



När medlidandet tryter

Hur sjuksköterskor bemästrar compassion
fatigue/sekundär traumatisk stress

FÖRFATTARE	Annelie Orshagen Johanna Ribbe
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 Högskolepoäng OM 5250 Examensarbete HT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Stefan Nilsson
EXAMINATOR	Helene Berglund

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Tack till:

Stefan Nilsson, vår handledare, för många goda synpunkter och snabba svar på alla frågor.

Simon Pellby för administrativt stöd och hjälp under skrivprocessen.

Jelly Belly ® för uppiggande och motiverande bönor.

Titel (svensk):	När medlidandet tryter - Hur sjuksköterskor bemästrar compassion fatigue/ sekundär traumatisk stress
Titel (engelsk):	When compassion runs out - How nurses cope with Compassion Fatigue/Secondary Traumatic Stress
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 Högskolepoäng
kursbeteckning:	OM5250, Examensarbete - Grundnivå
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	19 sidor
Författare:	Annelie Orshagen Johanna Ribbe
Handledare:	Stefan Nilsson
Examinator:	Helene Berglund

SAMMANFATTNING

Introduktion: Den vårdande relationen kräver att sjuksköterskan har ett empatiskt förhållningssätt och känner medlidande med patienten. Om sjuksköterskan inte kan hålla lidandet ifrån sig på ett personligt plan kan sjuksköterskan drabbas av compassion fatigue/ sekundär traumatisk stress (CF/STS), vilket är två snarlika begrepp som beskriver emotionell utbrändhet. Prevalensen av CF/STS är hög inom onkologin.

Syfte: Att undersöka hur sjuksköterskor som arbetar med cancersjuka barn eller vuxna inom slutenvård kan motverka att drabbas av CF/STS.

Metod: En litteraturstudie genomfördes med hjälp av tolv kvalitativa forskningsartiklar. Artiklarna kvalitetsgranskades, materialet analyserades och sammanfattades till litteraturstudiens resultat.

Resultat: De bemästringsmetoder sjuksköterskor själva kunde identifiera sammanfattades under sex teman: Kommunikation och stöd, erfarenhet och egna reflektioner, ta hand om sig själv, närhet och distans, mening och tro och positivt tänkande.

Slutsats: Det är av största vikt att motverka att sjuksköterskor drabbas av CF/STS då detta har negativa effekter på hälsan hos sjuksköterska, patient och närstående och försämrar den vårdande relationen. Sjuksköterskan behöver stöd från kollegor och möjlighet till reflektion och mentorskap för att kunna bedriva god vård. Kunskap om CF/STS och bemästringsmetoder minskar risken att drabbas.

Nyckelord: *Compassion fatigue, Sekundär traumatisk stress, Bemästring, Sjuksköterska, Barn, Onkologi*

ABSTRACT

Introduction: The nursing relationship between a nurse and a patient is based on a feeling of empathy and compassion from the nurse. If the nurse cannot keep the suffering from affecting her on a personal level the nurse may develop Compassion Fatigue/Secondary Traumatic Stress (CF/STS). CF/STS has been described as a special condition, an emotional burnout. The prevalence of CF/STS is high among nurses working within oncology.

Aim: To examine how nurses working with inpatient children or adults suffering from cancer can discourage suffer from CF/STS through coping.

Method: A literature review containing the results of twelve qualitative research articles. The articles were reviewed, analyzed and summarized and a result was formed.

Findings: The coping methods identified by nurses was gathered into six themes: Communication and support, Experience and personal reflection, Taking care of yourself, Closeness and distance, Meaning and faith and Positive thinking.

Discussion: It is important to prevent nurses from developing CF/STS since the condition has negative effects on the health of the nurse as well as the patient and its family. CF/STS affects the quality of the caring relationship and the nurse needs support from colleagues as well as space and time for reflection. A mentorship on the ward is needed for the nurse to be able to provide good care. Knowledge, education and coping methods reduces the risk of developing CF/STS among nurses.

Keywords: *Compassion fatigue, Secondary traumatic stress, Coping, Nurse, Pediatric, Oncology*

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
SJUKSKÖTERS KANS HÄLSA OCH VÄLBEFINNANDE.....	1
DEN VÅRDANDE RELATIONEN	1
EMPATI OCH SJUKSKÖTERS KANS ROLL.....	2
CENTRALA BEGREPP.....	3
Compassion fatigue (CF)	3
Sekundär traumatisk stress (STS)	3
Compassion satisfaction (CS)	4
Riskfaktorer för CF/STS	4
FÖREKOMST INOM VÅRDEN.....	5
Onkologisk slutenvård	5
Pediatrik slutenvård	5
Pediatrik onkologi	6
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	7
METOD	7
DATAINSAMLING OCH URVAL	7
ANALYSMODELL	8
RESULTAT	8
KOMMUNIKATION OCH STÖD.....	8
Att få ventilera.....	8
Samtalets betydelse	9
Stöd från teamet	10
Feedback från patient och dess närstående	11
ERFARENHET OCH EGNA REFLEKTIONER	11
TA HAND OM SIG SJÄLV	11
NÄRHET OCH DISTANS	12
MENING OCH TRO	14
POSITIVT TÄNKANDE	14
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION	15
Forskningsetiska överväganden	16
RESULTATDISKUSSION	17
KLINISK IMPLIKATION.....	18
SLUTSATS.....	19
REFERENSER	20
BILAGA 1: SÖKRESULTAT	
BILAGA 2: ARTIKELÖVERSIKT	

INLEDNING

Intresset för ämnet väcktes under en praktikperiod på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Vi vill båda gärna arbeta inom pediatrik och onkologi. Men när vi nämnt detta för våra närstående har vi vid upprepade tillfällen fått frågan om hur vi ska orka med de tunga delarna av arbetet: Att barn och vuxna insjuknar, lider och kanske till och med dör. Vi, som nyutbildade sjuksköterskor, har haft svårt att besvara frågan, då vi saknar erfarenhet och inte heller fått någon konkret utbildning i bemästringsmetoder.

BAKGRUND

SJUKSKÖTERSKANS HÄLSA OCH VÄLBEFINNANDE

Världshälsoorganisationen (WHO, 2006) definierade 1946 hälsa, inte enbart som frånvaro av sjukdom, utan som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Hälsa har under de senaste åren blivit synonymt med ordet "wellness" (Zadhe, Gamba, Hudson, Wiener, 2012). Enligt Swarbrick, D'Antonio och Nemecek (2011) finns det åtta dimensioner av begreppet vilka innefattar; fysiskt, socialt, intellektuellt, emotionellt, andligt, ekonomiskt, samt yrkesmässigt och privat välbefinnande. Sjuksköterskor som jobbar hårt för att tillhandahålla hälsofrämjande vård är många gånger inte lika bra på att ta hand om sig själva och att införliva beteenden som främjar välbefinnande i sitt eget liv, vilket med tid kan leda till negativa stressreaktioner (Zadhe et al, 2012).

Enligt Antonovsky (1992) byggs hälsa av en känsla av sammanhang, förkortat KASAM. KASAM är det bärande begreppet inom Antonovskys holistiska modell för ett salutogent synsätt på hälsa. Delbegrepp inom KASAM är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. En sjuksköterska upplever hälsa om hon ser ett sammanhang i tillvaron, och känner att det arbete hon gör är meningsfullt. Om sjuksköterskans bild av verkligheten förändras på ett negativt sätt följer förvirring, sänkt förmåga till KASAM och sämre upplevd hälsa.

Hälsa är, enligt Eriksson (1996), en känsla av friskhet, sundhet och välbefinnande. Välbefinnande är i sig ett svårdefinierat begrepp, men enligt Willman (2009) är det här tätt knutet till självupplevd hälsa, som är delvis oberoende av eventuell sjukdom. Under rätt förutsättningar kan ett visst mått av välbefinnande och livskvalitet infinna sig, trots upplevelse av känslomässig utmattning. Om sjuksköterskan upplever sig ha kontroll över situationen, har gott stöd, känner hopp om bättring och om det finns meningsfullhet i arbetet kan sjuksköterskan känna välbefinnande och tillfredsställelse trots en stressig vardag (Stamm, 2002).

DEN VÅRDANDE RELATIONEN

Ett existentiellt perspektiv på den vårdande relationen är att sjuksköterskan måste ha förmåga att kunna skapa en jag-du-relation, kunna engagera sig i andra människor,

och dessutom vilja möta patienten i dennes problem. Meningen med omvårdnad finns i själva omvårdnadshandlingarna, men dessa handlingar skiljer sig från fall till fall beroende på omvårdnadssituation, till exempel om det rör sig om sluten- eller öppenvård eller vård av äldre eller yngre (Paterson & Zderad, 1976).

Den vårdande relationen med patienter kräver dagligen emotionella interaktioner då sjuksköterskan förväntas visa omsorg, uttrycka empati och visa på förståelse för det patienten uttrycker utifrån yrkesmässiga och organisatoriska förväntningar. När genuina känslor inte infinner sig förväntas sjuksköterskan ändå kunna agera som att känslorna ändå finns där. Detta genom att använda sig utav kroppsspråk såsom gester, tonläge och mimik, ett ytligt skådespel där djupare engagemang saknas (Bhave & Glomb, 2009; Chou, Hecker & Martin, 2012). Chou et al (2012) och Bakker, Hakanen, Demerouti och Xanthopoulou (2007) har påvisat att just det emotionella skådespel som sjuksköterskor ibland använder kan påverka välbefinnandet negativt om det kräver hög emotionell insats av sjuksköterskan under en längre period. Följderna kan bli känslomässig trötthet och arbetsmissnöje.

Att varje dag bevittna lidande och att försöka hjälpa varje patient på ett individuellt plan i den avpersonifierade miljö som slutenvården erbjuder ställer också höga krav på sjuksköterskans förmåga att leva sig in och försöka förstå patientens känslor och reaktioner och att känna empati (Ferrell & Coyle, 2008).

EMPATI OCH SJUKSKÖTERSANS ROLL

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor står det att sjuksköterskan ska stödja patienten och dess närstående samt kunna kommunicera på ett empatiskt, respektfullt och lyhört sätt med patient, närstående och annan personal (Socialstyrelsen, 2005).

Ordet empati innebär kortfattat att "ha förmåga att leva sig in i en annan persons behov och känslor" (Nationalencyklopedin). Begreppet empati är dock mer komplext och omfattar flera element såsom en känslomässig/ affektiv reaktion på en annan människas känslor, att kunna göra en kognitiv/ intellektuell bedömning samt en beteendedimension, vilken innebär att viljan och avsikten att förmedla förståelse uttrycker sig i någon form av handling (Berhin, Lundberg & Theodoridis, 2014; Holm, 2004).

För att kunna uppnå empati behöver sjuksköterskan lyssna aktivt till patientens berättelse. Det är i förståelsen för den förändrade livsvärlden patienten upplever som empatin infinner sig (Birkler, 2007). Ett genuint intresse, engagemang och inlevelseförmåga hos den som vårdar är en förutsättning för empati. Inom vården handlar det om att skapa en relation till patienten. Relationen ger stöd och trygghet men bygger också upp ett samarbete mellan sjuksköterska och patient och empati ses som en viktig del i att kunna uppnå detta.

Ett empatiskt förhållningssätt leder till en dialog och en förståelse i vårdrelationen (Holm, 2004). En öppen dialog ger sjuksköterskan möjligheten att sätta sig in i och förstå patientens behov och önskemål. Detta är i sin tur en förutsättning för att kunna

bemöta och ge bästa möjliga personliga vård (Berhin et al, 2014; Määttä, 2006). Det känslomässiga engagemanget som krävs kan dock bli överväldigande vilket kan leda till att sjuksköterskans förmåga att vara medkännande och empatisk minskar (Aycock & Boyle, 2009; Maytum, Heiman & Garwick, 2004; Sabo, 2006).

CENTRALA BEGREPP

Compassion fatigue (CF)

Sjuksköterskan Carla Joinson myntade år 1992 begreppet "compassion fatigue" (medlidandeutmattning) i en vetenskaplig studie om utbrändhet hos akutsjuksköterskor. Compassion fatigue, CF, identifierades som en grupp symtom på negativa stressreaktioner som många sjuksköterskor i studien uppvisade. De liknade, men föll inte inom ramen för, definitionen av utbrändhet. Joinson kallade det en "unik form av utbrändhet" som drabbade personer inom vårdande professioner. Symtomen var kronisk trötthet, irritabilitet, ovilja att gå till jobbet, förvärrade fysiska krämpor och minskad livslust (Joinson, 1992). Under följande årtionden definierades även andra symtom som känsla av hjälplöshet, ilska och undertryckande av känslor (Bride, Radley & Figley, 2007), glömska, huvudvärk, magont, hypertoni, viktuppgång, stelhet i nacken, fatigue och sömnproblematik (Aycock & Boyle, 2009).

En ofta citerad forskare inom området, Figley (1995), har beskrivit tre symtom på CF; att traumatiska situationer *återupplevs* i tankar och drömmar, *undvikande* av situationer, platser eller personer som påminner om det som hänt, samt en konstant känsla av att kroppen går på *högvarv*.

CF har beskrivits som en kombination av fysisk, känslomässig och andlig dränering som kan uppträda hos vårdpersonal när de vårdar svårt sjuka, döende eller traumatiserade patienter (Lombardo & Eyre, 2011) och kan i förlängningen orsaka sämre prestation på arbetsplatsen, dåligt omdöme och apati (Coetzee & Klopper, 2010). CF är alltså produkten av långvarig och intensiv kontakt med lidande patienter i kombination med stress (Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel & Reimels, 2010; Sabo, 2006) men kan utlösas plötsligt, intensivt och med få varningssignaler (Figley, 1995; Hooper et al, 2010).

Enligt Hecktman (2012) kan hög prevalens av CF påverka avdelningen negativt genom minskad produktivitet och fler sjukdagar hos personalen. På avdelningar där personalen lider av CF har patienterna visat sig vara mindre nöjda med vården.

Sekundär traumatisk stress (STS)

STS, eller sekundär traumatisk stress, är ett begrepp som ofta omnämnts tillsammans med CF i litteraturen. En gemensam nämnare mellan STS och CF är att båda begreppen behandlar den negativa effekt någon form av trauma har på vårdpersonalen, så kallad traumatisering. Med traumatisering avses i detta fall att sjuksköterskan bevittnar, upplever eller konfronteras med akut sjukdom, död eller stort lidande hos patient eller dess närstående (Robins, Meltzer & Zelikovsky, 2009).

White (2006) har beskrivit STS som ett förstadium till sekundärt traumatiskt stressyndrom (STSD). STS kan sägas vara ett samlingsbegrepp för ett antal symtom och dessa symtom kan leda till ett syndrom, STSD. STS är, enligt White (2006) resultatet av att bli utsatt för trauma upprepade gånger i kombination med att hysa starka känslor av empati. Figley (1995) har dock hela tiden hävdad att ett empatiskt förhållningssätt är grunden för att utveckla både STS och CF.

Vilket begrepp som bäst beskriver det tillstånd dessa traumatiska upplevelser leder till är omtvistat. Meadors, Lamson, Swanson, White och Sira (2009) beskrev hur olika skolor utvecklats inom området; de som satt ett likhetstecken mellan CS och STS och de som hävdad att det finns fenomenologiska skillnader mellan begreppen. Då det inte går att göra en klar distinktion mellan begreppen kommer termen CF/STS fortsättningsvis användas i litteraturstudien.

Compassion satisfaction (CS)

Där CF/STS har kallats "omvårdnadens kostnad" kan compassion satisfaction (CS) beskrivas som den positiva aspekten av att hjälpa patienter (Hooper et al, 2010). Det utbyte sjuksköterskor kan få av att vara i en nära, vårdande och hjälpande relation kan skapa engagemang och inspiration till att göra ett bra arbete (Coetzee & Klopper, 2010). Där vårdpersonalen upplever tillfredställelse och välbefinnande i sin arbetssituation finns goda möjligheter till effektiva kollegiala relationer, en känsla av tillhörighet i arbetsgruppen samt delaktighet i ett större organisatoriskt sammanhang (Stamm, 2002). Viss evidens har visat att hög grad av CS kan motverka att sjuksköterskan drabbas av CF (Smart, English, James, Wilson, Daratha, Childers & Magera, 2014; Meadors et al, 2009).

Riskfaktorer för CF/STS

Coetzee och Klopper (2010) har beskrivit tre primära riskfaktorer för att utveckla CF/STS: patientkontakt, personligt engagemang och stress. Om dessa riskfaktorer är utspridda över tid, ständigt återkommande och intensiva kan de orsaka först *obehag*, som är temporärt och kan avhjälpas med tillräcklig vila, och därefter ökad *stress* med påföljden att stresstoleransen minskar. Om den negativa spiralen får fortgå utan intervention löper sjuksköterskan stor risk att drabbas av CF/STS. Joinson (1992) har också nämnt att ju större empatisk förmåga en sjuksköterska har, och ju mer hon bryr sig om sina patienter, desto större risk löper hon att drabbas av CF/STS.

Flera studier har också visat att mindre erfarna sjuksköterskor löper större risk att drabbas av CF/STS än mer erfarna kollegor. Brist på erfarenhet, en känsla av stress och av att inte räcka till, har setts som tänkbara orsaker, men även brist på bemästringsstrategier och brister i utbildningen vad gäller information om traumatisering (Hinds, 2000; Li, Early, Mahrer, Klaristenfeld & Gold, 2014). En studie gav dock ett annat resultat, där den grupp som hade högst CF-prevalens var de som arbetat inom onkologin mellan 11 och 20 år (Potter, Deshields, Divanbeigi, Berger, Cipriano, Norris & Olsen, 2010).

Sjuksköterskor som arbetar inom onkologi, akutmottagning, intensivvård, hospice och pediatrik pekas i olika studier ut som särskilt sårbara (Abendroth & Flannery, 2006; Li

et al, 2014). Kvinnor har visat sig vara mer mottagliga än män för att utveckla CF/STS (Hooper et al, 2010).

FÖREKOMST INOM VÅRDEN

Onkologisk slutenvård

Onkologin har ansetts vara en av de tyngsta arbetsplatserna inom slutenvården. Studier har visat att högt tempo, stort lidande hos patienterna och deras närstående, palliativ omvårdnad, hög omvårdnadsintensitet samt omfattande och komplex läkemedelshantering är några faktorer som skiljer onkologi från annan omvårdnad och andra patientgrupper. Närvaron av död och "hotet om död", etiska dilemman, känsla av att inte räcka till för de svårt sjuka patienterna och deras närstående har också beskrivits som stressande för sjuksköterskor inom onkologi (Potter et al, 2010; Quinal, Harford & Rutledge, 2009; Hinds, 2000; Aycock & Boyle, 2009).

En studie över CF/STS-prevalensen hos 42 anställda (33 sjuksköterskor) på en onkologisk avdelning i Kalifornien visade sig variera mellan 16 till 37 procent beroende på vilket mätverktyg som användes (Quinal et al, 2009).

Pediatrik slutenvård

Utöver onkologin har även pediatriken utpekats som ett vårdområde där risken att drabbas av traumatisk stress är högre än normalt (Maytum et al, 2004).

En studie av Ford och Turner (2001) visade att sjuksköterskor som jobbar med barn har ett ovanligt stort engagemang och investerar mycket i relationen med barnet och familjen. Sjuksköterskorna beskrev vissa relationer som mer speciella än andra då de exempelvis hade gått igenom en tuff period tillsammans. De talade även om att de speciella relationerna sällan infann sig samtidigt då det kräver ett allt för stort personligt engagemang. Behovet av att få vila innan sjuksköterskan på nytt kunde investera i en relation med en familj var stort.

"I don't believe you can do it all the time..., you can't keep investing. Because I think you'd kill yourself. You know, you have to recover... before you can invest again" (Ford & Turner, 2001).

Vidare visade studien att sjuksköterskorna upplevde att de behövde lära känna patientens föräldrar och visa dem att de brydde sig om barnet på ett personligt plan. Sjuksköterskorna i studien uttryckte frustration och skuld när tid inte fanns för holistisk omvårdnad och en god vårdande relation. De beskrev hur de, på grund av tidsbrist, enbart utförde de mest nödvändiga arbetsuppgifterna för att sedan gå vidare till nästa barn. Många sjuksköterskor upplevde glädje när barnen tog sig igenom en behandling framgångsrikt, men kände också stor sorg då motgångar tillstötte eller när barnet dog.

Den medicintekniska utvecklingen genom åren har medfört att fler barn lever längre trots kroniska sjukdomar. Detta leder till att kontakten med vården för barn och deras familj förlängs och relationen sjuksköterskan skapar med patient och deras närstående

blir mer fördjupad (Maytum et al, 2004). Detta engagemang över tid ökar sjuksköterskans exponering av lidande vilket kan vara mycket tungt att hantera (Meadors & Lamson, 2008; Ford & Turner, 2001).

Att vårda svårt sjuka eller allvarligt skadade barn kan, enligt Beaton och Murphy (1995), markant öka risken för CF/STS. En studie av Robins et al (2009), där 314 personer av vårdpersonalen (136 sjuksköterskor) på ett barnsjukhus i Philadelphia deltog, visade att 39 % hade måttlig eller hög risk för CF/STS.

Pediatrik onkologi

Varje år drabbas cirka 300 barn i Sverige av cancer och vårdas på någon av landets pediatrika onkologiavdelningar (Gustafsson, Heyman & Vernby, 2007). Sjuksköterskan inom barnonkologi ses som en nyckelperson i vårdteamet kring barnet. Det psykosociala stöd sjuksköterskan ger barnen och familjen kräver en holistisk syn på omvårdnaden (Conte, 2011). Då den barnonkologiska vården är omfattande träder många sjuksköterskor in i en unik och nära relation med barnen och deras föräldrar då vårdtiden ofta är lång och intensiv under återkommande perioder (Feldstein & Gemma, 1995). Ett av fem barn avlider i cancer (Gustafsson et al, 2007), och sjuksköterskan kan då inte enbart fokusera på barnets omvårdnad utan behöver även ta sig tid att bemöta de emotionella behoven hos de närstående (Taubman-Ben-Ari & Weintraub, 2008). Detta engagemang kan leda till att sjuksköterskan blir mer mottaglig för hög nivå av personlig stress, sorg och emotionell överbelastning (Vachon, 1998; Vachon & Pakes, 1985).

Trots intensiteten med att jobba inom barnonkologin finner dock många sjuksköterskor att de band de skapat med barnen och deras familjer är givande och att detta är ett privilegium som ger meningsfullhet i arbetet (Conte, 2001).

PROBLEMFORMULERING

Sjuksköterskor utsätts ofta för stress på arbetsplatsen då de vårdar svårt sjuka och döende patienter samtidigt som de kämpar med att ge vård av kvalitet trots en överväldigande arbetsbörda. Den vårdande relationen ställer höga krav på sjuksköterskans förmåga att känna och visa empati. Om sjuksköterskan känner sig otillräcklig i vårdrelationen uppkommer ytterligare känslor av stress. Denna stress höjer risken för CF/STS. Minskat individuellt välbefinnande och hög prevalens av CF/STS hos sjuksköterskorna har visat sig drabba arbetsplatsen genom att produktiviteten minskar och sjuksköterskorna tar fler sjukdagar. CF/STS kan även ge negativa effekter för omvårdnaden av patienten och undersökningar har visat att patienter uppger sig vara mindre nöjda med vården på avdelningar med hög grad av stress och där sjuksköterskorna inte trivs.

Tidigare forskning har visat att vissa sjuksköterskor hanterar en emotionellt stressande jobbsituation bättre än andra. Att på ett effektivt och strukturerat sätt försöka motverka att drabbas av CF/STS har visat sig öka upplevelsen av CS. Om sjuksköterskan blundar för emotionella problem, samt saknar bemästringsmetoder för CF/STS, påverkas sjuksköterskans hälsa, vårdrelationen till patienten och graden av empati

negativt. Det är därför av stor vikt att sjuksköterskor lär sig bemästringsmetoder för att undvika och motverka att drabbas av CF/STS.

SYFTE

Att undersöka hur sjuksköterskor som arbetar med cancersjuka barn eller vuxna inom slutenvård kan motverka att drabbas av CF/STS.

METOD

En litteraturstudie valdes för att skapa en översikt över, och sammanfatta, det aktuella kunskapsläget kring det valda ämnet (Friberg, 2012). Detta med förhoppning att skapa underlag för kritisk granskning och intresse hos forskare att göra ytterligare studier.

DATAINSAMLING OCH URVAL

I studien har enbart kvalitativa studier använts. Dessa studier valdes ut efter sökningar i databaserna Cinahl och PubMed, och de första sökningarna gjordes i Cinahl på grund av att det är en omvårdnadsvetenskaplig databas. Pubmed valdes för att se om ytterligare studier fanns som ej täcktes in utav Cinahl. Pubmed gav dock inga ytterligare resultat, men en omfattande sekundärsökning i redan valda artiklars referenslistor gav ytterligare en intressant artikel. Sökningarna har gjorts utan tidsbegränsningar, men endast två är skrivna före 2000-talet. Fem är mindre än fem år gamla. De sökord som användes var: *compassion fatigue/ compassion, children, pediatric, oncology, nurse/nursing, coping/coping strategies, stress, experience, handling, stress-response* (se bilaga 1).

Av de artiklar som framkom lästes först rubrik för att avgöra relevans, därefter lästes ett antal abstract, och slutligen valdes elva artiklar ut till analysen. Vissa artiklar förekom i flera sökningar, varför antalet valda artiklar i söktabellen och antalet artiklar i resultatet inte stämmer överens (se bilaga 1).

Inklusionskriterier:

- Studier på engelska eller svenska.
- Kvalitativa studier.
- Studier som behandlade sjuksköterskors *egna erfarenheter* av bemästringsstrategier, motståndskraft, stressreaktioner, stresshantering eller skyddsfaktorer vad gällde CF/STS och hantering av svåra känslor och stress när patienter är svårt sjuka, döende eller dör.

Exklusionskriterier:

- Kvantitativa studier.
- Studier där en majoritet av deltagarna hade en annan profession än sjuksköterska.
- Studier med ambulanspersonal och hemsjukvårdare, då vi inriktat oss på slutenvård.

Alla valda artiklar har skrivits av legitimerade sjuksköterskor, i två fall tillsammans med andra professioner, och har ett omvårdnadsperspektiv. Samtliga artiklar som ingår i resultatet är granskade enligt protokoll för bedömning av studiers kvalitet, hämtad från Willman, Stolz och Bahtsevani (2011)(se bilaga 2).

ANALYSMODELL

Materialet analyserades med hjälp av en modell av Friberg (2012) där artiklarnas resultat delas upp för att identifiera bärande aspekter som har betydelse för vårt syfte. Detta är ett vanligt förfarande vid analys av kvalitativa artiklar. Artiklarnas resultat lästes därför noga flera gånger. Därefter identifierades nyckelfynd, de meningsbärande enheterna som svarade mot vårt syfte, och varje enskilt fynd nedtecknades på en liten lapp. Dessa lappar, ett hundratal, grupperades efter ämne och kodades. Dessa högar sammanfogades under rubriker, som kom att definiera nya teman som presenteras i resultatet.

RESULTAT

Sjuksköterskor använder sig av ett antal metoder för att motverka att drabbas av CF/STS. Dessa metoder kan sorteras in under sex teman: kommunikation och stöd, erfarenhet och egna reflektioner, ta hand om sig själv, närhet och distans, mening och tro, och positivt tänkande. I ett av dessa teman finns även subteman.

Tabell 1 - Temaöversikt

Kommunikation och stöd	Att få ventilera
	Samtalets betydelse
	Stöd från teamet
	Feedback från patient och dess anhöriga
Erfarenhet och egna reflektioner	
Ta hand om sig själv	
Närhet och distans	
Mening och tro	
Positivt tänkande	

KOMMUNIKATION OCH STÖD

Att få ventilera

Att få ventilera sina känslor och tankar var något många sjuksköterskor upplevde att de behövde efter ett känslösamt vårdmöte. Vissa kände ett behov av att få uttrycka sig

privat genom att föra dagbok över händelser som skett på arbetet så som när ett barn hade dött (Rashotte, Fothergill-Bourbonnais & Chamberlain, 1997; Maytum et al, 2004). En sjuksköterska beskrev det som ett sätt att bearbeta och släppa taget om smärtsamma känslor. Andra sjuksköterskor fann tillfälle att ventilera, få förståelse och skapa förståelse genom att skriva artiklar, göra presentationer på konferenser eller också jobba med olika projekt som handlade om döden, döendet och sorg (Rashotte et al, 1997).

Samtalets betydelse

Sjuksköterskor som jobbade med svårt sjuka och döende beskrev att de hanterade sina egna känslor av sorg genom att prata med sina kollegor och vänner från jobbet på ett informellt plan (Rashotte et al, 1997; Melvin; 2012; Maytum et al, 2004). Många sjuksköterskor talade om vikten av att kunna prata med just sina kollegor då det är få personer utanför professionen som kan förstå vad det innebär att vårda svårt sjuka patienter (Maytum et al, 2004). Även Drury, Craigie, Francis, Aoun och Hegney (2014) fann vid sin studie att sjuksköterskor kände att de inte kunde prata med utomstående på grund av sekretess eller för att utomstående inte kunde förstå vad jobbet som sjuksköterska innebär eller kräver. Sjuksköterskorna beskrev dock att om någon närstående också var sjuksköterska kunde de få stöd och tid för reflektion genom samtal.

“You need to have people to talk to. Our work is difficult and not everyone can understand. I remember going to a high school reunion and telling people what I do and it’s a conversation stopper- people don’t know what to say” (Maytum et al, 2004, s. 176).

En del sjuksköterskor sökte även stöd utanför sjukhusmiljön. Behovet av att prata med och få stöd av sin partner, sina vänner eller annan närstående var stort (Maytum et al, 2004; Ekedahl & Wengström, 2006; Melvin, 2012) även om det ibland var komplicerat. Flera sjuksköterskor nämnde att det inte alltid gick att prata med utomstående, då de inte förstod eller inte förmådde prata om lidande och död, på det sätt annan vårdpersonal kunde (Maytum et al, 2004). Rashotte et al (1997) och Hinds, Quargnenti, Hickey och Mangum (1994) fann dock att vissa sjuksköterskor ändå pratade med närstående för att bearbeta känslor av sorg, få tröst och få nytt perspektiv på situationer trots att dessa inte arbetade inom vårdande yrken.

Erfarna sjuksköterskor beskrev att genom åren hade de kommit fram till att de inte klarade av att hantera sina känslor av sorg genom att ta med sig känslorna hem. Istället hade de utvecklat ett nätverk på arbetet och pratade med exempelvis kollegor eller en kurator. Då ingen svår vårdssituation är den andra lik fann sjuksköterskorna olika behov av att prata om det. Ibland fanns behovet att få prata direkt, ibland efter en tid och andra gånger ville de hellre vara ifred. Vetskapen om att det fanns möjlighet att prata med någon på arbetet, om de ville, var dock det allra viktigaste (Rashotte et al, 1997).

“The office is a safe place.... You’ve got to vent here so you can do a good job in the home” (Maytum et al, 2004, s. 176).

Samtal med präst var även något sjuksköterskor ibland använde sig av för att komma över sorg efter dödsfall (Wenzel, Shaha, Klimmek & Krumm, 2011; Yoder, 2010). I studien av Drury et al (2014) uttryckte sjuksköterskor att det vore bra om det fanns en präst eller liknande, som fanns till för enbart personalen, och som var insatt i vårdrelaterade frågor och kunde erbjuda stöd och reflektion. Att gå i terapi på sin privata tid var även det ett sätt för sjuksköterskor att bearbeta sina upplevelser (Ekedahl & Wengström, 2006).

Stöd från teamet

Att våga be om hjälp och få den (Ekedahl & Wengström, 2006, Yoder, 2010), samt att kunna sörja, gråta och ventilerar arbetets svåra sidor tillsammans, värderades högt i flera studier. Sjuksköterskorna betonade vikten av ett öppet arbetsklimat och en möjlighet att utveckla stödjande och ärliga professionella relationer (Maytum et al, 2004; Drury et al, 2014). Just vikten av ett emotionellt stöd, och möjligheten att få visa sin sorg eller sin upprördhet utan att riskera att bli dömd upplevdes som en friskfaktor i arbetslivet (Ekedahl & Wengström, 2006; Rashotte et al, 1997). Enligt Cook et al (2012) ansåg sjuksköterskorna att det bara är kollegorna på avdelningen som hade rätt förståelse och kunde ge rätt form av stöd.

Det upplevdes som viktigt att ha en speciell kollega till hands, någon som var kunnig vad gällde arbetet eller en god lyssnare. En god kollega framställdes som någon som kunde ge positiv feedback, även när sjuksköterskan upplevde att hon inte gjorde ett bra arbete (Drury et al, 2014; Zander, Hutton & King, 2011; Rashotte et al, 1997).

“Choose a person who you can trust, at work especially, who you can talk to about things... and it doesn't mean you have to talk to everybody but if it can be just one key person who...you can grab when you're feeling a little bit unsure” (Zander & Hutton, 2011, s. 21).

Denna speciella stödkollega kunde också vara en överordnad eller en specialistsjuksköterska som kunde stå för ett slags mentorskap (Drury et al, 2014; Rashotte et al, 1997). Att känna sig sedd, förstådd och lyssnad på av chefen var också viktigt (Cook et al, 2012; Melvin, 2012).

Att arbeta i välfungerande team och ha möjlighet att söka stöd och hjälp hos andra professioner gav styrka åt individerna i teamet, trots olika personligheter och olika erfarenheter (Sahlberg Blom & Blomberg, 2007; Yoder, 2008). Wenzel et al (2011) fann att den kollektiva stressen hos teammedlemmarna minskade om de kunde vara öppna mot varandra om de svårigheter de såg i arbetet. Även att kunna sörja tillsammans med andra medlemmar i teamet än andra sjuksköterskor sågs som mycket positivt.

“We talked together, the doctor and I. She was sad too so we sat there and talked...comforted each other somehow” (Ekedahl & Wengström, 2006, s. 134).

Feedback från patient och dess närstående

Det upplevdes som stärkande att få feedback från patienter och deras närstående (Wenzel et al, 2011; Drury et al, 2014; Ford & Turner, 2000; Ekedahl & Wengström, 2006). På så sätt kände sjuksköterskorna att de fick någon att dela bördan med (Rashotte et al, 1997). I vissa fall höll närstående även kontakten med sjuksköterskorna även efter ett barn dött på avdelningen (Cook et al, 2012; Wenzel et al, 2011) och detta uppfattade sjuksköterskorna som positivt, då det gav tröst att se familjen leva vidare trots sin stora förlust. Detta sågs dock inte som en bra bemästringsmetod av andra sjuksköterskor, då den kanske inte gagnade de närstående.

“I think it's a continuation of contact with the family for their own purposes and not for the health of the family. If you're finding yourself doing things that you wouldn't have been doing with this family before that (death) happened, I think if it's for your own gain...I don't know” (Cook et al, 2012, s. e17).

ERFARENHET OCH EGNA REFLEKTIONER

Kunskap och tidigare erfarenheter, både i form av livserfarenhet och genom många år i yrket, uppgavs ha en skyddande effekt på hur sjuksköterskan reagerade på lidande och död (Sahlberg Blom & Blomberg, 2007; Maytum et al, 2004; Zander et al, 2011). Ett sätt att aktivt skapa sig den erfarenhet som sjuksköterskorna eftersträvade var att reflektera, bearbeta och tänka igenom det som hänt i syfte att lära sig något (Yoder, 2010; Melvin, 2012; Zander et al, 2011; Wenzel et al, 2011) och att våga erkänna för sig själv att det svåra som hänt kunde ge nya erfarenheter och ett nytt perspektiv (Rashotte et al, 1997).

“Well, I believe you have to be secure in yourself to have the strength for this category of patients. I think that is important” (Sahlberg Blom & Blomberg, 2007, s. 248).

På så sätt ansåg sjuksköterskorna att de kunde nå självinsikt (Zander et al, 2011) och genom självanalys lära sig förstå och förutsäga sina egna reaktioner (Maytum et al, 2004; Rashotte et al, 1997; Drury et al, 2014). Vidare ville många vidareutbilda sig för att få ytterligare kunskaper om palliativ vård (Drury et al, 2014).

TA HAND OM SIG SJÄLV

Att få andrum gav sjuksköterskorna tid till att få ta hand om sig själva privat. Återhämtning inhämtades genom aktiviteter såsom att läsa en bok, lösa korsord, måla, klappa katten, meditera, titta på film, laga mat, träna, skratta, dammsuga och arbeta i trädgården (Maytum et al, 2004; Melvin, 2012; Rashotte et al, 1997; Ekedahl & Wengström, 2006).

“...I'll vacuum the house and for me, I just feel all my stress just leaving my body and I'm happy and it's just... one of those things that helps me cope. And a lot of people have different routines and things that they do and for me, they're the sort of things that I love to do” (Zander et al, 2011, s. 21).

Att få skämma bort sig själv hjälpte flera sjuksköterskor att hantera sina känslor, en del talade om att köpa något till sig själva, ta ett varmt bubbelbad eller dusch, få massage och bara koppla av och vila (Rashotte et al, 1997; Wenzel et al, 2011; Ekedahl & Wengström, 2006)

Att spendera tid med sina egna eller närståendes barn var ännu en form av bemästringsstrategi som fungerade som en barriär mellan arbete och fritid. Sjuksköterskorna fick glömma bort jobbet och återhämtade ny kraft från relationen med barnen (Ekedahl & Wengström, 2006). Vissa sjuksköterskor beskrev att de försökte omge sig med "levande ting" och meningsfulla aktiviteter på sin fritid för att minimera tankarna till jobbet (Rashotte et al, 1997; Hinds et al, 1994). På jobbet pratade sjuksköterskor om att ha möjligheten till att ta raster och få tid till lite egen tyst tid för återhämtning (Drury et al, 2014).

Sjuksköterskorna som jobbade med sjuka barn hittade ritualer på jobbet och privat för att ta hand om sig själv, såväl som om patienten (Maytum et al, 2004; Ekedahl & Wengström, 2006).

"I finally began to process. Now I have a ritual that I carry out after every child's death... I go to the river and walk and sometimes throw something in the water" (Maytum et al, 2004, s. 177).

Andra sjuksköterskor beskrev vikten av att rutinemässigt få ta en paus genom att få ta raster även om det var stressigt på avdelningen (Wenzel et al, 2011; Drury et al, 2014)

NÄRHET OCH DISTANS

Att ha balans mellan närhet och distans ansågs viktigt. Sjuksköterskorna drog gränser på ett personligt plan. Detta beskrevs dels som en tröskel som helt enkelt inte fick klivas över. (Rashotte et al, 1997; Sahlberg Blom & Blomberg, 2007; Melvin 2012).

"You have to set your own limits. Like, this far and no farther" (Sahlberg Blom & Blomberg, 2007, s. 249).

En viktig gränsdragning var den mellan *jobb och fritid*. Jobbet, och det som hänt där, skulle helst inte följa med hem, utan arbete och fritid skulle hållas strikt separerade (Hinds et al, 1994; Yoder, 2010; Ekedahl & Wengström, 2006). Medan vissa sjuksköterskor gärna anförtror sig till sina närstående om vad som hänt under dagen ville vissa inte prata om jobbet hemma (Wenzel et al, 2011). Balans mellan jobb och personligt liv ansågs dock viktigt för båda dessa grupper (Maytum et al, 2004).

En annan typ av gräns var den mellan *sjuksköterska och patient*, samt sjuksköterska och patientens närstående (Cook et al, 2012). För att skydda sig själva valde vissa sjuksköterskor att inte skapa nära relationer och istället ta ett steg tillbaka (Ford & Turner, 2000). Med syfte att inte komma döende eller deras närstående nära kunde sjuksköterskan låtas visa ömhet, för patientens välbefinnandes skull (Hinds et al, 1994).

När jobbiga situationer uppstod på jobbet valde många sjuksköterskor att prioritera sina dagliga arbetsuppgifter och medicintekniska arbetsuppgifter snarare än omvårdnad som ett sätt att distansera sig själv från det svåra i mötet med patienten (Sahlberg Blom & Blomberg, 2007; Ekedahl & Wengström, 2006). Att ta sig tid att prata och lyssna till närstående prioriterades ofta bort om det krävdes en allt för omfattande insats av sjuksköterskan eller på grund av tidsbrist. Smärtlindring var dock något sjuksköterskorna alltid tog sig tid till. Det går inte att ignorera och sågs också som något lättare att åtgärda, än att lindra oro och ångest (Sahlberg Blom & Blomberg, 2007).

Vissa händelser på avdelningen visade sig för många sjuksköterskor vara så svåra att hantera att tidigare nämnda bemästringsmetoder inte fungerade. Yoder (2010) beskrev hur sjuksköterskan då gick in i ett "autopilot-läge", och helt ignorerade det smärtsamma. Detta kunde även ta sig uttryck i att sjuksköterskan undvek all annan än rent medicinteknisk kontakt med en lidande eller döende patient och helt stängde ute intryck och inne sina känslor. En sjuksköterska beskrev det som att "suck it up", att bara acceptera det obehagliga utan vidare analys (Cook et al, 2012). Att avleda sina tankar och fokusera på något annat, eller någon annan patient, var också en metod för att hantera situationen (Hinds et al, 1994).

"I can honestly say I've never cried when anybody's passed away here...and I feel terrible, I feel like maybe I should" (Cook et al, 2012, s. E17).

En helt motsatt känslomässig reaktion var att agera ut sin förtvivlan över ett sjukt barns belägenhet och tillåta sig själv att må riktigt dåligt. Att sörja och gråta, med eller utan sällskap, var en annan metod att hantera svåra situationer på en pediatrik avdelning (Cook et al, 2012). Enligt Hinds et al (1994) var det främst de mer erfarna sjuksköterskorna som klarade av att visa så starka känslor på jobbet. De yngre var mer benägna att försöka uppehålla en stark fasad.

Rutiner och klara arbetsuppgifter samt egen strukturerad planering som till exempel att göra checklistor under dagen var något sjuksköterskor använde sig av för att kunna balansera relationen mellan närhet och distans (Ekedahl & Wengström, 2006). Maytum et al(2004) fann att sjuksköterskor som jobbade med barn valde att göra en begränsning i sitt arbete för att skydda sig själva från att bli allt för engagerade genom att enbart ta hand om sitt ansvarsområde.

"Now I stay out of things that are not my responsibility. I can't solve every problem and I'm not going to try" (Maytum et al, 2004, s. 176).

Andra sjuksköterskor hanterade stressiga och svåra situationer genom att be om att få byta patient eller arbetsuppgifter för att få distans (Ekedahl & Wengström, 2006; Rashotte et al, 1997; Yoder, 2010). För vissa sjuksköterskor blev det för mycket och de valde istället att gå ner i arbetstid, sluta på avdelningen eller till och med att lämna sin sjuksköterskeprofession helt (Yoder, 2010; Ekedahl & Wengström, 2006).

MENING OCH TRO

Ekedahl och Wengström (2006) och Hinds et al (1994) fann att det var av stor vikt att se en mening med sitt arbete. Sjuksköterskorna ville gärna visa att de brydde sig om sina patienter och göra en god gärning. När de fann strategier för att hjälpa patienter och deras närstående upplevde de att dessa strategier även gav mening åt de egna ansträngningarna.

Att försöka vara "en god sjuksköterska" genom att bland annat uppmärksamma symtom och tecken, organisera omvårdnaden, bibehålla en positiv attityd, samt ge extra tid till patienterna var något sjuksköterskor använde sig av för att ge en så god omvårdnad som möjligt (Hinds et al, 1994; Yoder, 2010). Om sjuksköterskorna kände sig otillräckliga kunde de sedan tänka på den goda omvårdnaden de givit patienten och på så sätt känna att de hade gjort ett bra och meningsfullt jobb (Hinds et al, 1994).

Att se mening i ett dödsfall, speciellt i ett barns död, var svårt, men ibland hjälpte det att tänka på livet som en cykel, där döden är en naturlig del av livet.

"Being born is just as natural as dying. It's like a part of life and the circle is completed. You go around in a ring, hand in hand" (Sahlberg Blom & Blomberg, 2007, s. 248).

Sjuksköterskorna uppgav att arbetet med svårt sjuka och döende patienter gav dem en insikt om hur bräckligt och oförutsägbart livet är och att det hjälpte dem att se en mening med och uppskatta den tid de själva och deras närstående hade tillsammans (Zander et al, 2012).

I de fall sjuksköterskorna bekände sig till någon religion fann de tröst i sin tro när en patient dog (Cook et al, 2012; Yoder, 2008; Maytum et al, 2004). De såg det som att patienten skulle få det bättre och slippa lida i himlen eller i livet efter döden (Wenzel et al, 2011). Även sjuksköterskor som inte var religiösa, kunde finna en filosofi där sjukdom och död inte var något skrämmande.

"The thing that I think protects me from Compassion Fatigue is that I am more comfortable with death and with children who are on the declining path. And I don't look at these kids as being sick all of the time" (Maytum et al, 2004, s. 177).

POSITIVT TÄNKANDE

I studier av Maytum et al (2004) och Yoder (2010) försökte sjuksköterskor som jobbar med svårt sjuka patienter tänka positivt och bibehålla en positiv attityd trots svåra stunder. Andra sjuksköterskor uppmuntrade sig själva genom att påminna sig om att de hade gjort så gott de kunde i en given situation (Hinds et al, 1994). Sjuksköterskor som jobbade med barn accepterade att de inte hann med holistisk omvårdnad då det var stressigt men fann tröst i att barnet hade tagits omhand och var tryggt (Ford & Turner, 2001).

I en studie av Cook et al (2012) uttryckte sjuksköterskor att minnen av det friska barnet var ännu en strategi för att klara av svåra situationer så som när barnen blev sjukare eller var döende. Då hjälpte det att ha bilder på det tidigare friska/friskare barnet inne i rummet som påminnelse när sjuksköterskorna kom in till sina små patienter. Dock var detta en strategi som inte användes av alla sjuksköterskor. Vissa fann att de bara blev påmind om det friska barn som inte fanns nu.

“Every time I was caring for her... I would look up at that picture and be like this is the little girl who is here, you know, this is her and it really helped to look at the picture and focus on the picture as a focal point of who she really is” (Cook et al, 2012, s. E17).

Sjuksköterskor som mötte döden ofta inom jobbet fann i ett “här och nu” – tillstånd såsom att fokusera på det som sker just nu oberoende av dåtid och vad som kan hända i framtiden. Detta sågs som en bemästringsstrategi som höll dem lugna och minskade deras stress (Ekedahl & Wengström, 2006).

“Exercise every option to keep yourself happy, because you are in charge of your happiness” (Maytum et al, 2004, s. 176).

Humor, skratt och att ha roligt som ett sätt att muntra upp sig själv och hålla obehagliga händelser från sig, beskrevs i flera studier (Yoder, 2010; Maytum et al, 2004). Humor sadades ha positiva effekter både på individ- och gruppnivå, och svetsa samman teamet i och med att personalen hade roligt tillsammans. Även så kallad “galghumor”, att se det lustiga i svåra situationer eller att kunna säga något humoristiskt trots upplevelse av sorg eller lidande, användes som ett sätt att ventileras (Ekedahl & Wengström, 2006, Rashotte et al, 1997).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

En lämplig metod för att undersöka detta ämne hade varit att göra en kvalitativ intervjustudie, alternativt fokusgrupper. Men då detta är en kandidatuppsats som slutförs under en snävt begränsad tid fanns inte möjlighet till detta förfarande (Friberg, 2012).

Med tanke på syftet kan antalet artiklar vara för begränsat för att resultatet ska kunna vara applicerbart på alla sjuksköterskor inom onkologi. Forskningsområdet är förhållandevis utforskat, och några intressanta artiklar, skrivna 2014, erbjöd inte fri åtkomst och därför valde vi att inte ta med dem. Vi har därför gjort vårt urval ur tillgängliga och för syftet relevanta artiklar samt inkluderat artiklar om sjuksköterskor inom andra relaterade verksamhetsområden, då det inte fanns ett tillräckligt stort underlag om sjuksköterskor inom onkologi för att besvara vårt syfte:

- Tre artiklar om pediatrik onkologi.
- Två om onkologi (vuxna patienter).
- Fyra om pediatrik slutenvård.

- Två om blandade verksamhetsområden, onkologi ingår, men ej pediatrik.
- En om palliativ vård.

Det framgår dock av genomläsningen av bakgrundsmaterialets metoddiskussioner att andra forskare stött på liknande problem (Meadors et al, 2009; Robins et al, 2009). De har ändå valt att generalisera utifrån olika verksamhetsområden eftersom resultaten visat sig vara jämförbara oavsett var sjuksköterskan arbetar.

Valet av databaser har begränsats till Cinahl och Pubmed. Cinahl valdes som första hands sökmotor då databasen är inriktad på omvårdnad. Pubmed valdes för att se om ytterligare studier fanns som ej täcktes in utav Cinahl.

Pubmed genomsöktes i efterhand för att se om det fanns andra artiklar än de som redan valts. Pubmed gav dock inga ytterligare resultat, men en omfattande sekundärsökning i redan valda artiklars referenslistor gav ytterligare en intressant artikel. Sökningarna har gjorts utan tidsbegränsningar, men endast två är skrivna före 2000-talet. Fem är mindre än fem år gamla.

Det är möjligt att sjuksköterskor över hela världen riskerar att drabbas av CF/STS, men för att undvika allt för stora kulturella skillnader och för att resultatet skulle vara applicerbart på svenska sjuksköterskor har enbart artiklar från västvärlden valts, de flesta från Nordamerika och Australien. Två artiklar var svenska. Sammanställningen av resultatet visade inte heller några skillnader i hur sjuksköterskor bemästrar CF/STS.

Det var önskvärt att artikelförfattarna själva var legitimerade sjuksköterskor, detta för att den som arbetat inom omvårdnad bör ha en unik inblick i arbetsförhållandena. Det är dock möjligt att samma inblick och förförståelse påverkat resultaten.

Vi har valt att inte ta med kvantitativa artiklar då vi fann att de inte besvarade vårt syfte, och då vi efter omfattade sökningar fann tillräckligt många kvalitativa artiklar. Kvantitativa artiklar har i detta sammanhang använt mätskalor för att undersöka prevalensen av CF/STS hos sjuksköterskor, huruvida de använt sig av någon form av bemästringsmetod och om de upplevt livskvalitet. Vilka bemästringsmetoder som använts är då av underordnad betydelse. Då vårt syfte är att undersöka *vilka* bemästringsmetoder som använts har den kvantitativa forskningen på området få svar att ge.

I början av sökprocessen gjordes enbart sökningar på termen CF, och senare i processen upptäcktes även STS. Hänsyn till eventuella fenomenologiska skillnader mellan CF och STS har inte tagits i analysen. Definitionen av begreppen är delvis omtvistad, men vi har valt att se CF och STS som två namn på samma begrepp, vilket ett stort antal forskare också gjort. Därför används, som grund för vårt resultat, artiklar som använder ett av begreppen, eller båda.

Forskningsetiska överväganden

Artiklarna som valts till litteraturstudien är publicerade i vetenskapliga tidskrifter och har granskats av en etisk kommitté och/eller angett etiska överväganden kring

metoden. Artiklarna har granskats noga och diskuterats noga för att försöka undvika att vi med vår förståelse påverkar tolkningen och därmed resultatet.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med studien var att undersöka med vilka metoder sjuksköterskor inom onkologin kan förhindra att drabbas av CF/STS. Resultatet stödjer Antonovskys (1992) teori om att hälsa nås genom att individen uppnår en känsla av sammanhang (KASAM). Sjuksköterskor eftersträvar *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet* i sin yrkesroll och använder sig av olika strategier för att nå högre grad av dessa känslor.

Hanterbarhet innebär att resurser för att göra ett gott arbete finns tillgängliga, som till exempel tid, personal och i det här fallet individuella styrkor och förmågor. Enligt Hinds et al (1994) uppvisar sjuksköterskor varierande förmåga att bemästra svårigheter, bland annat har nyutbildade sjuksköterskor svårare att hantera lidande än erfarna. Det finns tre typer av bemästringsmetoder: att *förändra sin situation*, att *skapa mening* och att *kontrollera sin stress*. Nyutbildade sjuksköterskor använder sig mest av den sistnämnda gruppen bemästringsmetoder, och kontrollerar sin stress genom att förändra sitt eget beteende, snarare än att försöka förbättra förutsättningarna för sitt arbete. Allt eftersom kompetensen ökar genom erfarenhet, blir sjuksköterskan mer benägen att försöka förhindra att svåra situationer uppstår genom att förbygga dem. Detta fenomen har förklarats av Li et al (2014) som en brist på information och utbildning kring fenomenet traumatisering i sjuksköterskornas grundutbildning.

Antonovskys (1992) beskrivning av meningsfullhet som en förmåga att se utmaning och mening i livets svårigheter, vilket i sin tur ger en upplevelse att försöka lösa de problem vi möter är viktigt och värt ett engagemang. Att investera i den vårdande relationen kan skapa en sådan känsla av meningsfullhet. Även om sjuksköterskor upplever att relationen till svårt sjuka patienter och deras närstående kräver mycket energi uppskattas den ömsesidiga karaktären av relationen som skapas över tid. Benner och Wrubel (1989) har konstaterat att närheten till patienten och dess familj är viktig för sjuksköterskan och något som värderas högt.

Begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet vad gäller patienters lidande och död kan sjuksköterskorna ibland finna i filosofi och religion, vilket stämmer väl överens med en tidigare studies resultat (Kash, Holland, Beritbart, Berenson, Dougherty, Quелlette-Kobasa, Lesko, 2000) där religionen som friskfaktor för stress och utbrändhet diskuterades. Men just förlusten av unga patienter tär på sjuksköterskan (Meadors & Lamson, 2008) och ökar risken för CF/STS. En tänkbar förklaring till att just lidande och död hos barn påverkar sjuksköterskan mycket är att barn väcker beskyddarinstinkter hos vuxna (Robins et al, 2009), och att sjuksköterskor som själva är föräldrar ser likheter med sina egna barn. De egna, friska barnen, blir både en friskfaktor att glädjas över och en påminnelse om de barn som inte kunnat räddas (Meadors & Lamson, 2008).

Tidigare forskning visar att sjuksköterskans hälsa och välbefinnande är starkt knutet till nivån av CS, vilken i sin tur är beroende av sjuksköterskans förmåga att bemästra svåra situationer i arbetslivet (Meadors et al, 2009). Välbefinnandet har åtta olika dimensioner (Swarbrick et al, 2011) och de olika bemästringsmetoder som redovisas i resultatet tangerar flera av dessa. Sjuksköterskors förmåga att ta hand om sig själva och sin kropp genom olika typer av aktiviteter, som att träna, få massage eller arbeta i trädgården, ökar deras *fysiska* välbefinnande. *Socialt* välbefinnande får sjuksköterskor till exempel genom att omge sig med goda vänner och familj, samt genom att känna stöd och förtroende för sina kollegor och teamet på avdelningen. Erfarenhet, kunskap och utbildning ger *intellektuellt* välbefinnande, liksom tid för reflektion för att bli medveten om utlösande faktorer för CF/STS och individuella bemästringsstrategier samt lära känna sig själv och vad som kan höja den personliga nivån av CS. *Emotionellt* välbefinnande nås genom att endera tillåta sig att må dåligt och sörja, eller att stänga ute känslorna, för att på så sätt slippa må dåligt. En personlig tro eller religion kan, som tidigare beskrivits, tillfredsställa de *andliga* behoven av mening och förklaring till lidande och död. *Yrkesmässigt* och *privat* välbefinnande uppnåddes av sjuksköterskor genom att separera arbete och fritid med strikt gränsdragning. Detta för att skapa rum för återhämtning. Det professionella livet ska berika fritiden, inte begränsa den, och därför krävs en balans mellan yrkesliv och privatliv (Melvin, 2012).

Efter sammanställning av resultatet framkom det att sjuksköterskans förmåga att känna empati både är en styrka och svaghet. Empati krävs för att sjuksköterskan ska kunna förstå och bedöma patientens situation och handla korrekt i den vårdande relationen. En sjuksköterska med ett empatiskt förhållningssätt kan aktivt lyssna på patienten och i förlängningen ge bästa möjliga vård (Birkler, 2007). Den vårdande relationen skapar förutsättningar för patientens utveckling mot hälsa (Watson, 1985) och resultatet av denna studie visar att när sjuksköterskan upplever en god relation med patienten ökar graden av CS hos sjuksköterskan.

Svagheten hos en empatisk sjuksköterska ligger i en eventuell oförmåga att hålla lidandet ifrån sig. För stort engagemang i den vårdande relationen kan skapa ångest och känslor av otillräcklighet. En sjuksköterska mår då gradvis sämre om stressen och de negativa känslorna inte kan bemästras utan övergår till CF/STS. Studier har visat att sjuksköterskor med hög nivå av CF/STS inte förmår ge fullgott stöd eller kommunicera empatiskt med patienter och deras närstående (Figley, 1995), vilket strider mot Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor.

Bakker et al (2007) och Chou et al (2012) har beskrivit ett "emotionellt skådespel" som sjuksköterskor spelar när de inte har kraft att visa äkta empati, med en antydning om att detta är ett ogynnsamt beteende. Resultat i denna studie visar dock att tydliga gränser mellan sjuksköterska och patient, samt förmåga att stänga ute känslor skyddar sjuksköterskan från att drabbas av CF/STS, vilket på sikt gynnar patienten och dess närstående.

KLINISK IMPLIKATION

Litteraturstudien visar att behovet av ytterligare forskning på området är stort. Ett bifynd under arbetet med studien var att kvinnor i högre grad än män drabbas av

CF/STS och vidare forskning krävs för att se om det finns skillnad i hur män och kvinnor använder bemästringsstrategier för att motverka uppkomsten av CF/STS.

Resultatet tyder på att ett mentorskap på arbetsplatsen det första året, som nu införts på bland annat Sahlgrenska Universitetssjukhuset, är en positiv utveckling för att stävja problemet att nyexaminerade sjuksköterskor mår dåligt av sin arbetssituation. Behovet av mentorskap sträcker sig dock längre än det första året då risken att drabbas av CF/STS visserligen minskar med antalet år i arbetslivet, men inte på något sätt är försumbar.

Att införliva diskussioner kring ämnet redan i grundutbildningen är också en väg att gå för att förbereda den blivande sjuksköterskan för arbetslivet. Det är av största vikt att ta problemet på allvar. Om sjuksköterskor väljer bemästringsstrategin att sluta på arbetsplatsen eller sluta helt inom professionen påverkar detta den organisatoriska produktiviteten och samhällets ekonomi negativt. Sjuksköterskans hälsa är viktig att värna om både på individnivå och för patientsäkerhetens skull. För att kunna vårda andra måste man också kunna vårda sig själv.

SLUTSATS

Sjuksköterskor använder ett flertal bemästringsstrategier för att undvika att drabbas av CF/STS. Den mest använda strategin visade sig vara att kunna kommunicera med kollegor, familj och vänner om svåra omvårdnadssituationer. Att ta hand om sig själv, att ha en balans mellan närhet och distans, finna mening i det som sker och att försöka tänka positivt var andra bemästringsmetoder som sjuksköterskorna använde sig av. Erfarenhet av att bemöta och hantera svåra omvårdnadssituationer samt kunskap om CF/STS kan motverka de negativa stressreaktioner som minskar graden av CS hos sjuksköterskorna. När sjuksköterskan själv mår bra ökar förmågan att känna empati och engagemang vilket är en förutsättning för att kunna skapa en god vårdrelation med patienten. Den goda vårdrelationen gör det möjligt att leva upp till det ansvar sjuksköterskan har enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor.

REFERENSER

Abendroth, M. & Flannery, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of hospice and palliative nursing*, 8(6), 346-356.

Antonovsky, A. (1992). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Aycock, N. & Boyle, D. (2009). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical journal of oncology nursing*, 13, 183-191.

Bakker, A. B., Hakanen, J. J., Demerouti, E. & Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of educational psychology*, 99(2), 274-284.

Beaton, R. & Murphy, S.A. (1995). Working-people in crisis: Research implications. I C. R. Figley (Red.). *Compassion Fatigue: Coping with secondary PTSD among those who treat the traumatized*. New York: Brunner Mazel.

Benner, P. E., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, Calif: Addison-Wesley.

Berhin, I., Lundberg, M. & Theodoridis, K. (2014). Aktiv empati: Sjuksköterskors strategier för att frammana empati i mötet med patienter som av sjuksköterskan upplevs vara svårbemötta/Active empathy: Nurses' strategies for bringing out empathy when encountering patients which are felt difficult to empathise with. *Vard i Norden*, 34(3), 28.

Bhave D.P. & Glomb T.M. (2009). Emotional labour demands, wages and gender: a within-person, between-jobs study. *Journal of occupational and organizational psychology* 82, 683–707.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: Etik och människosyn*. Stockholm: Liber

Bride, B., Radley, M. & Figley, C. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical social work journal*. 35, 155-163.

Chou, H. Y., Hecker, R. & Martin, A. (2012). Predicting nurses' well-being from job demands and resources: A cross-sectional study of emotional labour. *Journal of nursing management*, 20(4), 502-511.

Coetzee, S. & Klopper, H. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nursing health science*, 12, 235-243.

Conte, T. M. (2011). Pediatric oncology nurse and grief education: A telephone survey. *Journal of pediatric oncology nursing*, 28(2), 93-99.

- Cook, K. A., Mott, S., Lawrence, P., Jablonski, J., Grady, M. R., Norton, D.,... Connor, J. A. (2012). Coping while caring for the dying child: Nurses experiences in an acute care setting. *Journal of pediatric nursing*, 27, e11-21
- Drury, V., Craigie, M., Francis, K., Aoun, S., & Hegney, D. G. (2014). Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: Phase 2 results. *Journal of nursing management*, 22(4), 519-531.
- Ekedahl, M. & Wengström, Y. (2006). Nurses in cancer care - coping strategies when encountering existential issues. *European journal of oncology nursing*, 10(2), 128-139.
- Eriksson, K. (1996). *Hälsans idé*. (2:a upplagan). Stockholm: Liber.
- Feldstein, M. & Gemma, P. (1995). Oncology nurses and chronic compound grief. *Cancer nursing*, 18, 228-236.
- Ferrell, B.R. & Coyle, N. (2008). The nature of suffering and the goals of nursing. *Oncology nursing forum*, 35, 241-247
- Figley, C.R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- Ford, K. & Turner, D. (2001). Stories seldom told: Paediatric nurses' experiences of caring for hospitalized children with special needs and their families. *Journal of advanced nursing*, 33(3), 288-295.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Gustafsson, G., Heyman, M. & Vernby, Å. (2007). *Childhood cancer incidence and survival in Sweden 1984-2005*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Heckman, H. M. (2012). Stress in pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing : Official Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 29(6), 356-361.
- Hinds, P. (2000). Testing the stress-response sequence in pediatric oncology nursing. *Journal of pediatric oncology nursing*, 17 (2): 59-69.
- Hinds, P.S., Quargenti, A.G., Hickey, S.S. & Mangum, G.H. (1994). A comparison of the stress--response sequence in new and experienced pediatric oncology nurses. *Cancer nursing*, 17(1), 61-71.
- Holm, U. (2004). *Empati: Att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur och kultur.
- Hooper, C., Craig, C., Janvrin, D.R., Wetsel, M.A. & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue among emergency nurses compared with

nurses in other selected inpatients specialities. *Journal of emergency nursing*, 36(5), 420- 427.

Kash, K., Holland, J., Breitbart, S., Dougherty, J., Quellette-Kobasa, S., Lesko, L. (2000). Stress and burnout in oncology. *Oncology*, 14(11), 1621-1624, 1636-1637.

Li, A., Early, S.F., Mahrer, N.E., Klaristenfeld, J.L. & Gold, J.I. (2014). Group cohesion and organizational commitment: Protective factors for nurse residents' job satisfaction, compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout. *Journal of professional nursing*, 30(1), 89.

Lombardo, B. & Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: A nurse's primer. *Online journal issues nursing*, 16(1).

Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22, 116-120.

Maytum, J. C., Heiman, M. B. & Garwick, A. W. (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of pediatric health care*, 18(4), 171-179.

Meadors, P. & Lamson, A. (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children. *Journal of pediatric health care*, 22(1), 24-34.

Meadors, P., Lamson, A., Swanson, M., White, M. & Sira, N. (2009). Secondary traumatization in pediatric healthcare providers: Compassion fatigue, burnout and secondary traumatic stress. *Omega*, 60(2): 103-128.

Melvin, C.S. (2012). Professional compassion fatigue: What is the true cost of nurses caring for the dying? *International journal of palliative nursing*, 18(12), 606-611.

Määttä, S.M. (2006). Closeness and distance in the nurse-patient relation. The relevance of Edith Stein's concept of empathy. *Nursing philosophy*, 7(1), 3-10.

Nationalencyklopedin, hämtad 21.11.14. www.NE.se.

Paterson, J. & Zderad, L. (1976). *Humanistic Nursing*. New York: John Wiley & Sons.

Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L. & Olsen, S. (2010). Compassion Fatigue and Burnout: Prevalence among Oncology Nurses. *Clinical journal of oncology nursing*, 14(5): E56-E62.

Quinal, L., Hatford, S. & Rutledge, D. (2009). Secondary traumatic stress in oncology staff. *Cancer nursing*, 32(4), E1-E7.

Rashotte, J., Fothergill-Bourbonnais, F. & Chamberlain, M. (1997). Pediatric intensive care nurses and their grief experiences: A phenomenological study. *Heart & lung - the journal of acute and critical care*, 26(5), 372-386.

- Robins, P.M., Meltzer, L. & Zelikovsky, N. (2009). The experience of secondary traumatic stress upon care providers working within a childrens hospital. *Journal of pediatric nursing*, 24(4), 270-279.
- Sabo, B.M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International journal of nursing practice*, 12, 136-142.
- Sahlberg Blom, E. & Blomberg, K. (2007). Closeness and distance: A way of handling difficult situations in daily care. *Journal of clinical nursing*, 16(2), 244.
- Smart, D., English, A., James, J., Wilson, M., Daratha, K. B., Childers, B. & Magera, C. (2014). Compassion fatigue and satisfaction: A cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nursing & health sciences*, 16(1), 3-10.
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad: 21.11.2014. http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Stamm, B.H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. I C.R. Figley. (Red.). *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner- Routledge.
- Swarbrick, M., D'Antonio, D. & Nemeč, P. B. (2011). Promoting staff wellness. *Psychiatric rehabilitation journal*, 34(4), 334.
- Taubman-Ben-Ari, O. & Weintraub, A. (2008). Meaning in life and personal growth among pediatric physicians and nurses. *Death studies*, 32, 621-645.
- Vachon, M. L. S. (1998). Caring for the caregiver in oncology and palliative care. *Seminars in oncology nursing*, 14(2), 152-157.
- Vachon, M. L. & Pakes, E. (1985). Staff stress in the care of the critically ill and dying child. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 8(1-6), 151.
- Watson J. (1985) *Nursing. The Philosophy and Science of Caring*. Colorado: University Press.
- Wenzel, J., Shaha, M., Klimmek, R. & Krumm, S. (2011). Working through grief and loss: Oncology nurses' perspectives on professional bereavement. *Oncology nursing forum*, 38(4), e272 – 282.
- White, D. (2006). The hidden cost of caring. What a manager needs to know. *The health care manager*, 25: 341-347.
- Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. I A. Edberg & H. Wijk (Red.). *Omvårdnadens grunder, Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

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

WHO (World Health Organization) - Basic documents (47th ed., Supplement). Geneva, Switzerland. Hämtad 21.11.14. <http://apps.who.int/gb/bd/>

Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied nursing research*, 23(4), 191-197.

Zander, M., Hutton, A. & King, L. (2013). Exploring resilience in paediatric oncology nursing staff. *Collegian (Royal college of nursing, Australia)*, 20(1), 1

BILAGA 1: SÖKRESULTAT

CINAHL

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar (dubletter*)
14.11.17	"Compassion fatigue"	Peer reviewed Research article	90	27	5	4
14.11.17	"Compassion fatigue" AND Children	Peer reviewed	7	3	1	1 (1)
14.11.17	Pediatric AND Oncology AND Compassion	Peer reviewed Research article	3	3	2	2
14.11.19	Pediatric AND Nurse AND Coping AND Stress	Peer reviewed Research article	26	3	2	2 (1)
14.11.19	Pediatric AND Stress-response AND Nurse	Peer reviewed	2	2	2	2 (1)
14.11.24	Pediatric AND Coping strategies AND Experience	Peer reviewed Research article	29	3	3	3 (2)
14.11.24	Handling AND Coping AND Nurse	Peer reviewed Research article	11	1	1	1
14.11.24	Stress AND "Coping strategies" AND "Cancer care"	Peer reviewed Research article	7	2	1	1

PUBMED

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar (dubletter)
14.11.19	"Compassion fatigue" AND "Nursing" AND "Pediatric"		9	8	3	2 (2)

14.11.19	Compassion fatigue AND Nurse AND Pediatric		12	6	6	2 (2)
14.11.19	Stress AND Nurse AND Pediatric AND Compassion		23	5	0	0
14.11.19	Compassion fatigue AND Nursing AND Oncology		25	9	2	2 (2)
14.11.19	Compassion fatigue AND Nursing AND Oncology AND Pediatric		5	3	1	1 (1)

* Inom parentes anges artiklar som redan valts i tidigare sökningar.

BILAGA 2: ARTIKELÖVERSIKT

Författare, år, land	Syfte	Design	Antal deltagare	Resultat	Kvalitet
Hinds, Quargnenti & Hickey 1994, USA	Att identifiera komponenter i stress-respons hos nya och erfarna sjuksköterskor inom barnonkologin	Kvalitativ design Fokusgrupper	Sammanlagt 23 sjuksköterskor, varav 9 hade jobbat max ett år. Jobbade på en onkologi avdelning för vuxna eller pediatrik onkologi avdelning	Teman: Stressorer: Koder och profiler Reaktionen: Koder och profiler Konsekvenser: Koder och profiler Mediatorer: Koder och profiler Koder som skiljer sjuksköterskor som stannar från dem som slutar.	Hög
Rashotte, Forhergill-Bourbonnais & Chamberlain 1997, Canada	Att beskriva upplevelsen av sorg hos barnintensivsjuksköterskor när deras patienter dör	Kvalitativ design Semistrukturerade intervjuer	6 sjuksköterskor från barnintensivvårdsavdelning men erfarenhet av IVA från 9 månader – 19 år och sjuksköterskeerfarenhet från 2 år – 20 år	Teman med undergrupper. Huvudteman: Sorgreaktioner Kontextfaktorer Bemästring	Hög

Ford & Turner 2000, Australien	Att öka förståelsen för sjuksköterskors upplevelse av att vårda barn och deras familj	Kvalitativ design Intervjuer	4 sjuksköterskor, jobbat minst ett år inom pediatrik slutenvård	Temor: Speciella relationer Flera dimensioner av vem som är Utveckling av förtroende mellan sjuksköterskor och familjer Frustration	Hög
Maytum, Heiman & Garwick 2004, USA	Identifiera triggers för CF och utbrändhet samt vilka bemäringsmetoder sjuksköterskor använder som jobbar med kroniskt sjuka barn	Kvalitativ design Intervju, 11 öppna frågor	20 sjuksköterskor som jobbar på ett pediatrik sjukhus	Temor: Triggers för CF och utbrändhet Bemäringsfaktorer: Personliga: lång- och korttidsverkande Arbetsrelaterade: lång- och korttidsverkande	Hög
Sahlberg-Blom & Blom 2005, Sverige	Hur sjuksköterskor som vårdar svårt sjuka patienter med långt gången cancer hanterar svåra situationer I det dagliga vårdandet	Kvalitativ design Fokusgrupper	77 sjuksköterskor på 16 grupper. Alla deltagare var kvinnor. Jobbade på tre olika orter i Sverige med svårt cancersjuka patienter.	Temor: Identitet Mening Gränsdragning och beröring Prioritering Teamet Organisationen	Hög

<p>Ekedahl & Wengström 2006, Sverige</p>	<p>Ta reda på vilka funktionella respektive dysfunktionella bemästringsmetoder som fungerar bäst för sjuksköterskor som jobbar med onkologipatienter</p>	<p>Kvalitativ design Semistrukturerade intervjuer</p>	<p>15 sjuksköterskor inom hospice och onkologi Slutenvård samt öppenvård</p>	<p>Framkom flera bemästringsmetoder, mest dominerade var att sätta gränser, hantera känslor samt byta aktivitet/arbetsuppgifter som kunde fungera både som funktionell samt dysfunktionell bemästringsmetod.</p>	<p>Hög</p>
<p>Yoder 2008, USA</p>	<p>Kvalitativt: Vilka strategier finner sjuksköterskor användbara för att hantera situationer som leder till CF? Kvantitativt: Prevalens för CF</p>	<p>Kvalitativ design samt Kvantitativ design</p>	<p>Kvalitativt: 71 sjuksköterskor Kvantitativt: 106 sjuksköterskor Arbete på akuten, IVA, pediatrik IVA, onkologi, medicin samt kirurgi</p>	<p>Kvalitativt: Arbetsrelaterade och personliga bemästringsmetoder Kvantitativt: Fann utlösande faktorer för CF</p>	<p>Medel</p>
<p>Wenzel, Shaha, Klimmek & Krumm 2011, USA</p>	<p>Att finna vilka faktorer som påverkar hur onkologisjuksköterskan hanterar förlusten av en patient och hur hon kan få stöd.</p>	<p>Kvalitativ design Fokusgrupper</p>	<p>31 sjuksköterskor Arbete på onkologisk avdelning, inklusive pediatrik onkologi. Slutenvård och öppenvård.</p>	<p>Teman: Arbetsrelaterad förlust Sorgebearbetning</p>	<p>Hög</p>

Cook, Mott, Lawrence, Jablonski, Grady, Norton, Liner, Cioffi, Hickey, Reidy & Connor 2012, USA	Beskriva och förstå beteenden och bemästringsstrategier som används av pediatrika sjuksköterskor som vårdar döende barn.	Kvalitativ design Fokusgrupper med fyra öppna frågor fungerade som guide för samtalsämne	22 sjuksköterskor från en pediatrik hjärtavdelning.	Teman: Gränser Minnen Avskärmning Märkning	Hög
Melvin 2012, USA	Utforska prevalensen av CF hos sjuksköterskor inom palliativ och hospice vård samt vilka bemästringsmetoder de använder sig utav.	Kvalitativ design Semi-strukturerade intervjuer	6 sjuksköterskor inom hospice och palliativ vård.	Teman: Sätta gränser Hälsosamma bemästringsmetoder	Hög
Zander, Hutton & King 2012, Australien	Utforska anpassningsbarheten hos sjuksköterskor inom pediatrik onkologi och hur den utvecklades	Kvalitativ design Intervjuer	5 sjuksköterskor från en pediatrik onkologiavdelning	Teman: Individuell uppfattning om anpassningsbarhet Utmaningar Strategier Behovet av stöd Insikter Reflektion Erfarenhet	Hög
Drury, Craigie, Francis, Aoun & Hegney	Faktorer som påverkar CF, CS, ångest, depression och stress samt hur sjuksköterskor gör för att införliva CS på arbetet	Kvalitativ design Fokusgrupper samt semistrukturerade	10 sjuksköterskor Arbete på akuten, IVA och medicin	Teman: Socialt nätverk och stöd Infrastruktur och stöd Miljö och livsstil Lärande	Hög

2014, Australien		intervjuer		Ledarskap Stress Förslag till att skapa psykiskt välmående hos sjuksköterskor	
---------------------	--	------------	--	---	--