

# När närhet kräver distans

Sjuksköterskans upplevelser och känslomässiga strategier för att hantera mötet med lidande och döende patienter.

FÖRFATTARE	Amanda Ekelöf
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng/ OM5250, Examensarbete i omvårdnad, VT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Margareta Sköld
EXAMINATOR	Hanna Falk

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	När närhet kräver distans
Titel (engelsk):	When closeness requires distance
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM 5250, Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	23 sidor
Författare:	Amanda Ekelöf
Handledare:	Margareta Sköld
Examinator:	Hanna Falk

---

## SAMMANFATTNING (svenska)

**Bakgrund:** Sjuksköterskan utsätts ständigt för emotionella utmaningar i mötet med patienter. Empati och ett professionellt förhållningssätt är grundläggande kompetenser för att möjliggöra god omvårdnad och för att lindra lidande för patienter och anhöriga. Om sjuksköterskan inte kan hantera sina känslor kan dessa möten ge upphov till att hennes/ hans hälsa riskerar att påverkas negativt. Individen hanterar svåra situationer känslomässigt och praktiskt med hjälp av olika copingstrategier. Inom människovårdande yrken kan framgångsrika copingstrategier innebära att ångesten inför vissa situationer blir mindre. Samtidigt riskerar omvårdnaden och bemötandet mot patienter att bli sämre om sjuksköterskan för att skydda sig själv försöker tillämpa avståndstagande och undvikande strategier mot patienten. **Syfte:** Att belysa sjuksköterskans upplevelse av att möta lidande och döende patienter, samt beskriva vilka känslomässiga strategier sjuksköterskan använder för att värna om sitt eget välmående i dessa situationer. **Metod:** Kvalitativ innehållsanalys. Till arbetet användes tio artiklar som hittats genom systematiska litteratursökningar i Cinahl och Scopus. **Resultat:** Sjuksköterskornas upplevelser och känslor i mötet med lidande och döende patienter gav upphov till temana känslor av *maktlöshet och frustration, osäkerhet och skuld* samt *sorg och förlust*. Copingstrategierna som användes av sjuksköterkorna var att *lära sig acceptans, söka stöd i relationer, skapa distans till patient och anhöriga* samt *ge god omvårdnad*. **Slutsats:** I det omvårdnadsarbetet kan analysen bidra till att skapa medvetenhet om att även sjuksköterskans hälsa är sårbar i patientarbetet och bidra till att skapa diskussion om hur distanserande beteenden kan användas i patientarbetet utan att det påverkar kvalitén på omvårdnaden. Den kan också bidra till att skapa diskussion kring vad långvarig exponering för känslomässigt betingad stress kan ha för konsekvenser för sjuksköterskans hälsa och hur arbetsmiljön kan förbättras för att minska risken för dessa konsekvenser.

## Innehåll

<b>1. Inledning</b> .....	1
<b>2. Bakgrund</b> .....	1
2.1 Empati, begrepp och perspektiv .....	1
2.2 Professionell hållning och förhållningssätt .....	2
2.3 Copingstrategier och hanterbarhet.....	3
2.3.1 Hanterbarhet och känsla av sammanhang .....	4
2.4 Stresspåverkan och empatisk förmåga .....	5
2.4.1 Utbrändhet och emotionell utmattning .....	5
2.5 Sjuksköterskans sårbarhet och meningsskapande .....	6
2.6 Problemformulering .....	7
<b>3. Syfte</b> .....	7
<b>4. Metod</b> .....	7
4.1 Litteratursökning .....	7
4.2 Urval .....	8
4.2.1 Inklusionskriterier.....	8
4.2.2 Exklusionskriterier .....	8
4.3 Kvalitetsgranskning och analys .....	8
<b>5. Resultat</b> .....	9
5.1 Källor till stress .....	9
5.1.1 Känslor av maktlöshet och frustration.....	9
5.1.2 Känslor av oro och skuld.....	10
5.1.3 Känslor av sorg och förlust.....	10
5.2 Copingstrategier .....	11
5.2.1 Att lära sig acceptera döden .....	11
5.2.2 Att söka stöd i relationer på arbetsplatsen .....	12
5.2.3 Att skapa distans.....	13
5.2.4 Att ge god omvårdnad .....	14
<b>6. Diskussion</b> .....	15
6.1 Metoddiskussion.....	15
6.2 Resultatdiskussion .....	17
6.2.1 Förutsättningar för empati och professionellt förhållningssätt .....	17

6.2.2 Relationer till patientens anhöriga och till kollegor .....	18
6.2.3 Närhet, distans och god omvårdnad .....	19
6.2.4 Förutsättningar för känsla av sammanhang .....	20
<b>7. Sammanfattning .....</b>	<b>20</b>
<b>8. Referenser .....</b>	<b>22</b>
Bilaga 1. Artikelsökningar	
Bilaga 2. Modell för kvalitetsgranskning	
Bilaga 3. Artikelsammanfattning	

# 1. Inledning

Att lindra lidande för patienter och anhöriga är grundläggande inom sjuksköterskeprofessionen. Vi utbildar oss för att värna om människors hälsa och i detta ingår att kunna möta människor i kris och i möjligaste mån minska den oro och smärta de upplever. Frågan är vad som händer med sjuksköterskans egen hälsa vid dessa möten. Frågeställningen blev central för mig under min senaste praktik då jag konfronterades med mina egna känslor inför att möta unga människor med svåra cancersjukdomar. Jag upplevde att jag vissa dagar inte kunde släppa tankarna på patienterna efter praktikdagens slut och att detta påverkade min vardag.

I ICN:s (2007) etiska kod för sjuksköterskor står att läsa ”Sjuksköterskan sköter sin hälsa så att förmågan att ge vård inte äventyras”. I socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) betonas vikten av att ha ett holistiskt synsätt på omvårdnad då sjuksköterskan ska ta in och försöka förstå patientens psykiska, sociala, andliga och fysiska dimensioner samt upplevelser. Under utbildningen har vi dock inte diskuterat hur vi ska kunna kombinera att vårda och behålla vårt engagemang och det holistiska synsättet yrkeslivet ut. När inte någon diskussion förs kring dessa frågor förmedlas bilden av att sjuksköterskans engagemang förutsätts vara en statisk, aldrig falnande låga oavsett vilka situationer hon/han ställs inför i arbetslivet. Eller att sjuksköterskans egen hälsa aldrig kan påverkas vid mötet med lidande patienter och tragiska livsöden inom den personcentrerade<sup>1</sup> vården.

Kanske går det inte att förbereda sig själv på sin reaktion av att se en människa lida eller inför att följa hur en ung människa oundvikligen närmar sig döden. Däremot går det att lära sig olika strategier för att kunna hantera sina känslor, samt genom forskning ta del av de känslomässiga strategier som fungerat bättre eller sämre för yrkesverksamma sjuksköterskor. Jag har därför valt att fördjupa mig i hur sjuksköterskan mår i mötet med lidande och död och att undersöka de olika copingstrategier som används. För trots att sjuksköterskeutbildningen ger en god grund att stå på vad gäller att i yrkesutövandet ta till vara andras hälsa har jag saknat en diskussion kring hur vi ska ta hand om oss själva i arbetet.

## 2. Bakgrund

### 2.1 Empati, begrepp och perspektiv

I svenska akademins ordlista förklaras begreppet empati som ”förmåga till inlevelse med andra personers känslor” (SAOL 2011). Holm (2009) menar att begreppet inte enbart innefattar förståelse för andras känslor, utan även förmågan att kunna använda den förståelsen i bemötandet med andra. Empati är i grund och botten ett neutralt begrepp utan värderingar. Detta skiljer begreppet empati från begreppet sympati vilket snarare innefattar medlidande, medkännande och personliga känslor som att känna starkt för en annan människa. I ett vårdssammanhang är därmed empati en lämpligare term då det inom människovårdande yrken är grundläggande att kunna förstå och bemöta en annan persons känslor, men inte nödvändigtvis att uppleva dem.

Holm (2009) konstaterar att vårdforskning och psykiatrisk forskning oftast närmar sig empatibegreppet utifrån dess olika beståndsdelar; affektiv del, kognitiv del och beteendedel. Affektiv/känslomässig empati innebär den känslomässiga reaktion individen kan få av en

---

<sup>1</sup> Personcentrerad vård är när omvårdnaden strävar efter att synliggöra hela individen och där det är lika viktigt att tillgodose andliga, existentiella, sociala och psykiska behov som fysiska behov (SSF, 2010).

annan människas känslor. Kognitiv/intellektuell empati innebär den bedömning och den förståelse som den andres känslor ger upphov till på ett teoretiskt plan. Beteendedelen speglar avsikten att förmedla förståelse för den andres känslor samt medkänsla.

Även om empatin är en förutsättning för god vård är det ett problem om sjuksköterskan inte kan släppa tanken på sina patienter efter arbetspasset. Det önskvärda vårdandet är att kunna förstå en patients situation ur ett holistiskt perspektiv, bemöta patienten med inlevelse, förståelse och värme och ändå kunna släppa tanken på patienten efteråt. För att åstadkomma detta krävs att sjuksköterskan har förmågan att växla mellan kognitiva och affektiva empatiska processer. Det är förmågan att vara närvarande i känslorna i mötet men sedan kunna ha en distans till dem och se dem på ett teoretiskt plan som gör empati till ett lämpligt professionellt verktyg (Holmdal, 1990).

I en litteraturoversikt av Kunyk & Olson (2001) konstateras att olika omvårdnadsforskare närmar sig begreppet från olika perspektiv varför en enhetlig beskrivning av empati och hur begreppet används inom omvårdnad saknas. Gemensamt är dock att begreppet oftast handlar om relationsskapande, hur man vårdar, ger stöd och samarbetar med patienten.

Begreppet empati enl. Holms (2009) definition;

”Empati betyder att fånga upp (affektiv del) och förstå (kognitiv del) en annan människas känslor och att vägledas av den förståelsen (beteendedel) i kontakten med den andra. Det är alltså fråga om både en inre process om att nå förståelse och ett sätt att kommunicera denna förståelse, inte bara i ord utan i alla de handlingar som riktas mot den andra.” (Holm, 2009. s.88)

## 2.2 Professionell hållning och förhållningssätt

Professionell hållning definieras ofta i olika sammanhang som affärsmässighet, dvs en hållning i yrkeslivet där det viktigaste är att tillhandahålla god service utan bli för personlig. Denna förståelse av begreppet kan tyckas lämpa sig illa inom människovårdande yrken (Holm, 2001). Professionell hållning kan därför hellre definieras som;

”En ständig strävan att i yrkesutövandet styras av det som - på kort och lång sikt- gagnar den hjälpsökande, inte av de egna behoven, känslorna och impulserna. Det innebär att visa respekt, intresse, värme, medmänsklighet, empati och ett personligt bemötande.” (Holm 2001. s. 42)

Professionell hållning innebär som namnet antyder ett förhållningssätt snarare än ett handlingsmönster. För en god professionell hållning krävs att vårdgivaren har kunskap och förståelse för den andres reaktioner och handlingar samt att hon/han är medveten om sitt eget sätt att hantera och bemöta dessa situationer.

Holmdal (1990) instämmer i denna definition. Hon menar också att även om det är viktigt att inte ständigt identifiera sig med patienter och känna deras känslor är det antagligen oundvikligt att det ibland händer att sjuksköterskan släpper fram all sin inlevelse i mötet med en patient. Den professionella hållningen tar antagligen inte skada av detta så länge det inte händer hela tiden. Förhoppningsvis finns det ett värde i dessa situationer, då sjuksköterskan lär sig mer om sig själv och således kan arbeta med att utveckla sitt professionella förhållningssätt.

Professionell hållning vilar på tre hörnstenar: empati, kunskap om psykologiska och sociala förhållanden samt självkänedom. Kunskap om psykologiska och sociala förhållanden handlar om allt från att förstå psykologiska försvarsmekanismer till att veta hur medveten och omedveten kommunikation tar sig i uttryck, förstå hur människors olika psykologiska försvar

bör bemötas samt att förstå konsekvensen av dessa sätt att bemöta dem. Denna aspekt av professionell hållning är således delvis möjlig att lära sig på ett teoretiskt plan, alltså genom litteratur och utbildning (Holm, 2001).

Självkänedom är viktigt då det endast är om individen är medveten om sina egna känslor och reaktioner som hon/han har förutsättningen att hantera dem. Att ständigt kunna förutse sina känslomässiga reaktioner, även i helt nya situationer, är naturligtvis inte möjligt. Dock kommer varje ny erfarenhet som vårdgivaren ställs inför att öka hennes/hans medvetande om sina känslor, och om sina sätt att reagera på olika situationer. Genom erfarenhet lär sig individen vilka psykiska försvar hon/han oftast använder och vilka situationer som upplevs som svårast. Att öka sin självkänedom är således en lärandeprocess som pågår genom hela livet. Varje ny erfarenhet kan leda till bättre självkänedom och bättre förutsättningar att hantera situationen när den uppkommer nästa gång. En del i att få bättre självkänedom är att lära sig erkänna även sina mindre ”dygdiga” känslor för sig själv. Även känslor som irritation, rädsla eller trötthet är legitima känslor i mötet med patienter. Det essentiella är att vårdgivaren inte oreflekterat lever ut dessa känslor. För att undvika detta bör vårdgivaren ge sig själv möjlighet att bearbeta dessa känslor istället för att trycka undan dem. Känslor som trycks undan har nämligen en tendens att ändå komma fram i dennes beteende och då ofta utan att vårdgivaren har möjlighet att kontrollera uttrycket som de tar. Inga känslor är ”förbjudna” att känna, det viktiga är att genom självkänedom lära sig att kontrollera dem så att de inte tar över i mötet med patienten (Holm, 2001).

Enligt Svensk Sjuksköterskeförenings värdegrund för omvårdnad (2010) ska sjuksköterskans professionsetik bygga på grundläggande humanistiska värderingar som demokrati och mänskliga rättigheter. Den etiska plattform som formar sjuksköterskans professionsetik är också vad som ligger till grund för hennes/hans professionella förhållningssätt. Värdegrunden tar upp professionellt förhållningssätt utifrån hur det yttras i mötet med patienten och vårdare vilket ska spegla allas lika värde och rätt att bli bemötta utan diskriminering. Detta förhållningssätt ska genomsyra hela den svenska sjukvården. Diskussionen om sjuksköterskans professionella förhållningssätt handlar i värdegrunden således om fundamentala värderingar och tar inte upp hur sjuksköterskan på ett individuellt plan ska arbeta med sig själv för att kunna förmedla dessa.

### **2.3 Copingstrategier och hanterbarhet**

Lazarus och Folkman (1984) menar att individen i svåra situationer hela tiden analyserar vilka konsekvenser dessa kan komma att ha på dennes hälsa. Om individen identifierar en situation som en stressfaktor, alltså en situation som utmanar eller överskrider individens resurser, bedöms situationen antingen utifrån den skada som har skett eller utifrån vilket hot om skada som föreligger. Hotet om skada bedöms utifrån dess styrka och art, hur väl vi kan kontrollera det samt våra individuella förutsättningar att klara det. Om hotet upplevs som för svårt att hantera kommer en stressrespons utlösas. Hur vi reagerar på en viss situation beror således på vilken personlig bedömning individen gör av situationen. Därför kommer en stressreaktion utlösas både när en situation förväntas vara stressande och när den är det ”på riktigt”. Copingstrategier är de olika sätt som människor försöker hantera situationer som överstiger deras förmåga och som kräver extra insatser på. Efter att copingstrategier använts gör individen en utvärdering av resultatet. På så vis lär sig individen vad som är framgångsrika copingstrategier för specifika situationer. När en viss copingstrategi har använts så många gånger att det blivit en vana i mötet med en given stresskälla handlar det inte längre om coping. Då handlar det om att individen utvecklat en automatisk handling som har lett till en anpassning till situationen (Lazarus & Folkman, 1984).

Holm (2009) konstaterar att emedan Lazarus och Folkman såg coping som en medveten process har senare forskning allt mer fokuserat på att coping innebär en blandning av medvetna och omedvetna försvarsstrategier. Omedvetna försvarsstrategier kan till exempel innebära bortträngning av information som är för svår att hantera. De kan också innebära att individen förstår informationen men helt lyckas frikoppla den från sin känslomässiga reaktion. Utan olika typer av medvetna och omedvetna copingstrategier skulle individen bli så påverkad av alla intryck i omgivningen att denne inte skulle kunna fungera normalt. En person som har många olika försvar har lättare att fungera i sociala sammanhang och löper också mindre risk att må psykiskt dåligt. Inom människovårdande yrken kan framgångsrika copingstrategier innebära att ångesten inför vissa situationer minskar då dessa situationer blir mindre hotfulla, samt att individen har en känsla av personlig kontroll.

Lazarus och Folkman (1984) beskriver två perspektiv av copingstrategier, *Känslofokuserade copingstrategier* och *Problemfokuserade copingstrategier*

*Känslofokuserade copingstrategier* innebär att hantera och bemöta de egna känslor som olika situationer framkallar. Det görs genom att individen förändrar sina känslor inför en svår situation. Känslofokuserade copingstrategier används framförallt i situationer som inte går att förändra genom handling. Känslofokuserade copingstrategier kan till exempel innebära att individen försöker se det positiva i en situation som annars upplevs som hopplös, eller genom att emotionellt distansera sig från det som upplevs för svårhanterligt. Att på ett kognitivt plan göra en positiv omtolkning av någonting behöver inte betyda att verkligheten förvrängs, även om den risken alltid föreligger. Det kan vara ett effektivt sätt för individen att stå ut med det som annars känns för svårt, och att få ett välbehövligt avbrott för att sedan kunna möta och hantera situationen på ett adekvat sätt (Lazarus & Folkman, 1984).

*Problemfokuserade copingstrategier* innebär att försöka lösa en situation som upplevs som svår eller stressande genom att förändra situationen. Problemfokuserad coping används framförallt när individen uppfattar att en förändring är möjlig, alltså då det är möjligt att påverka de faktiska omständigheterna för att kunna förändra dess betydelse. Det är vanligt att copingprocessen inleds med känslofokuserade copingstrategier då individen skaffar kontroll över sina känslomässiga reaktioner. Först efter att individen lyckas hantera sina känslor i en given situation brukar de problemfokuserade copingstrategierna kunna användas (Lazarus & Folkman, 1984).

### 2.3.1 Hanterbarhet och känsla av sammanhang

Antonovsky (1991) använder sig av Lazarus och Folkmans forskning i sin teori "sense of coherence" - känsla av sammanhang. Med känsla av sammanhang menar Antonovsky individens känsla av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Att uppleva begriplighet handlar om i vilken utsträckning individen har möjlighet att förklara och förstå olika skeenden och omständigheter som upplevs som svåra. Hanterbarhet uppnås om individen upplever sig ha de resurser, i sin omgivning och inombords, som krävs för att klara av påfrestningar eller stressfaktorer. Meningsfullhet handlar om i vilken utsträckning individen upplever att livet har en känslomässig mening, och att det därför finns ett värde att engagera sig i att hantera svåra situationer. Om individen har en hög känsla av sammanhang har hon/han bättre förutsättningar att kunna mobilisera sina resurser och copingstrategier och på så vis bevara sin hälsa även i situationer som upplevs som svåra och stressfyllda.



## 2.4 Stresspåverkan och empatisk förmåga

Stress innebär de funktioner som kroppen utlöser vid fysiska och psykiska påfrestningar (NE, 2013). Vid en situation som tolkas som hotfull sker ett påslag av det sympatiska nervsystemets verkan i kroppen. Då ökar kroppens utsöndring av stresshormoner som adrenalin, noradrenalin och kortisol i kroppen vilket har en rad fysiologiska effekter, bland annat att blodtryck och puls stiger. När påfrestningen är över går hormonkoncentrationen vanligen ner till normala värden. Förr i tiden var denna anpassning en nödvändighet i situationer där överlevnaden krävde att individen gjorde sig beredd för att kämpa eller fly (Lundberg & Wentz, 2004).

Stress kan vara positivt så länge som det finns en jämvikt mellan krav som ställs och individens möjligheter att hantera dessa. Negativ stress uppstår när kraven är ohanterliga eller när kraven är så pass låga att individen inte får tillfälle att utvecklas. Det måste finnas en balans mellan krav och kontroll för att positiv stress ska kunna uppnås (Karasek & Theorell, 1990). Stress kan alltså fungera som ett bra skydd och en viktig stimuli så länge det inte är för mycket eller pågår för länge. Stressen kan hjälpa individen att tänka klarare, bli mer effektiv och prioritera rätt. Om individen däremot fortsätter uppleva sig vara utsatt för stress kommer kroppen ha fortsatt höga koncentrationer av stresshormoner. På längre sikt kan detta leda till sämre hälsa med oro, ångest och depression och bidra till olika sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar och magproblem (Harris Kalfoss, 2002; Lundberg & Weitz, 2004). Även sorg kan ge upphov till ett långvarigt stresspåslag. För att inte drabbas av stressrelaterad ohälsa är återhämtning viktigt (Hjort, 2010).

### 2.4.1 Utbrändhet och emotionell utmattning

Utbrändhet är ett omdiskuterat tillstånd som kan vara kopplat till stress i arbetslivet och som präglas av utmattning och bristande engagemang. (Maslach, 1985. NE, 2013). Nedskärningar och omorganisationer inom vårdsektorn kan medföra att vårdpersonal upplever sig ha sämre förutsättningar att bedriva ett gott arbete. När antalet patienter ökar och tiden med dessa minskar kan det leda till att personalen upplever sig vara i riskzonen för att hamna i en långvarig stressreaktion. En konsekvens av detta skulle kunna vara att personalen väljer att begränsa sin empati för att orka med. En bättre strategi för att orka med och finna mening i sitt arbete är istället att öka och bevara sin empatiska förmåga då empati har visat sig vara ett skydd mot utbrändhet (Holm, 2001). Individer som är engagerade i sitt arbete och som upplever sitt arbete som meningsfullt mår bättre och upplever större arbetstillfredsställelse än individer som inte är engagerade i sitt arbete (Maslach & Leiter, 2000).

Maslach (1985) har utvecklat en metod för att mäta utbrändhet inom vården. Denna metod mäter graden av utbrändhet utifrån tre kriterier: utmattning och energi, likgiltighet och engagemang samt otillräcklighet och prestationer. Maslachs forskning visar att de vårdgivare som känner sig utbrända är de som uppger höga värden av likgiltighet inför arbetet, även om de värderar sina prestationer som goda. De arbetare som istället upplever att deras prestationer är otillräckliga men trots detta upplever hög grad av engagemang och energi har större arbetstillfredsställelse och löper minskad risk att drabbas av utbrändhet.

Emedan Maslach (1985) ser likgiltighet och avståndstagande som en del av bilden vid utbrändhet har senare forskning allt mer kommit att fokusera på emotionellt avståndstagande som ett fenomen som inte nödvändigtvis behöver vara kopplat till andra utbränningsymptom. Fenomenet benämns ofta som emotionell överbelastning och innebär en skyddsmekanism hos vårdpersonal som tar sig i uttryck i att vårdpersonal slutar engagera sig känslomässigt för att stå ut när de upplever att de inte har tid eller ork att ge den empati de behöver. Detta leder till

att vårdpersonalen blir avtrubbad, får sämre arbetstillfredsställelse samt kommer ge sämre omvårdnad. Ofta plågas hon/han samtidigt av dåligt samvete. Detta kan i längden leda till utbrändhet och sjukskrivning. (Harris Kalfoss, 2002).

Hög grad av stress leder naturligtvis inte alltid till extremformerna utbrändhet och emotionell utmattning. Dock kan stress och tidsbrist ändå ha en negativ inverkan på individens empatiska förmåga. I en berömd studie av Darley och Batson (1973) undersöktes teologistudenters hjälpsamhet och empatiska förmåga. Studien visade att den enskilt största faktorn som hade betydelse för hur benägna teologistudenterna var att visa empati och hjälpsamhet var om de ansåg sig ha tid eller inte. Studien indikerade på att ett av de största hoten mot ett empatiskt handlande är personlig stress. Vid upplevelse av hög personlig stress är individer mer benägna att sätta sina egna värderingar åt sidan för att återta kontroll över situationen.

För att motverka att stress påverkar sjuksköterskans empatiska förmåga bör sjuksköterskan lära sig att känna igen när hon/ han närmar sig gränsen för hur mycket stress hon/ han tål innan den blir ett hot för dennes hälsa. Dels för att sjuksköterskan ska kunna skydda sig själv mot att drabbas av arbetsrelaterad ohälsa, dels för att om sjuksköterskan är stressad eller på andra sätt mår dåligt av arbetet finns det alltid en risk att det sipprar ut i hennes/ hans beteende och således påverkar bemötandet med patienten. Att ta hand om sig själv och värna om sin egen hälsa är således en förutsättning för att kunna ge god omvårdnad till andra (Harris Kalfoss, 2002).

## **2.5 Sjuksköterskans sårbarhet och meningskapande**

Alla människor är sårbara kroppsligt och psykiskt. Sårbarhet är också den egenskap som gör en människa mottaglig och känslig för skeenden i sin omgivning. Detta behöver inte ha med svaghet att göra, att vara sårbar är snarare en positiv egenskap som gör individen lyhörd för andra människors upplevelser. Inom vården kan sårbarhet sägas vara en resurs som gör vårdpersonalen mottaglig för patientens behov och önskemål. Den fungerar då som ett medel för att kunna tillhandahålla god omvårdnad och förmedla empati. Att vara mottaglig för patienternas lidande kan göra sjuksköterskan utelämnad och försvarslös i sin sårbarhet, vilket kan upplevas som hotfullt och smärtsamt (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008). Sarvimäki och Stenbock-Hult (2008) skriver att man inom vården inte alltid tycks förstå att även sjuksköterskan och inte bara patienten är sårbar i vårdrelationen. Sjuksköterskan utsätts ständigt för emotionella risker då hon/han ska kunna fungera som en ”behållare” för patientens känslor. Om sjuksköterskan inte kan bearbeta dessa känslor eller skilja dem från sina egna riskeras sjuksköterskans hälsa att utmanas i vårdrelationen. Samtidigt riskerar omvårdnaden och bemötandet mot patienter att bli sämre om sjuksköterskan för att skydda sig själv försöker tillämpa avståndstagande och undvikande strategier mot patienten.

Det finns ett klart samband mellan sårbarhet och lidande då sårbarhet gör individen skyddslös och därför öppnar för att känna lidande. Samtidigt öppnar sårbarheten även individen för andra känslor som förståelse och energi, vilka kan utgöra grunden för att finna mening i svåra situationer (Arman & Rehnsfeldt, 2006). Förmågan att skapa mening har stor betydelse för hur sjuksköterskan kommer att må i en svår situation. Det som uppfattas som en svår situation kan hos sjuksköterskan ge ångest, dödsångest och sorg samt utlösa kroppsliga reaktioner som snabb puls, muntorrhet, snabb andning och koncentrationssvårigheter. Samma situation skulle också kunna upplevas som värdeskapande, stärkande för självuppfattningen, berikande och utlösa känslor som arbetstillfredsställelse och väcka meningsfulla existentiella frågor. Vilken mening vårdaren tillskriver mötet med lidande och eller död har betydelse för hur hon/han själv kommer må i mötet (Harris Kalfoss, 2002).

Sjuksköterskan kan genom sin förståelse för sin egen sårbarhet förstå patientens sårbarhet och se den som en etisk uppmaning att göra det bästa hon/ han kan. Sårbarheten kan således hjälpa sjuksköterskan att inte bara fånga upp patientens lidande, utan framförallt känna att det finns en stark positiv mening i det som faktiskt går att göra för en annan människa. Just sökandet efter mening i situationer individen ställs inför är centralt för om det finns en möjlighet att utvecklas och hantera en svår situation. Att hitta mening kan göra att det som upplevs som outhärdligt blir uthärdligt. På så vis kan individens sårbarhet öppna för meningsskapande och ge sjuksköterskan bättre förutsättningar att vårda både sig själv och andra (Arman. & Rehnsfeldt, 2006).

## 2.6 Problemformulering

Att möta lidande och död är en del av sjuksköterskans profession. För att kunna främja patientens välbefinnande och ge god omvårdnad är det dock viktigt att sjuksköterskan mår bra. Med utgångspunkten att engagemang, empati och ett holistiskt synsätt är grundläggande för att kunna ge god omvårdnad föds frågan hur sjuksköterskan ska göra för att själv inte drabbas av känslomässig stress eller tyngas ner av bördan av andra människors lidande. Hur kan sjuksköterskan bygga en relation till en patient utan att själv drabbas av en sorgereaktion om denne dör? Hur vanligt är det att sjuksköterskan upplever att det lidande hon/han möter även påverkar hennes/hans egen psykiska hälsa?

## 3. Syfte

Denna litteraturstudie syftar till att belysa sjuksköterskans upplevelse av att möta lidande och döende patienter, samt beskriva vilka känslomässiga strategier sjuksköterskan använder för att värna om sitt eget välmående i dessa situationer.

## 4. Metod

Kvalitativ forskning undersöker individens subjektiva upplevelse av omvärlden genom att söka förståelse för olika uppfattningar och erfarenheter av ett visst fenomen (Friberg, 2006). Eftersom arbetet syftar till att undersöka sjuksköterskors upplevelser och känslomässiga strategier i svåra situationer valdes en deskriptiv litteraturstudie med grund i kvalitativ forskning som metod.

### 4.1 Litteratursökning

Till litteratursökningen användes sökdatabaserna Cinahl och Scopus. Arbetet inleddes med en litteratursökning för att konstatera att det fanns tillräcklig forskning inom ämnet samt få en överblick av denna. Sökorden som användes till den inledande litteratursökningen var *nurse*, *coping*, *exciperience*, *death* och *suffering*. Därefter lades grund för problemformulering och syfte genom att aktuella böcker, artiklar och författningar lästes igenom och bearbetades.

Sökorden utökades efter vad som framkommit under arbetet med bakgrunden och den inledande litteratursökningen och valdes för att ge utrymme för ett resultat om skilde sig från förförståelsen av fenomenet. Exempelvis var ”stress” ett sökord som användes eftersom det i bakgrundslitteraturen framkommit att stress i stor utsträckning anses påverka hur väl sjuksköterskan lyckas bevara sin empati och hantera svåra situationer. De sökord som i olika kombinationer ledde fram till de valda artiklarna var: *Nurse*, *coping*, *nursing perspective*, *excpierience*, *death*, *suffering*, *professional*, *relationship*, *terminal care*, *stress* och *qualitative*. Sökord som inte gav utfall i relevanta artiklar var *empathy*, *well-being*, *nurses’ grief*, *nurse’s health*, *reactions*, *professional distance- closenes* och *vulnerability*.

En boolesk söklogik användes, framförallt användes operatören AND, för att kunna kombinera flera sökord. För att minimera risken att viktiga fynd utelämnades användes sökorden i olika böjningsformer, med eller utan trunkering. Då sökresultatet ansågs för smalt eller brett anpassades sökorden och dess kombinationer. Filter av olika slag användes också för att begränsa sökningarna. Sökningar som ledde fram till granskade artiklar har sammanställts i en tabell (Bilaga 1).

En sekundärsökning utfördes också genom att de valda artiklarnas referenslistor söktes igenom efter andra relevanta studier inom samma ämne. Detta ledde emellertid inte till att fler artiklar valdes ut då referenslitteraturen antingen inte svarade mot studiens syfte och valda inklusionskriterier eller redan valts ut till granskning i den primära litteratursökningen.

## 4.2 Urval

### 4.2.1 Inklusionskriterier

Artiklarna som valdes skulle omfatta tre huvudområden; sjuksköterskor, copingstrategier samt lidande och/ eller död samt svara mot studiens syfte. Andra inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, godkända av en etisk kommitté och vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Artiklarna skulle vara peer reviewed. Det innebär att artiklarna är granskade av experter inom området innan de publicerats (Friberg, 2006).

### 4.2.2 Exklusionskriterier

Artiklar publicerade före 2000 exkluderades. För att avgränsa ämnet ytterligare exkluderades artiklar där deltagarna var sjuksköterskor verksamma inom specialiserad hospicevård samt även artiklar som behandlade mötet med lidande och död inom pediatrikisk vård. En artikel valdes dock trots att vissa av deltagarna arbetade på en avdelning för palliativ vård. Detta för att studien i fråga var en fokusgrupp-studie med 77 deltagare från många olika typer av vårdavdelningar. Då antalet deltagare var stort antogs viss erfarenhet från palliativ vård i denna studie inte kunna färga resultatet.

## 4.3 Kvalitetsgranskning och analys

För att abstractet skulle läsas skulle titeln innehålla minst två av de tre huvudområden; sjuksköterskor, copingstrategier samt lidande och/ eller död. I de fall då det i titeln inte gick att utläsa vad artikeln handlade om lästes också abstractet. De artiklar med abstracts som innehöll minst två av tre ämnesord, eller synonymer till ämnesorden, lästes igenom. Om artiklarna efter genomläsning ansågs svara mot studiens syfte valdes de ut för granskning. På detta sätt valdes 23 artiklar ut för kvalitetsgranskning.

Vetenskaplig kvalitet kontrollerades utifrån en omarbetad version av Willman och Stoltz modell som modifierats något för att förenkla granskningen (Bilaga 2). Detta skedde genom att olika svarsalternativ gav olika poäng som indikerade om studien hade hög, medel eller låg vetenskaplig kvalitet. Artiklar med låg vetenskaplig kvalitet valdes bort. Även de artiklar som vid kvalitetsgranskningen inte visade sig ha tillräcklig relevans för studiens syfte valdes bort. Artiklar som inte ansågs relevanta var artiklar som behandlade bemötandet och vården av lidande och döende människor, men inte undersökte sjuksköterskornas subjektiva upplevelser av detta. Efter kvalitetsgranskningen valdes 12 artiklar ut för analys. Analysprocessen inleddes med att en schematisk översikt gjordes över varje studie för att skapa översikt över meningsbärande enheter. Därefter placerades likvärdiga meningsbärande enheter från artikeldatan under samma stycken i ett separat dokument. Dessa stycken analyserades och

kategoriserades sedan utifrån likheter och skillnader. Dessa stycken användes sedan för att finna nya övergripande teman, sjuksköterskornas upplevelser och känslor i mötet med lidande och döende patienter gav upphov till temana känslor av *maktlöshet och frustration, osäkerhet och skuld* samt *sorg och förlust*. Copingstrategierna som användes av sjuksköterkorna var *att lära sig acceptans, söka stöd i relationer, skapa distans till patient och anhöriga* samt *ge god omvårdnad*. För att förstärka resultatet har citat från artiklarna använts.

Under analysarbetet valdes ytterligare två artiklar bort från studien. Den ena eftersom det under kodningsarbetet blev tydligt att de inte tillförde arbetet någon relevant information och den andra eftersom den hade en annan typ av kunskapsgenererande perspektiv (hypotesgenererande studie) än de övriga studierna vilket försvårade analysarbetet. Artikelpresentation se bilaga 3.

## **5. Resultat**

### **5.1 Källor till stress**

#### **5.1.1 Känslor av maktlöshet och frustration**

Sjuksköterskorna upplevde känslor av maktlöshet och frustration kopplade till deras begränsade möjligheter att påverka läkarnas beslut gällande patientens behandling (Espinosa, Young, Symes, Haile, & Walsh, 2010; Hinderer, 2012; Wallerstedt & Andershed, 2007; Yang & McIlfatrick, 2001).

Sjuksköterskorna menade att deras erfarenhet och patientkontakt sällan togs hänsyn till när läkarna fattade beslut. Att inte kunna påverka läkarnas beslut var särskilt svårt när sjuksköterskorna inte höll med läkarna i beslut som gällde livsuppehållande åtgärder för patienten. Behandlingar som ledde till "onödigt" lidande för patienten, eller då sjuksköterskorna upplevde att läkare gav patienten och dess anhöriga falskt hopp, gav upphov till känslor av frustration och maktlöshet. Att utföra ordinationer som inte tycktes ha någon poäng för patienten var svårt att hantera känslomässigt (Espinosa et al, 2010). Dessa behandlingar kunde leda till att sjuksköterskorna tvingades se patienten lida in i döden vilket beskrevs som fruktansvärda upplevelser. I dessa fall, när döden innebar slutet på lidandet för patienten, sågs patientens död ofta som en positiv upplevelse. Att bevittna lidandet och inte kunna hjälpa till samt att vänta på att en döende patient skulle gå bort beskrevs som svårt och en källa till ångest (Hinderer, 2012).

Att inte vara involverad i beslutsfattandet gällande patientens behandling gav upphov till maktlöshet och frustration. När sjuksköterskorna upplevde att läkarnas behandlingsplan endast förlängde lidandet för den döende patienten utan hopp om bot var det en stark källa till stress. Likaså att behöva tala med patient och anhöriga om att inte ge hjärt- och lungräddning vid ett eventuellt hjärtstopp (Yang et al, 2001). Känslan av maktlöshet var särskilt stark när det inte fanns något sätt för sjuksköterskorna att hjälpa patienten. Upplevelser av att läkarna var osäkra och undvek att tala med patienter i ett palliativt skede samt när samarbetet mellan olika vårdprofessioner fungerade dåligt beskrevs som svårt. En sjuksköterska beskrev sin frustration över relationen till läkarna;

"(...) You have to keep on nagging the doctors that they should talk with the patients and talk with the relatives and maybe discontinue treatment. It's also hard to keep on, keep on giving antibiotics right up until the last breath. There's a lot of that, treat, treat, treat." (Wallerstedt et al, 2007. s 36).

Att själva sjukvårdsorganisationen, eller vissa oförutsägbara händelser, satte gränser för vilken omvårdnad sjuksköterskorna hade möjlighet att ge ledde också till frustration (Bailey, Murphy & Porock, 2011; Gerow, Conejo, Alonzo, Davis, Rodgers & Domian, 2010; Wallerstedt et al, 2007).

Sjuksköterskorna upplevde frustration eftersom miljön på akuten inte ansågs ge möjligheter att engagera sig i patientens öde (Bailey et al, 2011). Att inte ha tillräcklig tid att ge den omvårdnad de ville var en stark stresskälla för sjuksköterskorna. Intensiv kontakt med många döende patienter eller att ha flera döende patienter efter varandra kunde leda till stress och utmattning. Sjuksköterskorna upplevde att det inte fanns någon förståelse, engagemang eller stöd tillgänglig på den organisatoriska nivån för att hjälpa dem värna om sin psykiska hälsa. (Wallerstedt et al, 2007). Sjuksköterskorna kunde känna sig desorienterade eller känna sig osäkra på sin professionella kapacitet när de upplevde att de tappade kontrollen över omvårdnaden om den döende patienten. Exempel på när sjuksköterskorna upplevde bristande kontroll var om något oförutsett inträffade eller om patienten plötsligt dog (Gerow et al, 2010).

### 5.1.2 Känslor av oro och skuld

Sjuksköterskorna gav uttryck för en oro och skuld inför att praktiskt vara de som administrerade läkarnas ordinationer (Espinosa et al, 2010; Gerow, Conejo, Alonzo, Davis, Rodgers & Domian, 2010; Yang et al, 2001).

Sjuksköterskorna upplevde oro inför att administrera stora mängder starka smärtstillande preparat i patientens terminala skede. Även om läkemedlen gavs för att lindra patienternas lidande uttryckte sjuksköterskorna rädsla att deras administration av dessa preparat skulle orsaka andningsdepressioner hos patienten. (Espinosa et al, 2010). Sjuksköterskorna kunde känna sig skyldiga när de administrerade mediciner för att lindra patientens smärta då de var rädda att just deras handlingar direkt skyndade på dödsprocessen (Gerow, Conejo, Alonzo, Davis, Rodgers & Domian, 2010). Särskilt sjuksköterskor med begränsad erfarenhet inom yrket upplevde känslor av skuld och osäkerhet i vården av döende patienter (Yang et al, 2001).

Eftersom sjuksköterskorna praktiskt utförde läkarnas ordinationer ledde det till att de upplevde känslor av personlig skuld när patienter dog efter att beslut om palliativ vård fattats. En sjuksköterska beskrev detta;

”(...) and then I'm the one cutting off all the dribs... because they want it to be disconnected... because I feel like I'm the one killing this man. I'm (the nurse) is the one doing it" (Espinosa et al, 2010. s. 277).

En källa till oro var att ta hand om de anhörigas känslomässiga reaktioner. Särskilt svårt var detta då de anhöriga inte accepterade hur dålig patienten var. Orealistiska förväntningar och krav från patient och anhöriga kunde leda till stark stress hos sjuksköterskan (Yang et al, 2001; Espinosa et al, 2010; Hinderer, 2012).

### 5.1.3 Känslor av sorg och förlust

Sjuksköterskorna beskrev att de kunde drabbas av sorg eller känslor av förlust efter att en patient hade dött (Bailey et al, 2011; Gerow et al, 2010; Hinderer, 2012; Shorter & Stayt, 2010; Wallerstedt et al, 2007; Yang et al, 2001). Dessa känslor kunde bli särskilt svåra om

sjuksköterskorna utvecklat en relation till patienten (Bailey et al, 2011; Gerow et al, 2010; Hinderer, 2012; Shorter & Stayt, 2010; Wallerstedt et al, 2007).

Många av sjuksköterskorna upplevde känslor av nedstämdhet och förlust när deras patienter dog, dessa känslor var särskilt starka hos nyutbildade sjuksköterskor (Yang et al, 2001). Döden kunde upplevas som särskilt svår om sjuksköterskan haft ett band till patienten i fråga. I dessa fall fanns ofta tankarna på jobbet kvar även efter arbetsdagens slut. Flera av sjuksköterskorna beskrev att de fördröjde sina sorgereaktioner, som att brista i gråt, tills efter arbetsdagens slut (Hinderer, 2012). Oförväntade dödsfall kunde vara extra tunga att hantera. Om sjuksköterskorna etablerat en nära relation och förståelse för patientens situation tog sjuksköterskorna ofta med sig tankarna på patienten hem efter dagens slut. Detta kunde leda till att känslor av otillräcklighet och sorg uppstod, samt även känslan att inte längre ha styrkan att hantera dessa. En sjuksköterska beskrev känslan av att inte kunna sluta tänka på en patient;

”(...) you have trouble letting go of patients like that. You feel so terribly close to them. Their problems, everyday problems are exactly like your own everyday problems. You will wake up at night and go over it and go through everything... and start over again” (Wallerstedt et al, 2007. S 36)

Genom att skapa en nära relation till patienten och dess anhöriga kunde sjuksköterskorna ge bättre omvårdnad. Samtidigt gjorde också detta att de själva fick svårare känslomässiga reaktioner när patienten dog. Sorgereaktionen blev också värre om sjuksköterskorna upplevde att patienten inte hade fått sluta sitt liv på ett bra sätt, eller om patienten dog plötsligt. Ibland upplevde sjuksköterskorna att det var omöjligt att skilja arbetslivet och privatlivet åt och att de därför tog med sig tankarna hem vilket påverkade dem på deras lediga tid (Shorter et al, 2010). Vissa av sjuksköterskorna funderade på att byta avdelning eller karriär på grund av exponeringen för svåra känslor och oförmågan att släppa tankarna på arbetet när de kom hem. De kände sig överväldigade av den starka känslomässiga påverkan vissa svåra situationer haft på dem och deras roll som professionella och på deras privatliv. Efter att ha skapat en relation till en patient kunde de ha svårt att hantera den känslomässiga påverkan denna relation hade på dem (Bailey et al, 2011).

När sjuksköterskorna på något sätt identifierade sig med patienterna fick det dem att föreställa sig själva i samma situation. Förutom att föda existentiella frågor ledde detta till att stärka banden till patienten och dess familj vilket i sin tur ledde till intensivare sorgereaktioner (Gerow et al, 2010).

## **5.2 Copingstrategier**

### **5.2.1 Att lära sig acceptera döden**

Sjuksköterskorna beskrev hur de genom sitt arbete börjat acceptera döden som en naturlig del av livet (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2005; Gerow et al, 2010; Hinderer, 2012; Peterson et al 2010; Shorter et al, 2010; Wallenstedt et al, 2007). Många av sjuksköterskorna beskrev att denna acceptans var något de utvecklat genom erfarenhet (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2005; Gerow et al, 2010; Hinderer, 2012; Shorter et al, 2010; Wallenstedt et al, 2007).

Genom sitt arbete menade medlemmarna i teamet att de fått en annan syn på livet och att de lärt sig förstå döden som en del av detta (Blomberg et al, 2005). Även de sjuksköterskor som beskrev att de från början hade varit väldigt sårbara lärde sig att skydda sig själva. Erfarenhet hade gett dem perspektiv och acceptans inför att möta döden. (Gerow et al, 2010). Sjuksköterskorna hjälptes av att inse att död och döende är en naturlig del av livet, något som

fick dem att sätta svåra händelser i perspektiv. I vissa fall var det möjligt att acceptera döden utifrån vilken fysisk hälsa patienten i fråga haft och tänka att döden varit det bästa för den patienten. (Peterson et al 2010).

Att möta döden ofta gjorde sjuksköterskorna mer bekväma i dessa situationer. Åren av klinisk erfarenhet ökade konstant deras förmåga att hantera sina egna känslor i relation till den döende patienten. Flera av sjuksköterskorna beskrev att det hade varit en avgörande punkt i deras professionella karriärer när de lärde sig att acceptera döden som något de behövde leva med i sina arbeten. Det beskrevs som en fundamental insikt för att kunna ge bra vård till döende patienter (Hinderer, 2012). Sjuksköterskorna beskrev hur mötet med döende människor hade gett dem större medvetenhet om livet. De menade att mötena med döende människor hela tiden ökade deras kunskap vilket också ökade deras känsla av trygghet och lärde dem acceptera förändringar (Wallenstedt et al, 2007). Sjuksköterskorna beskrev att de genom erfarenhet utvecklat acceptans inför döden. De upplevde inte längre vården av en döende patient som någonting särskilt eller annorlunda. Detta gjorde att de inte heller blev lika påverkade av lidande och död som när de var nyutexaminerade. Sjuksköterskorna accepterade döden som en oundviklig börda de helt enkelt inte hade något annat val än att lära sig stå ut med (Shorter et al, 2010)

Flera av sjuksköterskorna använde sin religiösa tro som en faktor för att hjälpa dem acceptera en patients bortgång (Gerow et al, 2010; Peterson et al 2010; Yang et al, 2001). De kunde då acceptera en patients död eftersom de fann tröst i sin tro att himlen väntade patienten (Peterson et al 2010). Sjuksköterskorna hade genom arbetslivserfarenhet fått förändrad eller fördjupad tro på livet efter detta (Gerow et al, 2010). Religionen hjälpte flera av sjuksköterskorna att minska känslan av stress och oro inför döden och döendet (Yang et al, 2001).

### **5.2.2 Att söka stöd i relationer på arbetsplatsen**

För att kunna bearbeta svåra händelser sågs möjligheten att kunna söka stöd och förståelse hos kollegor som mycket viktig (Blomberg et al, 2005; Espinosa et al. 2010; Gerrow et al, 2010; Hinderer, 2012; Hopkinson et al, 2005; Peterson et al, 2010; Shorter et al, 2010).

Sjuksköterskorna beskrev relationen till kollegorna som en viktig och ofta fundamental del i att kunna hantera svåra upplevelser (Hinderer, 2012). Särskilt de kollegor som var involverade i vården av samma patient kunde ge stöd och hjälp att bearbeta svåra händelser. De sjuksköterskor som var nyutexaminerade var särskilt hjälpta av detta (Peterson et al, 2010). Känslan att vara ett nära sammansvetsat team där alla delade liknande erfarenheterna bidrog till att skapa en bättre kamratanda på arbetsplatsen. Flera sjuksköterskor menade att kollegor med samma erfarenheter var de enda som riktigt kunde förstå deras upplevelser varför kollegor upplevdes som den viktigaste typen av relation i bearbetningen av svåra händelser (Shorter et al, 2010).

Sjuksköterskorna blev hjälpta av att prata om sina upplevelser med andra sjuksköterskor och att av dem få stöd och uppmuntran. Relationen till kollegorna erbjöd en tillgång till stöd som sjuksköterskorna inte hade i sina privata relationer, då de inte gärna talade med sina familjemedlemmar om sina upplevelser (Espinosa et al. 2010). Kontakten med kollegor gav möjligheter att prata om vad som upplevdes som svårt, gråta tillsammans, vara arga och få bekräftelse på att arbetet som utförts var bra. Att dela kunskap och diskutera erfarenheter hjälpte teammedlemmarna att bearbeta svåra händelser. Kollegorna kunde även fungera som



ett praktiskt stöd då man inom teamet kunde alternera vem som hade ansvar för vissa patienter för att dela på bördan (Blomberg et al, 2005).

Även de nyutbildade sjuksköterskorna upplevde att kollegor kunde hjälpa till både med att fatta beslut, ge stöd och genom att ge praktisk hjälp. Ibland när det hände mycket på arbetsplatsen, till exempel många dödsfall efter varandra, var det dock svårt för sjuksköterskorna att hinna söka stöd hos sina kollegor. (Hopkinson et al, 2005).

I vissa fall kunde även patientens anhöriga vara en källa till stöd (Peterson et al, 2010; Gerrow et al, 2010; Wallerstedt et al, 2007; Hopkinson et al, 2005).

Sjuksköterskorna utvecklade ofta en relation till patienten och eller dennes anhöriga som sträckte sig bortom vad de trodde definierade en professionell relation. Relationen gav dock sjuksköterskan bekräftelse på att hon/han gav god omvårdnad och fungerade som ett känslomässigt stöd för sjuksköterskan vilket hjälpte henne/honom att känna att arbetet var meningsfullt och att hon/han hade något viktigt att bidra med. (Gerrow et al, 2010). Patientens anhöriga kunde ibland hjälpa sjuksköterskorna att få kontroll över situationen på ett praktiskt plan, genom att till exempel hjälpa till med matningar eller bidra med värdefull information om patienten. De anhöriga gav ofta sjuksköterskorna bekräftelse och feedback vilket gjorde att sjuksköterskorna blev mindre osäkra på att de gav god omvårdnad. Att involvera andra i omvårdnaden gjorde också att sjuksköterskan kunde känna att hennes/hans eget ansvar inte blev lika tungt. De upplevde att relationerna de hade på arbetsplatsen, både till patienten och till kollegor, på sätt och vis hjälpte dem att vårda sin egen hälsa. (Hopkinson et al, 2005).

### 5.2.3 Att skapa distans

Att ha en distanserande hållning i relationen till patient och anhöriga var en välanvänd copingstrategi bland sjuksköterskorna (Bailey et al, 2011; Blomberg et al 2005; Espinosa et al, 2010; Gerrow et al, 2010; Hinderer, 2012; Hopkinson et al, 2005 Peterson et al 2010; Shorter et al, 2010).

Att lära sig hålla olika grader av känslomässig distans till patienterna ansågs som en nödvändighet för att kunna skydda sig själv i arbetet (Hinderer, 2012; Shorter et al, 2010; Gerrow et al, 2010). Sjuksköterskorna beskrev hur de satte upp en känslomässig ”vägg” mellan sig och patienten och hur de blivit hårdare över tiden. Med erfarenhet blev sjuksköterskorna mindre känslomässigt involverade och investerade inte heller lika mycket personliga känslor i relationen till patienten (Hinderer, 2012). Genom att lära sig sätta gränser och inte bli för personligt involverade i mötet med patient och anhöriga menade sjuksköterskorna att de lättare kunde hantera sina känslor. De såg detta som ett sätt att ”rädda sig själva”. De använde också prioritering som en copingstrategi då de valde att prioritera bort vissa situationer och istället ägna sig åt praktiska uppgifter för att slippa utsättas för känslomässigt svårhanterliga situationer (Blomberg et al, 2005).

Sjuksköterskorna kunde hantera svåra situationer bättre om de inte hade ett allt för starkt känslomässigt band till patienten. Detta kunde göras genom att anstränga sig för att inte fästa sig vid patienten, eller genom att helt enkelt engagera sig så lite som möjligt i patientens vård. Detta gjorde att sjuksköterskorna fokuserade på patientens basala behov men undvek de emotionella behoven vilket hjälpte dem att glömma fort för att kunna fokusera på nästa patient (Peterson et al, 2010). Distanserande beteenden utvecklades av de sjuksköterskor som hade svårt att hantera sina känslor när de konfronterades med den döende patienten eller deras anhöriga. Sjuksköterskorna kunde minnas dåliga erfarenheter från när patienter hade dött.

Situationer då de blivit överväldigade av den känslomässiga påverkan dessa upplevelser hade haft på deras professionella roll och personliga liv. Sjuksköterskorna ville således inte investera för mycket av sig själva i relationen till patienten på grund av personlig dödsångest, rädsla att säga eller göra fel, känna sig oberedda eller inte ha förmågan att hantera sina känslor i en redan ömtålig situation (Bailey et al, 2011).

Att göra andra saker för att slippa tänka upprörande tankar var ett effektivt sätt för de nyutbildade sjuksköterskorna att inte bli för påverkade av patienternas lidande. Ett annat effektivt sätt att kunna fly situationen var att försöka hitta det humoristiska i situationen och skratta tillsammans med kollegor och ibland patienten. Sjuksköterskorna försökte kontrollera sina känslor för att undvika att bli allt för känslomässigt involverade. De var oroliga att detta gjorde att vården blev sämre men samtidigt var det en viktig strategi för att orka med. Några av sjuksköterskorna berättade att de försökt skapa en balans mellan närhet och distans för att kunna fortsätta inom yrket. Att hitta denna balans beskrevs som svårt, särskilt eftersom de aldrig fått något stöd eller vägledning i detta (Hopkinson et al, 2005).

Att stänga av sina känslor och tillämpa en ”hårdhudad” attityd beskrevs som en copingmekanism som vissa sjuksköterskor använde. Deltagarna i studien ville inte identifiera sig med denna grupp och menade att detta beteende var något negativt som de själva ville undvika att utveckla. En sjuksköterska beskrev hur denna attityd kunde visa sig;

”(...) it's a defence. It's the turtle shell that they put on, you know, and it's even when you see their interaction with families or anybody else, it's like mechanical (...) they don't have the capability to emotionally connect.” (Espinosa et al. s 279).

#### 5.2.4 Att ge god omvårdnad

Vetskapen om att ha kunnat ge god omvårdnad till patienten hjälpte sjuksköterskorna att hantera sina känslor (Blomberg et al, 2005; Espinosa et al, 2005; Hinderer, 2012; Hopkinson et al, 2005; Peterson et al, 2010; Shorter et al, 2010; Wallerstedt et al, 2007; Yang et al, 2001).

Vetskapen om att ha kunnat hjälpa fungerade som en effektiv copingstrategi för att balansera egna stressreaktioner (Yang et al, 2001). Möjligheten att ge någonting till en svårt sjuk person, att hjälpa denne och tillmötesgå dennes önskningar hjälpte sjuksköterskorna att känna mening och tillfredsställelse i arbetet. Dessutom upplevdes det som positivt att svåra erfarenheter gav möjlighet för sjuksköterskan att själv växa som person (Wallerstedt et al, 2007). I mötet med svårt sjuka och döende patienter beskrev medlemmarna i vårdteamet hur viktigt det var att kunna se sitt arbete som meningsfullt. Om arbetet inte ansetts som meningsfullt och tillfredställande skulle det inte vara värt att ta den känslomässiga risk det kunde innebära att komma nära en patient (Blomberg et al, 2005). Om sjuksköterskorna hade gjort allt de kunnat för att hjälpa patienten var dennes död sedan lättare att hantera känslomässigt (Hinderer, 2012).

En svår situation var lättare att hantera om sjuksköterskorna upplevde att de haft kontroll över situationen (Gerrow et al, 2010; Hinderer, 2012; Hopkinson et al, 2005; Shorter et al, 2010). Sjuksköterskorna talade om den goda döden. Den goda döden syftade till de tillfällen döden varit förväntad och sjuksköterskan upplevt att hon/han kunnat ge god omvårdnad. Att ha haft kontroll över situationen minskade den känsla av skuld som annars kunde upplevas efter en patients dödsfall. Kontroll uppnåddes genom att samla information om patienten och ha god överblick på dennes hälsoutveckling. Det handlade också om att se till att få tid att utföra de omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan behövde utföra för att veta att hon/han gav bästa

möjliga vård (Shorter et al, 2010). Att utföra omvårdnadsåtgärder, som till exempel att ge munvård, byta sängkläder eller erbjuda familjemedlemmar dryck, fungerade som copingstrategier för sjuksköterskorna. Dessa, ofta små, rituella handlingar gav dem en känsla av säkerhet, rutin och kontroll och kunde minska de svåra känslor som annars kunde upplevas när en patient dog (Gerrow et al, 2010).

Att se till att vara väl förberedd fungerade som en copingstrategi för de nyutbildade sjuksköterskorna. Situationer upplevdes som mindre stressande om de hade all information de behövde om patienten, samt kontroll på alla föremål och mediciner du kunde behöva i ett akut skede. Det beskrevs som lättare att hantera sina känslor om patienten hade fått god vård. En annan copingstrategi som användes var att på olika sätt försöka mäta om omvårdnaden varit bra. Det kunde till exempel göras genom positiv feedback från patient eller anhöriga eller genom att sjuksköterskan jämförde vården med hur hon/han själv skulle velat bli vårdad. Denna bekräftelse på omvårdnaden hjälpte att minska osäkerheten som annars kunde upplevas vid vården av döende patienter (Hopkinson et al, 2005).

## **6. Diskussion**

### **6.1 Metoddiskussion**

Syftet med arbetet var att belysa sjuksköterskans upplevelse av att möta lidande och döende patienter, samt beskriva vilka känslomässiga strategier sjuksköterskan använder för att värna om sitt eget välmående i dessa situationer. För att besvara syftet användes en litteraturanlys med grund i kvalitativ forskning enligt Fribergs (2005) modell. Kvantitativa artiklar inom ämnet behandlade inte sjuksköterskans subjektiva upplevelser och ansågs därför inte relevanta för syftet.

För att den egna förståelsen inte skulle färga resultatet skrevs denna ner innan arbetets början. Detta för att synliggöra och utvärdera egna erfarenheter som skulle kunnat påverka analysen. Efter att den egna förståelsen synliggjorts togs noggrann hänsyn för att inte välja bort artiklar som inte svarade mot förväntningarna på resultatet. Analysprocessen har hela tiden strävat mot ett objektivt förhållningssätt. Med fokus på resultatdelen har artiklarna lästs igenom många gånger för att i möjligaste mån säkerställa korrekt översättning och förståelse för fenomenet. Trovärdighet mot upphovsmännen har åstadkommit genom att all litteratur bearbetats med avseende på bevarat tolkningsfokus.

Databaserna som användes för litteratursökningen var Cinahl och Scopus eftersom de behandlar området omvårdnad vilket utgjorde huvudområdet för studien. Att fler databaser inte användes, till exempel Pubmed, skulle kunna vara en begränsning då en noggrann litteratursökning i fler databaser kunde genererat fler lämpliga artiklar. Dock upplevdes de sökningar som gjordes i Cinahl och Scopus ha uppnått en tillräcklig och god översikt av den aktuella forskningen inom ämnet. Samma artiklar återfanns både i sökningarna i Cinahl och Scopus. Faktumet att artiklarna återfanns i båda de använda databaserna styrker deras validitet samt bekräftar att sökorden var bra. Sökorden kombinerades, trunkerades och användes i kombination med den booleska söklogiken AND tills mättnad uppstått. Att använda andra booleska termer såsom OR hade kunnat förenkla litteratursökningen. Detta hade kunnat bredda sökningen ytterligare särskilt som syftet var att hitta artiklar som kunde beskriva antingen upplevelsen av lidande eller död. Istället gjordes dock sökningarna i fler olika kombinationer varför resultatet inte har påverkats av detta.

Artiklarna publicerade före år 2000 exkluderades. Att tidsintervallet var så pass långt var för att upplevelser inte antogs förändra sig så mycket över tid. En tidsgräns behövdes dock ändå för att kunna begränsa urvalet av artiklar och för att dessa inte skulle kännas som allt för daterade. Artiklar som behandlade sjuksköterskors upplevelser av pediatrik vård samt specialiserad hospicevård exkluderades från studien. Pediatrik vård exkluderades då detta antogs skilja sig från övriga vårdsektorn samt vara ett fenomen sjuksköterskan inte kommer utsättas för i så hög grad om hon/han inte aktivt söker sig till vårdavdelningar där barn behandlas. Specialiserad hospicevård exkluderades eftersom sjuksköterskor verksamma inom detta vårdområde antogs ha större vana och acceptans inför att möta lidande och död än sjuksköterskor verksamma på vårdavdelningar där fokus ligger på att rädda liv. Att artiklar från dessa verksamheter inte är med anses styrka studiens applicerbarhet i andra typer av vårdverksamhet.

Artiklarna som ligger till grund för studien är framförallt från Storbritannien (Bailey et al, 2011; Hopkinson et al, 2005; Shorter et al, 2010) och USA. (Espinosa et al, 2010; Gerrow et al, 2010; Hinderer, 2012; Peterson et al 2010). Två av artiklarna är från Sverige (Blomberg et al, 2005; Wallerstedt et al, 2007) och en är gjord i Taiwan (Yang et al, 2001). Inga exklusions- eller inklusionskriterier fanns för att begränsa antalet länder representerade i analysen. Trots detta representerar alltså urvalet endast I-länder och bortsett från studien gjord i Taiwan endast västvärlden. Detta kan ses som en svaghet i analysen då resultatet endast speglar några få länder och där urvalet i störst utsträckning kan sägas representera USA och Storbritannien. Detta kan ha färgat resultatet på olika sätt. Exempelvis ser sjukvårdssystemen med offentlig och privat sjukvård olika ut i dessa länder. Om kvalitén på vården skulle skilja sig beroende på om den bedrivs i privat och offentlig regi kan detta naturligtvis påverkat sjuksköterskornas upplevelser och känslor kring den omvårdnad de har möjlighet att ge. Dessutom skiljer sig sjuksköterskeutbildningen en del åt länderna emellan; i studierna som använts till denna analys har sjuksköterskorna allt från tvååriga till fyraåriga utbildningar. Religionens utbredning och betydelse för individen skulle också kunna skilja sig åt dessa länder emellan. Denna studies syfte är dock att undersöka sjuksköterskors upplevelser och känslor kring ett visst fenomen. Känslorna och upplevelserna av fenomenet antogs likvärdiga oavsett vilka organisatoriska, politiska, religiösa eller utbildningsmässiga faktorer som ytterst formar forumet för dessa upplevelser. Dessutom är studiens syfte relativt smalt och utforskat. För att ens kunna undersöka fenomenet i fråga var det nödvändigt att förhålla sig den forskning som fanns tillgänglig. Därför anses inte artiklarnas ursprung påverka analysens validitet.

I en av artiklarna som använts i analysen är alla deltagarna nyutexaminerade sjuksköterskor med begränsad arbetslivserfarenhet (Hopkinson et al, 2005). För att kunna ta tillvara detta perspektiv har särskild hänsyn tagits för att återge vilka delar av resultatet som speglar nyutexaminerade sjuksköterskors upplevelser. I en annan artikel är även några sjuksköterskestudenter representerade i urvalsgruppen (Peterson et al 2010). Det gick inte att utifrån studiens resultat utläsa vilka upplevelser som representerade studenterna respektive de färdigutbildade sjuksköterskorna, varför detta inte kunde återges i denna analys. Att flera olika perspektiv behandlades sågs dock ändå som en styrka i analysen. I en annan av artiklarna som analyserats deltar inte bara sjuksköterskor i studien utan även arbetsterapeuter, undersköterskor etcetera (Blomberg et al, 2005). För att tydliggöra detta återges resultat från denna artikel konsekvent med benämningen vårdteamet. Att även andra yrkeskategorier är representerade i denna artikel anses inte försämra analysens validitet eftersom upplevelsen av att komma nära en lidande/döende människa antas vara likvärdig oavsett vilken yrkeskategori som står för omvårdnaden. I en annan studie var även patienter och anhöriga och representerade i studien (Bailey et al, 2011). Detta har inte färgat resultatet då det i artikeln

tydligt framgick vems perspektiv som återgavs varför de meningsbärande enheterna som togs ut från den artikeln var de som återgav sjuksköterskornas upplevelser.

Under litteratursökningen blev det tydligt att artiklarna i större utsträckning behandlade copingstrategier vid mötet med döende patienter än lidande patienter generellt. Trots detta formulerades inte syftet om till att handla om enbart upplevelsen av att möta döende patienter. Detta eftersom vården av döende patienter som beskrevs i artiklarna också rymde en dimension av patientens lidande. Flera av artiklarna lämnade ingen närmare beskrivning av hur sjuksköterskorna mådde vid mötet med lidande och död utan fokuserade på sjuksköterskornas upplevelser av olika copingstrategier.

## 6.2 Resultatdiskussion

### 6.2.1 Förutsättningar för empati och professionellt förhållningsätt

Ett tema som framkom vid artikelanalysen var sjuksköterskornas känslor av maktlöshet och frustration inför patientens lidande och inför deras egen begränsade roll i att utforma patientens behandlingsplan (Espinosa et al 2010; Hinderer, 2012; Wallerstedt et al, 2007; Yang et al, 2001). Enligt Holm (2009) innebär empati betyder att fånga upp (affektiv del) och förstå (kognitiv del) en annan människas känslor och att vägledas av den förståelsen (beteendedel) i kontakten med den andra. Sjuksköterskorna som ger uttryck för dessa känslor kan sägas ha uppfattat och förstått patientens upplevelse på ett kognitivt/ affektivt empatiskt plan. Dock upplever de att de inte har någon praktisk möjlighet att använda denna förståelse för att påverka patientens behandling. Att detta leder till svåra känslor är inte konstigt. Vårdhierarkin och den egna professionen kan i dessa exempel sägas sätta gränser för till vilken grad empatin kan tillämpas som ett professionellt verktyg av sjuksköterkorna.

Samtidigt som sjuksköterskorna upplevde stress och oro av att se patienten lida av onödiga behandlingar, uttryckte flera sjuksköterskor känslor av oro och personlig skuld inför att vara den som praktiskt hanterar övergången till palliativ vård (Espinosa et al. 2010; Gerow et al 2010; Yang et al, 2001). Orealistiska förväntningar om patientens tillfrisknande och krav från patient och anhöriga kunde också leda till stark stress (Yang et al, 2001; Espinosa et al, 2010; Hinderer, 2012). Dessa exempel skulle kunna tyda på motsättningar i sjuksköterskornas upplevda känslor. De kände sig inte bekväma och trygga i läkarnas beslutsfattande. Samtidigt upplevde de personlig skuld och oro inför att praktiskt utföra den palliativa vården. Detta trots att de formellt sett inte var ansvariga för eller kunnat påverka beslutet om vårdens former.

Sjuksköterskorna beskrev att de drabbats av sorgereaktioner när deras patienter dött och ofta tog med sig tankarna på patienterna hem efter arbetsdagens slut. Sorgereaktionerna blev särskilt svåra om sjuksköterskan byggt ett band till patienten i fråga (Hinderer, 2012; Shorter et al; 2010 Bailey et al, 2011; Wallerstedt et al, 2007; Gerow et al, 2010). Detta ledde till att vissa av sjuksköterskorna beskrev hur de undvek att etablera en allt för nära relation till patienten för att undgå att hamna i en sorgereaktion (Hinderer, 2012, Peterson et al 2010). Utgångspunkten för denna analys är Holms (2001) definition av professionell hållning där vårdgivaren helt ska styras av som gagnar patienten men inte av egna känslor och impulser. Enligt denna definition borde det således inte vara förenligt med professionell hållning att välja att inte investera i en nära relation till patienten för att skona sig själv. I vart fall inte om en sådan relation skulle vara till gagn för patienten. Det är höga krav att ställa på sjuksköterskan. Att ständigt hamna i smärtsamma sorgereaktioner på sin lediga tid måste leda till att tiden för återhämtning minskar, vilket skulle kunna leda till både stress och utbrändhet.

Varken i artiklarna eller i den använda bakgrundslitteraturen finns det några svar på hur sjuksköterskan ska kunna etablera en nära relation till patienten utan att riskera att hamna i en sorgereaktion. Dock går det att konstatera att möjlighet till återhämtning ett viktigt redskap för att hantera stress (Hjort, 2010) och sorg (Söderström, 2011). Kanske skulle risken för att uppleva stress eller sorg vid en nära relation till patienten inte upplevas som hotfull om sjuksköterskorna vetat tid för återhämtning och bearbetning räknades in i arbetstiden. Om det inte fanns en oro för att upplevelser av stress och sorg kunde riskera att förstöra den tid sjuksköterskan har rätt till att få avsätta till sig själv och sina egna anhöriga? Om så skulle vara fallet är detta ytterst en politisk och organisatorisk fråga snarare än en fråga om sjuksköterskans professionalitet.

### 6.2.2 Relationer till patientens anhöriga och till kollegor

Med utgångspunkt i patientens och anhörigas välbefinnande är det fördelaktigt att kunna involvera anhöriga i patientens vård. Flera av sjuksköterskorna i studierna upplevde dessutom att patientens anhöriga kunde vara en värdefull källa till stöd för dem själva (Hopkinson et al, 2005; Gerrow et al 2010; Peterson et al, 2010). Om de anhöriga däremot hade orealistiska förväntningar på behandlingen och en oförmåga att förstå patientens tillstånd utgjorde de anhöriga istället en stresskälla för sjuksköterskan (Yang et al, 2001; Espinosa et al, 2010; Hinderer, 2012).

I dessa berättelser blir det tydligt hur patienten skulle kunna bli sårbar i förhållande till sjuksköterskans psykiska välbefinnande. Det går inte att utläsa i studierna hur denna oro inför ”svåra anhöriga” påverkade den faktiska vården. Dock tillämpade sjuksköterskorna i studierna konsekvent distansnerande beteenden i situationer som upplevdes som svåra (Bailey et al, 2011; Blomberg et al 2005; Espinosa et al, 2010; Gerrow et al, 2010; Hinderer, 2012; Hopkinson et al, 2005; Peterson et al 2010; Shorter et al, 2010). Därför föds antagandet att så även var fallet när de anhöriga upplevdes som en stresskälla, detta skulle kunna leda till att sjuksköterskorna håller sig undan ”svåra” anhöriga för att skona sig själv från ytterligare stress. Den yttersta konsekvensen av detta skulle kunna vara att delar av patientens vård står eller faller på hur bra sjuksköterskan mår i samarbetet med patientens anhöriga. Detta skulle kunna medföra att allas rätt till lika vård, vilket är ett grundläggande krav inom vården (SSF, 2010), blir lidande. Detta resonemang kan sägas tydliggöra hur viktigt sjuksköterskans välmående är för att kunna tillhandahålla god och lika vård.

Resultatet visade att sjuksköterskorna fann trygghet och stöd genom att samtala med kollegor. Relationen till kollegor beskrevs som viktig för att kunna hantera svåra upplevelser (Hinderer, 2012; Peterson et al, 2010; Shorter et al, 2010; Blomberg et al; Espinosa et al. 2010; Hopkinson). Sjuksköterskorna i en av studierna menade dessutom att denna informella typ av bearbetning stärkte arbetsmiljön genom att öka kamratandan och känslan av att vara ett nära sammansvetsat team (Shorter et al, 2010), vilket naturligtvis är en positiv effekt av denna copingstrategi. Att kollegorna upplevs som så viktiga i den känslomässiga hanteringen av svåra upplevelser kanske inte är så förvånande. Personer som har likartade erfarenheter är säkert de som bäst kan förstå vad sjuksköterskan upplever och varför. I en av studierna berättade sjuksköterskorna att det ibland var svårt att hinna samtala och söka stöd hos sina kollegor (Hopkinson et al, 2005). Därför föds frågor kring vad som händer med sjuksköterskornas välmående när det är så mycket att göra på arbetsplatsen att de inte hinner söka stöd hos sina kollegor. Eller om klimatet på arbetsplatsen inte främjar förtrolighet och diskussioner. Om relationen till kollegor är så viktigt som denna analys resultat indikerar föds frågan om inte forumet för dessa diskussioner borde utökas. Diskussionsgrupper eller avsatt tid för gemensam reflektion vid dagens slut skulle kunna vara exempel på sådana forum.

### 6.2.3 Närhet, distans och god omvårdnad

Distanserande beteenden jämt mot patienter förekom bland sjuksköterskorna i åtta av de tio analyserade artiklarna (Bailey et al, 2011; Blomberg et al 2005; Espinosa et al, 2010; Gerrow et al, 2010; Hinderer, 2012; Hopkinson et al, 2005 Peterson et al 2010; Shorter et al, 2010).

Viss typ av distanserande beteenden som beskrevs i artiklarna hade en tydlig negativ inverkan på omvårdnadens kvalitet och kan sägas gå emot socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) som betonar vikten av att vårda patientens alla dimensioner. Exempel på distansering som hade negativ inverkan på omvårdnaden är att vissa av sjuksköterskorna beskrev hur de engagerade sig så lite som möjligt i patientens vård, eller enbart fokuserade på patientens basala behov och undvek de emotionella (Peterson et al 2010). Eller de som beskrev att de valde bort svåra situationer och istället ägnade sig åt praktiska uppgifter för att slippa situationer som upplevdes som svåra att hantera känslomässigt (Blomberg, 2005). När dessa beteenden tas ur sitt sammanhang är de lätta att döma ut som oetiska. De två studierna i vilka sjuksköterskorna beskriver dessa beteenden undersökte enbart copingstrategier som sjuksköterskor använder, men inte anledningarna till att dessa ses som nödvändiga. Kanske är anledningen till beteendena som beskrivs samma anledningar som beskrivs i de andra analyserade studierna. Alltså svåra sorgereaktioner (Bailey et al, 2011; Gerrow et al, 2010; Hinderer, 2012; Shorter et al; 2010 Wallerstedt et al, 2007) och en oförmåga att släppa tankarna på patienten efter arbetsdagens slut (Hinderer, 2012; Shorter et al, 2010; Wallerstedt et al, 2007). Om så är fallet blir det lättare att ha förståelse för även denna typ av distanserande beteende, då sådana upplevelser inte går att se som helt ovidkommande för sjuksköterskans hälsa.

Andra former av distansering som kommit fram i resultatet beskriver inga uppenbara negativa konsekvenser för patientens omvårdnad. Flera av artiklarna konstateras enbart krasst att sjuksköterskorna beskrev hur de hanterade svåra situationer genom att hålla känslomässig distans till patienten, vilket ansågs som en nödvändighet för att kunna arbeta som sjuksköterska (Shorter et al, 2010; Bailey et al, 2011; Gerrow et al, 2010). I en av studierna beskrev sjuksköterskorna hur de tog kontroll över hur emotionellt involverade de är men patienten samt försöker hitta humor i svåra situationer (Hopkinson et al, 2005).

Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) betonar vikten av ett holistiskt synsätt. Att distansering skulle kunna vara förenligt med dessa perspektiv nämns inte. Om resultatet förutsätts ha validitet kan det dock konstateras att de flesta sjuksköterskor kommer tillämpa distans i någon form i arbetslivet. Således kan det tyckas viktigt att sjuksköterskeutbildningen hjälper blivande sjuksköterskor att hitta former för att tillämpa denna distans på rätt sätt. Att om det är möjligt hitta en balans mellan närhet och distans som inte har negativa konsekvenser för omvårdnaden eller för den egna hälsan. Att förutsätta att denna balans kommer infinna sig helt naturligt kan ses som riskfyllt. Särskilt som denna studies resultat indikerar att det som står på spel både är sjuksköterskans välmående och patientens omvårdnad.

Att ge god omvårdnad, genom att ta kontroll över situationen och minska patientens lidande, verkade vara en välfungerande strategi för att balansera ut sjuksköterskornas stressreaktioner (Blomberg et al, 2005; Espinosa et al, 2010; Gerrow et al, 2010; Hinderer, 2012; Hopkinson et al, 2005; Peterson et al, 2010; Shorter et al, 2010; Wallerstedt et al, 2007; Yang et al, 2001). Att sjuksköterskorna som i samma studier betonat nödvändigheten av distans också betonade vikten av att tillhandahålla god omvårdnad tyder på att förekomsten av

distanserande beteenden inte nödvändigtvis betyder att sjuksköterskorna är beredda att kompromissa om vårdens kvalitet.

#### 6.2.4 Förutsättningar för känsla av sammanhang

Med utgångspunkt i Antonovskys (1991) teori om att känsla av sammanhang kan slutsatsen dras att sjuksköterskorna i de analyserade studierna varken ger uttryck för att ha bristande förutsättningar att uppnå vare sig begriplighet eller meningsfullhet. Detta då sjuksköterskorna i studierna både ger uttryck för förståelse och acceptans av döden som en naturlig företeelse inom sjukvård (Blomberg et al, 2005; Gerow et al, 2010; Hinderer, 2012; Peterson et al 2010; Shorter et al, 2010) samt uttrycker att de finner mening i att försöka god omvårdnad till sina patienter (Blomberg et al, 2005; Espinosa et al, 2010; Gerow et al, 2010; Hinderer, 2012; Hopkinson et al, 2005; Peterson et al, 2010; Shorter et al, 2010; Wallerstedt et al, 2007; Yang et al, 2001).

Dock går det att diskutera om förutsättningarna för att uppleva hanterbarhet eventuellt kan vara sårbara. Sjuksköterskorna använde sig av copingstrategierna att lära sig acceptans, söka stöd i relationer på arbetsplatsen, tillämpa distans samt ge god omvårdnad. Av dessa fyra välanvända strategier kan både stöd genom relationer och god omvårdnad ses som beroende av yttre förutsättningar. Som ovan diskuterades kan stödet som upplevs i relationerna till kollegor både antas vara beroende av att det finns tid att tala med varandra och att arbetsmiljön främjar sådan förtrolighet. Även den goda omvårdnaden måste vara beroende av att det finns förutsättningar för denna i form av tid, samarbete och resurser. För diskussionen till sin spets kanske det går att säga att ingen av dessa två copingstrategier kan garanteras i en sjukvård präglad av överbeläggningar och omorganisationer.

Acceptans av döden genom erfarenhet beskrevs i artiklarna som en välanvänd copingstrategi (Gerow et al, 2010; Hinderer, 2012; Peterson et al, 2010; Shorter et al, 2010; Yang et al, 2001). Det är en copingstrategi som antagligen varken kan antas att påverkas av organisatoriska faktorer eller av individuella förutsättningar. Många sjuksköterskor kommer antagligen arbeta både mycket och länge inom sina professioner. Sjuksköterskelönen kanske inte i så stor utsträckning lämnar utrymme för deltid eller tidig pension varför de flesta sjuksköterskor troligen har goda förutsättningar att uppnå den erfarenhet som förmågan att acceptera döden tycks vara beroende av. Att lära sig tillämpa olika former av distanserande beteenden mot patienter och anhöriga är förmodligen inte heller beroende av yttre faktorer. Dock kan det utifrån resultatet antas att denna copingstrategi enbart kan ses som positiv om det finns förutsättningar att tillämpa den tillsammans med god omvårdnad.

## 7. Sammanfattning

Analysen har visat hur sårbar sjuksköterskans hälsa är i det nära patientarbetet. Samt hur denna sårbarhet också gör patienten och kvalitén på omvårdnaden sårbar. För att skapa förutsättningar för god omvårdnad kan slutsatsen dras att personalen måste må bra för att kunna bedriva ett gott arbete. Den kliniska implikationen av denna litteraturanlys ligger därför framförallt på organisatorisk och politisk nivå.

*Teamarbetet* måste främjas. Sjuksköterskorna i analysen upplevde både maktlöshet och frustration i samarbetet med läkarna. Detta indikerar att ett närmare samarbete och en större förståelse och tilltro till respektive professioners kompetens och erfarenhet måste främjas inom omvårdnaden. I exemplen från analysen skulle vården bli hjälpt av att läkarna lärde sig



ta in sjuksköterskornas omvårdnadsperspektiv, samt att sjuksköterskorna kunde våga känna tilltro till att också läkarna ville det bästa för patienterna.

Förutsättningar för *återhämtning* och *stöd* måste skapas. På politisk och organisatorisk nivå behövs en förståelse för att ett arbete som både är fysiskt och psykiskt krävande kräver tid för återhämtning för att personalen ska kunna bibehålla engagemang och empati under ett helt arbetsliv. Det behövs också en kunskap om och förståelse för vilka konsekvenser det kan få för personalens hälsa om tiden för återhämtning minskar. Analysen visar att en av de viktigaste källorna till stöd är relationen till kollegor. Denna källa till stöd borde på organisatorisk nivå vara relativt enkelt att säkra. Detta genom att trygga att det finns tid att tala med sina kollegor, samt att det finns tillräckligt många kollegor att tala med. Dessutom är arbetsmiljön viktig för att främja denna form av stöd. En underbemannad, stressad avdelning blir kanske lätt en grogrund för konflikter snarare än ett forum för förtrohet och stödjande samtal.

Förutsättningar för *god omvårdnad* måste främjas och garanteras. Sjuksköterskornas upplevelser av osäkerhet och skuld skulle säkert bli mindre om förutsättningarna alltid fanns för att bedriva ett gott arbete. Att ensam ta hand om allt för många patienter, varav en kanske är döende med svåra smärtor, leder antagligen till att sjuksköterskan måste kompromissa om antingen vården av den döende patienten eller om vården om sina andra patienter. Denna analys visar att sjuksköterskor använder sig av distanserade beteenden mot patienter och anhöriga. Samt att denna strategi endast kan sägas vara positiv om den tillämpas tillsammans med god omvårdnad. Dessutom visar analysen att trygghet i att ha gett god omvårdnad fungerar som en copingstrategi för sjuksköterskor. Därför är det alla till gagn om förutsättningarna för god omvårdnad finns. Detta sker exempelvis genom mer resurser, fler kollegor och att förutsättningarna för teamarbete främjas.

Sammanfattningsvis har denna analys visat att sjuksköterskor utsätts för känslomässig påverkan i arbetet som kan ha konsekvenser för deras välbefinnande. Analysen visar också att sjuksköterskan använder sig av olika copingstrategier för att minimera den negativa känslomässiga påverkan dessa situationer har på dem själva. För att främja användningen av copingstrategier utan att dessa påverkar kvalitén på omvårdnaden negativt kan denna studies resultat i det kliniska arbetet användas till att:

- Skapa medvetenhet om att även sjuksköterskans hälsa är sårbar i patientarbetet samt bidra till en medvetenhet att det varken är konstigt eller ovanligt att uppleva sorg eller känslomässig stress i mötet med lidande och döende människor. Den kan också bidra till att skapa medvetenhet och diskussion kring hur sjuksköterskans hälsa påverkar patientens omvårdnad. Samt skapa diskussion kring hur resurser ska fördelas för att säkra sjuksköterskans hälsa i omvårdnadsarbetet.
- Bidra till att skapa diskussion om hur distanserade beteenden kan användas i patientarbetet utan att det påverkar kvalitén på omvårdnaden. Detta för att motverka att sjuksköterskor känner skuld eller tror att de är olämpliga som vårdare om de upplever att ett visst mått av känslomässig distans är nödvändig inom yrket. Samt bidra till diskussion kring hur förutsättningarna ska förbättras för att de uppenbart negativa formerna av distanserade beteenden inte ska upplevas som nödvändiga av omvårdnadspersonalen.

Validiteten på denna litteraturanalys och applicerbarheten på det omvårdnadsarbetet skulle styrkas om fler studier inom ämnet gjordes. Dessutom efterlyses studier som istället för att

framförallt fokusera på sjuksköterskans copingstrategier fokuserar närmare på vilket sätt svåra händelser på arbetet påverkar sjuksköterskans psykiska hälsa. Arbetet med litteraturanalysen har också gett upphov till andra frågor som rör sjuksköterskornas hälsa som skulle gynnas av vidare forskning; Upplever sjuksköterskor att de mår bättre och har bättre förutsättningar för empati och professionellt förhållningssätt om tid för återhämtning och bearbetning räknas in i arbetstiden? På vilket sätt påverkar olika former av distanserade beteenden mot patienter och anhöriga omvårdnaden?

## 8. Referenser

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass.

Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2006). *Vårdande som lindrar lidande: etik i vårdandet*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011). Professional tears: Developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), s. 3364-3372.

Blomberg, K., Sahlberg-Blom, E., Hälsovetenskapliga institutionen, & Örebro universitet. (2007). Closeness and distance: A way of handling difficult situations in daily care. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), s. 244-254.

Darley, J. M., & Batson, C. D. (1973). "From jerusalem to jericho": A study of situational and dispositional variables in helping behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27(1), s 100-108.

Espinosa, L., Young, A., Symes, L., Haile, B., & Walsh, T. (2010). ICU nurses' experiences in providing terminal care. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(3), s. 273-281.

Gerow, L., Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S., & Domian, E. W. (2010). Creating a curtain of protection: Nurses' experiences of grief following patient death. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), s. 122-129.

Harris Kalfoss, M. (2001). Mötet med lidande och döende patienter- sjuksköterskans möta med sig själv. I. Almås, H., Stubberud, D. & Grønseth, R. (red.), *Klinisk omvårdnad 1*. (s) Stockholm: Liber.

Hjort, P (2010) Stress. I. *Vårdguiden*. Tillgänglig: <http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Stress/>

Holmdahl, B. (1990). *Patienten och du: förhållningssätt i omvårdnad*. Stockholm: Liber.

Holm, U. (2009). *Det räcker inte att vara snäll: om empati och professionellt bemötande inom människovårdande yrken*. Stockholm: Natur & kultur.

Holm, U. (2001). *Empati: att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur och kultur.

Hopkinson, J. B., Hallett, C. E., & Luker, K. A. (2005). Everyday death: How do nurses cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), s. 125-133.

- Hinderer, K. A. (2012). Reactions to patient death: The lived experience of critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 31(4), s. 252-259.
- Karasek & Theorell. (1990). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kunyk, D., & Olson, J. K. (2001). Clarification of conceptualizations of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 317-325.
- Lazarus R.S, Folkman S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer.
- Lundberg, U. & Wentz, G. (2004). *Stressad hjärna, stressad kropp: om sambanden mellan psykisk stress och kroppslig ohälsa*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Maslach, C., Leiter, M. P., & Hagelthorn, M. (1999). *Sanningen om utbrändhet: Hur jobbet förorsakar personlig stress och vad man kan göra åt det*. Stockholm: Natur och kultur.
- Maslach, C., & Wiking, P. (1985). *Utbränd: En bok om omsorgens pris*. Stockholm: Natur och kultur.
- Nationalencyklopedin(NE). (2013). *Stress*. Tillgänglig: [http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/stress?i\\_whole\\_article=true](http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/stress?i_whole_article=true)
- Nationalencyklopedin (NE).( 2013). *Utbrändhetssyndrom*. Tillgänglig: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/utbr%C3%A4ndhetssyndrom>
- Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P. C., Kershek, S., Pincon, D. (2010). Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying. *International journal of palliative nursing*, 16 (9), 432, s 434-438.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (2008). *Omvårdnadens etik: sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Stockholm: Liber.
- Shorter, M., & Stayt, L. C. (2010). Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 159-167.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005-105-1)*. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)
- Svenska akademins ordlista (2011). *Empati*. Tillgänglig: [http://www.svenskaakademien.se/svenska\\_spraket/svenska\\_akademiens\\_ordlista/saol\\_pa\\_natet/ordlista](http://www.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_akademiens_ordlista/saol_pa_natet/ordlista)
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Tillgänglig: <http://www.swenurse.se/pagefiles/2582/ssf%20etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>
- Söderström, U. (2011) *Sorg. I. 1177 Västra Götalandsregionen*. Tillgänglig: <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Tema/Liv-och-halsa/Kriser/Sorg/>
- Wallerstedt, B., & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: Experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 32-40.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur.

Yang, M. H., & McIlfatrick, S. (2001). Intensive care nurses' experiences of caring for dying patients: a phenomenological study. *International journal of palliative nursing*, 7(9), s 435-44

## Bilaga 1. Artikelsökningar

### Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Granskade artiklar	Valda artiklar
2/4-2013	Nurse AND experience AND death AND stress	Peer-Reviewed, 2000- 2013, All adults.	22	6	3
2/4-2013	Nurse AND coping AND death AND qualitative	Peer-reviewed, 2000- 2013, All adults.	17	2	1
2/4-2013	Nurse AND coping AND suffering AND death	Peer-reviewed, 2000- 2013.	7	1	1
2/4-2013	Nurses AND professional AND relationship AND terminal care.	Peer-reviewed, 2000- 2013.	17	2	1

### Scopus

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Granskade artiklar	Valda artiklar
3/4-2013	Nurse AND coping AND terminal care.	Article, English language, 2000-2013	38	4	3
3/4-2013	Nurse AND professional relationship AND coping AND death.	Article, English language, 2000-2013	15	1	1
3/4-2013	Nursing perspective AND dying AND experience AND qualitative.	Article, English language, 2000-2013	27	2	1
3/4-2013	Nurse AND coping AND experience AND death.	Article, English language, Nursing, 2000-2013	41	5	1

## **Bilaga 2. Modell för kvalitetsgranskning**

### **Omarbetad mall med ursprung från Willman och Stoltz modell för kvalitetsbedömning av kvalitativa artiklar (2011).**

#### **Protokoll för kvalitetsbedömning:**

1. Tydlig frågeställning/problemformulering?  Ja  Nej (Ja 1p)
2. Är kontext tydligt presenterat?  Ja  Nej (Ja 1p)
3. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna?  Ja  Nej (Ja 1 p)
4. Resonemang om etik?  Ja  Nej (Ja 1p)
5. Urvalförfarande tydligt beskrivet, relevant och strategiskt?  Ja  Nej (ja 1 p)
6. Datainsamling tydligt beskrivet?  Ja  Nej (ja 1 p)
7. Analys tydligt beskriven?  Ja  Nej (ja 1 p)
8. Finns resonemang om klinisk implikation ?  Ja  Nej (ja 1 p)
9. Finns resonemang om studiens tillförlitlighet?  Ja  Nej (ja 1 p)
10. Redovisas resultatet i förhållande till tidigare forskning?  Ja  Nej (ja1 p)

#### **Sammanfattande bedömning av kvalitet**

Varje poäng omvandlas till 10 procent. Hög kvalitet 80-100 procent. Medel 60- 70 procent. Låg 0-50 procent.

Hög (80-100 procent)

Medel (60-70 procent)

Låg (0- 50 procent)

### Bilaga 3. Artikelsammanfattning

	Artikel	Syfte	Metod och urval	Antal referenser	Kvalité
<b>Titel:</b> <b>Författare:</b> <b>Tidskrift:</b> <b>Årtal:</b> <b>Land:</b>	Professional tears: Developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D Journal of Clinical Nursing 2011 Storbritanien	Undersöka hur akutsjuksköterskor känslomässigt hanterar sina upplevelser av död på akuten.	Kvalitativ studie. 900 timmars ostrukturerade observationer från akuten. Inspelade intervjuer med tio sjuksköterskor, två läkare, en sjuksköterskestudent, två vaktmästare, sex patienter samt sju anhöriga till patienterna.	43	Medel
<b>Titel:</b> <b>Författare:</b> <b>Tidskrift:</b> <b>Årtal:</b> <b>Land:</b>	Closeness and distance: A way of handling difficult situations in daily care. Blomberg, K., Sahlberg-Blom, E. Journal of Clinical Nursing 2007 Sverige	Beskriva hur medlemmar i vårdteam runt patienter med långt gången cancer beskriver hur de hanterar svåra situationer	Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. Sexton fokusgruppsintervjuer med totalt 77 deltagare. Deltagarna arbetade inom lungmedicin, akutvård, hemsjukvård, och palliativ vård. Deltagarna var sjuksköterskor, undersköterskor, psykologer, psykoterapeuter och arbetsterapeuter.	40	Hög
<b>Titel:</b> <b>Författare:</b> <b>Tidskrift:</b> <b>Årtal:</b> <b>Land:</b>	ICU nurses' experiences in providing terminal care. Espinosa, L., Young, A., Symes, L., Haile, B., & Walsh, T. Critical Care Nursing Quarterly 2010 USA	Utforska sjuksköterskors upplevelser av vård i terminalt skede på intensivvårdsavdelning.	Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. Individuella intervjuer och fokusgrupper. Deltagarna bestod av arton sjuksköterskor verksamma inom intensivvård.	27	Hög

	Artikel	Syfte	Metod och urval	Antal referenser	Kvalité
<b>Titel:</b> <b>Författare:</b> <b>Tidskrift:</b> <b>Årtal:</b> <b>Land:</b>	Creating a curtain of protection: Nurses' experiences of grief following patient death. Gerow, L., Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S., & Domian, E. W. Journal of Nursing Scholarship 2010 USA	Att beskriva sjuksköterskors levda erfarenhet av att deras patienter dör.	Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats, Datainsamling bestod av intervjuer med elva sjuksköterskor verksamma inom olika typer av vård.	21	Hög
<b>Titel:</b> <b>Författare:</b> <b>Tidskrift:</b> <b>Årtal:</b> <b>Land:</b>	Reactions to patient death: The lived experience of critical care nurses. Hinderer, K. A. Dimensions of Critical Care Nursing 2012 USA	Undersöka intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att deras patienter dör.	Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. Intervjuer. Deltagarna var sex sjuksköterskor verksamma inom intensivvård.	50	Hög
<b>Titel:</b> <b>Författare:</b> <b>Tidskrift:</b> <b>Årtal:</b> <b>Land:</b>	Everyday death: How do nurses cope with caring for dying people in hospital Hopkinson, J. B., Hallett, C. E., & Luker, K. A. International Journal of Nursing Studies 2005 Storbritannien	Undersöka hur nyutbildade sjuksköterskor hanterar att vårda döende patienter på akutmedicinska avdelningar på sjukhus.	Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. Datainsamling bestod av intervjuer. Deltagarna var tjugoåtta nyutbildade sjuksköterskor verksamma inom akutmedicin.	50	Hög



	Artikel	Syfte	Metod och urval	Antal referenser	Kvalité
<b>Titel:</b> <b>Författare:</b> <b>Tidskrift:</b> <b>Årtal:</b> <b>Land:</b>	Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying. Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B. Apmann, L., Chang, P., Kershek, S., Pincon, D. International Journal of Palliative Nursing, 2010 USA	Utforska på vilket sätt sjuksköterskor söker stöd för att hantera när deras patienter dör.	Kvalitativ studie med grounded theory ansats. Datainsamlingen bestod i djupintervjuer och frågeformulär online. Femton sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter deltog i studien.	31	Medel
<b>Titel:</b> <b>Författare:</b> <b>Tidskrift:</b> <b>Årtal:</b> <b>Land:</b>	Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. Shorter, M., & Stayt, L. C. Journal of Advanced Nursing 2010 Storbritannien	Utforska sjuksköterskor verksamma inom intensivvårds upplevelser av sorg och deras copingstrategier när deras patienter dör.	Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. Inspelade intervjuer. Åtta sjuksköterskor verksamma inom intensivvård deltog i studien.	34	Hög
<b>Titel:</b> <b>Författare:</b> <b>Tidskrift:</b> <b>Årtal:</b> <b>Land:</b>	Caring for dying patients outside special palliative care settings: Experiences from a nursing perspective. Wallerstedt, B., & Andershed, B. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2007 Sverige	Beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda svårt sjuka och döende patienter utanför avdelningar inriktade på palliativ vård.	Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. Datainsamlingen bestod av inspelade intervjuer. Deltagarna var nio sjuksköterskor inom hemsjukvård och sjukhusvård.	54	Hög
<b>Titel:</b> <b>Författare:</b> <b>Tidskrift:</b> <b>Årtal:</b> <b>Land:</b>	Intensive care nurses' experiences of caring for dying patients: a phenomenological study Yang, M., & McIlpatrick, S. International journal of palliative nursing 2001. Taiwan	Undersöka sjuksköterskors verksamma inom intensivvårds upplevelser av att vårda döende patienter och utvärdera rekommendationer för utbildning och praktik.	Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. Datainsamling bestod av inspelade intervjuer. Urvalet bestod i tio sjuksköterskor verksamma inom intensivvård.	43	Medel