polit & Beck 2017).

Forskningsetiska överväganden

En korrekt datainsamling har i denna studie säkrats med hjälp av Polit & Beck's (2017) niostegsmodell, detta för att undvika inkorrekt analys eller få ett felaktigt resultat (Vetenskapsrådet 2011). Polit och Beck (2017) beskriver vikten av ett etiskt övervägande och samtliga artiklar i denna studie har granskats ur ett etiskt perspektiv. För att uppnå en vetenskaplig nivå och säkerställa det etiska tillvägagångssättet i litteraturstudien användes Polit och Beck's (2017) granskningsmall. Förförståelsen kring studiens ämne har förbisetts i möjligaste mån för att få ett objektiva resultat och undvika feltolkningar. Genomläsning av artiklar har utförts ett flertal gånger, individuellt samt tillsammans för att sedan ha en öppen diskussion och därmed undvika feltolkning. Lexikon har använts vid tvetydiga formuleringar samt vid översättning av det engelska språket.

Resultat

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa patienters livskvalitet efter ett fysiskt trauma. Litteraturstudiens resultat baserades på tio kvantitativa vetenskapliga artiklar. Resultatet kategoriserades under databearbetningen och delades in i tre huvudkategorier med tillhörande underkategorier. Den första huvudkategorin var *Fysiska förändringar* med underkategorierna *Smärta*, *Immobilitet*, *Trötthet* och *Fysisk återhämtning*. Den andra huvudkategorin var *Psykiska förändringar* med underkategorierna *Depression, Ångest och PTSD*, *Kognitiv nedsättning* och *Mental återhämtning*. Den tredje huvudkategorin var *Sociala förändringar* med underkategorierna *Arbete och ekonomi* samt *Återanpassning inom sociala aktiviteter*. Dessa huvudkategorier och underkategorier redovisas översiktligt i Figur 2.



Figur 2. Figuren beskriver huvudkategorier och underkategorier som belyser livskvaliteten efter ett fysiskt trauma.

Fysiska förändringar

Denna huvudkategori beskriver att ett trauma ofta resulterade i fysiska skador och konsekvenser som på olika sätt påverkade individens livskvalitet. Underkategorierna *Smärta*, *Immobilitet*, *Trötthet* samt *Fysisk återhämtning* identifieras som de största faktorerna för fysisk påverkan.

Smärta

Smärta sågs vara en av de främsta fysiska konsekvenserna av ett trauma (Anderson & Holbrook 2007; Soberg-Lundgaard et al. 2007; Kaske et al. 2014) och kunde ge deltagarna långvariga besvär (Ulvik et al. 2008). Det var svårt att uppnå en smärtfri fysik då deltagarna fortfarande upplevde smärta efter traumat och sågs fortfarande ha nedsatt livskvalitet samt besvär i jämförelse med vad som ansågs normativt² (Ulvik et al. 2008; Kaske et al. 2014; Coleman et al. 2015) från sex månader (Coleman et al. 2015) och upp till sju år efter traumat (Ulvik et al. 2008). De deltagare som upplevde störst smärta och besvär vilket sågs leda till nedsatt livskvalitet hade drabbats av trauman som givit skador på nedre och övre extremiteterna, ryggraden (Kaske et al. 2014) samt skador eller frakturer på bäckenet (Anderson & Holbrook 2007; Kaske et al. 2014) vid jämförelse med deltagarna som drabbats av en skallskada (Anderson & Holbrook 2007; Ulvik et al. 2008; Grauwmeijer et al. 2014; Kaske et al. 2014).

Immobilitet

Desto allvarligare skada som uppkommit i samband med ett trauma desto mer mobilitetsproblem sågs (Ulvik et al. 2008; Wasiak et al. 2014; Coleman et al. 2015). Fysiska svårigheter inom immobilitet sågs relaterat till nedsatt rörlighet (Anderson & Holbrook 2007; Ulvik et al. 2008; Kaske et al. 2014) som bestod från sex månader (Anderson & Holbrook 2007) och upp till sju år efter traumat (Ulvik et al. 2008) samt förlamning (Madhu et al. 2007; Coleman et al. 2015) och amputation (Soberg-Lundgaard et al. 2007; Soberg-Lundgaard et al. 2012) vilket ledde till att deltagarna fick insätta hjälpmedel för sina fysiska begränsningar (Anderson & Holbrook 2007) samt insatt vård vid behov (Madhu et al. 2007; Kaske et al. 2014; Coleman et al. 2015). Deltagarna som hade någon typ av nedsatt rörlighet uppgav att detta påverkade deras livskvalitet negativt (Anderson & Holbrook 2007; Madhu et al. 2007; Soberg-Lundgaard et al. 2007; Ulvik et al. 2008; Soberg-Lundgaard et al. 2012; Grauwmeijer et al. 2014; Kaske et al. 2014; Wasiak et al. 2014). Deltagarna uppgav mest fysiska begränsningar vid skador på övre och nedre extremiteter, ryggrad (Kaske et al. 2014) och bäcken (Anderson & Holbrook 2007; Madhu et al. 2007), medan deltagarna som genomgått en skallskada inte uppgav sig ha några märkbara fysiska begränsningar och sågs även ha en högre livskvalitet (Anderson & Holbrook 2007; Ulvik et al. 2008; Soberg-Lundgaard et al. 2012).

Trötthet

Andra fysiska konsekvenser som uppstod efter traumat var olika typer av trötthet som fysisk svaghet, kraftlöshet och brist på energi och deltagarna ansåg att tröttheten var ett stort problem i vardagen och att detta påverkade livskvaliteten negativt (Anderson & Holbrook 2007; Soberg-Lundgaard et al. 2007; Coleman et al. 2015) och sågs hos deltagarna från sex månader (Anderson & Holbrook 2007; Coleman et al. 2015) upp till två år efter traumat (Soberg-Lundgaard et al. 2007).

Fysisk återhämtning

Deltagarnas fysiska återhämtning efter traumat sågs bero på vilka typer av skador som uppkommit och skadornas fysiska komplikationer (Anderson & Holbrook 2007; Madhu et al. 2007; Ulvik et al. 2008; Soberg-Lundgaard et al. 2012; Grauwmeijer et al. 2014; Kaske et al. 2014; Rainer et al. 2014; Wasiak et al. 2014; Coleman et al. 2015). Deltagarna uppgav sig se

² Det som anses normalt i studierna

den största fysiska förbättringen under de första sex månaderna (Rainer et al. 2014) och upp till ett år efter traumat (Soberg-Lundgaard et al. 2007; Soberg-Lundgaard et al. 2012; Grauwmeijer et al. 2014). Den fysiska hälsan sågs förbättras över tid (Soberg-Lundgaard et al. 2007; Ulvik et al. 2008; Soberg-Lundgaard et al. 2012; Grauwmeijer et al. 2014; Rainer et al. 2014) men många av deltagarna sade sig fortfarande ha nedsatt fysisk hälsa samt en nedsatt livskvalitet relaterat till de fysiska komplikationerna som orsakats av traumat (Soberg-Lundgaard et al. 2007; Ulvik et al. 2008; Soberg-Lundgaard et al. 2012; Grauwmeijer et al. 2014; Kaske et al. 2014), vilka fortfarande sågs efter sju år (Ulvik et al. 2008). En tredjedel av deltagarna i Rainer et al. (2014) studie hade en fysisk hälsa som var likvärdig med den normativa fysiska hälsan. Vissa uppgav även en högre nivå av livskvalitet och mätte därför fysiskt bättre ett år efter traumat.

Psykiska förändringar

Huvudkategorin *Psykiska förändringar* handlar om det psykiska måendet och hur detta påverkade livskvaliteten efter ett trauma. Underkategorierna *Depression, Ångest och PTSD, Kognitiv förändring* och *Mental återhämtning* beskriver de psykiska faktorer som påverkades.

Depression, Ångest och PTSD

De vanligaste psykiska problemen som deltagarna upplevde relaterat till traumat var ångest samt depression och dessa resulterade i en nedsatt mental hälsa samt nedsatt livskvalitet hos de drabbade (Anderson & Holbrook 2007; Ulvik et al. 2008; Grauwmeijer et al. 2014; Kaske et al. 2014; Coleman et al. 2015). Deltagarna upplevde även en mental trötthet (Anderson & Holbrook 2007; Soberg-Lundgaard et al. 2007) som bland annat påverkades av oro och ångest och resulterade ofta i sömnproblem och nedsatt livskvalitet sex månader efter traumat (Anderson & Holbrook 2007). En annan långsiktig psykisk konsekvens som sågs påverka livskvaliteten negativt var PTSD, vilket fler deltagare i Kaske et al. (2014) studie drabbades av i jämförelse med hur många som drabbades av ångest och depression två år efter traumat.

Det framkom att fler kvinnor än män drabbades av ångest och depression efter ett trauma (Ulvik et al. 2008) och att de även hade en sämre mental hälsa och nedsatt livskvalitet i jämförelse med männen (Ulvik et al. 2008; Soberg-Lundgaard et al. 2012; Rainer et al. 2014; Wasiak et al. 2014). Ålder visade sig påverka den mentala hälsan och livskvaliteten olika, då de äldre deltagarna i Soberg-Lundgaard et al. (2012) studie visade på en bättre mental hälsa och livskvalitet, medan deltagarna visade det motsatta i Ulvik et al. (2008) och Rainer et al. (2014) studier, där en lägre mental hälsa och livskvalitet sågs hos de äldre deltagarna.

Kognitiv nedsättning

Vissa deltagare uppvisade kognitiva försämringar efter traumat (Anderson & Holbrook 2007; Soberg-Lundgaard et al. 2007; Soberg-Lundgaard et al. 2012; Kaske et al. 2014) som kommunikationssvårigheter samt svårigheter angående förståelse vilka kunde ses upp till fem år efter traumat (Soberg-Lundgaard et al. 2012). Andra kognitiva följder som sågs hos deltagarna sex månader efter traumat var minnes- och koncentrationssvårigheter samt inlärningsproblem (Anderson & Holbrook 2007). Deltagarna uppgav att svårigheter inom den kognitiva hälsan ofta gav nedsatt mental hälsa och en nedsatt livskvalitet (Soberg-Lundgaard et al. 2012; Kaske et al. 2014). I en studie av Soberg-Lundgaard et al. (2012) visade deltagarna som drabbats av en skallskada en sämre funktion för förståelse och kommunikation än vid jämförelse med deltagare med andra skador. Samma resultat visades i Anderson och Holbrook (2007) studie, där deltagarna som drabbats av en skallskada hade

sämre kognitiv funktion vid jämförelse med deltagarna som drabbats av skador på bäcken och rörben.

Mental återhämtning

Deltagarnas mentala hälsa och återhämtning varierade i de olika studierna. Den största förbättringen sågs hos deltagarna under det första halvåret (Rainer et al. 2014) och upp till ett år (Soberg-Lundgaard et al. 2012), men vissa deltagare sågs fortfarande ha en lägre mental hälsa och nedsatt livskvalitet (Soberg-Lundgaard et al. 2012; Kaske et al. 2014; Wasiak et al. 2014) från ett år (Wasiak et al. 2014) och upp till fem år efter traumat (Soberg-Lundgaard et al. 2012). Ett till två år efter traumat visade vissa deltagare en högre livskvalitet samt en bättre mental hälsa än vad som ansågs vara en normativ nivå (Grauwmeijer et al. 2014; Rainer et al. 2014) medan andra deltagare varken sågs förbättras eller försämrats, utan hade samma mentala hälsa som den normativa standarden (Soberg-Lundgaard et al. 2007). I Wasiak et al. (2014) studie fanns ett samband mellan mental ohälsa och fysisk ohälsa. De brännskadade deltagarna sågs ha en sämre mental hälsa samt lägre livskvalitet desto större yta brännskadan täckte (Wasiak et al. 2014).

Sociala förändringar

I denna huvudkategori beskrivs deltagarnas sociala funktion och hur de hanterar vardagliga sysslor efter ett trauma samt hur detta påverkar livskvaliteten. Detta resulterade i underkategorierna *Arbete och ekonomi* och *Återanpassning inom sociala aktiviteter*. Dessa sågs vara de främsta områdena inom det sociala måendet hos deltagarna.

Arbete och ekonomi

Deltagarna uppgav svårigheter att återgå till arbetet relaterat till de fysiska begränsningar som uppstod efter traumat och detta sågs påverka livskvaliteten negativt hos de drabbade (Kaske et al. 2014). Vissa deltagare kunde inte komma tillbaka till arbetet (Madhu et al. 2007; Kaske et al. 2014), var tvungna att byta arbete eller gå i pension (Madhu et al. 2007) relaterat till sina fysiska begränsningar (Madhu et al. 2007; Kaske et al. 2014). Deltagarnas ekonomiska situation förvärrades då de inte kunde arbeta eller varit tvungna att byta arbete relaterat till sina fysiska skador (Kaske et al. 2014).

Återanpassning inom sociala aktiviteter

En viktig del i deltagarnas uppfattning av sin livskvalitet var hur traumat påverkade deras sociala aktiviteter samt vardagsaktiviteter (Anderson & Holbrook 2007; Soberg-Lundgaard et al. 2007; Ulvik et al. 2008; Soberg-Lundgaard et al. 2012; Grauwmeijer et al. 2014; Kaske et al. 2014; Coleman et al. 2015). Deltagarnas sociala aktiviteter i det vardagliga livet och deras livskvalitet påverkades negativt av de fysiska konsekvenserna (Coleman et al. 2015; Kaske et al. 2014) och av de mentala konsekvenserna (Soberg-Lundgaard et al. 2007; Grauwmeijer et al. 2014; Kaske et al. 2014) som uppstod efter traumat. Dessa konsekvenser berörde sociala vardagsaktiviteter som studier, arbete, hushållssysslor samt familje- och fritidsaktiviteter (Ulvik et al. 2008). Den sociala funktionen förbättrades som mest under det första året (Grauwmeijer et al. 2014) och upp till två år efter traumat (Soberg-Lundgaard et al. 2012) där svårigheterna påverkades av den fysiska hälsan (Grauwmeijer et al. 2014). Den sociala funktionen relaterat till deltagarnas mentala och emotionella hälsa sågs två år efter traumat vara över den normativa livskvaliteten (Grauwmeijer et al. 2014).

Diskussion

Syftet med litteraturstudien var att belysa patienters livskvalitet efter ett fysiskt trauma. Ett fysiskt trauma påverkar livskvaliteten och ger fysiska, mentala samt sociala förändringar. Livskvaliteten påverkades även beroende på vilken typ av skada och vilka fysiska och psykiska konsekvenser traumat ledde till.

Resultatdiskussion

Endast en artikel av de tio som ingick i litteraturstudien uppvisade resultat angående PTSD och i denna artikel sågs fler deltagare drabbas av PTSD än av depression och ångest (Kaske et al. 2014) medan flera andra artiklar visade på att depression och ångest var den vanligaste mentala följden. Vid jämförelse med en studie gjord av O'Donnell et al. (2003) sågs PTSD drabba från 17,5% upp till 42% inom de 6 första månaderna efter ett fysiskt trauma. Att PTSD inte sågs i samma utsträckning i litteraturstudiens resultat kan bero på de olika mätinstrument som använts i artiklarna. I Kaske et al. (2014) mättes PTSD med Trauma Outcome Profile (TOP), som är ett trauma-specifikt instrument som mäter hälsorelaterad livskvalitet och innehåller bland annat en psykosocial del som berör ämnet PTSD. I resterande artiklar sågs inget resultat angående PTSD, vilket leder till att litteraturstudien troligtvis hade, baserat på O'Donnell et al. (2003) studie, fått ett annorlunda resultat om artiklarna använt andra mätinstrument som berörde PTSD.

Två artiklar i litteraturstudien visade att en högre livskvalitet än normen kunde uppstå efter ett trauma. Flera av deltagarna i Abrams et al. (2016) studie upplevde en förändrad livssyn efter traumat. Tacksamhet beskrevs mot det sociala stöd och hjälpen som gavs då deltagarna hade svårigheter att ta hand om sig själva. Andra känslor som ödmjukhet och empati växte och deltagarna kände en uppskattning till livet och att de överlevt traumat (Abrams et al. 2016). Dessa känslor samt den förändrade livssynen kan tyda Post Traumatic Growth (PTG), som innebär en positiv personlighetsutveckling efter ett trauma. De individer som upplever PTG har en hög livskvalitet och känner att traumat givit ett nytt positivt tänkande och en ny inställning samt uppskattning till livet (Triplett et al. 2011). Detta kan vara en av orsakerna till varför deltagarna i litteraturstudiens resultat upplevde en högre livskvalitet än normen.

Deltagarna i artiklarna uppfattade sin livskvalitet olika efter deras trauman vilket resulterade i att litteraturstudien visade olika resultat angående deras mående. Detta kan styrkas av deltagarna i Abrams et al. (2016) studie som visade att anpassningen efter ett fysiskt trauma inte endast berodde på skadans omfattning, utan på individens inställning. Deltagaren som hade fått minst skador från traumat uppvisade mest problem att anpassa sig på grund av bristande motivation. Flera deltagare som fått allvarligare skador uppvisade en bättre anpassningsförmåga genom att de hade motivation samt en strävan att utvecklas. De som fick möjligheten att kunna hjälpa andra individer som utsatts för samma skada upplevde en individuell utveckling samt fick en positiv syn på livet (Abrams et al 2016). Detta tyder på att individens inställning har en betydande roll i livskvaliteten samt återhämtningen efter ett trauma.

Litteraturstudiens resultat visade på att kvinnor hade en sämre mental hälsa i jämförelse med männen efter ett trauma. Detta kan styrkas då kvinnorna i Frans et al. (2005) studie visade på mer mentala problem än vad männen gjorde efter ett trauma. I en studie gjord av McLean et al. (2012) jämfördes förekomsten av den generella mentala ohälsan hos de olika könen. Kvinnorna i studien sågs ha en sämre mental hälsa samt fler mentala hälsoproblem och

mentala sjukdomar i jämförelse med männen. Detta kan vara en av anledningarna till varför fler kvinnor i denna litteraturstudie upplevde fler mentala problem efter traumat.

I denna litteraturstudie uppgav deltagarna svårigheter att kunna komma tillbaka till sitt arbete på grund av de skador som traumat orsakat och att detta påverkade livskvaliteten negativt. Detta styrker deltagarna i Dyster-Aas et al. (2007) studie där de som inte kom tillbaka till arbetet efter traumat mådde sämre och hade en lägre hälsorelaterad livskvalitet i jämförelse med de som tog sig tillbaka till sitt arbete. Deltagarna som inte arbetade upplevde en sämre tilltro och inställning till att deras fysiska och psykiska hälsa skulle förbättras. I MacEachen et al. (2010) studie beskrev deltagarna att ekonomin var en faktor som påverkade deras mentala hälsa negativt då de inte kunde gå tillbaka till arbetet efter traumat. Dessa ekonomiska problem ledde till en oro kring hur vardagen skulle gå ihop och oro kring hur ekonomin skulle stabiliseras utan ett arbete.

Resultatet i denna litteraturstudie visade att sociala aktiviteter i det vardagliga livet och livskvaliteten påverkades negativt av de fysiska och mentala konsekvenser som uppstått efter traumat. Deltagarna i Griffiths et al. studie (2015) beskrev en frustration över att inte kunna utföra samma aktiviteter som tidigare på grund av deras fysiska skada. Sociala aktiviteter hindrades då flera deltagare inte hade den fysiska kapaciteten som krävdes för att kunna delta, vilket ledde till en ofrivillig isolering. Då en social isolering uppstod sågs ofta en nedsatt mental hälsa och depression vilket sänkte deltagarnas livskvalitet (Griffiths et al. 2015). Social isolering kunde även uppstå utifrån en nedsatt mental hälsa där känslan av utanförskap gjorde att deltagarna mådde psykiskt dåligt. Tankar kring hur allmänheten skulle uppfatta deltagarna ledde till känslor av oro och ångest vilket gjorde att sociala aktiviteter medvetet undveks (von Mensenkampff et al. 2015). Detta kan ses som en styrka samt en förklaring till varför den sociala funktionen samt de sociala aktiviteterna hade en stor påverkan på livskvaliteten i denna litteraturstudie.

Metoddiskussion

PubMed och CINAHL användes som databaser då de var relevanta och passade in på studiens fokus kring omvårdnadsforskning. Författarna diskuterade i efterhand om ytterligare databaser hade kunnat användas för att få ett bredare urval av artiklar, vilket hade kunnat påverkat studiens resultat. Sökorden som användes diskuterades fram och testades av författarna att spegla syftet. Genom att söka i MeSH- och Headingstermer ökade chansen för att få relevanta träffar. Årtal för publicering begränsades till tio år bakåt i tiden då forskning angående livskvalitet ofta mäts över en längre tidsperiod, vilket resulterade i studier från 2007 och fram till 2016. Detta för att basera resultatet på aktuell forskning inom området vilket ses som en styrka för studiens resultat.

Författarna valde att exkludera artiklar där deltagarna varit med om krigstrauman eller katastrofer då detta ansågs kunna ge ett skevt resultat på grund av en mer komplex påverkan av individens livskvalitet. Av de 169 artiklar som primärgranskades valdes tillslut åtta artiklar ut och studiens exklusionskriterier är förklaringen till det få antalet träffar som passade studiens syfte. På grund av detta söktes två artiklar upp manuellt, för att få ett trovärdigt underlag för studiens resultat.

I Saadat et al. (2009) studie jämfördes deltagare som alla drabbats av en ryggmärgsskada, men den ena gruppen hade skadats i krig medan den andra gruppen skadats av olyckor. De deltagare som skadats i krig visade en sämre hälsorelaterad livskvalitet än den andra gruppen. Krigsveteranerna upplevde en större stress i det vardagliga livet och hade en lägre mental

hälsa relaterat till konsekvenser som uppstått i samband med krig. Emotionella problem gjorde att deltagarna hade svårt att förbättra sin livskvalitet och därmed sågs krigsveteranerna överlag ha en sämre livskvalitet (Saadat et al. 2009). Detta förklarar och stärker litteraturstudiens val att exkludera krigstrauman, då detta hade gett ett mer komplext och annorlunda resultat.

Resultatet i denna litteraturstudie baserades endast på kvantitativa studier. En diskussion uppstod mellan författarna om kvalitativa studier hade givit en djupare beskrivning kring livskvaliteten. Relevant information kring livskvalitet har trots detta kunnat tagits fram ur de kvantitativa artiklarna, detta för att mätinstrumenten som ingått täcker begreppet livskvalitet. De flesta studier har även använt samma mätinstrument, vilket författarna anser styrka resultatet.

Vissa av artiklarna gjorde en sammanställning av resultaten där livskvalitetens komponenter inte gick att utläsa, vilket ledde till att vissa specifika resultat inte kunde tas fram och användas i litteraturstudiens resultat. Hade mätinstrumentens alla delar redovisats separat i dessa artiklar hade detta kunnat användas och stärkt resultatet i denna studie.

Flera artiklar visade på ett stort bortfall (se Bilaga 1) vilket är något författarna reagerade över. Trots det stora bortfallet i vissa artiklar ansågs resultaten vara tillförlitliga, då antalet kvarvarande deltagare ansågs räcka för ett trovärdigt resultat. Flera deltagare visade sig ha avlidit under studiens gång vilket är en av orsakerna till bortfallen. Författarna har diskuterat andra möjliga orsaker, vilka skulle kunna vara att de deltagare som haft en problematisk återhämtning inte vill påminnas eller återuppleva de traumatiska minnena. Detta hade kunnat påverka litteraturstudiens resultat då dessa patienter kanske har en sämre livskvalitet relaterat till en svår återhämtning och därmed problem inom både det fysiska, psykiska och sociala välbefinnandet. Denna litteraturstudies resultat hade därför möjligtvis påverkats av dessa deltagare. En annan orsak skulle kunna vara att deltagarna var inkapabla att utföra studiernas undersökningar relaterat till skador orsakade av trauman.

Könsfördelning i artiklarna sågs vara ojämn, med få kvinnor och fler män. Trots den ojämna könsfördelningen har slutsatser ändå dragits kring kvinnorna, vilket kan ha gett ett skevt resultat i dessa artiklar. De resultat som använts angående kvinnor i denna litteraturstudie har därför jämförts och stärkts med andra studier för att öka tillförlitligheten och för att inte få ett felaktigt resultat.

Artiklarnas geografiska ursprung diskuterades av författarna, men detta ansågs inte ha någon betydande roll för studiens resultat då inga stora skillnader sågs mellan länderna.

Klinisk betydelse

Traumats följder sågs ofta leda till smärta, fysiska begränsningar, psykisk ohälsa, sociala problem samt hinder i vardagen vilka påverkade individens livskvalitet. Dessa konsekvenser kan leda till bestående men långt efter den inträffade olyckan, vilket gör att dessa patienter även kan påträffas utanför traumavården. Resultatet i denna litteraturstudie ger sjuksköterskan kunskap om att livskvaliteten efter ett fysiskt trauma är en individuell upplevelse och att omvårdnaden därför måste anpassas efter individens behov.

Förslag till fortsatt forskning

Forskningen som studerade patienters livskvalitet efter ett fysiskt trauma bestod mestadels av kvantitativa studier vid granskning till denna litteraturstudie. Fortsatt forskning genom ett kvalitativt perspektiv skulle ge en djupare förståelse kring hur och varför patienters livskvalitet påverkas av de faktorer och konsekvenser som traumat ger.

Slutsats

De fysiska och psykiska konsekvenserna som uppstod efter ett fysiskt trauma påverkade patientens livskvalitet både positivt och negativt. Den fysiska och psykiska återhämtningen samt den sociala återanpassningen sågs påverka livskvaliteten olika beroende på skada och var även individuell, då vissa deltagare visade en högre livskvalitet och vissa visade en lägre livskvalitet. Livskvaliteten sågs även förbättras över tid. Resultatets betydelse för sjuksköterskan leder till en ökad förståelse för den individuella upplevelsen av livskvaliteten hos dessa patienter.

Referenser

Artiklar markerade med * ingår i litteraturstudiens resultat.

- Abrams, T-E., Ogletree, R-J., Ratnapradipa, D. & Neumeister, M-W. (2016). Adult survivors lived experience of burn and post-burn health: a qualitative analysis. *Burns*, 42(1), 152-162. doi: 10.1016/j.burns.2015.09.011
- *Anderson, J-P. & Holbrook, T-L. (2007). Quality of well-being profiles followed paths of health status change at micro-and meso-levels in trauma patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(3), 300-8. doi: 10.1016/j.jclinepi.2006.06.003
- Calvert, M. J. & Freemantle, N. (2003). Use of health-related quality of life in prescribing research. Part 1: why evaluate health-related quality of life? *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 28 (6), 513-521. doi: 10.1046/j.0269-4727.2003.00521.x
- Cassel, E-J. (2004). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. 2. uppl. New York: Oxford University Press.
- *Coleman, J-A., Harper, L-A., Perrin, P-B., Olivera, S-L., Perdomo, J-L., Arango, J-A. & Arango-Lasprilla, J-C. (2015). The relationship between physical and mental health variables in individuals with spinal cord injury from Latin America. *PM&R: The Journal of Injury, Function and Rehabilitation*, 7(1), 9-16. doi: 10.1016/j.pmrj.2014.07.009
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. 5. uppl. omarb. och utök. Stockholm: Natur och kultur.
- Dyster-Aas, J., Kildal, M. & Willebrand, M. (2007). Return to work and health-related quality of life after burn injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(1), 49-55. doi: 10.2340/16501977-0005
- EuroQol research foundation five dimensions questionnaire. (u.å). How to use EQ-5D. <http://www.euroqol.org/about-eq-5d/how-to-use-eq-5d.html> [2017-03-10]
- Frans, Ö., Rimmö P-A., Åberg, L. & Fredrikson M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 111(4), 291-9. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00463.x
- *Grauwmeijer, E., Heijenbrok-Kal, M-H. & Ribbers, G-M. (2014). Health-related quality of life 3 years after moderate to severe traumatic brain injury: a prospective cohort study. *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(7), 1268-76. doi: 10.1016/j.apmr.2014.02.002
- Griffiths, F., Mason, V., Boardman, F., Dennick, K., Haywood, K., Achten, J., Parsons, N., Griffin, X. & Costa, M. (2015). Evaluating recovery following hip fracture: a qualitative interview study of what is important to patients. *BMJ Open*, 5(1), 1-10. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005406v
- International Council of Nurses [ICN] (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: International Council of Nurses.

- *Kaske, S., Lefering, R., Trentzsch, H., Driessen, A., Bouillon, B., Maegele, M. & Probst, C. (2014). Quality of life two years after severe trauma: a single centre evaluation. *Injury: International Journal of the Care of the Injured*, 45(3), 100-105. doi: 10.1016/j.injury.2014.08.028
- Lindwall, L. (2004). *Kroppen som bärare av hälsa och lidande*. Åbo: Åbo Akademi.
- MacEachen, E., Kosny, A., Sue Ferrier. & Chambers, L. (2010). The “toxic dose” of system problems: why some injured workers don’t return to work as expected. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), 349–366. doi: 10.1007/s10926-010-9229-5
- *Madhu, T-S., Raman, R. & Giannoudius, P-V. (2007). Long-term outcome in patients with combined spinal and pelvic fractures. *Injury: International Journal of the Care of the Injured*, 38(5), 598-606. doi: 10.1016/j.injury.2006.11.005
- McLean, C-P., Asnaani, A., Litz, B-T. & Hofmann, S-G. (2012). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research*, 45(8), 1027–1035. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.03.006.
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap [MSB] (2014). *Fallolyckor*. Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap [MSB] (2015). *Bränn - och skållningsskador*. <https://ida.msb.se/dokument/infoblad/BrannSkallning.pdf> [2017-02-21]
- National institute of mental health [NIMH] (2016). *Post-Traumatic Stress Disorder*. https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml#part_145376 [2017-02-21]
- Nordenfelt, L. (2004). *Livskvalitet och hälsa: Teori & kritik*. 2. uppl. Linköping: Universitet, Institutionen för hälsa och samhälle.
- O’Donnell, M-L., Creamer, M., Bryant, R-A., Schnyder, U. & Shalev, A. (2003). Posttraumatic disorders following injury: an empirical and methodological review. *Clinical Psychology Review*, 23(4), 587-603. doi: 10.1016/S0272-7358(03)00036-9
- Polit, D-F. & Beck, C-T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10. uppl. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Pytel, C., Fielden, N-M., Meyer, K-H. & Albert N. (2009). Nurse-patient/visitor communication in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 35(5), 406-11. doi: 10.1016/j.jen.2008.09.002
- *Rainer, T-H., Yeung, J-H-H., Cheung, S-K-C., Yuen, Y-K-Y., Poon., W-S., Ho, H-F., Kam, C-W., Cattermole, G-N., Chang, A., So, F-L. & Graham, C-A. (2014). Assessment of quality of life and functional outcome in patients sustaining moderate and major trauma: a multicentre, prospective cohort study. *Injury: International Journal of the Care of the Injured*, 45(5), 902-9. doi: 10.1016/j.injury.2013.11.006

- RAND Corporation (u.å.). 36-Item Short Form Survey (SF-36).
https://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html [2017-03-10]
- Saadat, S., Javadi, M., Divshali, B-S., Tavakoli, A-H., Ghodsi, S-M., Montazeri, A. & Rahimi-Movaghar, V. (2010). Health-related quality of life among individuals with long-standing spinal cord injury: a comparative study of veterans and non-veterans. *BMC Public Health*, 10(6), 1-7. doi: 10.1186/1471-2458-10-6
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- *Soberg-Lundgaard, H., Bautz-Holter, E., Roise, O. & Finset, A. (2007). Long-term multidimensional functional consequences of severe multiple injuries two years after trauma/ a prospective longitudinal cohort study. *The Journal of Trauma*, 62(2), 461-70. doi: 10.1097/01.ta.0000222916.30253.ea
- *Soberg-Lundgaard, H., Finset, A., Roise, O. & Bautz-Holter, E. (2012). The trajectory of physical and mental health from injury to 5 years after multiple trauma/ a prospective, longitudinal cohort study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(5), 765-774. doi: 10.1016/j.apmr.2011.08.050
- Socialstyrelsen (2011). *Svenska Traumaregistret*.
<http://www.socialstyrelsen.se/register/register-service/nationellakvalitetsregister/svenska-traumaregistret> [2017-02-21]
- Socialstyrelsen (u.å.). *Posttraumatiskt stressyndrom*.
<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/posttraumatisktstressyndrom-f4> [2017-02-21]
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (2002). *Fetma – problem och åtgärder. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (2012). *Viktigt men svårt att mäta livskvalitet*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Sullivan, M., Karlsson, J. & Taft, C. (2002). *SF-36 Hälsoenkät: Manual och tolkningsguide*. 2:a uppl. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
- Svenska traumaregistret [SweTrau] (2015a). *Årsrapport 2015*. Stockholm: Svenska traumaregistret.
- Svenska traumaregistret [SweTrau] (2015b). *Manual Svenska Traumaregistret*. Stockholm: Svenska traumaregistret.
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF] (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Triplett, K-N., Tedeschi, R-G., Cann, A., Calhoun, L-G. & Reeve, C-L. (2011). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 400-410. doi: 10.1037/a0024204

*Ulvik, A., Kvåle, R., Wentzel-Larsen, T. & Flaatten, H. (2008). Quality of life 2-7 years after major trauma. *The Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 52(2), 195-201. doi: 10.1111/j.1399-6576.2007.01533.x

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningsled.* Lund: Vetenskapsrådet

von Mensenkampff, B., Ward, M., Kelly, G., Cadogan, S., Fawsit, F. & Lowe, N. (2015). The value of normalization: group therapy for individuals with brain injury. *Brain Injury*, 29(11), 1292-1299. doi: 10.3109/02699052.2015.1042407

*Wasiak, J., Lee, S-J., Paul, E., Mahar, P., Pfitzer, B., Spinks, A., Cleland. & Gabbe, B. (2014). Predictors of health status and health-related quality of life 12 months after severe burn. *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries*, 40(4), 568-74. doi: 10.1016/j.burns.2014.01.021

World Health Organization [WHO] (1997). *WHOQOL - Measuring quality of life*. Geneva: WHO.

World Health Organization [WHO] (2014). *Injuries and violence the facts*. Geneva: WHO.

World Health Organization [WHO] (2015). *Global status report on road safety*. Geneva: WHO.

World Health Organization [WHO] (2016a). *Falls*.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/> [2017-02-21]

World Health Organization [WHO] (2016b). *Burns*.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/> [2017-02-21]

World Health Organization [WHO] (2016c). *Road traffic injuries*.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/en/> [2017-02-21]

Bilaga 1 - Artikelmatris

Författare	Titel, land och år	Syfte	Metod, antal deltagare och bortfall	Huvudresultat
Anderson, J-P. & Holbrook, T-L.	Quality of well-being profiles followed paths of health status change at micro-and meso-levels in trauma patients. USA, 2007	Att undersöka och jämföra livskvalitet hos traumapatienter med skallskador och frakturer på rörben och bäcken, upp till 6 månader efter skadetillfälle.	Metod: Kvantitativ, prospektiv, longitudinell, epidemiologisk studie. Datainsamling: Självskattningsskalan QWB ¹ användes angående livskvalitet. Urval: Deltagarna var drabbade av stora trauman och var med i San Diegos regionala trauma-systemet. Totalt deltog 574 deltagare, 70 % män och 30 % kvinnor. Bortfall: 213	Beroende på vilken fysisk skada traumat orsakade upplevde deltagarna sin livskvalitet olika. Vid jämförelse av livskvaliteten mellan skallskador och frakturer på rörben/bäcken sågs en lägre fysisk livskvalitet hos deltagarna med frakturer på rörben/bäcken än de som drabbats av en skallskada. Dock sågs en kognitiv nedsättning vara vanligare hos deltagarna med skallskador. Den sociala aktiviteten sågs ha en stor inverkan på livskvaliteten.
Coleman, J-A., Harper, L-A., Perrin, P-B., Olivera, S-L., Perdomo, J-L., Arango, J-A. & Arango-Lasprilla, J-C.	The relationship between physical and mental health variables in individuals with spinal cord injury from Latin America. Colombia, 2015	Att undersöka sambandet mellan livskvalitet och mental hälsa hos individer med ryggmärgsskada.	Metod: Kvantitativ tvärsnittsstudie. Datainsamling: Självskattningsformulären SF-36 ² , SWLS ³ , PHQ-9 ⁴ och STAI ⁵ användes och deltagarna blev intervjuade i deras hem 6 månader efter traumat. Urval: Deltagarna hade ryggmärgsskador från ett tidigare trauma. Totalt deltog 40 personer, 93 % män och 7 % kvinnor. Bortfall: 0	Individer som hade låg energi och kände en trötthet drabbades ofta av ångest och upplevde en nedsatt livskvalitet. Hög livskvalitet sågs höra ihop med god mental hälsa.

¹ Quality of Well-being Scale

² 36-Item Short Form Health Survey

³ Satisfaction With Life Scale

⁴ Patient Health Questionnaire-9

⁵ State Trait Anxiety Inventory

Författare	Titel, land och år	Syfte	Metod, antal deltagare och bortfall	Huvudresultat
Grauwmeijer, E., Heijenbrok-Kal, M-H. & Ribbers, G-M.	Health-related quality of life 3 years after moderate to severe traumatic brain injury: a prospective cohort study. Nederländerna, 2014	Att undersöka tidsutvecklingen av hälso-relaterad livskvalitet efter måttligt/svår traumatisk skallskada under 3 års tid.	Metod: Kvantitativ, prospektiv kohortstudie. Datainsamling: Självskattningsformulären SF-36, GOS ⁶ , Barthel Index, FIM ⁷ , FAM ⁸ och WSRS ⁹ användes under olika uppföljningstillfällen under tre års tid med hjälp av både enkäter samt intervjuer. Urval: Deltagarna var patienter med måttlig till svår traumatisk skallskada. Totalt deltog 113 personer, 72 % män och 28 % kvinnor. Bortfall: 47	En successiv förbättring av den fysiska livskvaliteten sågs under studiens gång. Det sågs inga stora förändringar i den mentala hälsan under mätningens gång och den slutliga mätningen visar att den mentala hälsan och livskvaliteten hos de drabbade var likvärdig med den normativa populationen.
Kaske, S., Lefering, R., Trentzsch, H., Driessen, A., Bouillon, B., Maegele, M. & Probst, C.	Quality of life two years after severe trauma: a single centre evaluation. Tyskland, 2014	Att undersöka livskvaliteten 2 år efter ett trauma.	Metod: Kvantitativ prospektiv tvärsnittstudie. Datainsamling: Enkäter där deltagarna använde självskattnings-skalorna POLO-Chart ¹⁰ , EQ-5D ¹¹ , SF-36 och TOP ¹² . Urval: Deltagarna var patienter som behandlades för sina traumatiska skador och var registrerade i traumaregistret DGU1 i den tyska trauma-föreningen. Totalt deltog 209 deltagare, 70 % män och 30 % kvinnor. Bortfall: 80	Fysiska komplikationer som ihållande smärta och immobilitet samt mental ohälsa sågs påverka livskvaliteten hos deltagarna två år efter inträffat trauma. Socioekonomiska problem sågs då vissa deltagare inte kunde komma tillbaka till arbetet och detta påverkade livskvaliteten negativt samt gav ekonomiska problem.

⁶ Glasgow Outcome Scale

⁷ Functional Independence Measure

⁸ Functional Assessment Measure

⁹ Wimbledon Self-Report Scale

¹⁰ Polytrauma Outcome Chart

¹¹ European Quality of Life Five Dimension Questionnaire

¹² Trauma Outcome Profile

Författare	Titel, land och år	Syfte	Metod, antal deltagare och bortfall	Huvudresultat
Madhu, T-S., Raman, R. & Giannoudius, P-V.	Long-term outcome in patients with combined spinal and pelvic fractures England, 2007	Att undersöka patienter med ryggradsfraktur och bäckenfraktur som orsakats av trauma och hur det påverkar livskvaliteten 2 år efter trauma.	Metod: Kvantitativ longitudinell studie. Datainsamling: Data har samlats in retrospektivt. Enkät där deltagarna använde självskattnings-skalan EQ-5D angående frågor kring livskvalitet och hälsostatus. Urval: Deltagarna var patienter med ryggrads- och bäckenfrakturer. Totalt deltog 90 personer, 73 % män och 27 % kvinnor. Bortfall: 0	Livskvaliteten upplevdes olika beroende på vilken typ av fysisk skada traumat orsakade och de som drabbats av bäckensador hade en lägre livskvalitet än deltagarna som hade ryggradsfrakturer. Deltagarna i båda grupperna hade en lägre fysisk livskvalitet än normen två år efter traumat.
Rainer, T-H., Yeung, J-H-H., Cheung, S-K-C., Yuen, Y-K-Y., Poon., W-S., Ho, H-F., Kam, C-W., Cattermole, G-N., Chang, A., So, F-L. & Graham, C-A.	Assessment of quality of life and functional outcome in patients sustaining moderate and major trauma: a multicentre, prospective cohort study Kina, 2014	Att undersöka livskvaliteten under 1 år efter inträffat trauma, samt identifiera och kunna förutsäga överlevnadsfaktorer.	Metod: Kvantitativ prospektiv kohortstudie. Datainsamling: Självskattningsformulären SF-36 och GOSE ¹³ användes gällande fysisk och mental hälsa och genomfördes vid fyra tillfällen under 1 års tid. Urval: Deltagarna var patienter som utsatts för trauma. Totalt deltog 400 personer, 70 % män och 30 % kvinnor. Bortfall: 224	Vissa av deltagarna hade en mental hälsa samt en livskvalitet som var likvärdig eller bättre än den normativa populationen, men de flesta av deltagarnas fysiska hälsa och livskvalitet var lägre än den normativa populationen.

¹³ Extended Glasgow Outcome Scale

Författare	Titel, land och år	Syfte	Metod, antal deltagare och bortfall	Huvudresultat
Soberg-Lundgaard, H., Bautz-Holter, E., Roise, O. & Finset, A.	Long-term multidimensional functional consequences of severe multiple injuries two years after trauma/ a prospective longitudinal cohort study. Norge, 2007	Att undersöka hälsostatus och livskvalitet 2 år efter trauma samt hur detta påverkas av demografiska faktorer och av de skador som uppstår.	Metod: Kvantitativ prospektiv kohortstudie. Datainsamling: Självskattningsformulären SF-36, WHODAS II ¹⁴ och COG ¹⁵ användes vid tre uppföljningstillfällen, varav två utfördes med hjälp av telefonintervjuer. Urval: Deltagarna var patienter som utsatts för multipelt trauma. Totalt deltog 107 personer, 83 % män och 17 % kvinnor. Bortfall: 6	Trauman resulterar ofta i fysiska och psykiska konsekvenser som kan leda till en nedsatt livskvalitet. En nedsatt mental hälsa påverkade deltagarnas sociala aktiviteter och deras livskvalitet negativt, hos de flesta deltagare sågs dock den mentala hälsan inte vara förändrad jämfört med den normativa populationen.
Soberg-Lundgaard, H., Finset, A., Roise, O. & Bautz-Holter, E.	The trajectory of physical and mental health from injury to 5 years after multiple trauma/ a prospective, longitudinal cohort study. Norge, 2012	Att undersöka utvecklingen av den fysiska och psykiska livskvaliteten under 5 år efter ett trauma.	Metod: Kvantitativ prospektiv kohortstudie. Datainsamling: Självskattningsformulären SF-36 och WHODAS II genomfördes vid fem uppföljningstillfällen och deltagarna blev kontaktade via mail. Urval: Deltagarna var patienter som utsatts för multipelt trauma. Totalt deltog 105 personer, 83 % män och 17 % kvinnor. Bortfall: 27	En nedsatt fysisk och mental hälsa samt en nedsatt livskvalitet sågs hos vissa av deltagarna och sågs bero på vilka typer av skador som uppkommit. Den fysiska och psykiska hälsan sågs förbättras över tid men många sågs fortfarande ha en nedsatt livskvalitet. Den sociala aktiviteten sågs ha en stor inverkan på livskvaliteten.

¹⁴ World Health Organization Disability Assessment Schedule II

¹⁵ Cognitive Function Scale

Författare	Titel, land och år	Syfte	Metod, antal deltagare och bortfall	Huvudresultat
Ulvik, A., Kvåle, R., Wentzel-Larsen, T. & Flaatten, H.	Quality of life 2-7 years after major trauma. Norge, 2008	Att undersöka livskvalitet 2 - 7 år efter trauma och utskrivning från intensivvård.	Metod: Kvantitativ kohort-studie. Datainsamling: Självskattningsformuläret EQ-5D användes och utfördes genom telefonintervju för få optimal svarsfrekvens. Urval: Deltagarna var patienter som utsatts för trauma. Totalt deltog 210 deltagare, 81 % män och 19 % kvinnor. Bortfall: 18	Majoriteten av deltagarna upplevde en minskad livskvalitet och uppgav att detta berodde på konsekvenser av traumat. Den fysiska hälsan förbättrades över tid och livskvaliteten sågs även bero på vilken typ av skada traumat orsakat. Fysiska och psykiska konsekvenser ledde till begränsningar inom vardagsaktiviteter samt en nedsatt livskvalitet.
Wasiak, J., Lee, S-J., Paul, E., Mahar, P., Pfitzer, B., Spinks, A., Cleland. & Gabbe, B.	Predictors of health status and health-related quality of life 12 months after severe burn. Australien, 2014	Att undersöka och identifiera patienter med potentiellt låg livskvalitet, 12 månader efter brännskada.	Metod: Kvantitativ prospektiv tvärsnittsstudie. Datainsamling: Självskattningsformulären SF-36v2 ¹⁶ och BSHS-B ¹⁷ användes för att mäta deltagarnas livskvalitet och konsekvenserna av brännskadorna. Urval: Deltagarna var patienter med brännskador. Totalt deltog 99 deltagare, 75 % män och 25 % kvinnor. Bortfall: 15	Kvinnor sågs ha en sämre mental hälsa och en nedsatt livskvalitet efter ett trauma i jämförelse med männen. En hög procentuell täckning av brännskadan visade på en sämre fysisk hälsa samt en nedsatt livskvalitet.

¹⁶ Short Form Medical Outcomes Survey

¹⁷ Burn Specific Health Scale-Brief