



**MALMÖ HÖGSKOLA**

Hälsa och samhälle

# NÄRA DÖDEN UPPLEVELSER

En litteraturstudie om hur sjuksköterskor bör förhålla sig för att kunna stödja, hjälpa och bemöta de patienter som upplevt en NDU.

MARIA SJÖBERG  
MARTINA SVENSSON

Examensarbete  
OV 1052  
Sjuksköterskeprogrammet  
Januari 2005

Malmö Högskola  
Hälsa och Samhälle  
205 06 Malmö  
e-post: postmasterhs.mah.se

# NÄRA DÖDEN UPPLEVELSER

En litteraturstudie om hur sjuksköterskor bör förhålla sig för att kunna stödja, hjälpa och bemöta de patienter som upplevt en NDU.

*Maria Sjöberg*

*Martina Svensson*

Sjöberg, M & Svensson, M, Nära döden upplevelser. En litteraturstudie om hur sjuksköterskor bör förhålla sig för att kunna stödja, hjälpa och bemöta de patienter som upplevt en NDU. *Examinationsarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö Högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2005.

Syftet med föreliggande litteraturstudie var att lyfta fram hur sjuksköterskor bör förhålla sig för att stödja, hjälpa och bemöta de patienter som upplevt en NDU. Fem vetenskapliga artiklar som baseras på vetenskapliga studier och sju litteratur-sammanställningar analyserades. Resultatet kom fram till att utbildning om NDU, är nyckeln till förändrade attityder hos sjuksköterskor. Om en patient som upplevt en NDU blir positivt bemött av en sjuksköterska, som tar sig tid att lyssna aktivt till det patienten berättar, kan patienten få det stöd och den hjälp som kanske behövs för att händelsen ska upplevas som givande.

*Nyckelord:* Nära döden upplevelser, sjuksköterskor, omvårdnad, utbildning, stöd, kunskaper.

# NEAR DEATH EXPERIENCE

A literature review about how nurses should behave to support, help and face patients who have experienced near death.

*Maria Sjöberg*

*Martina Svensson*

Sjöberg, M & Svensson M. Near death experience. A literature review about how nurses should behave to support, help and face patients who have experienced near death. *Degree Project, 10 Credit Points*. Nursing programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2005.

The aim of the present literature review was to describe how nurses should behave to support, help and face patients who have experienced near death. Five scientific articles and seven review articles were analysed. The result showed that education about NDE, is the key to changed attitudes for the nurses. If a patient who has experienced a NDE gets a positive attitude from a nurse, who has taken the time to listen actively to what the patient tells them, the patient can get the support and help that might be needed to make the experience a pleasant memory.

*Keywords:* near-death experience, nurse, nursing care, education, support, knowledge.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Nära döden upplevelse	5
Definition	6
Statistik	6
Vad är en NDU?	7
Hur upplever människor en NDU?	7
Hur ändras de människor som upplevt en NDU?	8
Familj och anhöriga	9
Sjuksköterskans etiska aspekter	10
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	11
METOD	12
Litteratur och artikelsökning	12
Metod av artikelgranskning	13
Vetenskapliga studier	13
Litteratursammanställningar	14
Databearbetning	14
RESULTAT	15
Vilka kunskaper behöver sjuksköterskor ha inför, under och efter en NDU?	15
Sjuksköterskans kunskaper inför en NDU	15
Sjuksköterskans agerande under en NDU	15
Sjuksköterskans förhållningssätt efter en NDU	16

Hur kan jag som sjuksköterska få de patienter som upplevt en NDU att våga berätta om den?	18
Hur ska sjuksköterskan tala med patienten om händelsen?	18
Om patienten uppger att hon haft en NDU	18
Hur är sjuksköterskors attityder till NDU berättelser och hur bör attityderna vara?	20
Hur är sjuksköterskors attityder till NDU?	20
Hur bör sjuksköterskors attityder till NDU vara?	21
DISKUSSION	21
Metoddiskussion	21
Litteratur och artikelsökning	21
Artikelgranskning	22
Databearbetning	22
Resultatdiskussion	23
Vilka kunskaper behöver sjuksköterskor ha inför, under och efter en NDU?	23
Hur kan jag som sjuksköterska få de patienter som upplevt en NDU att våga berätta om den?	24
Hur är sjuksköterskors attityder till NDU berättelser och hur bör attityderna vara?	25
REFERENSER	27
BILAGOR	29
Bilaga 1	29
Bilaga 2	33

## INLEDNING

*En människa är döende, och när hon nått höjdpunkten av fysisk utmattning (distress) hör hon hur hennes läkare förklarar henne död. Hon börjar höra ett obehagligt ljud, en hög ringning eller ett surrande och får samtidigt en känsla av att hon hastigt rör sig genom en lång mörk tunnel. Därpå befinner hon sig plötsligt utanför sin egen fysiska kropp men alltjämt i den omedelbara fysiska omgivningen och ser sin egen kropp på avstånd som om hon endast vore en åskådare. Hon iakttar upplivningsförsöket från denna ovanliga högre utsiktspunkt och befinner sig i ett tillstånd av emotionell upprördhet.*

*Efter en stund samlar hon sig och blir mera van sitt underliga tillstånd. Hon märker att hon alltjämt har en "kropp" men en sådan av en mycket annorlunda natur och med helt andra förmågor än den hon lämnat efter sig. Snart börjar andra ting hända. Andra varelser kommer för att möta och hjälpa henne. Hon ser en skymt av andar av släkt och vänner som redan förut dött och en varm, kärleksfull ande av ett slag hon aldrig förut mött – en varelse av ljus – visar sig för henne. Denna varelse gör henne en fråga utan ord om vad hon anser om sitt liv ha varit värt och hjälper henne på traven genom att i blyxtbelysning visa henne de viktigaste händelserna i hennes liv. Vid en viss tidpunkt märker hon, att hon närmar sig ett slags barriär eller stängsel, som tydligen markerar gränsen mellan jordelivet och det nästa. Nu känner hon att hon måste återvända till jorden, att tiden för hennes död ännu inte kommit. Vid denna tidpunkt gör hon motstånd, ty nu är hon helt och fullt absorberad av sin erfarenhet av livet efter detta och vill inte återvända. Hon är överväldigad av starka känslor av glädje, kärlek och frid. Men trots detta återförenas hon på något sätt med sin fysiska kropp och lever. (Moody, 1989, s 20)*

När vi presenterade vårt ämnesval, nära döden upplevelser, till denna litteraturstudie för familj, studiekamrater och vänner fick vi från många höra att det var ett "flummigt" men spännande ämne. Nära döden upplevelser hör till religiös tro och kan inte omvandlas till vetenskaplig fakta sa de. Hur gör man en objektiv observation och analys över eventuella andar som flyger omkring i taken på våra sjukhus? Tanken på vad vi skulle finna om ämnet i litteraturen var så spännande att vi beslöt oss för att ta chansen och skriva om något annorlunda.

## BAKGRUND

### **Nära döden upplevelse**

Människor har genom århundraden berättat om upplevelser i samband med att de nästan dött. Upplevelser som ett starkt ljus, ett vackert landskap och döda anhörigas själar. I och med att den medicinska tekniken och expertisen förbättras efterhand, överlever idag människor, i större utsträckning, kritiska tillstånd som tidigare skulle ha lett till döden. Många av mänsklighetens gåtor besvaras av berättelser om nära döden upplevelser. Detta gör den till ett begärligt område för spekulationer samtidigt som den bygger en bro mellan vetenskap och religion (Sabom, 1986). Det var Moody som 1975 gav namn åt fenomenet nära döden upplevelse, NDU (Moody, 1989).

En del människor som överlever ett traumatiskt och livshotande tillstånd kan berätta om en extraordinär erfarenhet som kallas för NDU. En NDU kan uppkomma oberoende av orsak när livet är hotat. Det spelar således ingen roll om det är ett allvarligt trauma, operation, stridsskada eller annat kritiskt tillstånd som t ex självmordsförsök eller hjärtstillestånd (Van Lommel, 2001). Många kvinnor har rapporterat om NDU under förlossningen. Förr ansågs NDU vara meningslösa hallucinationer men på senare år har flertalet seriösa medicinska studier genomförts (Greyson, 1997).

Retroperspektivstudier som är genomförda på dem som upplevt en NDU visar att de är psykologiskt sett friska individer. De avviker inte från kontrollgruppen i fråga om ålder, kön, ras, religion, livsåskådning eller mental hälsa (Greyson, 1997). NDU finns beskrivna av människor oberoende av ålder, kön, utbildningsnivå, livsåskådning eller nationalitet. Oberoende av om NDU sker hos en ateist eller religiös människa, barn eller vuxen, amerikan eller kines är likheterna större än skillnaderna (Simpson, 2001). Moody (1996) skriver att även barn har NDU. Ett barns beskrivning av fenomenet är likartat med det som vuxna rapporterar om. Barn har samma moment i sina NDU:er som vuxna har i sina. Eftersom barn inte har anammat vuxnas bild av döden kan forskare tillmäta deras NDU med stor tilltro eftersom de inte belastas med omvärldens värderingar om vad döden innebär (Moody, 1996). Olika teorier och förklaringar om varför människor upplever NDU och vad det kan bero på har genom årens lopp presenterats av olika forskare (Van Lommel, 2001). Dessa teorier försöker förklara fenomenet både från fysiska och psykiska synvinklar. Man har letat efter olika förklaringar, t ex hallucinationer som framkallats av droger, hjärndöd, psykologisk stress, rädsla för att dö, temporallobstumör, psykoser eller att NDU uppkommer när endorfiner frisätts under fysisk stress. Man har inte hittat en enda teori som kan förklara alla fall och omständigheterna kring NDU (Simpson, 2001).

### **Definition**

NDU är en medveten insikt om det stundande slutet på livet (Simpson, 2001).

Sabom (1986) definierar NDU som ett kroppsligt tillstånd som i de flesta fallen med all sannolikhet skulle leda till biologisk död, och som skulle kräva kraftfulla medicinska åtgärder, om sådana fanns tillgängliga.

Vilka kriterier ska vara uppfyllda för att betydelsen av ordet död ska vara uppfyllt? Moody (1989) ger följande definitioner:

1. Frånvaro av kliniskt påvisbara livstecken. Med ledning av detta kriterium har de flesta människor dödförklarats genom mänsklighetens existens.
2. Frånvaro av elektrisk hjärnstabilitet. EEG visar en rät linje.
3. Oersättlig förlust av livsfunktionerna. Återupplivning är omöjligt.

### **Statistik**

Det som tidigare ansågs vara en ovanlig upplevelse beräknas idag ha upplevts av 5 % av den amerikanska befolkningen. Detta redogör Greyson (1997) som i sin

artikel hämtat dessa uppgifter från studier som gjorts 1982 (Greyson, 1997). Simpson (2001) skriver att mellan 1/3 av dem som är nära att dö men som klarar sig och 40 % av de patienter som har dött men som återupplivas har upplevt en NDU.

### **Vad är en NDU?**

Moody (1989) skriver att ingen berättelse om NDU är identisk med någon annan, även om några kommer varandra nära.

Sabom (1986) har tagit fram följande tio punkter som upplevs vid en NDU.

1. Subjektiv känsla av att vara död.
2. Det känslomässiga innehållet.
3. Känsla av att vara skild från kroppen.
4. Iakttagelse av fysiska föremål och händelser.
5. Den mörka regionen eller tomrummet.
6. Återblick på livet.
7. Ett ljus.
8. Inträde i en översinnlig värld.
9. Sammanträffande med andra.
10. Återvändandet.

Moody (1996) har en liknade lista med nio punkter som han fått fram genom att intervjua hundratals människor med NDU.

1. En känsla av att vara död.
2. Befrielse från eventuellt fysiska smärtor.
3. Att lämna kroppen.
4. Att komma in i ett mörkt tomrum eller tunnel.
5. Att snabbt färdas till en annan värld.
6. Att möta döda vänner och släktingar som är omvärvda av ljus.
7. Att möta ett Högsta Väsen.
8. Att göra en återblick på sitt liv.
9. Att inte vilja återvända till de levandes värld.

Freeman (1995) skriver att Kennerth Ring har tagit fram fem punkter som är kärnan i en NDU. Alla som erfarit en NDU behöver inte uppleva alla dessa fem steg, vilka är:

1. Frid.
2. Ut-ur kroppen upplevelse.
3. Mörk tunnel.
4. Se ett varmt och kärleksfullt ljus.
5. Omsluten av ljuset.

### **Hur upplever människor en NDU?**

Moody (1996) redogör för att de flesta människor som upplever en NDU känner behagliga känslor som frid, glädje och lycka när de berättar och tänker tillbaka på sin upplevelse. Men det finns även de som upplever denna händelse som oerhört plågsam och känslomässigt smärtsamt, där känslor som svår fruktan, skräck, panik, fasa och vrede rapporteras. Dessa människor beskriver upplevelsen som att



de kom till helvetet (Moody, 1996). Han betonar dock att dessa helvetiska NDU:er är ovanliga och uppskattningsvis endast rapporteras vid 0.3 % av alla fall. Mörkertalet kan vara stort vilket kan bero på att dessa människor omedvetet tränger bort obehagliga och traumatiska händelser eller helt enkelt undviker att tala om dem. Detta kan bero på olika orsaker, t ex hoppas patienten att dessa plågsamma erfarenheter skall försvinna av sig själv eller också finns en rädsla att återuppliva minnena (Moody, 1996). Sabom (1986) uppfattade att en del människor som upplevt en skrämmande NDU skäms för att de haft denna hemska upplevelse.

Sjuksköterskor talar ofta nedsättande om de patienter som upplevt en NDU och de tvivlar också ofta på vad patienterna berättar. Denna reaktion, som sjuksköterskan ger, kan skapa ångest hos patienterna. Patienter som försöker ta upp händelsen med läkaren eller sjuksköterskan blir ofta avvisade (Duffin, 2002). Sabom (1986) skriver att många är ovilliga att berätta eftersom de inte vill bli betraktade som tokiga. Han beskriver att patienter som han har intervjuat ofta inleder sina berättelser med "Ni kommer inte att tro mig, men..."; "Jag har aldrig berättat det här för någon, men..."; "Det här låter vansinnigt, men...". Dessa människor försöker förklara det "obeskrivbara" och dra paralleller till drömmar bara för att till sist ändå konstatera att alla jämförelser är missvisande (Sabom, 1986).

### **Hur ändras de människor som upplevt en NDU?**

*"Nära döden upplevelsen är ousäglig, det finns inga mänskliga ord för att beskriva den, de hade aldrig i sin vildaste fantasi kunnat föreställa sig att man skulle kunna ha en sådan upplevelse. Samtidigt känns den fullkomligt verklig"* (Moody, 1996, s 13).

80 % av de människor som upplevt en NDU hävdar att deras liv har förändrats i positiv bemärkelse efter NDU (Simpson, 2001). Individer som varit med om NDU beskriver denna händelse som mer betydelsefull än någon annan enskild händelse i deras liv. Upplevelsen av NDU formar djupet och innehållet i deras livsmål och attityder till livet (Sabom, 1986). Det är oftast denna nya erfarenhet och upplevelse av det ousägliga som för all framtid ändrar deras syn på tillvaron (Moody, 1996). Upplevelsen av en NDU kan för all framtid ändra en människas attityder, uppfattningar och åsikter. Den litteratur som finns i ämnet fokuserar på de fördelar som ofta följer den människa som upplevt en NDU. Typiska efterdyningar är ökad andlighet, omtanke om andra, uppskattning av livet, dämpad rädsla för döden, avtagande intresse för materiella saker samt mindre konkurrensbehov (Greyson, 1997). Freeman (1985) tar i sin artikel upp att de människor som upplevt en NDU kan, förutom dessa förändringar, även bli mindre fördomsfulla och mer generösa när det gäller att hjälpa andra människor. Den som haft en NDU kan bli fri från sin dödsrädsla och även ändra hela sin livssyn. En annan förändring som kan komma efter upplevelsen av en NDU är att hon börjar tänka mer på andra människor i större utsträckning än tidigare (Moody, 1996).

Moody (1996) urskiljer åtta olika typer av förändringar i personligheten som inträffar hos dessa människor.

1. Ingen rädsla för att dö.
2. Insikten att kärleken är viktig.
3. En känsla av att stå i förbindelse med allting.

4. Förståelse för värdet av att skaffa sig kunskap.
5. En ny känsla av kontroll.
6. En känsla av annalkande hot.
7. Fördjupad andlig utveckling.
8. Att återvända till den ”verkliga” världen.

(Moody, 1996)

Ytterst lite har skrivits om de psykosociala och andliga problemen som kan följa efter en NDU. Den ensidigt positiva sida av fenomenet, som tas upp i media, hämmar dem att med problem att söka hjälp, oavsett om deras upplevelse varit positiv eller negativ (Greyson, 1997).

### **Familj och anhöriga**

Alltför ofta möts människor med erfarenhet av NDU av negativa reaktioner när de söker professionell hjälp. Detta avskräcker dem ännu mer från att söka hjälp. De flesta anpassar sig gradvis på egen hand utan någon som helst hjälp efter upplevelsen och effekterna av den. Anpassningen kräver dem dock ofta att anta nya värderingar, attityder och intressen. Ofta kan familjen och vännerna finna det svårt att förstå NDU:arens nya övertygelser och uppförande. Å ena sidan kan effekterna bli sådana att familjen och vännerna undviker kontakt med NDU:aren, som de upplever har kommit under ovälkommen påverkan. Å andra sidan kan familj och vänner sätta den som upplevt en NDU på en piedestal i sina förväntningar inför de positiva effekter som de tror ska följa och förväntar sig orealistiska förändringar. Ibland förväntar anhöriga övernaturligt tålamod och förlåtelse från den som upplevt en NDU. De kan även förvänta sig att NDU:aren ska utföra mirakulös healing eller besitta profetisk styrka och blir bittra och avvisar NDU:aren som inte lever upp till dessa orealistiska förväntningar (Greyson, 1997).

Emotionella problem efter en NDU inkluderar ilska och depression för att kanske, mot ens vilja, tvingats återvända till livet. De som upplevt en NDU har ofta svårt att förlika sig med upplevelsen genom sin traditionella religiösa uppfattning eller tidigare värderingar och livsstil. Eftersom upplevelsen av en NDU tycks vara så central hos den som upplevt den, förefaller det för dessa personer som om de särskiljer sig från andra människor. Eftersom många av deras nya attityder och värderingar skiljer sig drastiskt från människor i deras närhet, kan NDU:are övervinna den olust de kan känna, över att de skulle vara onormala, genom att omdefiniera för sig själva vad som egentligen menas med normalt (Greyson, 1997).

Som ett exempel på hur en människa kan förändras och falla utanför ramen, inför det som uppfattas som normalt för oss som inte upplevt en NDU, tar Sabom (1986) upp hur en Vietnamveteran som upplevt en NDU ser på sorgereaktionen.

*”Efter NDU:n går jag inte på begravningar. Jag skickar inte blommor. Jag säger inte att jag är ledsen. Nån talar om för mig att nån är död, och jag svarar att vi borde vara lyckliga. Varför har vi inte en fest när någon dör? I mitt testamente kommer jag inte att ha varken begravning eller gravsten. Jag kommer att bli bränd, och askan strödd för vinden. Jag tycker det är slöseri med tid och med mark, och det är något vi borde fira med en fest. De gav sig iväg till ett bättre liv, en härlig känsla. Jag tror inte att jag är knäpp när jag tycker det. Men det tycker*

*min familj. Jag tycker att jag är långt före alla andra. Jag är inte rädd för att dö. Jag är helt säker på att allting har ett ändamål... Jag lever, leker och arbetar så här intensivt som jag gör för att jag inser att i nästa ögonblick kan jag vara borta, och jag kanske inte kommer tillbaka till kroppen den gången... Det finns någonting efter livet. Det är en härlig känsla. Under NDU:n tyckte jag att jag var i total harmoni med mig själv. Jag ville inte återvända. Det var annorlunda. Det var inte frånvaron av liv eller känsla, för det var en underbar känsla, och det var livet. Vad det än var för liv, vad vi än hade för form, så fanns vi till.” (Sabom, 1986, s 154)*

NDU:aren kan känna sig distanserad eller avskild från dem som inte delar upplevelsen och kan känna rädsla över att bli förlöjligad eller förskjutet av andra, ibland av goda skäl. Problem att förlika sig med nya attityder och övertygelser samt förväntningarna från familjen och vännerna kan störa vidmakthållandet av gamla roller och livsstil, som ju inte längre har samma innebörd. Det kan vara omöjligt för den som upplevt en NDU att försöka förmedla till andra vad denna upplevelse gjort med deras liv. Efter att ha upplevt en känsla av total villkorslös kärlek under NDU kan det kännas oacceptabelt att behöva acceptera villkoren och begränsningarna i mänskliga relationer. Förutom dessa problem, som alla som upplevt en NDU måste brottas med i någon form, tillkommer de människor som haft en skrämmande NDU och deras tankar kring varför just de drabbats av detta. De kan oroas av fruktansvärda återblickar av NDU:n. Likaså kan ytterligare problem följa dem som upplevt en NDU under ett självmordsförsök eller hos unga barn. På vilket sätt en psykolog reagerar, och svarar på frågor hos den som upplevt en NDU, kan svaren influera till om NDU accepteras och för något gott med sig eller räknas som en bisarr upplevelse som inte får berättas, i rädslan att bli stämplad som mentalt sjuk (Greyson, 1997).

På grund av oförenligheten mellan makar emellan, där en av dem upplevt en NDU, har studier visat att skilsmäsoantalet är högre hos dem än hos de par där ingen haft en NDU. Sociologiska studier visar att då många skilsmässor i allmänhet sker pga ekonomiska kontroverser så sker skilsmässor hos personer som upplevt en NDU pga att de inte längre delar sin make/makes materialistiska värderingar. Skilsmäsoantalet är i vissa studier så högt som 75 %. Trots att de riktigt svåra avigsidorna endast drabbar en minoritet av dem som upplevt en NDU är interventionerna för dessa sidor svåra att hitta (Greyson, 1997).

### **Sjuksköterskans etiska aspekter**

1953 antog International Council of Nurses, ICN, den första etiska koden för sjuksköterskor. Sedan dess har den reviderats och fastställts ett flertal gånger, senast år 2000. Den etiska koden som ICN fastställt och som Svensk sjuksköterskeförening antagit säger att sjuksköterskan har fyra grundläggande ansvarsområden:

- ? Att främja hälsa
- ? Att förebygga sjukdom
- ? Att återställa hälsa
- ? Att lindra lidande

Den etiska koden från år 2000 omfattar fyra områden:

1. Sjuksköterskan och allmänheten  
Sjuksköterskans primära ansvar gäller människor som är i behov av vård.
2. Sjuksköterskan och yrkesutövningen  
Sjuksköterskan har ett personligt ansvar för sitt sätt att utöva yrket och för att genom livslångt lärande bibehålla sin yrkeskompetens.
3. Sjuksköterskan och professionen  
Sjuksköterskan har huvudansvaret för att utarbeta och tillämpa godtagbara riktlinjer inom omvårdnad, ledning, forskning och utbildning inom yrkesområdet.
4. Sjuksköterskan och medarbetare  
Sjuksköterskan verkar för gott samarbete med sina medarbetare och ingriper på lämpligt sätt för att skydda enskilda individer när vården hotas av medarbetares eller andra personers handlande.

För att kunna hjälpa och stötta de människor som upplevt en NDU bör varje sjuksköterska ha denna kod i åtanke. Omvårdnaden efter en NDU innefattar alla de fyra punkterna som finns i sjuksköterskans grundläggande ansvarsområde. Hon ska främja patientens hälsa efter en NDU (ICN:n, 2000). Förebygga sjukdomar då NDU:are kan riskera att drabbas av PTSD, posttraumatiskt stress syndrom. En del patienter har obehagliga minnen av sin NDU och då kan sjuksköterskans uppgift vara att lindra lidande (Greyson, 1997).

Sokrates har sagt att vi är rädda för döden trots att vi inte vet vad döden innebär (Morse, 1994). Idag har vi lekmän i "dödens värld" glömt bort hur döende människor och döden ska hanteras, eftersom döendet inte längre tillhör vardagen. De flesta människor avslutar sina liv bland opersonliga instrument på sjukhus utan närvaro av anhöriga eller vänner och i många fall helt ensamma utan någon alls. Som vi har beskrivit kan människor uppleva en NDU både positivt och negativt och deras syn på livet kan också ändras. Därför tycker vi att det är viktigt att kunna veta hur man ska kunna hjälpa och stötta dessa människor för att de ska kunna komma vidare i livet.

## SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna litteraturstudie var att lyfta fram hur sjuksköterskor bör förhålla sig för att kunna stödja, hjälpa och bemöta de patienter som upplevt en NDU. För att svara på vårt syfte ställde vi följande frågor.

1. Vilka kunskaper behöver sjuksköterskor ha inför, under och efter en NDU?
2. Hur kan sjuksköterskor få de patienter som upplevt en NDU att våga berätta om sin upplevelse?

3. Hur är sjuksköterskors attityder till NDU berättelser och hur bör attityderna vara?

## METOD

Vi har delat upp metoden under tre rubriker; metod för artikelsökning, metod för artikelgranskning samt databearbetning.

### Litteratur och artikelsökning

Vi valde att göra en litteraturstudie för att få svar på våra frågeställningar och syfte. Vi har sökt i databaserna ELIN, Medline och Cinahl. Sökorden vi använde oss av var följande Meshtermer: *attitude, attitude to death, near death experience, nurses, nurses role, parapsychology*. Hur vi har kombinerat dessa sökord redovisas i tabell 1. Här redovisar vi även i vilka databaser vi sökt, datum för sökningen, antal träffar, antal lästa abstrakt, antal granskade artiklar och antal använda artiklar. Samma artiklar kom fram flera gånger under olika sökordskombinationer. Därför blir antalet redovisade artiklar fler än vad som vi egentligen granskat och använt. Slutresultatet blev tolv artiklar som vi använde. Av dessa tolv artiklar var fem vetenskapliga artiklar som baserades på vetenskapliga studier och sju artiklar var litteratursammanställningar. De artiklar som fanns i fulltext skrev vi ut, annars har vi sökt upp dem i de tidskrifter som fanns i det medicinska biblioteket UMAS eller på Hälsa och Samhälles bibliotek. De artiklar vi inte fick fram på det sättet har vi beställt genom Hälsa och Samhälles bibliotek.

Tabell 1. Sammanställning av sökresultaten

Databas/datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal granskade artiklar	Antal Använda artiklar
Medline 041109	”attitude to death” and “parapsychology”	42	10	5	3
Medline 041109	“death” and “parapsychology”	46	12	6	3
Medline 041109	“attitude of death” and “death”	1053	14	8	6
Medline 041110	“nurses role” and “death”	52	0	0	0
Medline 041110	“nurses role” and “attitude to death”	95	0	0	0
ELIN 041110	“parapsychology” and “death”	7	2	1	0
ELIN 041110	“nurses” and “death”	164	1	1	0
ELIN 041110	“Near death experience”	163	19	6	1
ELIN 041110	“near death experience” and “attitudes”	1	1	0	0

Cinahl 041115	“near death experience”	54	19	9	7
------------------	----------------------------	----	----	---	---

### Metod av artikelgranskning

I vår litteraturstudie har vi granskat artiklar som baseras både på vetenskapliga studier och på litteratursammanställningar. Här redovisas hur vi har granskat dessa olika artiklar.

#### *Vetenskapliga studier*

De fem artiklar som baseras på vetenskapliga studier har vi granskat enligt Polit (2001) kriterier för vad en vetenskaplig artikel skall innehålla. Den ska innehålla följande:

*Titeln* ska innehålla femton ord eller färre. I kvalitativa studier inkluderar titeln normalt det centrala fenomenet och grupp som undersökts.

*Abstraktet* är en kort beskrivning av studien och är placerad i början av artikeln. Med 100-200 ord svarar artikeln på följande frågor: Frågeställningar, syfte och metod skall redovisas samt uppsatsens huvudsakliga resultat. Här skall även finnas med hur man kan tillämpa detta i omvårdningspraktiken.

*Introduktionen* skall fånga läsarens intresse och bekanta denne med forskningsproblemet. Den ska följa direkt efter abstraktet. Introduktionen ska innehålla följande:

- ? Det centrala fenomenet och konceptet.
- ? Syftet och frågeställningar.
- ? Litteratursammanfattning.
- ? Den teoretiska strukturen.
- ? Betydelsen och behovet av studien.

*Metoden* ska innehålla vilken metod som forskaren använt för att svara på frågeställningarna. Det ska även framkomma varför man valt denna metod och dess lämplighet. I metodavsnittet skall följande redovisas:

- ? Urvalsbeskrivning med eventuella bortfall.
- ? Datainsamlingsmetoden.
- ? Dataanalysmetoden.

*Resultatet* ska presentera en sammanfattning över vad forskarna har kommit fram till. Detta kan göras tillsammans med tabeller och figurer som belyser de mest värdefulla resultaten.

*Diskussionen* är till för att dra slutsatser kring meningen och innebörden i resultatet som man fått fram. Den ska även innefatta följande:

- ? Tolkning av resultatet.
- ? Innebörden av resultatet.
- ? Studiens begränsningar såsom svårigheter hos studien, designproblem, och svagheter i datainsamlingen.

*Referenslistan* sammanfattar de böcker, rapporter och tidskrifter som forskaren använt sig av.

I bilaga 1 redovisas en sammanställning över de artiklar vi använt och en kritisk granskning av dem.

### *Litteratursammanställningar*

Dessa sju artiklar har vi granskat enligt en evidensbaserad bedömningsmall (Carlsson & Eiman, 2003). I denna mall kan man bedöma kvaliteten på litteratursammanställningar genom att poängsätta hur de olika delarna i studien presenteras, inom intervallerna 0 till 3 poäng. Som mest kan en artikel uppnå 42 poäng. För att litteratursammanställningen ska nå upp till den högsta graderingen, grad I, krävs 80 % av dessa 42 poäng. Vidare krävs det 70 % för att artikeln ska räknas som en grad II och slutligen krävs det 60 % för att artikeln ska räknas som en grad III.

I bilaga 2 redovisas en sammanställning över de artiklar vi använt och en bedömning av dessa.

### **Databearbetning**

Eftersom vi fick beställa de flesta av våra resultatartiklar kom de till Malmö högskolas bibliotek i omgångar. Detta medförde att vi tog del av materialet lite i taget. Efter hand som artiklarna kom läste vi dem enskilt och gjorde var sin enskild bedömning. Därefter diskuterade vi var och ens enskilda bedömning för att se om dessa bedömningar överensstämde med vad den andre hade kommit fram till. Det visade sig att vi tolkade samtliga artiklar likadant. Detta pga två anledningar: 1. Artiklarna hade klart urskiljbara likartade teman som svarade mot våra frågeställningar 2. Vi uppfattade dem som lättlästa eftersom språkbruket inte var högrävande utan vände sig mot lekmän. Efter diskussion valde vi ut artiklarna till vår resultatdel som vi tyckte svarade mot våra frågeställningar. Vi har inte behövt ändra våra ursprungliga frågeställningar under resans gång för att hitta svaren vi sökte. Det framkom väldigt tydligt vilka artiklar som inte var relevanta till våra frågeställningar och vårt syfte. Dessa valde vi därefter bort.

När vi sammanställde artiklarna och skrev ner resultatet tillsammans gjorde vi detta genom att gemensamt granska stycke för stycke i varje artikel. Denna granskning tydliggjorde tematiseringen ännu mer.

När vi hade fått tio artiklar som vi bedömde relevanta till vår resultatdel påbörjades vi arbetet med denna del. Efter det kom ytterligare två beställa artiklar som vi bedömde skulle ingå i resultatet. Slutresultatet blev tolv artiklar som vi använde. Av dessa tolv artiklar var fem vetenskapliga artiklar som baserades på vetenskapliga studier och sju artiklar var litteratursammanställningar. Eftersom inte alla våra beställa artiklar hade kommit till mitten av vecka 51 fick vi sätta en deadline för att inte ta med fler. Detta har medfört att vi inte fått allt beställt material rekviderat till oss.

# RESULTAT

Vi presenterar resultatet under tre huvudrubriker. Dessa rubriker är våra frågeställningar som ska besvara syftet med litteraturstudien. Huvudrubrikerna är:

1. Vilka kunskaper behöver sjuksköterskor ha inför, under och efter en NDU?
2. Hur kan jag som sjuksköterska få de patienter som upplevt en NDU att våga berätta om sin upplevelse?
3. Hur är sjuksköterskors attityder till NDU berättelser och hur bör attityderna vara?

Under varje huvudrubrik finns underrubriker för att tydligare åskådliggöra innehållet som besvarar respektive fråga.

## **Fråga 1. Vilka kunskaper behöver sjuksköterskor ha inför, under och efter en NDU?**

### *Sjuksköterskans kunskaper inför NDU*

Vem som helst oberoende av ålder kan uppleva en NDU. Upplevelsen kan variera från person till person och är alltid unik för var och en (Wimbush, 2001).

Oberoende av vad dessa upplevelser representerar beskriver de som återvänder från en NDU ofta händelsen som den mest betydelsefulla i deras liv (Walker, 1989).

Sjuksköterskans interventioner kan indelas i två steg: vården under NDU och vården efter NDU (Bucher, 1997).

### *Sjuksköterskans agerande under NDU*

Du kan aldrig på förhand peka ut vem eller vilka människor som kommer att uppleva en NDU (Hayes, 1998). Det är viktigt att som sjuksköterska vara förberedd och kunna stödja patienten både före och efter om risken för en NDU föreligger. En NDU kan inträffa när som helst under ett återupplivningsförsök. I artiklarna tar författarna upp olika aspekter som är viktiga att vara medveten om vid ett livshotande tillstånd:

- ? Ge vård som om patienten vore vid medvetande. Undvik höga ljud och olämpliga kommentarer. Prata med patienten i uppmuntrande ordalag. Förklara vad som händer.
- ? Om möjligt så håll patientens hand men undvik att röra vid patientens huvud, nacke och ansikte eftersom det finns rapporter om att det är genom dessa områden som själen försvinner respektive kommer tillbaka till kroppen.
- ? Om det är lämpligt så ge anhöriga tillträde till patienten. Tillåt en eller flera att närvara i rummet. Deras närvaro och röster hjälper patienten att återvända till kroppen.

(Wimbush, 2001, Hayes, 1998)



Placera en sjuksköterska vid patientens huvud. Sjuksköterskan placering gör att hon lättare kan uppfatta allt som sägs och händer runt patientens kropp. I efterhand kan sköterskan bekräfta vad som hänt under patientens kris och lättare samtala med patienten om detta. Undvik olämpligt ordval under den tid patienten är medvetslös i och med att patienter ofta har kunnat återge samtalet i efterhand. (Bucher, 1997, Hayes, 1998). Sjukvårdspersonalen får inte anta att patienten inte kan höra vad som kommenteras och händer när de är medvetslösa eller kliniskt döda (Serdahely, 1988). Ge mänsklig kontakt under och efter medvetslösheten. Rör ofta vid henne under medvetslösheten. Detta hjälper om hon har haft en obehaglig NDU eftersom hon då kan känna sig obekvämt och desorienterad i den egna kroppen och behöver orientera sig här och nu. Under den tid patienten är medvetslös, fortsätt hålla henne orienterad om hennes namn, tid, plats och rum. Berätta även vad man gör med henne om hon t ex är intuberad eller dylikt (Concoran, 1988, Hayes, 1998).

Walker (1989) hänvisar till The International Association for Near-Death Studies (IANDS) som förespråkar en guide i vilken de hjälper sjukvårdspersonal att handskas med nära-döden patienter. Deras första punkt är att man ska vara medveten om att patienterna kan höra och se vad som sker under återupplivningsförsöket. Agera som om patienten vore vaken.

Powell (1999) berättar om sin egen upplevelse av en NDU och hur viktigt det var för henne att känna någon annans närvaro i detta ögonblick. Hon beskriver känslorna över att ha blivit lämnad ensam i denna situation som att hon blev rasande och desperat. Det är viktigt att sjuksköterskan är närvarande vid patientens sida när döden är nära. Vare sig sjuksköterskan tror på NDU eller inte förtjänar patienten att få vård som tillfredställer hennes behov.

#### *Sjuksköterskans förhållningssätt efter NDU*

Det är viktigt att sjuksköterskan är öppen inför det faktum att patienten kan ha haft en NDU (Serdahely, 1988, Hayes, 1998). Hjälプ patienten att påbörja en systematisk orientering till verkligheten. Om det är möjligt så ta hjälp av hennes familj. De kan göra sjuksköterskan uppmärksam på personlighetsförändringar hos patienten (Bucher, 1997). Genom att leta efter tecken hos en patient som upplevt en NDU, kan sjuksköterskan upptäcka om patienten har behov att dela med sig av denna upplevelse till någon annan, t ex sjuksköterskan (Orne, 1995, Corcoran, 1988, Bucher, 1997). Men man måste även som sjuksköterska vara uppmärksam och förstå att inte pressa patienten för mycket (Orne, 1995). Tecken som tyder på att en människa upplevt en NDU kan vara kommentarer kring en konstig och ovanlig dröm (Wimbush, 2001, Bucher, 1997, Hayes, 1998). Lyssna uppmärksamt på om patienten förmedlar någon berättelse som kan tyda på en NDU (Walker, 1989). De kan även insistera på att ljuset skall vara tänt eller kräva att inte bli lämnade ensamma. Patienter kan även verka desorienterad, ofokuserad, ängslig eller distraherad (Wimbush, 2001). En del patienter avslöjar inget av det de har upplevt men kan verka arga för att de har återvänt och vaknat upp (Corcoran, 1988).

Bygg upp ett ömsesidigt förtroende mellan sjuksköterskan och patienten. Detta uppnås genom att visa intresse för patienten och utför en kompetent omvårdnad som sjuksköterska (Bucher, 1997). Uppmuntra patienten att reflektera över händelsen. När sjuksköterskan talar med patienten och/eller dennes familj ska inte

händelsen sensationaliseras (Bucher, 1997). Människor som haft en obehaglig upplevelse av sin NDU ligger i riskzonen för att drabbas av posttraumatisk stress syndrom, PTSD (Wimbush, 2001, Hayes, 1998). Walker (1989) tar upp att när dessa människor inte får gehör för sina upplevelser från sjukvårdspersonal eller familjemedlemmar ökar deras risker att drabbas av depression.

En del människor som upplevt en NDU kan ha ett problem att acceptera det faktum att de blivit bortförda från paradiset, en plats av total frid och skönhet, och tvingade att återkomma till jordelivets vedermödor. Detta är särskilt svårt under det första året efter en NDU (Walker, 1989). Patienter som upplevt en NDU kan förmedla upprörda känslor när de kommer tillbaka till jordelivet. Dessa känslor kan vara otacksamhet och ilska gentemot sina räddare vilka ibland utfört heroiska insatser för att återföra dem till livet (Serdahely, 1988).

Genom att förstå hur det kan te sig efter en NDU för en människa som upplevt den, blir det lättare för sjuksköterskan att utveckla meningsfulla interventioner, råd och därmed erbjuda stöd (Orne, 1995). Orne (1995) genomförde en studie där syftet var att plocka fram och synliggöra hur patienter som upplevt en NDU efter ett hjärtstopp, förstår och uppfattar tiden efter återupplivandet. Denna studie visar att efterdyningarna av en NDU kan vara positiva och livsförändrande men att det även finns de som upplever nära döden som obehaglig och plågsam vilket kan leda till känslor som smärta och rädsla.

Ett mönster som kom fram från alla deltagare i Ornes studie (1995) var sökandet efter mening och svaret över vad som hänt dem. Detta mönster är övergripande för de tre teman man fann genom att man kodat det material man fick in. Dessa tre teman var:

1. Överlevande: en livsförsäkrans.

En del av deltagarna kände efter NDU en ny mening med livet. Möjligheten att kunna placera NDU i någon sorts mening hjälpte dem att hantera den nya erfarenheten och hur den kunde förändra deras liv.

2. Överlevande: en plikt

Många var förkrossade efter NDU. De var oförmögna att förstå varför detta hade skett och att känna någonting positivt med NDU.

3. Att dö är lätt att överleva är svårt

En del av deltagarna kände sig ångerfulla över det faktum att de överlevt och detta upplevde de som meningslöst.

Orne (1995) förklarar att dessa tre teman inte behöver ses som prototyper över NDU, utan att sjuksköterskan kan förvänta sig en variation och bredd över hur människor som upplevt en NDU kan uppfatta tiden efter denna upplevelse. De som hade mest positiva erfarenheter av NDU och de som känt att de fått stöd och respons av andra människor hade det lättare att hantera den osäkerhet som råder kring NDU.

## **Fråga 2. Hur kan jag som sjuksköterska få de patienter som upplevt en NDU att våga berätta om sin upplevelse?**

Om patienten inte känner sig tillräckligt trygg för att kunna delge sin upplevelse kan det leda till frågor och funderingar kring upplevelsen. Hon behöver hjälp med att integrera sin NDU i sitt vanliga liv och det är här sjuksköterskan kan komma till nytta (Corcoran, 1988).

Först måste sjuksköterskan identifiera de patienter som behöver stöd både psykiskt och fysiskt efter en NDU. Bucher (1997) redogör att för att upptäcka de patienter som upplevt en NDU måste sjuksköterskan besitta en känsla för vilka som drabbats. Genom att vara tillgänglig, åtkomlig och beredd att motta ett förtroende visar sjuksköterskan att det är helt i sin ordning att tala om en NDU (Serdahely, 1988). Sjuksköterskans uppgift är att underlätta kommunikationen av händelsen mellan patienten, hennes familj och sjukvårdspersonalen (Bucher, 1997).

När sjuksköterskan och patienten talar om händelsen är det viktigt att patienten inte upplever miljön som hotande (Bucher, 1997).

### *Hur ska sjuksköterskan tala med patienten om händelsen?*

Det är viktigt att vårdgivaren är villig ta den tid det tar att lyssna på patientens NDU berättelse och kunna uttrycka en sorts acceptans över vad patienten säger. Patienter behöver stöd från vårdgivare som har kunskap om NDU och hur det kan påverka patienten efteråt. Genom att kommunicera och förmedla ditt stöd och din empati för patienten kan man som sjuksköterska bli den första som ”välkomnar” patienten tillbaka från sin resa och hjälper henne att integrera denna upplevelse till hennes vanliga liv (Callanan, 1994)

Corcoran (1988) hävdar att du skall närma dig patienten försiktigt med frågor men att de skall vara öppna. Hennes förslag är ”Människor som gått igenom en sådan kris som du har många olika erfarenheter”. ”Är det någonting som du vill prata om?” (Corcoran, 1988). Ett förslag är att du kan fråga patienten rakt ut om hon har några minnen kring återupplivningsförsöket (Wimbush, 2001, Walker, 1989). Låt henne vara om hon nekar men markera att du är villig att lyssna om hon önskar prata med dig senare (Wimbush, 2001). Minns patienten inget ska man inte gå vidare med fler frågor. Det kan vara så att hon inte hade en NDU (Walker, 1989). Om patienten inte vill prata om NDU ska man inte pressa henne till det (Corcoran, 1988, Bucher, 1997, Hayes, 1998).

### *Om patienten uppger att hon haft en NDU*

Om patienten uppger att hon har haft en NDU ska man som sjuksköterska tillåta henne att uttrycka sina känslor. Visa ingen förvåning inför det som patienten säger och pressa henne inte på detaljer utan låt henne prata fritt (Corcoran, 1988).

Uppmuntra henne att berätta om sina minnen genom att ställa öppna frågor. En fråga kan vara ”vad minns du när du var medvetslös”. Var inte dömande i ditt tonfall och undvik att ställa ledande frågor som t ex ”Åkte du genom en tunnel” (Wimbush, 2001, Bucher, 1997, Hayes, 1998). Andra aspekter, som Walker (1989) tar upp till beaktande, om patienten upplevt vad sjuksköterskan tror kan vara en NDU, är:

- ? Låt patienten fortsätta berättandet i sin egen takt. Hon kan kanske då i efterhand finna mening i sin upplevelse.
  - ? Dokumentera att patienten har upplevt en NDU så den fortsatta vården tar hänsyn till detta.
  - ? Försäkra om din tystnadsplikt.
  - ? Tillåt patienten att berätta om sin upplevelse och förmedla sina känslor kring händelsen. Försäkra patienten om att andra även har upplevt detta men att det är en unik upplevelse för varje individ.
  - ? Var medveten om att patienter kan lägga olika tolkningar i sin upplevelse. Någon vill kanske lägga ett religiöst budskap i det som inträffat – andra inte.
  - ? Hänvisa inte patienten till en psykiatriker och referera inte upplevelsen till ett patogent symptom.
  - ? Om du själv känner obehag eller inte har tid att lyssna så tillkalla någon annan.
  - ? Hänvisa till lämplig litteratur i ämnet.
  - ? Be om tillåtelse att få diskutera detta med patientens familjemedlemmar.
- (Walker, 1989)

Personer som upplevt en NDU vill berätta om händelsen om någon är villig att lyssna aktivt (Walker, 1989, Bucher, 1997). Patienter vill gärna kunna förmedla sina känslor kring händelsen så fort som möjligt. De som känner att de blivit bekräftade i sin upplevelse känner sig trygga i uppfattningen om att upplevelsen var verklig och att de inte förlorat förståndet (Walker, 1989).

Corcoran (1988) tar upp vikten av att utveckla ett ömsesidigt förtroende mellan patienten och vårdgivaren. Detta sker genom aktivt lyssnande, kroppsspråk och ansiktsuttryck. Om det är någonting du inte förstår eller uppfattar så be henne att upprepa sig. Även sjuksköterskan ska upprepa vad patienten säger så att denne vet att sjuksköterskan lyssnar aktivt. Ställ inga ja eller nej frågor för det uppmuntrar inte patienten till eget berättande. Du frågar t ex inte patienten ”Vad du rädd för att komma tillbaka till din kropp?”. Formulera istället frågan på följande sätt ”Hur kände du när du förstod att du var tvungen att komma tillbaka?”. Patienten behöver någon som lyssnar på henne, inte analyserar henne (Corcoran, 1988).

Beroende på hennes livsåskådning letar hon kanske efter en andlig förklaring eller önskar få en mer vetenskaplig förklaring till det inträffade. Erbjud stöd och information oberoende av vilken förklaring hon söker och var försiktig med att överföra din egen värdering och livsåskådning (Walker, 1989). Försäkra henne att det finns många andra människor som upplevt liknande fenomen vid ett livshotande tillstånd (Walker, 1989, Bucher, 1997, Serdahely, 1988, Hayes, 1998). Eftersom NDU:are ofta vill prata om sin upplevelse med någon de känner förtroende inför kan det leda till att de accepterar sin händelse. Förringa inte den inverkan en NDU kan ha hos patienten (Serdahely, 1988).

Många patienter vill först diskutera händelsen med en sjuksköterska. Många är ovilliga till att ta upp det med sin familj. Därför är det viktigt att uppmuntra patienten till att prata om händelsen med familjen. Hon kanske också önskar att du ska närvara när hon berättar om det inträffade (Walker, 1989, Bucher, 1997). Detta kan bero på att patienten är rädd för att familjen ska tro att de plötsligt har blivit senila eller psykiskt sjuka (Bucher, 1997). Informera patienten och hennes

familj att många som upplevt en NDU, drastiskt kan ändra sina attityder och värderingar efter händelsen (Walker, 1989, Bucher, 1997). Familjemedlemmar som har svårt att hantera det patienten berättar, kan sjuksköterskan hänvisa att söka hjälp hos präster eller annan lämplig sjukvårdspersonal. Undvik att sätta en stämpel på händelsen eller på patienten och var inte frestad att förklara upplevelsen i medicinska aspekter, men ge information om vad man kan finna kunskap i ämnet (Corcoran, 1988). Bucher skrev 1997 att NDU händelsen inte får stämplas som en hallucination eller som ett förvirringstillstånd. Serdahely (1988) skriver att patienten kan vara rädd för att bli utskrattad och förlöjligad om de beskriver denna paranormala händelse. De är mycket mottagliga inför de icke verbala uttryck som människor, de annars har förtroende inför, sänder ut. Ge inte patienten intryck av att du överger henne eftersom hon är extremt sårbar. Eftersom hon kan känna sig avvisad från dödsriket finna det en risk att hon även ska känna detta om hennes historia blir känd bland sjukvårdspersonalen. Därför är det viktigt att du tar hennes historia på fullaste allvar. Om så behövs, erbjud patienten professionell hjälp som du vet är tillförlitlig t ex samtalsstöd, men de flesta behöver inte denna hjälp (Corcoran, 1988).

### **Fråga 3. Hur är sjuksköterskors attityd till nära-döden berättelser och hur bör attityderna vara?**

#### *Hur är sjuksköterskors attityder till NDU?*

1981 genomförde Oakes en studie för att få fram attityderna hos sjuksköterskor gällande NDU. De flesta fann ämnet fascinerande och intressant. 50 % av sjuksköterskorna tyckte att NDU incidenter oavkortat skulle bli rapporterade men det fanns en stor meningsskiljaktighet över hur det första närmandet mellan sjuksköterska v.s. patient ska utföras. 80 % indikerade att patientens NDU inte ska påverka den vård de är berättigade till.

1986 gjorde Orne en mer omfattande studie om sjuksköterskors attityder och värderingar. 70 % uppgav att de kände till NDU fenomenet. Trots resultatet som visade att 93 % tyckte att vården inte skulle påverkas hos en patient som upplevt en NDU fann Orne resultatet oklart. Orne tog fram tre kriterier som dessa svar kunde baseras på:

1. Sjuksköterskan ignorerade en stor del av patientens planerade vård för att istället ägna sig åt patientens NDU.
2. Sjuksköterskan vet inte hur de ska agera och behandlar dem som om inget hänt.
3. Sjuksköterskan har en så positiv attityd till fenomenet NDU vilket i sin tur gör dem mer sympatiskt inställda gentemot patienten.

Orne (1986) fann att desto större sjuksköterskans kunskap var kring NDU desto positivare var hennes attityd. Detta gällde även dem som hade en religiös tro. Akutsjuksköterskor hade den största kunskapen medan sjuksköterskor inom mödrahälsovården hade den minsta. Man fann även att psykiatrisjuksköterskor var mest accepterande av fenomenet NDU och cancersjuksköterskorna hade den minst positiva attityden.

Vare sig sjuksköterskorna var bekanta med NDU eller ej hade de generellt en positiv attityd och syn på fenomenet. Endast 25 personer kände en total misstro till det aktuella ämnet (Orne, 1986).

I Hayes & Waters studie (1989) undersöktes sjukvårdspersonals kunskaper och attityder kring NDU. Resultatet visade att det finns ett intresse hos dessa yrkesgrupper men att kunskapen om vad NDU egentligen är var minimalt. Forskarna anser att resultatet tyder på att det finns ett behov för utbildning inom detta område i de utbildningar som är aktuella. 69 % av sjuksköterskorna uppgav sig vara bekanta med fenomenet NDU. De flesta sjuksköterskor hade positiva uppfattningar om fenomenet. Bara 10 % var skeptiska och tvivlande (Hayes & Waters, 1989).

### *Hur bör sjuksköterskors attityder till NDU vara?*

Sjukvårdspersonal måste utöva en icke dömande attityd när de handskas med frågor kring NDU (Walker, 1989, Corcoran, 1988, Serdahely, 1988, Hayes, 1998). Om sjuksköterskan har en skeptisk inställning till NDU måste hon sätta denna åt sidan när hon talar med patienten. Genom att göra så kan patienten i efterhand handskas bättre med händelsen (Hayes, 1998). Sjuksköterskan måste utforska sin egen inställning om ämnet (Bucher, 1997). Det är viktigt att man rannsakar sig själv och är medveten om sin egen ståndpunkt gällande NDU (Corcoran, 1988). Serdahely (1988) tar även upp att sjuksköterskor måste vara sympatiska mot patienten. En professionell attityd som innebär att människor accepteras för vilka de är etablerar en ärlig omsorg för dem som upplevt en NDU (Serdahely, 1988). För att undvika att överföra dina egna känslor kring NDU är det bättre att fokusera på den oerhörda betydelsen upplevelsen har haft på patienten. Vare sig du tror på fenomenet eller ej så är det din skyldighet att stödja patienten holistiskt, emotionellt och spirituellt (Corcoran, 1988). Om man ignorerar och avfärdar det patienten berättar är patientens insats förgäves. Men om man istället som vårdgivare har ett öppet sinne och lyssnar till patientens berättelse och deras känslor kring NDU, är det inte bara patienten som vinner på det, utan även vårdgivaren som blir en erfarenhet rikare och på så sätt ökar kunskapen inom området (Callanan, 1994). Vare sig du tror på NDU eller inte så var ärlig (Wimbush, 2001).

## DISKUSSION

Vi har delat in diskussionen i två delar: metoddiskussion och resultatdiskussion.

### **Metoddiskussion**

Vi har även delat in vår metoddiskussion under tre rubriker: Litteratur och artikelsökning, artikelgranskning samt databearbetning.

#### *Litteratur och artikelsökning*

I och med att NDU är ett snävt område hade varken Hälsa Samhälles bibliotek eller Medicinska biblioteket tillgång till de tidskrifter där våra artiklar skulle finnas. Detta medförde att vi fick beställa nästan samtliga artiklar. En del artiklar

var kraftigt försenade och en del kom inte fram innan vår deadline. Detta har resulterat i att vi inte har fått tag i all litteratur som finns inom området.

En del sökord som vi använde oss av var väldigt breda. Detta ledde till att vi fick sökträffar på artiklar som inte var inom vårt specifika område. Detta gällde speciellt sökordskombinationen ”*attitude to death*” and ”*death*”. Eftersom vi inte hade så stor förkunskap om ämnet var det svårt att ange korrekta sökord. Vi upplevde att vi tömde aktuell litteratur i ämnet genom våra sökningar. Hur vi än sökte kom samma artiklar upp men under olika sökord.

Efter att Moody 1975 kom ut med sin första bok om NDU, som väckte mycket reaktioner, tog forskningen fart under 1980-talet. Vi fann mycket material från denna tid, men litteraturen baseras mycket på studier kring vad som händer i hjärnan när en människa upplever sig ha en NDU. De artiklar som svarat på våra frågeställningar har varit från senare delen av 1980 talet samt under 1990 talet. Mestadels är det litteratursammanfattningar som bygger på just studier ifrån 1980 talet. Vi blir förvånade och tycker det är anmärkningsvärt att det inte forskas mer inom detta område med tanke på hur många som drabbas. Den medicinska utvecklingen gör att fler överlever livshotande tillstånd och detta medför att antalet patienter med NDU kommer att öka.

### *Artikelgranskning*

Vi bedömde våra litteratursammanställningar enligt Carlsson & Eiman (2003) bedömningsmall. Fem av dessa sju artiklar kom inte upp till den lägsta bedömningsgraden, grad III. Det kan tyckas märkligt att vi trots detta har valt att basera vårt resultat på artiklar med så lågt vetenskapligt poängunderlag. Det våra artiklar föll på var att de hade en bristande metodbeskrivning. Som vi beskrivit ovan är forskningen i ämnet NDU starkt begränsad. Artiklarnas styrka är det referensunderlag de baseras på. Många av artiklarna är skrivna av forskare som tidigare medverkat i studier tillsammans med andra forskare. En del av litteratursammanfattningarna bygger på deras egna studier och i dessa artiklar skriver forskarna fritt från hjärtat och med egna ord om hur sjuksköterskan ska bemöta de patienter som upplevt en NDU.

### *Databearbetning*

Vårt syfte med litteraturstudien har inte varit att ta reda på orsakerna och eventuella förklaringar till varför en NDU uppkommer eller om det patienterna upplever är fakta eller fantasi. Vi vill veta hur sjuksköterskor bör förhålla sig för att kunna stödja, hjälpa och bemöta de patienter som upplevt en NDU. Vi har funnit många artiklar som baseras på just studier kring varför en NDU uppkommer och hur vanligt förekommande det är vid vissa livshotande tillstånd. Eftersom dessa artiklar inte svarat på våra frågeställningar eller vårt syfte valde vi bort dem. Det har varit svårt att få tag i rena studier som gjorts om NDU som svarar på vårt syfte och våra frågeställningar. Istället har vi hittat artiklar på litteratursammanställningar som svarar på frågeställningarna.

I litteratursammanställningarna fann vi ett samstämmigt språk och vi kunde urskilja likartade teman i dessa artiklar. Detta kan bero på att det finns ett begränsat antal forskare som studerar fenomenet NDU. Fenomenet tillhör ett område inom medicinen som inte är vetenskapligt bekräftat. Vetenskaplig tro är inte detsamma som vetenskaplig fakta. Detta kan bero på att man inte studerar

mätbara variabler utan mjuka sådana. Serdahely (1988) tar i sin artikel upp att sjukvårdsarbetare som blivit skolade i den västerländska vetenskapsmodellen kräver hårda bevis på att all kunskap skall baseras på validitet och vetenskaplig forskning.

Det förefaller som om de som skriver i ämnet tillhör klubben för inbördes beundran eftersom de hela tiden refererar till varandra samt att samma författare återkommer i olika konstellationer med andra forskare i ämnet. Detta kan förklara varför likartade teman dyker upp i de olika artiklarna.

## **Resultatdiskussion**

Vi har även delat in vår resultatdiskussion under våra tre frågeställningar som är:

1. Vilka kunskaper behöver sjuksköterskor ha inför, under och efter en NDU?
2. Hur kan sjuksköterskor få de patienter som upplevt en NDU att våga berätta om sin upplevelse?
3. Hur är sjuksköterskors attityder till NDU berättelser och hur bör attityderna vara?

### *Fråga 1. Vilka kunskaper behöver sjuksköterskor ha inför, under och efter en NDU?*

Under denna resultatdel tar vi upp vilka kunskaper sjuksköterskor behöver ha för att bemöta de patienter som upplevt en NDU. Det är genom att besitta dessa kunskaper som sjuksköterskor, som möter fenomenet, vet hur de ska agera och bemöta dessa patienter. I bakgrunden beskriver vi att det finns uppfattningar att sjuksköterskor talar nedsättande om de patienter som upplevt en NDU och att de tvivlar på patientens berättelse. Förutom kunskaper behöver existensen av NDU få ett erkännande inom den vårdvetenskapliga professionen. I Orne (1986) och Hayes (1989) studier kom det fram att sjuksköterskors största kunskapskällor kom från tidningar, magasin samt berättelse från vad människor som upplevt en NDU berättade. Andra källor var:

- ? Utbildning
- ? TV och radio
- ? Tidskrifter
- ? Patienters anhöriga
- ? Kollegor

(Orne, 1986, Hayes, 1989)

Det finns ett uppenbart behov av ökad professionell förståelse från sjukvårdspersonal om NDU (Walker, 1989). Det är upp till sjuksköterskorna själva att lära sig mer om detta (Callanan, 1994). Sjuksköterskor är intresserade att lära sig mer om NDU (Hayes, 1989, Orne, 1986). Det är genom utbildning kunskap förvärfvas. Sjuksköterskors kunskap, attityd och agerande kring döden är viktiga inslag i professionen eftersom de i sin yrkesutövning riskerar att möta döden och döendet överallt. Sjuksköterskor kan inte negligera NDU och dess effekt och innebörd för patienten eftersom två av de fyra punkterna i den etiska koden för sjuksköterskor som svensk sjuksköterskeförening fastställt år 2000 är:



- ? Att främja hälsa
- ? Att lindra lidande

(ICN, 2000)

Den etiska koden för sjuksköterskor säger i punkt tre, under vilka områden koden omfattar, att sjuksköterskan har huvudansvaret för att utarbeta och tillämpa riktlinjer inom omvårdnad samt utbildning inom yrkesområdet. Vi anser att kunskapen om NDU är av sådan betydelse att den inte kan basera sig på medias vinkling av fenomenet. Det bör inte vara det personliga intresset som styr den enskilda individen att söka denna kunskap, utan alla sjuksköterskor borde få ta del av detta i sin grundutbildning. Hayes (1998) skriver att ju mer kunskap sjuksköterskan införskaffar, ju effektivare blir den omvårdnad sjuksköterskan kan ge till NDU patienter.

Under resultatdelen har vi redogjort vad artiklarna tar upp om sjuksköterskans agerande under en NDU. Om vi bortser från den kunskap som sjuksköterskan måste ha, och som vi diskuterat här ovan, är begreppet tid den centrala frågan. Det sägs att tid är en bristvara i vårt sjukvårdssystem och detta beror på besparingar. Vår bild av sjukvården är att den många gånger präglas av stor ineffektivitet samt felaktig prioritering från sjuksköterskor. Ett förslag från oss är att inom all sjukvård, där livshotande tillstånd kan uppkomma, skall fenomenet NDU uppmärksammas och åtgärdas. Likaväl som det enligt VIPS (2000) bör ske dokumentation kring mätbara variabler, t ex elimination och smärta, är det av samma betydelse att under sökorden andligt/kulturellt dokumentera mjuka variabler som inte är mätbara. Detta gör det lättare för alla som vårdar patienten att bli informerade om patientens upplevelse och de kan på så sätt integrera denna information i patientens vidare vård på sjukhuset. När patienten sedan blir utskriven från sjukhuset är det viktigt att denna information följer med i patientens epikris. Vid eventuell fortsatt vård i hemmet eller på vårdcentral kan denna information komma till nytta för den nya vårdpersonalen, genom att de är underättade om vad patienten har upplevt. Vårdpersonalen kan ha detta i beaktande och fråga patienten hur hon känner sig efter upplevelsen och om det har uppstått några problem eller obehagligheter för patienten själv eller i kontakten med familjen eller de anhöriga.

### *Fråga 2. Hur kan sjuksköterskan få de patienter som upplevt en NDU att berätta om sina upplevelser.*

Först och främst är det viktigt att klargöra att ytterst få patienter vaknar upp och direkt är medvetna om att de upplevt en NDU. Det är sjuksköterskans uppgift att uppmärksamma dessa patienter likväl som hon måste beakta de som vet om att de upplevt en NDU.

Människor kan uppleva en NDU antingen positiv eller negativ, men de flesta rapporter visar på en positiv upplevelse. Vare sig patienten uppfattar NDU:n som positiv eller negativ är det av stor betydelse att sjuksköterskan vågar möta patienten, för att förmå henne att berätta om upplevelsen. Annars är risken stor att dessa patienter drabbas av depression eller PTSD. En annan viktig aspekt är rädslan patienten kan känna över att eventuellt ha drabbats av en sinnesjukdom. Denna rädsla kan avskrivas när sjuksköterskan med en lugn försäkran berättar att upplevelsen av en NDU delas av många andra.

Det framkom i resultatet, att patienter vill förmedla sina känslor kring händelsen så fort som möjligt. Därför är det sjuksköterskan som, likt en detektiv, måste kunna sålla fram de patienter som haft en NDU. Om sjuksköterskan inte har tid att sätta sig ner och aktivt lyssna på patienten när denna vill prata, måste sjuksköterskan ovillkorligen avhjälpa detta snarast. Antingen genom att tillkalla någon annan som har behörighet och som kan lyssna eller själv återkomma senare. I och med att upplevelsen av en NDU är så speciell är det inte alla som kan tala om händelsen. Ett annat sätt att sätta ord på händelsen kan vara att låta patienten skriva ner vad som hänt och hur det upplevdes. Vi anser att alla som i sin yrkesutövning möter patienter måste vara lyhörda inför det faktum att patienterna kan ha upplevt en NDU. Vårdpersonalen måste kunna förmedla detta vidare, både verbalt och genom dokumentation, till sina kollegor oberoende av deras inbördes yrkesroll. Våra artiklar är skrivna och utgivna i USA, där sjuksköterskor tar större del i den basala omvårdnaden av patienten än vad sjuksköterskor i Sverige gör. Här är det ofta undersköterskan som har den största delen i denna omvårdnad. Därför kan det ibland vara undersköterskan som patienten först tar upp händelsen med. Det spelar dock ingen roll vilken yrkesgrupp det är som får den första informationen från patienten. Den som först får ta del av denna information, om patientens NDU, har ansvaret att förmedla informationen vidare. Detta ska ske genom dokumentation enligt vipsmodellen som vi har beskrivit ovan.

I resultatet redogör vi för att miljön inte ska vara hotande när patienten berättar om sin NDU. Vi anser att det är upp till patienten att avgöra vilken miljö som känns tryggast. Det är dock lämpligt att tänka på sekretessen kring patienten.

Under rubriken "Hur sjuksköterskan ska tala med patienten om händelsen" har vi redovisat olika ståndpunkter hos två forskare. Den ena hävdar att sjuksköterskan ska närma sig patienten försiktigt med frågor medan den andra forskaren anser att du kan fråga patienten rakt ut om hon har haft några minnen kring återupplivningsförsöket. Vi anser att detta är situations- och individanpassat. Det är sjuksköterskans känsla som avgör vad som lämpar sig bäst från fall till fall.

### *Fråga 3. Hur är sjuksköterskors attityder till nära-döden berättelser och hur bör attityderna vara?*

Det framkom i studierna att många fann ämnet fascinerande och intressant men att kunskapen om NDU saknades. Anmärkningsvärt är att dessa studier är gamla och att det hade varit intressant att få ta del av nyare studier. Kunskaper och attityder i ämnet borde att kommit längre eller .....?

I Oakes (1981) studie framkommer det att 80 % av sjuksköterskorna indikerade att patientens NDU inte ska påverka den vård de är berättigade till. Det är svårt att veta om resultatet skall tolkas positivt eller negativt. Vi tolkar det på två sätt. Det första är hur sjuksköterskans inställning kan vara; Varför skulle vården påverkas om patienten haft en NDU? Man ska ändå utöva samma holistiska synsätt? Det andra kan vara att forskaren menar att dessa 80 % inte tycker att NDU ska beaktas i patientens omvårdnadsprocess. I våra resultat framkommer det att det är av yttersta vikt att man stöttar och hjälper de patienter som upplevt en NDU.

Vi har tidigare i vår diskussion tagit upp att det är viktigt att man uppmärksammar NDU särskilt inom akutsjukvården. I Ornes (1986) studier framhåller hon att den

största kunskapen om NDU finns bland akutsjuksköterskor och att sjuksköterskorna inom förlossning och BB-verksamheten har den minsta. Många kvinnor rapporterar om NDU under förlossningen. Det är anmärkningsvärt att kunskapen hos dessa sjuksköterskor inte är större med tanke på hur dramatisk en förlossning kan bli både för mamman och inte minst för barnet! Det man kan fråga sig är varför den så låg inom denna sjukvårdskategori när det lika väl kan ske en NDU där. Vi tar i resultatdelen även upp att denna studie, Orne (1986), konstaterar att psykiatrisjuksköterskor har den mest accepterande attityden till NDU. Detta tror vi kan bero på att dessa sjuksköterskor kan ha större förståelse för olika människors tankegångar, agerande och själsliga problem.

Under rubriken "hur bör sjuksköterskors attityder till NDU vara"? tar vi upp att flera forskare anser att sjuksköterskan måste utöva en icke dömande attityd när de handskas med frågor kring NDU. Detta kan vara lättare sagt än gjort, men sjuksköterskan måste självfallet beakta detta när hon utövar omvårdnad mot dessa patienter. Självklart är det lätt att vara skeptisk till något som inte är vetenskapligt bevisat och man inte har kunskap om. Därför är det viktigt att ännu en gång poängtera att kunskapen om NDU bör ligga i sjuksköterskans grundutbildning. Det är därefter som sjuksköterskan har möjlighet att själv ta ställning och bli medveten om sin egen attityd och känslor till NDU. Om inläringen av NDU sker i en positiv anda kan detta leda till att sjuksköterskan anammar en positiv attityd.

De flesta professioner baseras på kunskap som är förvärvat genom vetenskapsforskning. Eftersom det inte finns några vetenskapliga belegg för vad en NDU egentligen är, blir det svårt att acceptera och förstå dessa upplevelser, men för patienterna är NDU verklighet och en stark influens i deras liv (Callanan, 1994).

All vår litteratur baseras på studier och litteratur från USA. Vi har inte funnit någon statistik som visar på hur fenomenet NDU förhåller sig i Europa eller i Sverige. Vi har inte heller hittat några uppgifter på hur många som upplevt NDU efter ett livshotande tillstånd i vår del av världen. Människor oberoende av ålder, kön, ras, religion, livsåskådning eller mental hälsa, som drabbas av ett livshotande tillstånd, kan uppleva en NDU. I och med att nästan alla jordens etniska befolkningsgrupper finns representerade i USA, antar vi att förhållandena är desamma i Europa och Sverige likaväl som i övriga världen. Bucher (1997) tar upp att en intervention kan vara att sjuksköterskan informerar patienten om att kontakta någon av de stödgrupper som finns i USA för dem som upplevt en NDU. Vi har inte funnit belegg att något liknande finns i Sverige. Detta är något som svensk sjukvård borde anamma eftersom det skulle kunna avlasta sjuksköterskan när brist på tid ibland kan var ett skäl till att hon inte kan hjälpa patienten tillräckligt. I bakgrunden tar vi upp hur svårt familjen och anhöriga kan ha att förstå, ta till sig och acceptera den förändring av personligheten som kan ske hos den som upplevt en NDU. I en stödgrupp/förening kan patienter träffa andra i samma situation och här kan även de anhöriga finna ett forum för sina tankar, känslor och funderingar. Att få möjlighet att träffa andra i samma situation borde få patienterna och deras anhöriga att känna en viss trygghet genom att de inser att de inte är ensamma. Därmed minskar känslan av utsatthet för alla parter och de kan med hopp och tillförsikt försöka hitta tillbaka till sitt liv på jorden igen.

## REFERENSER

- Bucher, L , Wimbush, F B, Hardie, T, Hayes, E R (1997) Near Death Experiences: Critical Care Nurses' Attitudes and Interventions. *Dimensions of Critical Care Nursing* 16, 194-201.
- Callanan, M, (1994), Back from "Beyond", *The American Journal of Nursing, March*, 20-23.
- Carlsson, S, Eiman, M (2003) Evidensbaserad omvårdnad. Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola". *Rapport nr 2*. Malmö högskola, Hälsa och samhälle.
- Corcoran, D K (1988) Helping patients who've had near-death. *Nursing*, 34-39.
- Duffin, C (2002) Health professionals who reject patients' stories cause anxiety, reasearcher finds: Near death experiences " must be taken seriously". *Nursing Standards*, 16(17), 9.
- Ehnfors, M, Ehrenberg, A, Thorell-Ekstrand I (2000) *VIPS-boken. FoU 48*. Stockholm: Vårdförbundet.
- Freeman, C (1985) Near death experience: implications for medical personal. *Occupation Health Nursing*, 33(7), 349-359.
- Greyson, B (1997) The Near-Death Experience as a Focus of Clinical Attention. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 327-334.
- Hayes, E R, Hardie, T, Bucher, L, Wimbush, F B (1998) Near death: Back from beyond. *RN*, 54-58.
- Hayes, E R & Waters, L D (1989) Interdisciplinary perceptions of the near-death experience: implications for professional education and practice. *Death Studies*, 13, 443-453.
- ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2000) broschyr. Geneve.
- Moody, R A (1989) *I dödens gränsland* (5th edition). Borås: Natur och kultur.
- Moody, R A (1996) *Ljuset ur tunneln* (2nd edition). Borås: Natur och kultur.
- Morse, M (1994) *Förvandlad av ljuset. Nära- dödenupplevelsens genomtränglighet*. Falun: Natur och Kultur.
- Oakes, A R (1981) Near-death events and critical care nursing. *Topics in Clinical Nursing*, 3(3), 61-78.
- Orne, R M (1995) The Meaning of Survival: The Early Aftermath of a Near-Death Experience. *Research in Nursing and Health*, 18, 239-247.

Orne, R M (1986) Nurses' views of NDEs. *American Journal of Nursing*, 86(4), 419-429.

Polit, D F, Beck, C T, Hungler, B P (2001) *Essentials of Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization* (5th edition). Philadelphia: Lippincott.

Powell, C (1999) Near death: A nurse reflects. *RN*, 62, 43-44.

Sabom, M B (1986) *Vi upplevde döden*. Borås: Natur och kultur.

Serdahely, W, Drenk, A, Serdahely, J J (1988) What Cares Need To Understand About the Near-Death Experience. *Geriatric Nursing*, 9(4), 238-241.

Simpson, S M (2001) Near death experience: a concept analysis as applied to nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 36(4), 520-526.

Van Lommel, P, Van Vees, R, Meyers, V, Elfferich, I (2001) Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. *The Lancet*, 358, 2039-2045.

Walker, B A (1989) Health care professionals and the near-death experience. *Death Studies*, 13, 63-71.

Wimbush, F B, Hardie, T, Hayes, E (2001) Supporting your patient after a near death experience. *Nursing*, 31(10), 48-49.

# BILAGOR

## Bilaga 1

### **Sammanställning av artikeln**

**Författare:** Orne, R M

**Titel:** Nurses views of NDE:s

**Land:** USA

**Publicerad:** 1986

**Tidskrift:** American Journal of Nursing

**Syfte:** Syftet med studien är att undersöka hur förberedda sjuksköterskor är för att råda de patienter som upplevt en NDU.

**Studiedesign och metod:** Forskaren frågade sjuksköterskor från 6 olika sjukhus och från två hemtjänstgrupper. Ett frågeformulär skickades ut till 1600 sjuksköterskor där 912 svarade. Detta formulär var utformat att sjuksköterskorna hamnade i 2 olika grupper.

1. De sjuksköterskor som var bekanta och kände till NDU. 2. De sjuksköterskor som inte var bekanta med eller kände till NDU.

**Resultat:** Man har grupperat in resultatet sex olika frågor. De framkom att 70 % av sjuksköterskorna tyckte sig var bekanta med NDU fenomenet men att deras kunskap om NDU var liten. Vare sig sjuksköterskorna uppgav sig vara bekanta med NDU fenomenet eller inte var de generellt sett positiva till NDU fenomenet.

### **Kritisk granskning av artikeln**

**Titel:** Bra titel, men det gömmer sig mycket i ordet "views". Titel kunde varit lite mer tydlig och inriktad på det man undersökte.

**Abstraktet:** Saknas helt

**Introduktionen:** Bra inledning om NDU som får läsaren intresserad men ingen närmare beskrivning om själva fenomenet. Det finns ingen utförlig litteratursammanställning utan forskaren har bara med två referenser.

**Metoden:** Här redogörs att forskaren använt sig av ett frågeformulär. Urvalsbeskrivningen finns med men ingenting om etiska aspekter eller hur man analyserat materialet man fått in.

**Resultat:** Presenteras under sexolika frågeställningar och är tydligt och klart. Inga tabeller eller figurer används.

**Diskussionen:** Forskaren tolkar och drar slutsatser över resultatet. Annars finns det ingen diskussion över studiens begränsningar och svagheter. Däremot tas det upp fyra frågor som forskaren ställer till vidare forskning.

**Referenser:** Är lite klen då den bara innehåller två referenser. Referensen Oakes är aktuell och relevant.

**Avslutande omdöme:** Denna artikel är inte uppbyggd som en vetenskaplig artikel brukar vara. Allt sker i en löpande text. Resultatredovisningen är väldigt tydlig och det är denna del som artikel baseras på.

### **Sammanställning av artikeln**

**Författare:** Orne, R M

**Titel:** The Meaning of Survival: The Early Aftermath of a Near-Death Experience.

**Land:** USA

**Publicerad:** 1995

**Tidsskrift:** Research in Nursing & Health

**Syfte:** Syftet med denna studie var att få fram och synliggöra hur patienter som upplevt en NDU efter ett hjärtstopp förstår och uppfattar tiden efter återupplivandet.

**Studiedesign och metod:** En tolkande och hermeneutisk studie. Man intervjuade nio patienter som upplevt en NDU. Intervjuerna var privata och ostrukturerade. Först intervjuades patienterna en gång innan de blev utskrivna från sjukhuset och sedan följde man upp dem med ytterligare en intervju två veckor senare. Räckte inte tiden till använde man sig av ett tredje intervju tillfälle. Under dessa intervjuer skulle patienterna beskriva hur de upplevde tiden efter deras NDU.

**Resultat:** Man fann ett övergripande mönster från alla intervjuer och det var sökandet efter mening efter de upplevt en NDU. Sedan presenteras 3 olika kategorier som man fick fram från intervjuerna. 1. Att överleva: En livsförsäkrans. 2. Att överleva: En plikt. 3. Att dö är lätt, att överleva är svårt.

#### *Kritisk granskning av artikeln*

**Titel:** Det övergripande mönster som man fick fram blir tydligt i titeln och vilket fenomen man undersökt. Däremot saknas den grupp som studien baseras på.

**Abstraktet:** Är placerad i början och syfte och frågeställningar finns med. Resultatet redovisas tydligt och bra men det framkommer inte hur man kan tillämpa detta i omvårdningspraktiken.

**Introduktionen:** Här beskrivs det NDU fenomenet grundligt och vad andra forskare tidigare funnit inom detta område. Syftet presenteras och varför det är viktigt att utföra denna studie. Vilken teoristruktur man använt sig av framkommer inte under denna rubrik men finns under rubriken metod.

**Metoden:** Hur man gått tillväga för att utföra denna studie och vilka kriterier patienterna var tvungna att uppfylla för att delta i studien beskrivs. Även bortfall redovisas. Forskaren redogör hur hon har samlat in data och hur man senare analyserade materialet.

**Resultat:** Inga tabeller eller figurer finns med i resultatdelen men annars är resultatet väldigt bra sammanfattad i artikeln. Det redovisas vilket övergripande mönster som kom fram och vilka andra tre intervjuerna teman man fann.

**Diskussion:** Forskare tolkar resultatet och innebörden av det grundligt. Begränsningar redovisas samt hur det kan se ut i framtiden gällande NDU fenomenet.

**Referenser:** Litteraturen förefaller relevant och aktuell.

**Avslutande omdöme:** En mycket bra vetenskaplig artikel som beskriver väl hur an gått till väga i studien. Innehåller alla delar som en artikel ska.

#### **Sammanställning av artikeln**

**Författare:** Okaes A R

**Titel:** Near-death events and critical care nursing

**Land:** USA

**Publicerad:** 1981

**Tidskrift:** Topics in Clinical Nursing

**Studiedesign och metod:** En kvalitativ studie. 30 sjuksköterskor inom akutsjukvård fick svara på sju frågor gällande hur de upplever och reagerar på fenomenet NDU samt hur de agerar när de ställs inför de patienter som upplevt en NDU.

**Resultat:** De flesta av sjuksköterskorna fann ämnet fascinerade och intressant. 50 % av sjuksköterskorna tyckte NDU ska bli rapporterade men de åsikterna var skilda när det gällde vem som ska ta sig an patienten

#### *Kritisk granskning av artikeln*

**Titel:** Det centrala fenomenet finns med. Bra. Dock något anspråkslös i sin framtoning. Det framkommer inte i titeln vad man har undersökt.

**Abstraktet:** Saknas.

**Introduktionen:** Redogör för problemet. Lyfter fram relevant litteratur. Tar fram varför studien är viktig.

**Metoden:** Knapphändig urvalsbeskrivning, det redovisas inte varför just de 30 akutsjuksköterskorna valts ut och eller bortfallet av dessa. Det enda som framkommer i metodbeskrivningen är vilka frågor som forskaren ställde till akutsjuksköterskorna. Ingen beskrivning av hur man samlat in data eller hur man analyserat materialet.

**Resultat:** Svår att särskilja från övrigt material. Det redovisas lite här och var. Det saknas tabeller och figurer.

**Diskussion:** De har ingen kritisk granskning och ingen direkt diskussion. De presenterar en slutsats. Trovärdigheten är dock hög. Kanske beror detta på att övriga forskare hela tiden refererar till denna författare och att vi har blivit avtrubbade och därmed accepterar vad hon säger.

**Referenser:** Bra. Alla som gjort sig ett namn i ämnet finns representerade.

**Avslutande omdöme:** Väldigt sammanfattande och välgjord, speciellt avsnittet där man presenterar fenomenet NDU. Den känns mer som ett utdrag ur en bok än en vetenskaplig artikel. Många av de andra artiklarna som vi har granskat har refererat till denna artikel. Det verkar som att denna studie är den första som gjorts med avseende på sjuksköterskans attityder och inställningar till NDU.

### **Sammanställning av artikeln**

**Författare:** Bucher, L & Wimbush, F B & Hardie, T & Hayes, E R

**Titel:** Near Death Experiences: Critical Care Nurses' Attitudes and Interventions

**Land:** USA

**Publicerad:** 1997

**Tidskrift:** Dimensions of Critical Care Nursing

**Syfte:** Utforska sjuksköterskors intresse av, kunskap i och attityder gentemot fenomenet NDU samt att identifiera vilka interventioner som sjuksköterskan kan använda under och efter det att patienten upplevt en NDU.

**Studiedesign och metod:** Deskriptiv, jämförande, kvalitativ studie. Vid en konferens i akutsjukvård för sjuksköterskor delades ett självrapporterande formulär ut bland ungefär 1000 konferensdeltagare. Frågeformuläret de använde sig av hade de hämtat från Hayes E & Waters L studie från 1989. Deltagarna fick först svara på frågan om huruvida de kände till begreppet NDU eller ej. Beroende på detta svar fick de sedan besvara olika delar av formuläret. De som kände till NDU besvarade 38 frågor om sitt intresse, kunskap och attityd gentemot NDU. De som inte kände till NDU fick besvara 26 likartade frågor efter att först ha läst igenom en beskrivning av fenomenet NDU. En stor del av frågorna var samma för båda grupperna. Uppskattningsvis tog det 15-20 minuter för deltagarna att genomföra undersökningen.

**Resultat:** 448 respondenter genomförde undersökningen. Av dem var 94 % kvinnor och genomsnittsåldern var 38 år. Majoriteten arbetade som akutsjuksköterskor eller liknande och 91 % var direkt involverade i patientvård. Genomsnittlig arbetslivserfarenhet inom yrket var 15 år. 48 % hade mist en nära anhörig under de närmaste två åren. 87 % kände till fenomenet NDU. Man redovisade resultatet under 6 rubriker: attityder om NDU, kunskaper om NDU, föreslagna interventioner, kunskapskällor, intresse av att lära sig mer om NDU, sjuksköterskors karaktärer som är bekanta med NDU.

### *Kritisk granskning av artikeln*

**Titel:** Ger en bra bild över vad artikeln handlar om, nämner dock inget om kunskaper och intresse kring ämnet hos sjuksköterskor.

**Abstraktet:** Syfte, frågeställning och tillämpning presenteras på ett intressant sätt. Den säger sig ha svaret på frågorna som ställs. En första beskrivning av fenomenet NDU ges inledningsvis vilket är bra för dem som inte känner till ämnet så väl. Men det finns inget beskrivet om vad man fann eller hur man kan använda detta i omvårdningspraktiken.

**Introduktionen:** Följer efter abstraktet. Forskningsproblemet synliggörs. Aktuell litteratur presenteras bra men får så stort utrymme att författarnas egen studie nästan osynliggörs. Syftet och anledningen med studien presenteras mycket tydligt. I slutet framkommer det varför studien är viktig och vad den kan bidra med för viktiga nya kunskaper

**Metoden:** Här finner man vilken metod man använt sig av och hur man har granskat och summerat materialet. Urvalet och genomförandet av studien beskrivs. Vi får ta del av några få frågor som ställdes till deltagarna. Bortfall redovisas men inte anledningen och vilka det var.

**Resultat:** Är uppdelat i teman. Tabeller och diagram förstärker tydligheten.

**Diskussion:** De tar upp tolkningen och analys av resultatet och förslag till framtida forskning kring ämnet. Svårigheter och begränsningar som eventuellt påverkat resultatet redovisas. Även ett bra stycke om hur man kan använda sig av detta för att hjälpa patienten efter en NDU.

**Referenser:** Förteckning över litteratur, böcker och rapporter som använts i studien förefaller vara aktuella och relevanta.

**Avslutande omdöme:** En eventuell förklaring till varför bortfallet blev ca 500 svar redovisas inte. Det framkommer inte vilka frågor som ställts till de två grupperna. Mycket tydlig i redogörelsen för sjuksköterskans interventioner under och efter en NDU. Artikeln känns trovärdig.

### **Sammanställning av artikeln**

**Författare:** Hayes E R & Waters L D

**Titel:** Interdisciplinary perceptions of the near death experience: implications for professional education and practice

**Land:** USA

**Publicerad:** 1989

**Tidskrift:** Death Studies

**Syfte:** Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors, prästers och psykiatrikers attityder och kunskaper gentemot nära döden upplevelser.



**Studiedesign och metod:** Beskrivande kvalitativ sambands studie. Frågeformuläret granskades av tre experter. Forskarna skickade ut ett själv administrerande frågeformulär med sex frågor till 1400 sjuksköterskor, präster och psykiatriker. 578 svarade. Fler kvinnor än män deltog i studien.

Frågeformuläret granskades av tre experter.

Deltagarna fick först svara på frågan om huruvida de kände till begreppet NDU eller ej. Beroende på detta svar fick de sedan besvara olika delar av formuläret.

**Resultat:** Man fann ett stort intresse hos dessa yrkesgrupper men att kunskapen om vad NDU egentligen är var liten. Resultatet beskrevs under följande rubriker: kunskap om NDU, attityder kring NDU, Kunskapskällor, interventioner, intresse att lära sig mer om NDU. Kunskapar och attityder. 70% av deltagarna kände till fenomenet NDU.

#### *Kritisk granskning av artikeln*

**Titel:** Sätter uppmärksamheten på vad som avhandlas. Tung och krånglig titel för den som inte har engelska som modersmål.

**Abstraktet:** Forskarfrågan, resultatet och tillämpning av resultat presenteras tilltalande. Intresset väcks för vidare läsning. Beskriver bra hur man kan använda detta i omvårdningspraktiken.

**Introduktionen:** Ger läsaren en bra uppfattning om ämnet och går djupt in på relevant litteratur. Här finner man vad tidigare forskare funnit inom området. Framkommer bra varför det är viktigt att göra en studie kring detta ämne och frågeställningar.

**Metoden:** Här redovisas att man har använt sig av ett frågeformulär och hur man har granskat datamaterialet som man fick in. Man redovisar inte bortfallet eller de etiska aspekterna. Analysmetoderna framkommer inte.

**Resultat:** Struktureras upp i teman. Man redogör för hur många som hade kunskap om NDU och hur attityderna var till ämnet, däremot kommer det inte fram vad de tyckte.

**Diskussion:** Tolkning av resultatet finns med. De lyfter fram att mer forskning behövs. Däremot tar de ej upp något om studiens begränsningar eller svagheter, eller varför resultatet blev som det blev.

**Referenser:** Förteckning över litteratur, böcker och rapporter som använts i studien förefaller vara aktuella och relevanta. Alla författare som gjort sig ett namn om NDU finns representerade. En referens förefaller gammal (1962) men kanske är oerhört betydelsefull för studien.

**Avslutande omdöme:** Artikeln är tung att läsa och layouten gör den svårbegriplig. Det som saknas är diskussionen kring själva studien, varför resultatet blev som det blev, svagheter och begränsningar av studien.

## Bilaga 2

Titel: Supporting your patient after a near-death experience

Författare: Wimbuch F B, Hardie T, Hayes E R

Land: USA

Publicerad: 2001

Tidskrift: Nursing

Poängsättning	0	1	2	3
<b>Abstrakt (syfte, metod, resultat = 3 p)</b>	Saknas			
<b>Introduktion</b>			Medel	
<b>Syfte</b>				Tydligt
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven			
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven			
Litteratursökning	Ej beskriven			
Urval (liknande resultat, relevans etc)		Låg		
Vetenskaplig kvalitet på ingående studier			Medel	
Patienter med NDU	Ej undersökt			
<b>Resultat</b>				
Frågeställning besvarad		Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller)	Saknas			
Tolkning av resultatet				God
<b>Diskussion och slutsatser</b>				
Överensstämmelse med resultatet			Medel	
Ogrundade slutsatser		Saknas		
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas			
Anknytning till tidigare forskning			Medel	
Total poäng (max 42 p)	0	3	8	6
				17 p
Grad I: 80 %				40%
Grad II: 70 %				< grad III
Grad III: 60 %				

Titel: Health care professionals and the near-death experience

Författare: Walker B A

Land: USA

Publicerad: 1989

Tidskrift: Death Studies

Poängsättning	0	1	2	3
<b>Abstrakt (syfte, metod, resultat = 3 p)</b>			2 av 3	
<b>Introduktion</b>				Välskriven
<b>Syfte</b>				Tydligt
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven			
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven			
Litteratursökning	Ej beskriven			
Urval (liknande resultat, relevans etc)		Låg		
Vetenskaplig kvalitet på ingående studier				God
Patienter med NDU		Liten andel		
<b>Resultat</b>				
Frågeställning besvarad		Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller)	Saknas			
Tolkning av resultatet				God
<b>Diskussion och slutsatser</b>				
Överensstämmelse med resultatet				God
Ogrundade slutsatser		Saknas		
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas			
Anknytning till tidigare forskning				God
Total poäng (max 42 p)	0	4	3	18

Grad I: 80 %
Grad II: 70 %
Grad III: 60 %

25 poäng
60%
Grad III

Titel: What Carers Need To Understand About The Near-Death Experience

Författare: Serdahely W, Drenk A, Serdahely J J

Land: USA

Publicerad: 1988

Tidskrift: Geriatric Nursing

Poängsättning	0	1	2	3
<b>Abstrakt (syfte, metod, resultat = 3 p)</b>	0			
<b>Introduktion</b>				Välskriven
<b>Syfte</b>				Tydligt
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven			
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven			
Litteratursökning	Ej beskriven			
Urval (liknande resultat, relevans etc)			Medel	
Vetenskaplig kvalitet på ingående studier	Ej bedömd			
Patienter med NDU		Liten andel		
<b>Resultat</b>				
Frågeställning besvarad		Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller)	Saknas			
Tolkning av resultatet				God
<b>Diskussion och slutsatser</b>				
Överensstämmelse med resultatet				God
Ogrundade slutsatser		Saknas		
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas			
Anknytning till tidigare forskning				God
Total poäng (max 42 p)	0	3	2	15
				20 p
				47%
				< grad III

  

Grad I: 80 %
Grad II: 70 %
Grad III: 60 %

Titel: Helping patients who've had near-death

Författare: Corcoran D K

Land: USA

Publicerad: 1988

Tidskrift: Nursing

Poängsättning	0	1	2	3
<b>Abstrakt (syfte, metod, resultat = 3 p)</b>		1 av 3		
<b>Introduktion</b>				Välskriven
<b>Syfte</b>			Medel	
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven			
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven			
Litteratursökning	Ej beskriven			
Urval (liknande resultat, relevans etc)		Låg		
Vetenskaplig kvalitet på ingående studier	Ej bedömd			
Patienter med NDU		Liten andel		
<b>Resultat</b>				
Frågeställning besvarad		Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller)	Saknas			
Tolkning av resultatet				God
<b>Diskussion och slutsatser</b>				
Överensstämmelse med resultatet		Låg		
Ogrundade slutsatser		Saknas		
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas			
Anknytning till tidigare forskning	Saknas			
Total poäng (max 42 p)	0	6	2	6
				14 p
				33%
				< grad III

Grad I: 80 %
Grad II: 70 %
Grad III: 60 %

Titel: Near death: A nurse reflects

Författare: Powell C

Land: USA

Publicerad: 1999

Tidskrift: RN

Poängsättning	0	1	2	3
<b>Abstrakt (syfte, metod, resultat = 3 p)</b>		1 av 3		
<b>Introduktion</b>			Medel	
<b>Syfte</b>	Ej angivet			
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angivet			
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angivet			
Litteratursökning	Ej beskriven			
Urval (liknande resultat, relevans etc)	Ej acceptabel			
Vetenskaplig kvalitet på ingående studier	Ej bedömd			
Patienter med NDU	Ej undersökt			
<b>Resultat</b>				
Frågeställning besvarad	Nej			
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller)	Saknas			
Tolkning av resultatet			Medel	
<b>Diskussion och slutsatser</b>				
Överensstämmelse med resultatet			Medel	
Ogrundade slutsatser		Saknas		
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas			
Anknytning till tidigare forskning	Saknas			
Total poäng (max 42 p)	0	2	6	0

8 poäng

Grad I: 80 %

Grad II: 70 %

Grad III: 60 %

19%

< grad III

Titel: Back from "Beyond"

Författare: Callanan M

Land: USA

Publicerad: 1994

Tidskrift: The American Journal of Nursing

Poängsättning	0	1	2	3
<b>Abstrakt (syfte, metod, resultat = 3 p)</b>		1 av 3		
<b>Introduktion</b>				Välskriven
<b>Syfte</b>			Medel	
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven			
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven			
Litteratursökning				Utförlig
Urval (liknande resultat, relevans etc)			Medel	
Vetenskaplig kvalitet på ingående studier				God
Patienter med NDU		Liten andel		
<b>Resultat</b>				
Frågeställning besvarad		Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller)	Saknas			
Tolkning av resultatet			Medel	
<b>Diskussion och slutsatser</b>				
Överensstämmelse med resultatet			Medel	
Ogrundade slutsatser		Saknas		
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas			
Anknytning till tidigare forskning				God
Total poäng (max 42 p)	0	4	8	12

Grad I: 80 %
Grad II: 70 %
Grad III: 60 %

24 poäng
57%
< grad III

Titel: Near Death: Back from beyond

Författare: Hayes E R, Hardy T, Bucher L, Wimbuch F B

Land: USA

Publicerad: 1998

Tidskrift: RN

Poängsättning	0	1	2	3
<b>Abstrakt (syfte, metod, resultat = 3 p)</b>		1 av 3		
<b>Introduktion</b>				Välskriven
<b>Syfte</b>				Tydligt
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan			Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)				Utförlig
Litteratursökning				Utförlig
Urval (liknande resultat, relevans etc)				God
Vetenskaplig kvalitet på ingående studier				God
Patienter med NDU		Liten andel		
<b>Resultat</b>				
Frågeställning besvarad		Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller)	Saknas			
Tolkning av resultatet				God
<b>Diskussion och slutsatser</b>				
Överensstämmelse med resultatet				God
Ogrundade slutsatser		Saknas		
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas			
Anknytning till tidigare forskning				God
Total poäng (max 42 p)	0	4	2	27
				33 poäng
Grad I: 80 %				79%
Grad II: 70 %				Grad II
Grad III: 60 %				