



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Sjuksköterskeprogrammet 180hp

Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete

KURS 17, 15 hp

VT 11

NÄR DÖDEN SKILJER OSS ÅT

— sjuksköterskans behov av stöd i samband med patienters
död
en litteraturstudie

24 juni 2011

Författare: Caroline Karlsson & Åsa Morin

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Omvårdnad av döende och avlidna patienter sker inom flera av sjukvårdens områden. I mötet med denna patientgrupp konfronteras sjuksköterskan med sin egen syn på döden. Enligt litteraturen känner sjuksköterskan ofta sorg när en patient hon vårdat avlider. Sorgreaktionerna varierar och grundar sig i individens förhållningssätt till livet. Psykiskt påfrestande situationer kan bearbetas med hjälp av sjuksköterskans inre förmåga samt genom stöd från andra. **Syfte:** Beskriva sjuksköterskans behov av stöd i samband med patienters död samt vad detta stöd kan innefatta. **Metod:** Litteraturstudie med kvalitativ innehållsanalys av tio artiklar. **Resultat och diskussion:** Fyra kategorier identifierades; Yttre stöd, Inre stöd, Professionen samt Relationer. Sammanfattningsvis hade sjuksköterskorna behov av känslomässig bearbetning i form av inre stöd samt yttre stöd bl.a. i form av samtal och stöd från kollegor. Sjuksköterskornas upplevelse av vårdssituationen påverkades av deras syn på döden samt deras möjlighet att utveckla en god relation till patienter och anhöriga. **Slutsatser:** Sjuksköterskan har behov av stöd i samband med patienters död. Flera faktorer bidrog till detta stöd och det visade sig att det kollegiala stödet var det mest framträdande. Resultaten indikerar på att sjukvården borde se över sina riktlinjer för att kunna tillgodose sjuksköterskornas behov av stöd.

Nyckelord: Sjuksköterska, stöd, död, sorg, coping

SUMMARY

Background: Nursing care of the dying and deceased patients takes place within several different areas of healthcare. In the meeting with this group of patients the nurse is confronted with her own view of death. Grief reactions vary between nurses and are based in the individual's approach to life. Mentally stressful situations can be processed with the help of nurse internal capacity but also through the support of others. **Objective:** Describe the nurses' need of support in relation to patients' death and what this support might include. **Method:** A literature review with qualitative content analysis of ten articles. **Results and discussion:** Four categories emerged: External support, Internal support, The profession and Relationships. The nurses who cared for dying and deceased patients were in need of emotional processing in the form of internal-support but also external support in form of conversation and support from colleagues. Nurses' experience of care affected their own views on death and their ability to develop a good relationship with patients and relatives. **Conclusions:** Nurses are in need of assistance in connection with the patient's death. There are several factors that contribute to this support and it was found that collegial support was the most prominent factor. Finally there is a need for health services to develop guidelines to meet nurses' needs for assistance in the care of the dying and deceased patients.

Keywords: Nurse, support, death, grief, coping

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | | |
|---|---|----|
| 1 | INLEDNING | 1 |
| 2 | BAKGRUND | 2 |
| | 2.1 <i>Dödsbegreppet</i> | 2 |
| | 2.2 <i>Döden i ett historiskt perspektiv</i> | 2 |
| | 2.3 <i>Omvårdnad av döende patienter</i> | 2 |
| | 2.4 <i>Sjuksköterskan som person</i> | 3 |
| | 2.5 <i>Hantering och bearbetning av känslor</i> | 5 |
| 3 | PROBLEMFÖRMULERING | 7 |
| 4 | SYFTE | 7 |
| 5 | TEORETISK REFERENS RAM | 7 |
| 6 | METOD | 9 |
| | 6.1 <i>Design</i> | 9 |
| | 6.2 <i>Datainsamling och urval</i> | 9 |
| | 6.3 <i>Artikelmatris</i> | 11 |
| | 6.4 <i>Dataanalys</i> | 13 |
| | 6.5 <i>Etiska aspekter</i> | 14 |
| 7 | RESULTAT | 15 |
| | 7.1 <i>Yttre stöd</i> | 16 |
| | 7.1.1 <i>Kollegialt- och organisatoriskt stöd</i> | 16 |
| | 7.2 <i>Inre stöd</i> | 18 |
| | 7.2.1 <i>Tankar om livet och döden</i> | 18 |
| | 7.2.1 <i>Coping</i> | 19 |
| | 7.3 <i>Professionen</i> | 21 |
| | 7.3.1 <i>Arbetslivserfarenhet</i> | 21 |
| | 7.3.2 <i>Kontroll</i> | 22 |
| | 7.3.3 <i>Känslomässig utmaning</i> | 23 |
| | 7.4 <i>Relationer</i> | 24 |
| | 7.4.1 <i>Närhet till patienter</i> | 24 |
| | 7.4.2 <i>Närhet till anhöriga</i> | 25 |
| | 7.4.3 <i>Distans</i> | 26 |
| | 7.4.4 <i>Empati</i> | 27 |
| 8 | DISKUSSION | 28 |

| | | |
|-------|--|----|
| 8.1 | Metoddiskussion | 28 |
| 8.2 | Resultatdiskussion | 31 |
| 8.2.1 | <i>Yttre stöd</i> | 31 |
| 8.2.2 | <i>Inre stöd</i> | 33 |
| 8.2.3 | <i>Professionen</i> | 34 |
| 8.2.4 | <i>Relationer</i> | 36 |
| 8.3 | Slutsatser | 37 |
| 8.4 | Klinisk betydelse | 37 |
| 8.5 | Förslag på vidare forskning | 38 |
| 9 | REFERENSER | 39 |

1 INLEDNING

”Jag är sjuksköterskeelev. Jag är döende. Jag skriver detta till er som är och kommer bli sjuksköterskor, i hopp om att jag genom att berätta för er om mina känslor kan bidra till att ni kanske en dag kommer att vara bättre rustade att hjälpa dem som är i samma situation som jag.” (Kübler-Ross, 1988, s. 46).

Det kommer stunder i våra liv då vi konfronteras med tankar och känslor om livet och döden. För en sjuksköterska kan detta vara en del av hennes vardag. Vårdsituationer under utbildningen har tillsammans med livserfarenheter fått oss att reflektera över vård i samband med patienters död. Våra minnen från det första mötet med en döende eller avliden patient är tydliga och vi har sett och upplevt hur känslor och reaktioner kan variera mellan olika sjuksköterskor. Att vi snart är färdiga sjuksköterskor med ansvar för att vårda och bemöta dessa patienter på ett professionellt och värdigt sätt känns som en utmaning. Detta har fått oss att fundera över sjuksköterskors förmåga att hantera och bearbeta påfrestande känslor i samband med patienters död.

2 BAKGRUND

2.1 Dödsbegreppet

SOU (2001:6) skiljer på tre olika betydelser i begreppet ”att dö” – själva döendet, händelsen död och tillståndet död. Däribland kan döendet ses som en process vilken kan röra sig om timmar, dagar, månader eller år. Enligt Socialstyrelsen (2005), 1 § lagen (1987:269) är kriterierna för tillståndet död när samtliga funktioner totalt och oåterkalligt har fallit bort i hjärnans alla delar, dvs. total hjärninfarkt. Arlebrink (1999) definierar död som motpolen till liv.

2.2 Döden i ett historiskt perspektiv

Historiskt sett har döden inte alltid varit ett lika känsloladdat fenomen som idag (Birch, 1989). Förr ingick döden som en naturlig och accepterad del av livets gång och många människor dog i krig och sjukdom (Kübler-Ross, 1988). Döden möttes ofta i hemmet med alla familjemedlemmar, inklusive barnen, kring dödsbädden (Birch, 1989).

Författaren menar att detta ledde till en normalisering och acceptans av döden eftersom barnen tidigt fick känna dödens närvaro och lärde sig att livet när som helst kan ta slut. Detta har förändrats och sedan flera decennier tillbaka dör de flesta människor i Sverige på sjukhus eller andra vårdinrättningar (Birch, 1989; Kübler-Ross, 1988).

2.3 Omvårdnad av döende patienter

Människor som lämnar livet bör få samma uppmärksammade vård som de som träder in i det. I båda fallen behöver människan få bekräftelse och bli sedd som en egen autonom person (SOU, 2001:6). Hayes (2004) belyser vikten av respekt för patientens autonomi och poängterar att detta tillsammans med en strävan att hjälpa individen att uppleva en behaglig död är betydelsefulla faktorer i vården av den döende patienten.

God vård förutsätter att en relation upprättas mellan patient och vårdare (Arlebrink, 1999; Hammarlund, 2001). Enligt Hammarlund (2001) baseras denna relation på god kommunikation, tillit, respekt, lyhördhet, tid och engagemang. Utöver detta är medmänsklig närvaro och kontakt ett viktigt stöd för svårt sjuka och skadade patienter. Harris-Kalfoss (2002) menar att samspelet med patienten är viktigare än det som

egentligen sägs. Vikten av god omvårdnad beskrivs även i en studie av Tishelman, Bernardsson och Blomberg (2004) som visar på sjuksköterskans önskan om att ge hög kvalitativ vård för patienter i livets slutskede. Sjuksköterskan hanterar patientens lidande utifrån ett fysiskt, psykologiskt och spirituellt perspektiv (Palan Lopez, 2007)

Sjuksköterskans uppgift är enligt Socialstyrelsen (2010) att ge god och säker vård. Hon har även ansvar för att alltid ge den form av smärt- och ångestdämpande behandling som bäst stämmer överens med den döende patienters vilja och som bäst lämpar sig i situationen (Socialstyrelsen, 2010). Omvårdnad av döende patienter sker inom flera av sjukvårdens olika områden, dock finns utförliga riktlinjer endast utformade för sjuksköterskor inom palliativ vård. Svensk sjuksköterskeförening (2001) har i en kompetensbeskrivning satt upp riktlinjer som bl.a. handlar om att sjuksköterskor inom palliativ vård ska ha förmågan att delta i etiska diskussioner och beslut. De ska även respektera patienters och närståendes autonomi, integritet och värdighet samt bidra till bästa möjliga välbefinnande för patienten. Vidare ska sjuksköterskorna ha en fördjupad kunskap om hur samtal kring livet och döden genomförs, förstå innebörden av livskvalitet för döende patienter samt ha kunskap om exempelvis kristeologier, copingstrategier och psykosocialt stöd.

Närhet till döende patienter uppmuntras av Kübler-Ross (1992) eftersom detta kan vara ett stort stöd för sjuksköterskan och den döende under dennes sista timmar i livet. Sjuksköterskor som har styrkan att vara nära en döende patient kommer även uppleva en ömsesidig tillfredsställelse och kan lära sig mycket om hur människan fungerar. Det berikande mötet kan leda till mindre oro inför sin egen död (Kübler-Ross, 1992).

2.4 Sjuksköterskan som person

Enligt Harris-Kalfoss (2002) konfronteras sjuksköterskan med sin egen syn på döden under mötet med döende patienter. Författaren menar att tankar och känslor pendlar mellan förnekelse och acceptans gällande det faktum att livet en dag tar slut. Vidare kan patienten och dess närstående ses som spegelbilder som sjuksköterskan konfronteras med (Harris-Kalfoss, 2002). I dessa bilder kan hon bli medveten om sina egna föreställningar, attityder, värderingar samt sin livssyn. Upplevelser och uppfattningar om döden kan förändras genom mognad och erfarenheter. Påverkan på

tankar, känslor och reaktioner sker då oberoende av sjuksköterskans syn på döden. Varje individ förstår, tolkar och upplever världen utifrån sina livserfarenheter och sin egen värld (Harris-Kalfoss, 2002). Detta kan kopplas till livsvärlden som enligt Wiklund (2003) handlar om den verklighet vi lever i och upplever utan omvärldsperspektiv eller subjektiv föreställning om världen.

Dunn, Otten & Stephens (2005) visade i sin studie att ökad kontakt med döende patienter leder till mer positiva attityder gentemot denna patientgrupp. De flesta sjuksköterskor berättade att de såg döden som en del av livet och att de fann acceptans i att döden kunde befria en patient från smärta och lidande. Studien visade att oavsett vad sjuksköterskorna hade för tankar om döden så var det viktigaste att ge professionell vård av hög kvalitet till patienter och deras anhöriga fram till slutet.

Det är vanligt att sjuksköterskan känner sorg när en patient hon vårdat avlider och hon kan då, på samma vis som den döende patienten, genomlida starka känslor som sorg, lidande, skräck, ångest, ilska och rädsla (Arlebrink, 1999). Sorg är både en medveten och omedveten process som innefattar både inre psykologiska processer och yttre, iakttagbara processer i form av sorgereaktioner (Hammarlund, 2001).

Sorgereaktionerna varierar mellan sjuksköterskor och grundar sig i individens förhållningssätt till livet (Harris-Kalfoss, 2002). Enligt Brunelli (2005) är det inte ovanligt att sjuksköterskan undantrycker sin sorg vid vård av döende patienter. Det har visat sig att en individs obearbetade känslor ligger kvar på ett omedvetet plan fram till dess att de hanteras (Brunelli, 2005; Hammarlund, 2001).

Harris-Kalfoss (2002) talar om sjuksköterskans förmåga att ta hand om sig själv och utveckla sin egen förmåga att hantera mentalt krävande situationer. Den självinsikt som behövs för att klara av detta kräver mod, självrannsakan, tid samt en öppenhet och ärlighet inför sina känslor och tankar. Författaren förklarar att självinsikt innefattar en medvetenhet om sina känslor, reaktioner samt copingförmåga och faktorer som påverkar denna. Det är även viktigt att se till att det finns möjlighet att kunna samtala med andra om sina känslor, ha en positiv självuppfattning och självkänsla samt att uppleva att det är okej att känna sorg vid vård av döende patienter eller tycka att en situation är jobbig. Författaren förklarar vidare att en metod som sjuksköterskan kan använda sig av för att öva upp sin självinsikt är att tänka tillbaka på en tidigare

vårdsituation av en döende patient och utvärdera de tankar, känslor, reaktioner och copingstrategier som då användes. Ytterligare en metod som kan användas för att förbättra omvårdnaden av den döende eller avlidna patienten är att sjuksköterskan försöker sätta sig in i patientens eller de anhörigas situation och funderar över hur man själv skulle känt, varit i behov av och uppskattat.

2.5 Hantering och bearbetning av känslor

För att komma vidare och bearbeta sin sorg är det enligt Harris-Kalfoss (2002) viktigt att erkänna när det varit känslomässigt jobbigt att vårda samt ha en nära relation med döende patienter och deras anhöriga. Författaren menar att psykiskt påfrestande och obearbetade känslor kan leda till ökad risk för utmattning och utbrändhet. Även Huggard (2003) hävdar att obearbetade och jobbiga känslor i samband med en patients död kan leda till konsekvenser som utmattning och hög grad av stress. Inom krispsykologin benämns fyra olika kriser varav en är ansvarskrisen (Hammarlund, 2001). Ansvarskrisen uttrycker sig i känslor som misslyckande och skuld och kan utlösas genom en för vårdaren svår situation. Dessa känslor har sin grund i individens upplevelse av bristande arbetsinsats i en ansvarsfylld situation. Denna upplevelse har mycket sällan något att göra med om individens agerande var korrekt eller inte.

Ytterligare en modell som kan bidra till ökad förståelse om individens upplevelse av arbetssituationen är krav-kontroll- och stödmodellen. Modellen, som är väl etablerad och använd inom arbets- och organisationspsykologin, gör det möjligt att identifiera främjande och skadliga arbetsförhållanden i den psykosociala arbetsmiljön (Karasek & Theorell, 1990). Detta skapar en förutsättning för att uppnå förbättrad psykisk hälsa bland personalen vilket vidare bidrar till ökad effektivitet i organisationen. Modellen utgår från en jämn balans mellan de krav som ställs på individen samt individens grad av kontroll för att hantera dessa krav (Karasek & Theorell, 1990). Tillräcklig kontroll för att hantera krav minskar risken för psykologiska påfrestande och negativ stress hos individen. Motsatsen gäller vid obalans mellan dessa faktorer. En individ som under längre tid upplevt brist av kontroll i förhållande till arbetskrav riskerar att drabbas av utbrändhet. Exempel på yttre stressorer inom arbetslivet är arbetsupplägg, arbetsmängd, ledarskap, sammansättning av arbetsteam och disponering av tid. Tillsammans med grad av krav och kontroll påverkar även det sociala stödet individens

motivation. Karasek och Theorell (1990) menar att detta innefattar kollegialt- och organisatoriskt stöd bl.a. i form av råd, stödjande samtal och praktisk hjälp i arbetet. Vidare menar författarna att ett bra socialt stöd bidrar till förbättrad prestation, inlärningsförmåga samt ökad motivation.

Harris-Kalfoss (2002) poängterar att det kan vara svårt för den drabbade att själv inse att hon är känslomässigt utmattad. Tecken kan vara ångest, depression, skuldkänslor, vrede och en känsla av att vara likgiltig och cynisk. Detta i sin tur leder till bristande engagemang, och förmåga till närhet och destruktiva självförsvarsbeteenden. Om den känslomässiga överbelastningen leder till utmattning kan följande symtom och tecken identifieras: stark trötthet, psykisk nedstämdhet, känslor av misslyckande och otillräcklighet, svårigheter att visa omsorg för patienter och bristande arbetsmotivation (Harris-Kalfoss, 2002).

3 PROBLEMFORMULERING

Sjuksköterskan konfronteras mer eller mindre ofta med döden och döendet i sitt arbete. Döden är en naturlig och ofta väntad del inom den palliativa vården, men är även närvarande inom övriga delar av vården där döden och döendet inte alltid är väntad. Oavsett om ett dödsfall äger rum på en palliativ vårdavdelning eller inom akutsjukvården väcker detta många tankar och känslor om döden som kan vara svåra för sjuksköterskan att hantera. Känslomässiga reaktioner i samband med patienters död varierar mellan olika sjuksköterskor beroende på självbild, livsvärld, värderingar och erfarenheter från privat- och arbetslivet. Hantering och bearbetning av känslor har visat sig vara en förutsättning för sjuksköterskan att kunna gå vidare och bibehålla god professionell omvårdnad efter psykiskt påfrestande situationer. Ur ett omvårdnadsperspektiv är det därför viktigt att få kunskap om hur sjuksköterskor upplever behov av stöd i dessa vårdssituationer.

4 SYFTE

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans behov av stöd i samband med patienters död samt vad detta stöd kan innefatta.

5 TEORETISK REFERENSRAM

Uppsatsens resultat kommer att diskuteras utifrån Antonovskys begrepp KASAM (känsla av sammanhang) som har sin grund i ett salutogent perspektiv. KASAM handlar om en känsla av sammanhang och utgår från individens förmåga att finna sin tillvaro meningsfull, hanterbar och begriplig (Antonovsky, 1991). En hög grad av meningsfullhet leder till att individen lättare kan hantera problem som uppstår i vardagen. Hanterbarheten handlar om att se svåra situationer i livet som en utmaning snarare än som ett hinder. Den tredje och sista faktorn i Antonovskys teori är begripligheten, vilken syftar till individens förmåga av förståelse för inträffade händelser. En hög grad av begriplighet leder till att individen upplever ökad kontroll över situationen (Antonovsky, 1991).

Antonovsky (1991) menar vidare att stress och psykiskt påfrestande situationer är en naturlig del av livet och att dessa känslor är något människan får lära sig att acceptera för att istället kunna lägga fokus på hur dessa situationer ska hanteras. Individer kan ha ett högt eller lågt KASAM vilket påverkar upplevelsen och hanteringen av stressfyllda situationer. Individens upplevda förmåga att hantera stressfyllda situationer påverkas av copingförmågan, dvs. individens acceptans och anpassning till en svår situation, samt copingstrategin, dvs. individens förmåga att förändra en svår situation (Antonovsky, 1991).

6 METOD

6.1 Design

Metodvalet till denna uppsats är en allmän litteraturstudie baserad på kvalitativt material i vetenskapliga artiklar. En litteraturstudie handlar om att framföra en kortfattad framställning av litteratur inom ett givet område (Backman, 2008; Friberg, 2006), och kvalitativ forskning utgår från att beskriva en individs livsvärld dvs. hur hon tolkar och formar sin verklighet (Axelsson, 2008).

För att uppnå syftet med denna litteraturstudie genomfördes en innehållsanalys. En innehållsanalys tar hänsyn till likheter och/eller skillnader mellan individer (Backman, 2008; Polit & Beck, 2010). Skillnader och likheter utgår från helheten och kan uttryckas i kategorier och subkategorier eller teman (Friberg, 2006; Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). En innehållsanalys kan liknas vid en process för att organisera kvalitativ information i teman och kategorier som syftar till att representera materialet på ett rättvist sätt (Polit & Beck, 2010).

6.2 Datainsamling och urval

Datainsamlingen utfördes bland kvalitativt material genom artikelsökningar i databaserna CINAHL with full text, Medline samt AMED. Sökorden som användes var bland annat: nurses, dying patients, support och coping. Utifrån valda artiklars referenser uppmärksammades andra författares studier vilket ledde till att manuella sökningar på dessa genomfördes. Efter genomgång av titlar och abstrakt valdes 45 artiklar ut efter första sökningen. För ytterligare inblick i ämnet har facklitteratur använts till studiens bakgrund.

Tabell 1: Sökmatrix med databaser, sökord samt sökprocessens gång.

| Databas | Sökord | Träffar | Artiklar (Nr i artikelmatrisen) |
|------------------------------------|--|---------|---------------------------------|
| EBSCO CINAHL MEDLINE AMED | Nurses AND dying patients AND support | 35 | 8 och 10 |
| EBSCO CINAHL MEDLINE AMED | Nursing AND Death AND Coping | 80 | 1, 2, 3 och 9 |
| EBSCO CINAHL MEDLINE AMED | Nursing AND caring for dying people | 6 | 4 och 5 |
| EBSCO CINAHL MEDLINE AMED | Nursing AND attitudes AND dying patients | 42 | 7 |
| EBSCO CINAHL MEDLINE AMED | Nursing AND palliative care AND intensive care | 7 | 6 |

Inklusionskriterier: Vetenskapligt granskade artiklar under årtalen 2000 – 2011.

Urvalet baserades på sjuksköterskors upplevelser av känslor, stöd och bearbetning i samband med patienters död. Då den kvalitativa innehållsanalysen syftar till att beskriva variationer inkluderades artiklar oavsett dödsorsak, vårdenhet, land eller tidsperiod för dödsprocessen.

Exklusionskriterier: Patienter i åldrarna 0-17 år och studier som innefattar vård i hemmet.

En granskning av artiklarna resulterade i ovan nämnda inklusions- och exklusionskriterier. Efter exklusionskriterierna kvarstod totalt tio artiklar som ansågs vara användbara för studiens resultat. Genomgången av detta material sammanställdes

sedan i en artikelmatris. I matrisen presenteras varje artikels titel, syfte, metod och resultat för att skapa en översiktlig struktur över artiklarnas innehåll (se tabell 2).

6.3 Artikelmatris

Tabell 2: En sammanställning av valda artiklar.

| Nr | Författare Publikationsår Titel Tidskrift Land | Syfte | Urval | Metod | Resultat |
|----|--|---|--|---------------------------------|--|
| 1 | Araújo, M.M.T., Silva, M.J.P & Francisco, M.C.P.B. (2004). Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. <i>International Nursing Review.</i> Brazil. | Att styrka de omvårdnads- aspekter som enligt sjuksköterskor anses som viktiga när de vårdar patienter med obotliga sjukdomar. | n = 14 Sjuksköterskor från en hematolog avdelning. | Semistrukturerade intervjuer | Fem teman identifierades: Tillfredställande arbete, Verktyg för en mer human omvårdnad, Hantering av en vardag med död, Svårigheter i kommunikation med patienten. |
| 2 | Blomberg, K. & Sahlberg-Blom, E. (2007). Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. <i>Journal of Clinical Nursing.</i> Sweden. | Att beskriva hur sjuksköterskor som vårdar patienter med svår cancer hanterar påfrestande situationer i den dagliga vården. | n = 77 Vårdpersonal från onkologiska vårdavdelningar. | Gruppintervjuer | Sju teman identifierades; Identitet, Mening, Gränssättning och beröring, Prioritering, Närhet, Teamet och Organisationen. Samtliga teman kunde beskrivas utifrån en balans mellan närhet och distans till de egna känslorna. |
| 3 | Gerow, L., Conejo, RN., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S. & Williams Domain, E. (2010). Creating a curtain of protection: Nurse's experiences of grief following patient death. <i>Journal of Nursing Scholarship.</i> USA. | Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av patienters död. | n = 11 Sjuksköterskor inom akut-, intensiv-, palliativ- och primärvård samt sjuksköterskor med administrativt arbete. | Semistrukturerade intervjuer | Fyra teman identifierades: Den ömsesidiga relationen överträffar den professionella, Tidiga erfarenheter av patienters död formar det framtida arbetet, Spirituella uppfattningar och vårdrutiner som del av sjuksköterskans copingstrategier, Professionellt arbete kräver en utvecklad förmåga att kategorisera och tolka känslor. |

| | | | | | |
|---|--|--|--|------------------------------|---|
| 4 | Hopkinson, JB (2002). The hidden benefit: the supportive function of the nursing handover for qualified nurses caring for dying people in hospital. <i>Journal of Clinical Nursing</i> .UK. | Att undersöka sjuksköterskors uppfattning av den muntliga rapporteringen som en stödjande funktion vid vård av döende patienter. | n = 28 Sjuksköterskor från akutvårdsavdelningar. | Semistrukturerade intervjuer | Två teman identifierades; Rapporteringen som forum för att diskutera och uttrycka känslor, Rapporteringen som förberedande information inför beslut och handlingar. |
| 5 | Hopkinson, J.B., Hallet, C. E. & Luker, K. A. (2003). Caring for dying people in hospital. <i>Journal of Advanced Nursing</i> . UK. | Att utveckla en förståelse för omvårdnaden av döende patienter på sjukhus, ur ett sjuksköterskeperspektiv. | n = 28 Nytexaminerade sjuksköterskor från akutvårdsavdelningar. | Djupintervjuer | Sex teman identifierades; Personliga ideal, Det befintliga, Det okända, Det fristående, Anspänning och Icke anspänning. |
| 6 | McKeown A., Cairns, C., Cornbleet, M. & Longmate, A. (2010). Palliative care in the intensive care unit: an interview-based study of team perspective. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> . UK. | Att undersöka sjuksköterskors och läkares uppfattningar och erfarenheter av palliativ vård på en intensivvårdsavdelning. | n = 25 Sjuksköterskor och läkare från en intensivvårdsavdelning. | Öppna intervjuer | Fyra teman identifierades: Intensivvårdsavdelning som plats för vård, Identifiering av palliativa patienter, Specialiserade palliativa vårdteam, Förändring och utveckling av palliativ vård på intensivvårdsavdelningar. |
| 7 | Nordgren, L. & Olsson, H. (2004). Palliative care in a coronary care unit: a qualitative study of physicians and nurses preceptions. <i>Journal of Clinical Nursing</i> . Sweden. | Att beskriva sjuksköterskors och läkares uppfattningar av arbetsrelationen och den palliativa vården på en hjärtavdelning. | n = 9 Sjuksköterskor och läkare från en hjärtavdelning. | Semistrukturerade intervjuer | Tre teman identifierades; Värdig död, Förutsättningar för god palliativ omvårdnad, Hinder för en kvalitativ palliativ omvårdnad. |
| 8 | Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann., Chang, P-C., Kershek, S., Scherr, C., Ogi, M. & Pincon, D. (2010). Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> . USA. | Att utifrån sjuksköterskors vårderfarenheter i samband med patienters död bidra med ökad kunskap om effektiva copingstrategier för sjuksköterskan. | n = 15 Sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter från olika medicinska avdelningar. | Intervjuer | Utifrån kategorierna interna och externa copingstrategier identifierades fem underkategorier; Tankar om döden, Professionell distans, Medarbetare, Religiös tro, Patient och anhöriga. |

| | | | | | |
|----|---|---|--|------------------------------|---|
| 9 | Shorter, M., Stayt, L.C. (2009). Critical care nurses experiences of grief in an adult intensive care unit. <i>Journal of advanced nursing</i> . UK. | Att undersöka akutsjuksköterskors erfarenheter av sorg och copingmekanismer när en patient dör. | n = 8 Sjuksköterskor från intensivvårdsavdelningar. | Semistrukturerade intervjuer | Två huvudteman identifierades: Erfarenheter av patienters död vilket innefattade kategorierna: Förväntningar, Kontroll, Bra omvårdnad, Empati, Meningsfulla relationer. Hantering av känslor efter patienters död vilket innefattade kategorierna: Stöd, Normalisering av döden, Känslomässigt avståndstagande. |
| 10 | Wu, H & L. Volker, D. (2009). Living with death and dying: The experience of Taiwanese Hospice nurses. <i>Oncology Nursing Forum</i> . USA. | Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av omvårdnad inom den palliativa vården. | n = 14 Sjuksköterskor från en Hospice-avdelning. | Öppna intervjuer | Fyra teman identifierades: Den palliativa vårdinriktningen, Klara av vardagens arbete, Utmaning, Belöning. |

6.4 Dataanalys

De valda artiklarna analyserades utifrån en innehållsanalys av kvalitativt material (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008).

1. En noggrann genomläsning av artiklarnas resultat utfördes upprepade gånger av båda författarna för att få en fördjupad förståelse av innehållet.
2. Med utgångspunkt ur studiens syfte identifierades meningsbärande enheter som kortades ned till kondenserade meningar. Båda författarna genomförde självständigt detta steg i samtliga tio artiklar och gick sedan tillsammans igenom fynden vilket resulterade i 122 st. sammanförda meningsbärande enheter.
3. De kondenserade meningarna bröts gemensamt ned till koder för att göra innehållet begripligt och hanterbart.
4. Koderna skrevs ned på varsin post-it lapp och placerades på ett bord för att skapa den överblick som behövdes för att gruppera koderna efter dess innehåll.
5. Grupperingen av koderna ledde till tio subkategorier som vidare delades in under fyra huvudkategorier.

Tabell 3: Exempel ur innehållsanalysen.

| Meningsbärande enhet | Kondenserad mening | Kod | Subkategori | Kategori |
|--|--|---------------------|--------------------|-----------------|
| ”Vi ger varandra stöd, kollegorna vet precis vad du går igenom, så rätt ofta känns de informella samtalen i personalrummet minst lika terapeutiska.” | Samtal med kollegor är ett stort stöd. | Stöd från kollegor. | Kollegialt Stöd | Yttre stöd |

6.5 Etiska aspekter

Medicinska forskningsrådet (2000) betonar vikten av en god forskningsetik under en studie där etisk medvetenhet hos forskaren är av högsta betydelse. Utifrån detta har hänsyn tagits till att vetenskapliga krav följts. Dessa krav handlar om att ej fabricera, förfalska eller plagiera vetenskaplig data. En annan etisk aspekt är att artiklarna som använts i litteraturen har översatts från engelska till svenska. Då detta inte är författarnas modersmål ökar risken för språkliga missförstånd som i sin tur kan medföra misstolkningar av resultatet. För att undvika detta har en noggrann analys av materialet genomförts.

7 RESULTAT

Analysen av de tio valda artiklarna resulterade i fyra kategorier med tillhörande subkategorier. Resultatet presenterades inledningsvis i en resultatmatris (tabell 4). Den löpande resultattexten kompletterades med citat för att ytterligare beskriva sjuksköterskornas upplevelser.

Tabell 4: En sammanställning av analysen indelad i kategorier och subkategorier.

| Kategorier och subkategorier Artikel | Yttre stöd - Kollegialt och organisatoriskt stöd | Inre stöd - Tankar om livet och döden - Coping | Professionen arbetslivserfarenhet - Kontroll - Känslomässig utmaning | Relationer - Närhet till patienter - Närhet till anhöriga - Distans - Empati |
|---|--|---|--|---|
| Araújo, M.M.T. et al. (2004). | | X | X | X |
| Blomberg, K. et al. (2007). | X | X | X | X |
| Gerow, L. et al. (2010). | X | X | X | X |
| Hopkinson, J. B. (2002). | X | | X | X |
| Hopkinson, J. B. et al. (2003). | X | | X | |
| McKeown, A. et al. (2010). | X | | X | X |
| Nordgren, L. et al. (2004). | | | X | |
| Peterson, J. et al. (2010). | X | X | X | X |
| Shorter, M. et al. (2009). | X | X | X | X |
| Wu, H. et al. (2009). | X | X | X | X |

7.1 Yttre stöd

7.1.1 Kollegialt- och organisatoriskt stöd

Flertalet sjuksköterskor upplevde att det var oerhört påfrestande att vårda en döende patient och det var därför viktigt att sjuksköterskorna fick stöd och inte kände sig ensamma i situationen (Hopkinson, Hallet & Luker, 2003). Sjuksköterskorna menade att yttre stöd, i form av kollegialt stöd var av stor betydelse för dem i deras bearbetning av känslomässigt utmanande upplevelser i samband med vård av döende och avlidna patienter (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Gerow et al., 2010; Hopkinson, 2002; Hopkinson et al., 2003; Peterson et al., 2010; Shorter & Stayt, 2009; Wu & Volker, 2009). Råd, samtal och stöd kunde komma från kollegor inom andra yrkeskategorier men deltagarna poängterade att det var stödet från andra sjuksköterskor som var av störst betydelse då dem genom sin yrkesroll bidrog med en bättre förståelse och ett ökat stöd (Peterson et al., 2010; Shorter & Stayt, 2009). Samtal med kollegor från andra yrkeskategorier möjliggjorde istället utbyte av kunskap och diskussion (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007).

"I think there is a bond among nurses when they've worked together for a while, because you deal with so much suffering and death, stress, and that kind of thing that it's really therapeutic to be able to speak amongst each other." (Peterson et al., 2010, s, 435).

Samtliga deltagare i Shorter och Stayts (2009) studie ansåg att det informella stödet genom samtal i personalrummet var de mest givande. Sjuksköterskorna menade att öppen kommunikation och ett tillåtande klimat i arbetsgruppen krävdes för att de skulle identifiera gruppen som stödjande (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007). Deltagarna i studien ansåg även att det var viktigt med en känsla av delaktighet, att kollegorna litade på dem och att alla ställde upp för varandra. Vidare beskrevs närhet och stöd från arbetsgruppen som värdefullt i det dagliga arbetet (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Hopkinson et al., 2003; Shorter & Stayts, 2009; Wu & Volker, 2009). Möjligheten att kunna be kollegor om råd samt få bekräftelse för att man gjort ett bra jobb var ytterligare en viktig faktor för några av sjuksköterskorna (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Hopkinson et al., 2003). Vikten av att få uttrycka känslor som sorg och ilska inför kollegorna var även något som flertalet sjuksköterskor betonade (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Gerow et al., 2010). Vissa tyckte även att kollegornas olika

erfarenheter och personligheter kunde komplettera och stärka individerna i arbetsgruppen.

“...I think you have the strength to work if you can come out to the office and ventilate to those you work with after you’ve experienced some aggression...that turns things around, that’s what I feel.” (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007, s. 250).

Sjuksköterskor i studien av Peterson et al. (2010) fann stöd i att prata med kollegor som vårdat samma patient. Det visade sig även att stöd från mer erfarna kollegor var värdefullt, speciellt för de mindre erfarna sjuksköterskorna (Gerow et.al., 2010; Peterson et al., 2010). En deltagare uttryckte att hon som ny sjuksköterska uppskattat det stöd hon fått från sina mer erfarna kollegor då de sagt till henne att det var okej att vara ledsen och gråta efter en känslomässigt laddad vårdssituation (Peterson et al., 2010). En nybliven sjuksköterska berättade att kollegorna inte alltid har tid att fråga hur det är och att de ibland glömmet bort att det kanske är första gången du vårdar en döende eller avliden patient (Hopkinson et al., 2003).

”When we feel frustrated and stressed, the team members can support, understand, and accept us. When I talk about my thoughts, the team members can forgive me, listen to me, accept my crying, and give me a hug.” (Wu & Volker, 2009, s.581.)

Vissa sjuksköterskor uttryckte istället att det var svårt att prata om sina känslor med kollegorna eftersom hon var rädd att det skulle uppfattas som negativt (Hopkinson, 2002). Hon hade fått råd av både sin familj och sin syster som var sjuksköterska att hålla distans till känslorna och inte visa sin sorg. Hon berättade att hon fortfarande tänkte på avlidna patienter som hon vårdat men att hon inte pratar om sina känslor med någon, speciellt inte på avdelningen. Hon var rädd att kollegorna skulle tycka att hon var konstig om hon blev för känslomässigt involverad. En annan sjuksköterska i studien upplevde att hon och hennes kollegor ofta hanterade svåra situationer genom fysiskt arbete istället för att prata med varandra om det.

”We don’t really talk about [dying] a lot. Not really we don’t... Something I’ve noticed, that you sort of read about it’s really good if you can talk about it, support each other and talk amongst yourselves. We don’t really do that. If somebody that we’ve nursed

for a long time has died we don't sort of talk about how we felt about it, just get on with something else." (Hopkinson, 2002, s. 172).

Den muntliga rapporteringen beskrevs som en hjälp för sjuksköterskorna att bearbeta en patients död (Hopkinson, 2002). Studien visade att rapporteringen både gav stöd till sjuksköterskan som lämnade och fick rapport. Sjuksköterskorna som rapporterade över patienten såg rapporteringen som en möjlighet att diskutera och utbyta känslor och tankar samt lämna över ansvaret för det emotionella och fysiska arbete som krävs vid vård av en döende patient. Rapporteringen sågs även som ett bra verktyg för att få viktig information om patienten inför ett arbetspass. Detta gjorde att sjuksköterskorna kände sig bättre förberedda på att ta hand om den döende patienten och dess anhöriga (Hopkinson, 2002).

Stöd från organisationen i form av bra medicinsk-teknisk utrustning (McKeown, Cairns, Cornbleet & Longmate, 2010) gruppdiskussioner samt minskat patientintag vid hög arbetsbelastning på avdelningen, upplevdes som givande i det dagliga arbetet för flertalet av sjuksköterskorna (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007). Några sjuksköterskor beskriver vidare att ett dåligt stöd från organisationen, exempelvis då personer med ansvar för verksamheten inte utför ett bra jobb, hade en motsatt effekt och försämrade den stödjande känslan.

"I think it's great because it gives you a chance to reflect over your job, and you don't otherwise have time to sit down with your colleagues and do that". (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007, s. 251).

7.2 Inre stöd

7.2.1 Tankar om livet och döden

Sjuksköterskornas syn på döden påverkade deras sätt att reagera på och bearbeta känslor i samband med patienters död (Gerow et al., 2010). Studien visade att sjuksköterskor med positiva erfarenheter i samband med patienters död hade lättare att associera döden till positiva aspekter. Flera av dessa sjuksköterskor uttryckte tacksamhet då deras erfarenheter fått dem att växa som människor och se mer positivt på livet (Gerow et al., 2010). I flera studier fann sjuksköterskorna stöd i tanken om att

döden är en naturlig del av livet (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Peterson et al., 2010; Shorter & Stayt, 2009).

Flertalet sjuksköterskor i Wu och Volkers (2009) studie beskrev att deras arbete med döende och avlidna patienter gjorde det lättare att leva i nuet, ha ett öppet sinne och fundera över vad de prioriterar i livet. Sjuksköterskor berättade att de fått bättre livskvalitet efter sitt arbete med döende patienter (Araújo, Silva & Francisco, 2004; Wu och Volkers, 2009). Flera av sjuksköterskorna talade även om sin religiösa tro eller sitt spirituella välmående som en viktig del i deras syn på livet (Gerow et al., 2010). Detta ansågs vara ett värdefullt stöd i deras hantering av patienters död. I studien av Gerow et al. (2010) beskrev sjuksköterskorna att deras erfarenheter av arbetet med döende patienter påverkade deras tro på ett liv efter döden. Vissa sjuksköterskor i studien hade lättare än andra att ”släppa taget” om patienten och acceptera döden.

”But I see it as a normal process, I’m not afraid of death. I know it’s gonna come, and I believe in an all higher being and I also believe in faith. So when it’s gonna come, it’s gonna come; you can’t stop it.” (Peterson et al., 2010, s. 435).

De hävdade att acceptansen har sin grund i spirituella tankar och att det krävdes många års livserfarenhet för att uppnå detta. Även i studierna av Peterson et al. (2010) och Wu och Volker (2009) använde sig deltagarna av sin religiösa tro som stöd för hantering av känslor i samband med patienters död.

7.2.1 Coping

Erfarenhet från vård av döende patienter påverkade sjuksköterskornas upplevda copingförmåga och därmed deras sätt att hantera liknande situationer i framtiden (Gerow et al., 2010). Flera av sjuksköterskorna i studien betonade att de efter lång tid i yrket kommit till insikt om vikten av att reflektera över sina känslor och ta hand om sig själv. De uttryckte även en förståelse för att sorg är något naturligt som visar att man brytt sig om en annan människa. Att som sjuksköterska lyssna till sina känslor, utveckla sitt mod, finna en inre styrka samt utstråla självsäkerhet och självkänsla i mötet med en svårt sjuk och döende patient var en viktig förutsättning för att hon skulle få en bra relation till patienten och dess anhöriga (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007).

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

Sjuksköterskornas förebilder hade en stor inverkan på deras förmåga att förstå och lära sig av situationer där de tagit hand om avlidna patienter (Gerow et al., 2010). En positiv förebild resulterade i att sjuksköterskan utvecklade effektiva copingstrategier medan frånvaro av en bra förebild ledde en känsla av osäkerhet hos sjuksköterskan. Vissa sjuksköterskor upplevde att deras livsstil påverkade deras förmåga att hantera påfrestningar på arbetet. En livsstil som exempelvis inkluderar hälsosam mat, god sömn, träning och fysisk aktivitet ledde till gynnsamma copingstrategier (Wu & Volker (2009). En annan copingstrategi som beskrivs som effektiv är att försöka balansera sina känslor och hålla en professionell distans gentemot döende patienter (Peterson et al., 2010).

Det var ett stöd för många sjuksköterskor att tänka tillbaka på ett specifikt dödsfall och reflektera över vad de kunde ha gjort annorlunda (Peterson et al., 2010). Detta kunde resultera i en känsla av distans till händelsen och en insikt om att det bästa för patienten var att få somna in. I vissa fall kunde döden för patienter med svårt fysiskt lidande kännas som en lättnad för sjuksköterskan.

”She had a long life. I think that was the best thing for her. She was in a lot of pain, and she was starting to suffer.” (Peterson et al. 2010, s. 435).

Samtliga sjuksköterskor i studien av Gerow et al. (2010) ansåg att olika typer av vårdritualer hjälpte dem att hantera sina känslor i samband med en patients död. Ritualerna skapade en känsla av regelbundenhet och säkerhet och de kunde innefatta enkla handlingar som exempelvis att byta patientens sängkläder och ge munvård, mat eller dryck. Avbrott och störningar i dessa rutiner skapade en känsla av oreda vilket ledde till att sjuksköterskan kunde ifrågasätta sin roll och kapacitet som sjuksköterska (Gerow et al., 2010). En känsla av personlig tillfredställelse från givande av adekvat hjälp till den döende patienten kunde ses som en copingstrategi för att hantera svåra situationer (Araújo et al., (2004). Sjuksköterskorna i studien upplevde det då lättare att se det positiva i svåra upplevelser och situationer.

7.3 Professionen

7.3.1 Arbetslivserfarenhet

Sjuksköterskans första erfarenheter av döden satte grunden för hennes framtida vård av döende och avlidna patienter (Gerow et al., 2010). Erfarenheterna kunde även förändra sjuksköterskans sätt att se på verkligheten. De första minnena och erfarenheterna var ofta klara och tydliga och visade sig påverka sjuksköterskornas sorgereaktion i mötet med döden. Samtal om en tidig vårdupplevelse av döden kunde framkalla starka känslor trots att det var länge sedan händelsen utspelade sig (Gerow et al., 2010). Skuld känslor, självförakt och svåra upplevelser av döende och avlidna patienter kunde finnas kvar i sjuksköterskans medvetande under flera år.

"I was there for them (the patient and the family). I never really believed that I deserved to get upset...I mean, this is your job; you're supposed to deal with this stuff" (Gerow et al., 2010, s. 126).

Arbetslivserfarenhet har även visat sig hjälpa sjuksköterskan i hennes hantering av svåra känslor i samband med patienters död (Peterson et al., 2010). Sjuksköterskor från en intensivvårdsavdelning tyckte att det var lättare att möta död och döende eftersom de arbetade i en miljö där detta var vanligt förekommande (Shorter & Stayt, 2009). Sjuksköterskor från studien Araùjo, Silva och Francisco (2004) beskrev att det var en del av hennes profession att finna en inre styrka till att möta död dagligen och att detta var ett viktigt krav för att vårda döende patienter.

"If you get used to it, and you know that dying is normal, you see it more often, your heart becomes more solid against it" (Peterson et al., 2010, s. 436).

Mer erfarna sjuksköterskor hade lättare att handskas med vården av döende patienter än vad deras mindre rutinerade kollegor hade (Nordgren & Olsson, 2004). De var överens om att deras kunskap och utbildning angående döende patienter var bristande (McKeown, et al., 2010; Nordgren & Olsson, 2004). En sjuksköterska menade att det handlade om en trygghet och kunskap som kom genom arbetslivserfarenhet och inte gick att läsa sig till (Nordgren & Olsson, 2004). Vissa av sjuksköterskorna ansåg att det saknades utbildning om vård av döende och avlidna patienter i utbildningen och att de

själva hade ansvar för att tillgodogöra sig denna kunskap (Peterson et al., 2010). För att kunna utvecklas professionellt ansåg sjuksköterskorna i Blomberg & Sahlberg-Bloms (2007) studie att det var viktigt med både sunt förnuft och specifika kunskaper i att vårda döende patienter.

” We need more education. What happens to a dying body theoretically, what does science say about this? What are the needs of a dying patient? You have some tacit knowledge about this and about pain control and so on, but it’s not sufficient”
(Nordgren & Olson, 2004, s. 190).

7.3.2 Kontroll

Sjuksköterskorna ansåg att en förväntad död var lättare att hantera och skapade inte negativa känslor i samma utsträckning som oväntade dödsfall gjorde (Hopkinson et al., 2003; Araùjo et al., 2004). Känslor av skuld efter en patients död var mindre vanligt hos sjuksköterskor som hade kontroll över situationen (Shorter & Stayt, 2009).

” I hate it when the patient dies suddenly – everything seems just so disorganized. I always think that it just looks unprofessional in front of the relatives. It makes me feel awful when that happens. I like to feel that I have done everything that I can.” (Shorter & Stayt, 2009, s. 162).

Den förväntade döden gjorde det möjligt för sjuksköterskorna att förbereda sig och detta bidrog i sin tur till en mer värdig död (Hopkinson et al., 2003). Sjuksköterskorna menade att en värdig död uppnås genom att respektera patientens integritet och vilja (Nordgren & Olsson, 2004). I Shorter och Stayts (2009) studie uttryckte sjuksköterskor inom intensivvården att en förväntad död, kontroll över situationen och god omvårdnad var viktiga faktorer som bidrog till en värdig död för patienten.

”If someone dies peacefully, with their family round them, you feel that it’s a dignified good death. It’s easier to cope with than if they have blinking tubes sticking out left, right and centre, in a bit of a mess, and pain not well managed when they die; you know, they are not peaceful.” (Shorter & Stayt, 2009, s. 162).

Det framkom att flera sjuksköterskor strävade efter att ge god omvårdnad och att de ville uppnå en känsla av att de gjort allt de kunnat för att ge god omvårdnad (Araújo et al., 2004; Gerow et al., 2009). Att reflektera över sitt handlande gynnade sjuksköterskan i hennes bearbetning av patienters död (Peterson et al., (2010; Shorter & Stayt, 2009).

7.3.3 *Känslomässig utmaning*

Sjuksköterskor från hospice berättade att deras dagliga möte med död och sorg var tungt och kunde leda till tankar om att byta jobb (Wu & Volker, 2009). För att förmå sig att arbeta vidare var det viktigt att hålla svåra känslor under kontroll (Hopkinson, 2002). Vidare upplevde vissa sjuksköterskor motstridiga känslor vid vård av döende patienter och berättade att känslomässig distans var metod för att hantera svåra känslor (Gerow et al., 2010). Det var viktigt att ge den bästa möjliga vården och därför kände sjuksköterskorna att de hade ett stort ansvar gentemot patienterna och deras familjer. De upplevde dessutom att det inte var professionellt att sörja och att deras uppgift istället var att stötta anhöriga i deras sorg.

” When you are going to a patient who`s dying, doing that and handle it...it can be a little sweaty when everyone is sitting in there and all the relatives are watching you...”
(Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007, s. 248)

Det visade sig att vissa sjuksköterskor hade svårt att acceptera det faktum att en patient skulle dö och att de ignorerade ibland sina känslor i anslutning till detta (Araújo et al., 2004; Gerow et al., 2009). Deltagare berättade att de vid något tillfälle velat göra allt för att förhindra en patients död och att denna strävan ibland kunde vara orealistiskt stark (Gerow et al., 2009). När patienten sedan avlidit kunde detta leda till känslor som misslyckande, sorg och skuld.

Flertalet sjuksköterskor upplevde att det kändes tungt vid de tillfällen då de gjort allt de kunnat och utfört alla tänkbara omvårdnadsåtgärder och patienten trots detta inte mådde bra (Araújo, Silva & Francisco, 2004; Hopkinson, 2002; Hopkinson et al., 2003; McKeown et al., 2010; Nordgren & Olsson, 2004; Wu & Volker, 2009). Vidare uttryckte några sjuksköterskor på en hematologavdelning en frustration över att deras

omvårdnadsåtgärder oftast inte resulterade i att patienten överlevde (Araújo, Silva & Francisco, 2004). Det faktum att sjuksköterskorna i slutändan förmodligen skulle förlora patienten var något som vissa reflekterade över redan vid inskrivningen av patienten.

” Although many patients do survive, the majority really dies. Therefore, I always think that most of them are going to die...Death is more frequent than survival, here. We become different, sad, I don` t know...It is not that we do not like (our work), we do: but most of the time our characteristic is sadness and not joy” (Araújo, Silva & Francisco, 2004, s. 152).

Utebliven möjlighet för reflektion under arbetspasset kunde ibland leda till att hon uttryckte känslor av aggression under rapporteringen (Hopkinson, 2002).

Sjuksköterskan uttryckte även en rädsla över risken att organisatoriska brister kunde äventyra hennes fortsatta yrkesliv. Om sjuksköterskan inte förmådde att släppa taget om påfrestande upplevelser på arbetet kunde detta leda till svårigheter att särskilja känslor i privatlivet och arbetslivet från varandra (Shorter & Stayt, 2009).

”It can sometimes spill over into your personal life, but I don` t think you` d be human if you could switch off everything.” (Shorter & Stayt, 2009, s. 165).

7.4 Relationer

7.4.1 Närhet till patienter

Närhet till patienten kräver en öppenhet hos sjuksköterskan (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007). Denna öppenhet förutsätter att hon kan finna en balans mellan att vara närvarande för patienten men samtidigt hålla en viss distans till vårdrelation. Vidare är ett professionellt och personligt givande och tagande av stor vikt för sjuksköterskan då hon möter döende patienter i svåra vårdssituationer. Att skapa och upprätthålla en god relation till döende patienter uppfattades som viktigt för både sjuksköterskor inom akutsjukvård och palliativ vård då de ansåg att detta resulterade i en bättre omvårdnad (Shorter & Stayt, 2009; Wu & Volker, 2009). Flera studier beskriver att sjuksköterskans nära kontakt med en patient kunde väcka starka känslor när denne sedan avlider (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Gerow et al., 2010; Shorter & Stayt,

2009). En god relation till patienten gjorde att flera sjuksköterskor upplevde att de fick bättre förståelse för patientens livssituation och att arbetet upplevdes som mer meningsfullt (Shorter & Stayt, 2009).

Respekt för andra samt förmågan att känna medmänsklig kärlek var en förutsättning för sjuksköterskan att skapa en bra kontakt med den döende patienten och dennes familj (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007). Sjuksköterskor beskrev den nära relationen till patienten och de anhöriga som ömsesidig och givande (Gerow et al, 2010; Peterson et al., 2010). En givande relation underlättade för sjuksköterskan att känna empati och tillfredställelse över att hon med sin kompetens kunde bidra till en meningsfull omvårdnad (Gerow et al., 2010). Vidare kunde sjuksköterskan uppleva relationen till patient och anhöriga som stödjande och tröstande (Peterson et al., 2010).

Sjuksköterskor upplevde att en god relation till den döende patienten resulterade i förbättrad fysisk, psykisk och spirituellt omvårdnad samt en ökad respekt och lyhördhet för patienten (Wu & Volker, 2009). Att vara nära patienten spirituellt, men även fysiskt genom beröring visade sig vara ett sätt för sjuksköterskor att hantera vårdsituationer med döende patienter (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007).

”You can’t do that much, not much more than being there and letting them talk, I just listen. If you have the strength to do that. Some can’t do it, be there and listen, so they choose to do something else instead because it’s too hard.” (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007, s. 249).

7.4.2 Närhet till anhöriga

God omsorg och relation till de anhöriga visade sig vara viktigt för flertalet sjuksköterskor. Sjuksköterskorna upplevde att en god relation gynnade både patient och anhöriga eftersom de genom anhöriga fick en bättre närhet till samt förståelse för patienten (Gerow et al., 2010; McKeown et al., 2010). En bra kontakt med patientens familj ansågs även bidra till stöd och tröst för sjuksköterskorna då patienten avlidit. Att observera samspelet mellan patient och anhöriga kunde även vara till stor hjälp för sjuksköterskan eftersom hon då kunde få en ökad förståelse för situationen (Peterson et al., 2010). Några sjuksköterskor ansåg att de förväntades vara känslomässigt neutrala i

mötet med patienternas familjer (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007). Sjuksköterskor från hospice däremot ansåg att positiv återkoppling från anhöriga hade stor betydelse för deras välmående och utveckling (Wu & Volker, 2009).

"We sat around at the bedside and ... reminisced and made jokes ... and that helped us all to cope." (Peterson et al., 2010, s. 437).

7.4.3 Distans

I flera studier framkommer ett behov av att distansera sig från patienten i syfte att lättare kunna hantera känslor i samband med dennes död (Araújo et al., 2004; Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Gerow et al., 2010; Hopkinson et al., 2003; Peterson et al., 2010; Shorter & Stayt, 2009). I en studie visades det tydligt att vårdpersonalens copingstrategier präglades av en balans mellan närhet och distans till sina känslor (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007). Vid hantering av svåra situationer kunde det uppfattas lättare att sätta gränser och inte bli för känslomässigt involverad i en patient eller dess anhöriga. Valet av närhet eller distans kunde vara medvetet men skedde oftast spontant. (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007). Distans till de egna känslorna gjorde det lättare för sjuksköterskorna att fokusera på de grundläggande omvårdnadsbehoven (Peterson et al., 2010).

"You care for the person as another human being, but also it's a job and you have to dissociate your feelings just a little bit for that person otherwise you're going to go home every night crying." (Peterson et al., 2010, s. 436).

Sjuksköterskans livssituation påverkade hennes distans till sina känslor och det var inte ovanligt att obearbetade känslor ledde till oro, vända och själsligt lidande (Gerow et al., 2010). Det kunde upplevas som känslomässigt utmattande att komma för nära en döende patient och en sjuksköterska berättade att hon lärt sig utveckla en känslomässig distans för att hantera detta. En annan sjuksköterska berättade att hennes distans var så stark att hon inte förmådde att dela med sig av sina känslor (Gerow et al., 2010).

"Because you can't get too emotional about things really - it makes sound really cold... but a lot of the time, you do have to keep a distance in a way, because death happens so

often on our unit. You'd be an emotional wreck if you let it bother you or affect you all the time." (Shorter & Stayt, 2009, s. 164).

7.4.4 Empati

Empati gentemot patienter och deras anhöriga visade sig ha stor inverkan på sjuksköterskans engagemang i omvårdnaden av den döende patienten (Shorter & Stayt, 2009). Några sjuksköterskor upplevde att det var lättare att utföra god palliativ omvårdnad om de visste hur de själva skulle vilja ha det om de var i samma situation (Nordgren & Olsson, 2004). En nära relation till patienten och anhöriga gjorde det lättare för sjuksköterskan att känna empati (Gerow et al., 2010). Detta gjorde att sjuksköterskor reflekterade mer över sin egen död och i högre grad upplevde smärtsamma känslor i samband med patientens död. Vidare uttrycker även sjuksköterskor från en intensivvårdsavdelning att vård av döende patienter fick dem att reflektera över sin egen livssituation (Shorter & Stayt, 2009).

"If we didn't love and become attached and have relationship, then we...we wouldn't have to grief. So I view it as very positive even though it is painful. But what it means to me is that I was involved with that person...there was a connection. There was a relationship." (Gerow et al., 2009, s.125).

8 DISKUSSION

8.1 *Metoddiskussion*

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans behov av stöd i samband med patienters död samt vad detta stöd kunde innefatta. En litteraturstudie i form av en innehållsanalys baserat på kvalitativt material ansågs vara en lämplig metod för att uppnå studiens syfte och finna variationer i resultatet. En kvalitativ innehållsanalys ansågs även vara en lämplig metod för att förstå och analysera mångfacetterade och känsliga fenomen inom omvårdnadsforskning (Elo & Kyngäs, 2007; Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) är en innehållsanalys en bra metod inom kvalitativ forskning eftersom den lätt kan anpassas till olika syften, forskarens erfarenhet och kunskap samt ett större datamaterial. Trots att studien inte innefattade ett större datamaterial upplevde författarna resultatet som varierande och omfattande.

Det är vanligt med teman och kategorier som resultat i kvalitativ forskning (Polit & Beck, 2010). Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) beskriver att kategorier med tillhörande subkategorier ska ha liknande innehåll eftersom de tillhör samma grupp. En huvudregel är att datainnehållet tydligt ska tillhöra en särskild kategori och inte får passa in under flera kategorier. I kvalitativ innehållsanalys kan detta dock vara svårt att tillgodose eftersom materialet handlar om olika upplevelser som kan vara tätt sammanlänkande och därmed kan vara svåra att urskilja från varandra (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Detta var även något som studiens författare noterade och därför lades mycket arbete ned på att utvinna kategorier som representerade innehållet på ett bra sätt.

Tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet är viktigt för trovärdigheten i kvalitativa studier (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Forskaren bör sträva efter att vara neutral och inte påverka sitt resultat för mycket själv. Tillförlitligheten syftar till att forskarna har goda belägg för sina beslut och tillvägagångssätt under arbetsprocessen. Tillförlitligheten ökar om materialet genomläses och analyseras av flera forskare. Diskussion och reflektion under analysarbetet kan hjälpa forskare att ena olika tolkningar av resultat (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Utförliga artikelsökningar och genomläsning av flertalet artiklar bidrog till att författarna i denna

studie fick en överskådlig bild av tidigare forskning inom det valda området. Den kunskap som erhållits efter en sammanställning av studiens resultat har tillsammans med författarnas erfarenheter från vården bekräftat en giltighet för studien. Författarna har vid flera tillfällen granskat datamaterialet noggrant samt tillsammans diskuterat innehållets innebörd och det bäst lämpade tillvägagångssättet – detta är något som enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) kan styrka studiens tillförlitlighet. Giltigheten handlar om hur sanningsenliga resultaten är i förhållande till verkligheten. I studiens resultat användes citat vilket kan underlätta bedömningen av studiens giltighet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Eftersom kvalitativ innehållsanalys syftar till att beskriva variationer mellan individer leder ett varierat urval av deltagare till en ökad möjlighet att få området belyst utifrån olika erfarenheter (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008). Enligt Elo och Kyngäs (2007) är det viktigt att urvalet representerar verkligheten som den är upprättad. En verklighet för många sjuksköterskor är att de i sitt arbete kan komma att konfronteras med döden och döendet. Variationen av sjuksköterskor från flera olika vårdenheter gynnade därmed giltigheten för studien. Blandningen av deltagarna berodde på slumpen och var inget författarna medvetet sökte efter. Detta upplevdes dock som något positivt eftersom det bidrog till en större variation. Vidare möjliggör det varierande urvalet en bättre överförbarhet av studiens resultat till olika vårdsituationer. Studier från olika länder finns med i datamaterialet. Det ansågs inte som att denna faktor gav några märkbara skillnader i resultatet vilket antas bero på att vård i samband med patienters död kan vara ett universellt fenomen. Polit & Beck (2010) poängterar vikten av att resultatet är överförbart och kan appliceras till andra situationer och grupper. Det anses lättare att utföra en bedömning av studiens överförbarhet om en grundlig beskrivning finns av metodens design, datainsamling, urval och dataanalys enligt Lundman & Hällgren-Graneheim (2008).

Studiens artikelsökning kombinerades med sökningar i databaser och manuella sökningar. För denna studie ansågs detta vara ett bra tillvägagångssätt. Artiklar innehållande sjuksköterskans upplevelser av stöd i samband med dödsprocessen har inkluderats i studien. Dödsprocessen syftar i detta fall till perioden innan samt strax efter en patient avlidit. Endast artiklar publicerade mellan år 2000 – 2011 inkluderades i studien. Syftet med detta var att få ett aktuellt material som gav en bra bild av den senaste forskningen inom området. Detta kan ha medfört att intressant forskning kan ha uteslutits. Författarna ansåg dock att det erhållna datamaterialet var tillräckligt för att

uppnå studiens syfte. Enligt Polit och Beck (2010) är det viktigt att beakta om de egna begränsningarna kan ha påverkat resultatet. Studiens exklusionskriterier anses inte ha orsakat någon negativ påverkan på resultatet. Vid urvalet togs ingen hänsyn till patienternas sjukdomar och dödsorsaker eftersom detta inte ansågs relevant för studien. Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) beskriver att en risk med kvalitativ innehållsanalys handlar om att jobba för nära texten och då förlora helhetsperspektivet.

Annan vårdpersonal som läkare, undersköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter fanns med i urvalet i tre av de valda artiklarna. Författarna var väl medvetna om detta och var noggranna med att välja ut material som specifikt härledde till sjuksköterskorna. I studierna av Nordgren & Olsson (2004) samt McKeown et al. (2010) var det inga svårigheter att urskilja vem som uttryckte vad. Trots stor noggrannhet kan allt datamaterial från den tredje studien inte med säkerhet härledas till enbart sjuksköterskorna (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007). Det varierande och intressanta materialet i de ovan nämnda artiklarna bidrog till en djupare förståelse av de beskrivna upplevelserna. Fördelarna ledde till att de inkluderades trots den nämnda svagheten. I en annan studie deltog även ett fåtal sjuksköterskestudenter, det var dock lätt att urskilja sjuksköterskornas åsikter och berättelser i denna artikel (Peterson et al., 2010).

En innehållsanalys beskrivs som en utmaning för forskaren då det inte finns några tydliga riktlinjer för hur resultatet ska analyseras (Elo & Kyngäs, 2007). Beroende på forskarens färdigheter, insikt, stil och analytiska förmåga kan resultatet utvecklas i olika riktningar. Forskarna måste dock göra en egen bedömning av vilka variationer i resultatet som är bäst lämpade för att besvara studiens syfte och problem (Elo & Kyngäs, 2007). Utifrån detta finns en medvetenhet om att metodens bristande riktlinjer tillsammans med författarnas erfarenheter och kunskaper i viss mån har satt sin prägel på studiens resultat. Det faktum att författarna först självständigt identifierade de meningsbärande enheterna under analysprocessen anses inte ha resulterat i någon större skillnad på resultatet, då de gemensamma tolkningarna visade sig vara likvärdiga.

Sammanfattningsvis ansågs en litteraturstudie av denna form vara en bra lämpad metod som ledde till att författarna genom sin studie kunde undersöka vad de i syftet avsåg att beskriva. De studerade artiklarna gav ett rikligt resultatmaterial vilket sedan

diskuterades med utgångspunkt i den valda referensramen KASAM. Utifrån ett omvårdnadsperspektiv ansågs KASAM vara en relevant och applicerbar teori att använda i detta sammanhang. Antonovsky (1991) hävdar att KASAM kan vara till hjälp för att förstå den data som föreligger på ett bättre sätt.

8.2 Resultatdiskussion

Sammanfattningsvis visar uppsatsens resultat att sjuksköterskor som vårdat döende och avlidna patienter hade behov av känslomässig bearbetning i form av yttre och inre stöd. De faktorer som påverkade sjuksköterskans hantering och bearbetning av känslor samt behov av stöd representeras i kategorierna: Yttre stöd, Inre stöd, Professionen samt Relationer. Dessa kategorier är vidare uppdelade i subkategorier. Diskussionen strukturerades utifrån kategorierna i resultatmatrisen (se tabell 4). Resultaten har diskuterats med utgångspunkt ur den teoretiska referensramen KASAM. Det föll sig även intressant att reflektera över uppmärksammade skillnader i resultatet mellan sjuksköterskor från hospice respektive från akut/intensivvårdsavdelningar. Detta var dock inte syftet med uppsatsen.

8.2.1 Yttre stöd

Flertalet av sjuksköterskorna upplevde att vård av döende och avlidna patienter kunde vara psykiskt påfrestande och att det kollegiala stödet var av stor betydelse (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Gerow et al., 2010; Hopkinson, 2002; Hopkinson et al., 2003; Peterson et al., 2010; Shorter & Stayt, 2009; Wu & Volker, 2009). Det kollegiala stödet visade sig även vara det mest framträdande stödet bland sjuksköterskorna. Vikten av det organisatoriska stödet i form av minskad arbetsbelastning, möjligheter till gruppsamtal samt stöd från chefer betonades också (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007). Genom samtal kunde sjuksköterskorna få råd, utbyte av kunskap, stöd och möjlighet att diskutera och reflektera över tankar och känslor i koppling till patienters död (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Peterson et al., 2010; Shorter & Stayt, 2009). Detta kan kopplas till Hammarlund (2001) som menar att samtal är det bästa sättet att hantera psykiskt påfrestande känslor i koppling till dödsprocessen. Det har även visat sig att personal som vårdat döende patienter har ett stort behov av emotionell avlastning samt ett behov att dela med sig av svåra upplevelser (Brosche, 2007). Detta i sin tur

hade en betydelse för den fysiska, psykiska och andliga hälsan. Dessa former av stöd beskrevs som nödvändiga då sjuksköterskors inre förmåga att bearbeta patientens död inte räckte till.

Sjuksköterskans arbete med omvårdnad av patienter skapar ett behov av att själv bli omhändertagen och känna trygghet (Harris-Kalfoss, 2002). Det är viktigt för sjuksköterskan att känna den tillhörighet som möjliggör öppenhet och reflektion över sina känslor tillsammans med andra. Tillhörigheten kan komma både från kollegor och från familj – det viktiga är att man har någonstans där man kan vara öppen med sina känslor (Harris-Kalfoss, 2002). I likhet med detta beskriver flertalet sjuksköterskor att det är stödet från sjuksköterskekollegorna värderas högst (Peterson et al., 2010; Shorter & Stayt, 2009), men att stöd från kollegor inom andra yrkeskategorier även kan vara till stor hjälp (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Peterson et al., 2010). Det handlar om att dela med sig av svåra upplevelser. Samtal kan därför leda till ny insikt och förståelse som vidare kan resultera i nya sätt att hantera sina känslor och sitt sätt att agera i olika vårdssituationer (Harris-Kalfoss, 2002).

Vissa sjuksköterskor upplevde det svårt att tala om sina känslor i samband med patienters död (Hopkinson, 2002). Payne, Dean & Kalus (1998) visar i sin studie att sjuksköterskor som arbetar på akuten hade svårare att tala om sina känslor i samband med patienters död, än sjuksköterskor från hospice. Studien betonar också att sjuksköterskorna från akuten även hade ett ökat behov av yttre stöd i form av stödjande grupper och utbildning angående sorgehantering. Anledningen till att samtliga sjuksköterskor från hospice kunde prata med sina kollegor om svåra känslor ansågs bero på mer tid för patienten, större förståelse för döden, engagemang för denna patientkategori samt en arbetsmiljö som gynnade sjuksköterskans hantering och bearbetning av patienters död (Payne et al., 1998).

Det är viktigt att det på arbetsplatsen finns tillräckligt med resurser för att sjukvårdspersonal ska kunna uppleva trygghet, få stöd samt möjlighet att uttrycka sorg efter påfrestande arbetssituationer (Brosche, 2007). Vidare anser författaren att det skulle vara en bra och effektiv tillgång för sjukhus att ha personal som väljer att ingå i ett team med inriktning på sorgearbete. En insats som denna anses bidra till förbättrad psykisk hälsa samt inspiration och vägledning för sjuksköterskan att utvecklas själsligt

och andligt. Detta kan kopplas till denna studies resultatet som visade att sjuksköterskornas möjlighet att uttrycka känslor som sorg och ilska inför sina kollegor var ett betydelsefullt stöd (Blomberg & Sahlberg- Blom, 2007; Gerow et al., 2010). Farrington (1997) menar att gruppdiskussioner och samtal med kollegor var en effektiv copingstrategi för sjuksköterskors hantering av känslor. Förr lades ansvaret för stressrelaterade problem på individen och det var därför svårt att identifiera missgynnande arbetsklimat som orsakade psykisk ohälsa bland personalen (Farrington, 1997). Denna syn har förändrats och idag betonas organisationens ansvar och möjligheter att förbättra eller bibehålla en god hälsa bland personalen. Förbättringar som kan ske på organisatorisk nivå är bl.a. strategier för att skapa en arbetsmiljö där personal ska kunna uttrycka sina känslor, få stöd och uppmuntran från varandra samt bli mer delaktiga (Farrington, 1997).

För att uppleva en känsla av sammanhang, i koppling till Antonovskys (1991) begrepp KASAM, kan det vid svåra situationer vara till stor hjälp för sjuksköterskorna att få stöd från varandra. De stödjande samtalen gör det lättare att finna en mening i tillvaron och känna att emotionellt svåra situationer blir mer hanterbara. Meningsfullheten underlättar vidare sjuksköterskans förståelse för dessa komplexa vårdsituationer och känslor vilket också gör det lättare för henne att hantera svåra vårdsituationer i framtiden.

8.2.2 Inre stöd

En känslomässig balans hos sjuksköterskan ansågs vara viktigt i vården av döende patienter. Sjuksköterskans copingförmåga, tidigare erfarenheter och yttre faktorer som stress och höga krav påverkade hennes förmåga att uppnå denna balans (Araújo et al. 2004). Frankenhaeuser och Lundberg (1999) förklarar att om en påfrestande situation pågår under en för lång tid och individen inte förmår att hantera de yttre kraven finns en risk att hon blir utbränd.

I enlighet med Harris-Kalfoss (2002) beskrivningar om att sjuksköterskan konfronteras med sin egen syn på döden i mötet med döende patienter anser även sjuksköterskorna i artiklarnas resultat att deras syn på döden påverkade deras sätt att bearbeta känslorna i samband med patienters död (Gerow et al., 2010). Det ansågs lättare att finna en

mening med döden om man såg den som är en naturlig del av livet (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007).

Till skillnad från sjuksköterskor på hospice har det visat sig att sjuksköterskor på akuten ofta undviker tankar om döden, känner större dödsångest och har lägre känslomässig acceptans inför vård av döende patienter (Payne et al., 1998). Inom intensivsjukvården visade det sig att sorg efter en patients död ansågs vara tabu (Brosche, 2007). Arlebrink (1999) belyser vikten av att ta farväl av den döende patienten då detta har betydelse för det fortsatta arbetet. Om denna bearbetning inte sker kan minnet av den döda leda till konsekvenser vid nästa vårdmöte eftersom sjuksköterskan då kan ha svårt att skapa en ny relation till kommande patienter (Hammarlund, 2001).

I synen att se döden som en naturlig del av livet kunde sjuksköterskorna finna en mening i tillvaron med avlidna och döende patienter. Förmågan att kunna relatera till samt reflektera över olika patientfall och placera in dem i ett större sammanhang ledde också till en ökad känsla av meningsfullhet. Detta i sin tur kan för det lättare att uppleva situationen som begriplig och hanterbar. Att uppleva KASAM i samband med dödsfall underlättar sjuksköterskans sorgehantering.

8.2.3 Professionen

I enlighet med Dunn et al. (2005) kunde ökade kontakter med döende patienter leda till mer positiva attityder gentemot denna patientgrupp. Vidare kunde sjuksköterskans upplevelser och uppfattningar om döden förändras genom mognad och erfarenheter. Detta ligger i linje med denna studies resultat som visade att sjuksköterskans första erfarenheter av döden utgjorde en grund för hennes framtida vård av döende och avlidna patienter (Gerow et al., 2010). Erfarenheter av svåra upplevelser visade sig även leda till skuld känslor hos sjuksköterskan (Gerow et al., 2010).

Arbetslivserfarenhet framkom därför som en hjälp i hennes hantering av känslor (Peterson et al., 2010) och mer erfarna sjuksköterskor tycktes ha lättare att handskas med döden (Nordgren & Olsson, 2004).

I studiens resultat framgick att en förväntad död var lättare att hantera och skapade inte negativa känslor i samma utsträckning som en oväntad död gör (Hopkinson et al., 2003;

Araújo et al., 2004). Detta är även något Hammarlund (2001) poängterade som en viktig faktor i individens sorgearbete. Sjuksköterskorna i studien beskrev att förväntad död gjorde dem bättre förberedda på att hantera vårdssituationen och de upplevde därmed högre grad av kontroll. Detta i sin tur bidrog till en mer värdig död för patienten. Arbetsförhållandena för sjuksköterskor på akuten ledde till fler oväntade dödsfall än vad sjuksköterskorna från hospice gjorde (Payne et al., 1998). Det visade sig även att sjuksköterskorna på akuten var sämre rustade att hantera en känslomässig utmaning än vad sjuksköterskorna från hospice var.

En värdig död har visats vara gynnsamt för både sjuksköterskan och patienten. Dock råder olika uppfattningar om vad en värdig död för patienten är. Costello (2006) menar att en värdig död innefattar fördelar för sjuksköterskan bl.a. i form av kontroll över situationen. En förväntad död bidrog till att sjuksköterskorna hade möjlighet att planera och utföra en så god omvårdnad som möjligt. Detta kan härledas till studiens resultat där sjuksköterskorna beskriver en känsla av att de gjort allt det kunnat för patienten (Araújo et al., 2004; Gerow et al., 2010). Känslor av skuld efter en patients död visade sig även vara mindre vanligt hos sjuksköterskor som hade kontroll över situationen (Shorter & Stayt, 2009). Detta kan kopplas till ansvarskrisen som uttrycker sig i känslor som misslyckande och skuld (Hammarlund, 2001). Vidare menar författaren att dessa känslor har sin grund i individens upplevelse av bristande arbetsinsats i en ansvarsfylld situation.

Det framkom att vissa sjuksköterskor upplevde att deras kunskap och utbildning angående döende patienter var bristande (Peterson et al., 2010) och att det tycktes saknas i grundutbildningen (Nordgren & Olsson, 2004). Wessel & Rutlege (2005) visade att sjuksköterskor som deltagit i olika utbildningsprogram för vård i livets slutskede uttryckte mer positiva attityder gentemot död och vårdandet av dessa patienter. Känslor som rädsla och ångest inför döden tycktes då ha minskat och vård i livets slutskede rekommenderas att integreras sjuksköterskeutbildningen.

En bristande kontroll över situationen kan i sin tur kopplas till en låg grad av meningsfullhet i enlighet med Antonovskys begrepp KASAM (1991). Bristande känsla av mening kan enligt Strang (2007) leda till existentiell stress. Att möta sorg och död dagligen upplevdes så tungt att vissa sjuksköterskor i studiens resultat hade tankar om

att byta jobb (Wu & Volker, 2009). Relaterat till KASAM skulle en rimlig tolkning kunna innebära att dessa sjuksköterskor hade en låg grad av hanterbarhet och begriplighet, och inte fann tillräckligt stor meningsfullhet i sitt arbete. Strang (2007) menar också att det vid plötsliga dödsfall är svårare att uppleva en känsla av sammanhang. Genom att acceptera en patients död, och det faktum att livet en dag tar slut kan bidra till en känsla av meningsfullhet. Att finna denna acceptans visade sig dock vara svårt för vissa sjuksköterskor i studien (Araújo et al., 2004; Gerow et al., 2010). Hanterbarheten handlar om sjuksköterskans känslor av kontroll över situationen. Reflektion över situationen och bearbetning av patientens död visade sig hjälpa sjuksköterskan att finna situationen begriplig.

8.2.4 Relationer

Kübler-Ross (1992) menar att relationen mellan sjuksköterskan och den döende patienten uppfattas som ett stort stöd för sjuksköterskan och den döende under dennes sista timmar i livet. I denna studies resultat framkom det att sjuksköterskor upplevde en nära relation gentemot patienten som stödjande och tröstande (Peterson et al., 2010). Även en bra kontakt med patientens familj ansågs bidra till stöd och tröst för sjuksköterskan då patienter avlidit (Gerow et al., 2010). En god patientrelation visade sig även leda till att sjuksköterskorna upplevde arbetet som mer meningsfullt och att de lättare kunde få förståelse för patientens livssituation (Shorter & Stayt, 2009).

Resultatet visade att många sjuksköterskor som upplever sig ha en nära kontakt med sina patienter drabbas av starka känslomässiga reaktioner när dessa avlider (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Gerow et al., 2010; Shorter & Stayt, 2009). Detta kan kopplas till Rollings (2008) begrepp om den ”professionella kärleken” som handlar om att sjuksköterskans omvårdnad ofta är förknippad med kärlek och att en stark relation gentemot patienten syftar till att se till dennes behov framför sina egna. Vidare menar författaren att en förlust av en närstående är förknippad med sorg, oavsett om det handlar om en professionell eller privat relation (Rollings, 2008). Vidare beskriver författaren att många sjuksköterskor får rådet att inte komma för nära patienten eftersom det då kan vara svårare att hålla en yrkesprofessionalitet. Att finna en balans mellan att vara närvarande, men samtidigt hålla en viss distans till vårdrelationen var något som visade vara viktigt för sjuksköterskorna i denna studie för att lättare kunna hantera känslor i samband med patienters död (Araújo et al., 2004; Blomberg &

Sahlberg-Blom, 2007; Gerow et al., 2010; Hopkinson et al., 2003; Peterson et al., 2010; Shorter & Stayt, 2009). Vidare visade resultatet att sjuksköterskans livssituation och arbetslivserfarenhet påverkade hennes förmåga att distansera sig till sina känslor, och det var inte ovanligt att obearbetade känslor ledde till oro, vånda och själsligt lidande (Gerow et al., 2010). Det är därför viktigt att inte undertrycka sin sorg i syfte att verka stark och professionell (Furman, 2002). Författaren bekräftar att sjuksköterskan har ett stort behov av att bearbeta sorg för att uppnå fullständig närvaro med sin patient.

Den kärleksfulla relationen mellan patient, sjuksköterska och anhörig hjälper sjuksköterskan att finna en mening i tillvaron vilket kan bidra till en känsla av KASAM i enlighet med Antonovsky (1991). Resultatet visar att många sjuksköterskor tillämpar ett förhållningssätt där de väljer att distansera sig från sina känslor till den döende eller avlidna patienten. Detta kan tolkas som en del av hennes sätt att hantera situationen. Begripligheten innefattas av sjuksköterskans behov av att bearbeta sina känslor för att få en bättre förståelse för patientens livssituation.

8.3 Slutsatser

Resultatet visar att det finns ett behov av stöd för sjuksköterskan i samband med patienters död. Flera faktorer bidrog till detta stöd men det visade sig att det kollegiala stödet var av störst betydelse för flertalet sjuksköterskor. Efter patientens död var det även viktigt att sjuksköterskan vågade lyssna till och acceptera sina känslor. Detta skapade förutsättningar för henne att hantera och bearbeta dessa psykiskt påfrestande situationer. Sammanfattningsvis är det därför av vikt att sjukvården utvecklar riktlinjer i samband med patienters död för att kunna tillgodose sjuksköterskans behov av stöd

8.4 Klinisk betydelse

Studiens resultat kan bidra till en djupare förståelse för sjuksköterskans behov och möjlighet till stöd i samband med psykiskt påfrestande vårdssituationer av döende och avlidna patienter. Studien riktar sig till sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter som vill få en bättre förståelse för betydelsen av stöd samt vad detta stöd kan innefatta. I studien syftar det inre stödet till sjuksköterskans inre förmåga att hantera påfrestande situationer. Detta stöd är något som sjuksköterskan har större möjlighet att påverka än

det yttre stödet i form av kollegialt- och organisatoriskt stöd. Utifrån detta väcks frågan om vem som har det största ansvaret för att tillgodose sjuksköterskans behov av stöd - sjuksköterskan eller organisationen?

Under de senare decennierna har ansvaret för den arbetsrelaterade ohälsan förflyttats från individen till organisationen. Idag tas större hänsyn till omgivande faktorer och arbetsgivarna har därför stora förutsättningar att påverka personalens hälsa.

Möjligheterna till förändringar inom arbetslivet är många och organisationen kan styra över de flesta situationerna och därmed förutse resultatet av ett förändringsarbete. Trots denna möjlighet arbetar inte alla arbetsgivare för en förbättring av den psykosociala arbetsmiljön. Det finns en rad olika anledningar till detta men några förklaringar kan vara bristande engagemang, kompetens och ekonomi (Karasek och Theorell, 1990).

Det kan därmed vara av stor betydelse för ledande personer inom sjukvården att se över riktlinjer och möjligheter att skapa goda förutsättningar för sjuksköterskor att få det stöd de behöver. Detta är angeläget eftersom en gynnsam psykosocial arbetsmiljö gynnar sjuksköterskornas hälsa och därmed även organisationens verksamhet.

8.5 Förslag på vidare forskning

Denna studie har klargjort att det finns behov av stöd för sjuksköterskan i samband med patienters död. Olika former av stöd har presenterats men det saknas forskning om organisationens bidrag för att besvara sjuksköterskans behov av stöd. Organisationen har det yttersta ansvaret för att bidra med de förutsättningar som krävs för sjuksköterskans välmående. Det behövs därför mer forskning som visar vad detta organisatoriska stöd kan innefatta.

9 REFERENSER

Antonovsky, Aaron. (1991). Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur.

Araújo, M.M.T., Silva, M.J.P. & Francisco, M.C.P.B. (2004). Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. *International Nursing Review*. 51(3), 149-158.

Arlebrink, J. (1999). Döden och döendet. Etiska, existentiella och psykologiska aspekter. I J. Arlebrink (Red.), *Skiftande uppfattningar kring döden och döendet* (s.170-185). Lund: Studentlitteratur.

Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I Granskär, M & Höglund-Nielsen, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Författarna och studentlitteratur.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Birch, A. (1989). *Dödens biologi*. Uppsala: Fagerström & Vejde.

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

Brosche, TA. (2007). A grief team within a healthcare system. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 26(1), 21-29.

Brunelli, T. (2005). A concept analysis: The grieving process for nurses. *Nursing forum*. 40(4), 123-129.

Costello, J. (2006). Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 54(5), 594-601.

Dunn, K.S., Otten, C., & Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*. 32(1), 97-104.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 62(1), 107-115.

Farrington, A. (1997). Strategies for reducing stress and burnout in nursing. *British Journal of Nursing*. 6(1), 44-50.

Frankenhaeuser, M. & Lundberg, U. (1999). Stress and workload of men and women in high-ranking positions. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 4(2), 142-151.

Friberg, F. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Furman, J. (2002). What you should know about chronic grief. *Nursing*. 32 (2), 56 – 57.

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

Harris-Kalfoss, M. (2002). Döden angår oss alla: värdig vård vid livets slutskede. I Almås (Red.), *Klinisk omvårdnad. Del 1* (4. uppl., s.48-64). Stockholm: Liber.

Hammarlund, C-O. (2001). *Bearbetande samtal. Krisstöd, debriefing, stress- och konflikthantering*. Stockholm: Natur och Kultur.

Hayes, C. (2004). Ethics in end-of-life care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 6(1), 36-45.

Hopkinson, J B. (2002). The hidden benefit: the supportive function of the nursing handover for qualified nurses caring for dying people in hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 11(2), 168-175.

Hopkinson, J. B., Hallet, C. E. & Luker, K. A. (2003). Caring for dying people in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 44(5), 525-533.

Huggard, P. (2003). Compassion fatigue: how much can I give? *Medical Education*. 37(2), 163-165.

Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

Kübler-Ross, E. (1988). *Döden*. Stockholm: Rabén & Sjögren.

Kübler-Ross, E. (1992). *Samtal inför döden – om ängslan, fruktan och förtröstan*. Falun: Bokförlaget Bonnier Alba AB.

Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Författarna och studentlitteratur.

McKeown, A., Cairns, C., Cornbleet, M. & Longmate, A. (2010). Palliative care in the intensive care unit: an interview-based study of team perspective. *International Journal of Palliative Nursing*. 16(7), 334-338.

Medicinska forskningsrådet. (2000). Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige. MFR- rapport 2. Hämtad 15 april, 2011, från <http://www.infovoice.se/fou/bok/diverse/etik2000.pdf>

Nordgren, L. & Olsson, H. (2004). Palliative care in a coronary care unit: a qualitative study of physicians and nurses perceptions. *Journal of Clinical Nursing*. 13(2), 185-193.

Palan Lopez, R. (2007). Suffering and dying nursing home residents: nurses perceptions of the role of family members. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 9(3), 141-149.

Payne, S.A., Dean, S.S. & Kalus, C. (1998). A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 28(4), 700-706.

Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P-C., Kershek, S., Scherr, C., Ogi, M. & 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), 432-438.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for nursing Practice* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Rollings, J.C. (2008). Professional love in palliative nursing: an exceptional quality or an occupational burden? *International Journal for Human Caring*. 12(3), 53-56.

Shorter, M. & Stayt, L.C. (2009). Critical care nurses experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal of advanced nursing*. 66(1), 159-67.

Socialstyrelsen. (2005:10). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kriterier för bestämmande av människans död*. Hämtad 24 juni, 2011, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-10>

Socialstyrelsen (2010). Socialstyrelsen tydliggör vad som gäller vid vård i livets slutskede. Hämtad 9 maj, 2011, från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2010december/socialstyrelsentydliggorvadsomga llervidvardilivetslutskede>

Strang, P. (2007). *Livsglädjen och det djupa allvaret – om existentiell kris och välbefinnande*. Stockholm: Natur och Kultur.

Svensk sjuksköterskeförening. (2001). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialisering inom palliativ vård*. Hämtad 10 maj, 2011, från <http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/Kompetensbeskr%20Pallativ.pdf>

SOU 2001:6. *Döden angår oss alla: värdig vård vid livets slut, slutbetänkande*. Stockholm: Fritzers offentliga publikationer.

Tishelman, C., Bernhardsson, BM. & Blomberg, K. (2004). Complexity in caring for patients with advanced cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 45(4), 420-429.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Wessel, E.M. & Rutledge, D.N. (2005). Home care and hospice nurses' attitudes toward death and caring for the dying - effects of palliative care education. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 7(4), 212-218.

Wu, H-L. & Volker, D. (2009). Living with death and dying: The experience of Taiwanese Hospice nurses. *Oncology Nursing Forum*. 36(5), 578-584.