



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

SJUKSKÖTERSORS KÄNSLOR OCH COPINGSTRATEGIER VID PATIENTERS DÖDSFALL

EN LITTERATURSTUDIE

CARINA BODEBRING
ANNA LEVEAU

SJUKSKÖTERSORS KÄNSLOR OCH COPINGSTRATEGIER VID PATIENTERS DÖDSFALL

EN LITTERATURSTUDIE

CARINA BODEBRING
ANNA LEVEAU

Bodebring, C & Leveau, A. Sjuksköterskors känslor och copingstrategier vid patienters dödsfall. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2009.

Arbetet som sjuksköterska innebär att komma i kontakt med döden vilket kan upplevas svårt. Syftet med denna litteraturstudie var att belysa sjuksköterskors känslor vid patienters dödsfall och olika copingstrategier som används för att hantera dessa. Metoden som använts i denna litteraturstudie var en övergripande modell i sju steg som främjar en systematisk arbetsprocess. Litteratursökningen utfördes i databaserna PubMed och Cinahl. Kvalitetsgranskning av studier gjordes utifrån protokoll av Willman et al (2006) modifierat av författarna. Resultatet från de nio inkluderade studierna visade att sorg var den mest framträdande känslan men även exempelvis ilska och skuld. Mest vanliga copingstrategier var att prata med kollegor, distansering och undvikande av situation.

Nyckelord: Copingstrategier, dödsfall, känslor, litteraturstudie, patienter, sjuksköterskor.

EMOTIONS AND COPINGSTRATEGIES AMONG NURSES WHEN PATIENTS DIE

A LITTERATURE REVIEW

CARINA BODEBRING
ANNA LEVEAU

Bodebring, C & Leveau, A. Emotions and copingstrategies among nurses when patients die. A literature review. *Degree Project 15 credit points*. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2009.

Working as a nurse involves being in contact with death which can be a difficult experience. The aim of this literature review was to illustrate nurses' emotions when patients die and different coping strategies used to manage those. The method used for this literature review was an overarching model with seven steps to promote a systematic procedure. The literature search was performed in the databases PubMed and Cinahl. The quality review of included studies was performed with a protocol by Willman et al (2006) modified by the authors. The result from the nine included studies showed that grief was the most distinguished emotion but also for example anger and guilt. Most common coping strategies were talking to colleagues, distancing and avoiding the situation.

Keywords: Coping strategies, die, emotions, literature review, nurses, patients.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Åtgärder vid dödsfall	5
Närstående	5
Kultur och religiösa ritualer	5
Känslor, engagemang och självinsikt	6
Krisreaktioner	7
Copingstrategier	8
Mätmetoder	8
Medvetenhet	9
SYFTE	9
Frågeställning	9
METOD	9
Litteratursökning	10
Inklusions- och exklusionskriterier	11
Kvalitetsvärdering av studier	11
Sammanställning av studier	12
RESULTAT	12
Känslor	13
Sorg	13
Ilska	14
Motsägelsefulla känslor	14
Otilräcklighet/skuld/rädsla	15
Flash-backs	15
Känsloladdad kommunikation	15
Copingstrategier	16
Relation till kollegor	16
Relation till patient/närstående	16
Undvikande/distansering	16
Syn på döden	17
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	19
Känslor	19
Copingstrategier	21
SLUTSATSER	22
REFERENSER	24
BILAGOR	26
Bilaga 1.1	27
Bilaga 1.2	28
Bilaga 2	29

INLEDNING

När vi började prata om att utbildningen snart är tillända och hur det kommer att bli att börja arbeta, väcktes även frågan om det någonsin går att "vänja sig" vid att förlora en patient, och hur sjuksköterskor lär sig leva med och hantera sina känslor så att de orkar fortsätta sitt arbete. Diskussionerna har varit många om vilka känslor och tankar som väcks, vilken betydelse erfarenhet har för hur olika människor reagerar och vilka copingstrategier de använder sig av.

I sjuksköterskeutbildningens läroplan ingår bland annat anatomi, fysiologi och patofysiologi samt omvårdnad och behandling vid olika sjukdomar som kan drabba människor i olika åldrar. Vård i livets slut, vad som eventuellt kan förväntas ske fysiskt och psykiskt med patienten i en sådan situation och hur dödsfall hanteras rent praktiskt har ännu inte tagits upp i någon större omfattning i vår utbildning, men sista terminen återstår. Egna tankar och erfarenheter är att döden kan upplevas vara fridfull, lugn, en befrielse, kaotisk, skrämmande, traumatisk med mera, även om det är ett förväntat dödsfall. Oavsett hur en persons bortgång faktiskt sker är upplevelsen individuell för alla berörda parter inklusive vårdpersonal.

BAKGRUND

Sjuksköterskan har fyra grundläggande ansvarsområden i sin yrkesutövning: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa och att lindra lidande (SSF, 2000). Kanske är det just detta de flesta tänker på när de gör sitt yrkesval; att hjälpa och bota. Då omvårdnad är sjuksköterskans specialområde innebär arbetet att komma nära andra människor både i stort och smått, från lättare åkommor till svåra sjukdomar som kan ge patienterna och deras närstående omvälvande livskriser. Detta ställer stora krav på sjuksköterskan. En svår uppgift och en stor utmaning för sjuksköterskan som person är att arbeta med patienter som är döende eller som avlider hastigt och oväntat, samt att stötta närstående. Oavsett vilket område hon väljer att jobba inom kommer sköterskan att komma i kontakt med personer som inte går att bota från sjukdom eller rädda till livet på grund av svåra skador (Harris Kalfoss, 2001). Enligt Worden (2006) och Harris Kalfoss (2001) är det lätt att som sjuksköterska i den situationen känna sig hjälplös, frustrerad och otillräcklig för patienten. Sjuksköterskan kan känna ilska och sorg och bli så illa till mods att hon drar sig undan patienten och dess närstående för att situationen upplevs som alltför påfrestande (a a).

Loftus (1998) har gjort en studie enligt fenomenologisk metod med fem deltagande sjuksköterskestudenter som hade upplevt dödsfall under sin praktik, där ingen av de fem hade någon speciell utbildning gällande döden. Studenterna fick berätta om de känslor och tankar som dykt upp både när de varit närvarande vid ett dödsfall och hur det kändes efteråt. Några av de känslor som beskrivs var skuld, otillräcklighet, ilska och skräck. Samtliga studenter berättade att de efter den omtumlande situationen blivit skickade på rast ensamma och hade därmed ingen att diskutera med och reflektera kring upplevelsorna. Detta upplevde samtliga studenter vara påfrestande och svårt då de ansåg sig behöva prata och få stöd i nära anslutning till händelsen.

Åtgärder vid dödsfall

När ett dödsfall inträffat är det hälso- och sjukvårdspersonalens uppgift att ta hand om den avlidna och göra detta med respekt för denne. Omtanke och hänsyn ska visas gentemot de anhöriga genom att situationen underlättas för dem så långt det är möjligt. Vem som har ansvar för vad inom landsting och kommun vid ett dödsfall bör enligt SOSFS (1996:29) vara klarlagt inom varje lokalt område. Det är endast legitimerad läkare som får fastställa ett dödsfall genom att undersöka kroppen, men då dödsfallet är väntat kan läkaren överlåta uppgiften till en sjuksköterska (SFS 1998:531). Kroppens cirkulation kontrolleras för att avgöra om det finns några palperbara pulsar, om det finns lung- och hjärtljud vid auskultation, om torax rör sig samt om pupillreflexen finns kvar. När en människa dör sker vissa förändringar med kroppen. Likfläckar börjar uppträda på kroppen 30 minuter efter dödsfallet, kroppen kyls av och får samma temperatur som omgivningen. Likstelhet uppstår efter två till fem timmar i musklerna (Björgell A & Björgell P, 2002). Läkaren har till uppgift efter konstaterandet att utfärda ett intyg om dödsorsaken samt ett dödsbevis som sänds till Socialstyrelsen (SOSFS 1996:29).

Närstående

Enligt SFS 1996:933 (Förordning om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården) har verksamhetschefen ansvar för att närstående omgående blir kontaktade vid dödsfall. Enligt SOSFS 1996:29 är det olika från fall till fall vem i personalen som tar kontakten med de närstående. Då det finns personal som har nära kontakt med de efterlevande kan denne meddela dem (a a). När det är dags att ta farväl av den som dött ska kroppen ha gjorts fin och rummet ska vara i ordning med tänt ljus, blommor eller så som den avlidne eller de närstående i förväg önskat. Hur länge avskedet varar är helt upp till dem som ska ta farväl (Matisen, 2005). Sjuksköterskan har till uppgift att undersöka om de efterlevande har ett fungerande socialt nätverk att vända sig till i vardagen för att få stöd i sitt sorgearbete. Om de inte har det ska det ges möjlighet till kontakt med särskilda stödgrupper, kurator eller präst exempelvis. Ofta behöver de sörjande stöd och information om vad som egentligen hände med den person de mist och de kan då uppskatta att personal finns tillgänglig för att svara på deras frågor och funderingar. Alla upplever och uttrycker sorg på olika sätt och ingen kan värdera vilket sätt som är rätt eller fel. En sörjande människa kan känna skiftande känslor beroende på var i sorgearbetet han eller hon befinner sig. Känslor av förnekelse kan vara av behov för att klara av att hantera situationen över en kort tid, vilket inte är ovanligt (a a).

Kultur och religiösa ritualer

För att som vårdpersonal inte kränka de religionsbundna ritualer som kan vara av betydelse i livets slut och vid dödsfall, finns färdiga skrifter med information att tillgå för de olika religionerna. Omhändertagandet av den döde i Sverige bygger på den svenska kulturen och traditionen och ritualerna skiljer sig från andra kulturer som finns representerade i det numera mångkulturella Sverige. Av vårdpersonal ska önskemål om religionsbundna ritualer från patient och närstående så långt det är möjligt tillgodoses, dock är det lagstiftning som står över kulturella ritualer då dessa strider mot varandra (Mathisen, 2005). För buddhisterna är det exempelvis viktigt att vara vid medvetande vid dödsögonblicket och de vill därför inte ha några medvetandesänkande läkemedel. Muslimerna värdesätter om dödsögonblicket kan ske i hemmet och då detta inte är möjligt vill de gärna ha ett enkelrum på den vårdinrättning de befinner sig. De kan

även vilja att en imam (religiös ledare) kommer för att läsa ur Koranen, be och att samtala med. För romernas del går det bra att ligga på sjukhus, och då kommer alla släktingar och vänner dit. Det är en plikt för romer att besöka de döende och för att eventuellt be om förlåtelse så den döde inte ska komma och spöka för dem. För hinduer är det viktigt att få lov att ha så många som möjligt av familj, släkt och vänner närvarande vid tidpunkten för dödsfallet. Vem som tvättar och gör i ordning kroppen skiljer sig mellan de olika religionerna så det är alltid viktigt att fråga de närstående om de vill vara med och hur de vill att ritualen ska gå till (Mathisen, 2005).

Känslor, engagemang och självinsikt

I arbetet ska sjuksköterskan klara att skapa relationer till patienterna i alla situationer för att kunna leva upp till de krav som ställs på yrkesrollen. Det är professionellt att försöka uppnå en balans så att kontakten inte blir så ytlig att patienten upplever brist på engagemang, men inte heller med för mycket känslor involverade. Risken med att bli för engagerad är att inte orka alls till slut och att sköterskan drabbas av utmattning och i svåra fall depression. Upplevs känslorna som alltför påträngande kan resultatet bli att sjuksköterskan gömmer sig bakom andra arbetsuppgifter och strikta rutiner för att slippa undan patienten. Bra teamarbete där kollegor pratar och stöttar varandra hjälper mycket, liksom handledning (Friedrichsen, 2005). I förhållningssättet till patienten är det viktigt att skilja mellan att vara empatisk och att känna sympati. Empati innebär att låta patienten märka att sjuksköterskan förstår dem och kan leva sig in i hur de tänker och känner, och varför de har ett visst förhållningssätt och beteende när deras situation upplevs som svår och tung att bära. Att däremot känna sympati övergår i att ta till sig deras känslor så mycket att det inte går att skilja dem från sina egna, och risken blir att sjuksköterskan värderar vad som är viktigt för patienten utifrån egna upplevelser och erfarenheter (Svarre, 2001). Att våga närma sig döden underlättas av att känna sig säker i sin roll som sköterska och med sin yrkeskompetens. För att kunna hjälpa någon annan är det viktigt att även ha ett medvetet förhållande till döden som privatperson. Det blir svårt om krav finns på sig själv att ha svaren på ”varför” och meningen med det som sker (Mathisen, 2005). Svåra upplevelser kan kännas som ett hot mot den egna personen. Den egna självbilden och dödsångesten kan bli väldigt påtaglig i arbetet nära någon annans död, och sjuksköterskan kan därför känna sig personligt hotad. Rädslor och påminnelser om svåra händelser som drabbat sköterskan själv kan väckas upp. Det kräver självinsikt att veta vad som påverkar den egna tolkningen av händelsen, vilka krav, tankar och känslor vi har inför situationen och hur vi reagerar (Harris Kalfoss, 2001).

Arbete som innefattar närhet till andra människor omfattar även känsloupplevelser. Att vara sjuksköterska innebär bland annat att komma i kontakt med människor som kräver vård i livets slut och som kommer att dö. Detta framkallar alltid känslor som kan vara svåra att hantera och det lämnar ingen oberörd (Harris Kalfoss, 2001). Upplevelsen av en patients dödsfall kan framkalla känslor som till exempel sorg, ångest, skuld, maktlöshet, osäkerhet och ilska. Styrkan i känslorna kan påverkas av hur nära relation sköterskan har till patienten och dennes närstående eller hur mycket sköterskan identifierar sig i situationen. Patienten är kanske i hennes egen ålder eller påminner om någon i hennes familj vilket gör den egna dödligheten mer påtaglig. Ångesten kan göra sig påmind när döden blir så tydlig och tankarna kring den ofrånkomliga (a a). I en artikel av Purnell & Mead (2007) beskrivs hur sjuksköterskor som mist egna

anhöriga men inte gett sig tid eller tillåtelse att sörja plötsligt gett utlopp för hela sin förtvivlan i en situation på arbetet när de vårdat en döende patient. Exempelvis berättar en sjuksköterska som nyligen mist sin syster om en situation när han på arbetet var tillsammans med en döende patients och dennes familj. Hela familjen var ledsen och grät och plötsligt började sjuksköterskan gråta och snyfta helt okontrollerat och rusade ut ur rummet – tillfället gjorde hans egen sorg väldigt påtaglig och okontrollerbar för honom. En annan sköterska som arbetade inom onkologi kunde efter sin förlust av en anhörig inte längre jobba kvar på avdelningen. Hon blev deprimerad och såg sina patienter som om de redan var döda och kunde inte ha det hopp för dem som hon haft tidigare.

Sjuksköterskan kan känna skuld känslor då möjlighet inte finns att bota patienten, ilska när uppfattningar går isär med överordnade angående patientens vård, eller otillräcklig i sin yrkesroll och rädsla för att orsaka patienten skada. Även motsägelsefulla känslor förekommer då sjuksköterskan kan önska att döden ska befria patienten från lidande så denne slipper utsättas för smärtsam behandling (Harris Kalfoss, 2001). Genom erfarenhet kan känslorna ändra karaktär och det som kändes övermäktigt i början blir mer hanterbart. Detta uppnås genom att lära känna sig själv och veta sina begränsningar och därmed också när behovet finns att be andra om hjälp. För att mogna som person och sjuksköterska krävs konfrontation med det som känns svårt, både patienternas situation och framför allt med sina egna tankar kring döden (Friedrichsen, 2005).

Krisreaktioner

Enligt Ottosson & Ottosson (2007) kan reaktioner och upplevelser vid akuta stressituationer, till exempel vid ett dödsfall av en patient, variera mellan olika människor. Personens egen sårbarhet påverkar hur reaktionen ter sig och om det alls blir någon reaktion. Vid en situation då personen sedan tidigare är utsatt för stress krävs det mindre påfrestning för att utveckla en stressreaktion än då mindre stress föreligger. Stressreaktioner kan indelas i fyra faser vilka är chock, reaktion, bearbetning och nyorientering. Chock uppkommer ofta efter en intensiv reaktion på det som orsakat stressen. Fasens utveckling beror på graden av isolering, det vill säga den försvarsmekanism personen använder sig av. Isoleringen leder till att handlingar blir mekaniska, alltså görs utan vidare eftertanke, och till att känslor inte visas för omgivningen. Personen kan börja anta ett regressivt beteende som bland annat innebär att lämna över beslutstagande till andra. När känslorna övergår till att bli mer medvetna för personen själv har reaktionsfasen påbörjats. Tankar och längtan efter den döde upptar den sörjandes tillvaro och gentemot andra kan attityder som irritabilitet, bitterhet, likgiltighet och avvisande uttryckas. Genom empatiskt bemötande från omgivningen kan de känslösvallningar som uppkommer lindras för den sörjande. Förlusten av den som sörjs kan skapa separationsångest och depression kan utvecklas av ensamheten som följer förlusten. Bearbetningsfasen har inletts då den sörjande har börjat använda sig av medvetna och omedvetna strategier, så kallade copingstrategier, för att hantera sina känslor och sin situation. Det kan vara sätt att hantera sina känslor och tankar för att hindra dem att bli alltför destruktiva eller söka stöd hos andra människor. I bearbetningen börjar känslorna erkännas och bli medvetna för den sörjande och därmed kan förlusten inses och accepteras. En ny syn på hur livet ser ut bildas och ett förändrat förhållningssätt utvecklas. I nyorienteringsfasen finns minnet kvar av den som sörjs, men sorgen tar inte upp så stor del av livsvärlden som den tidigare gjort. Erfarenhet av att ha tagit sig igenom och bearbetat en svår händelse gör det lättare att hantera en liknande upplevelse i ett senare skede (Ottosson & Ottosson,

2007). De flesta människor har kapacitet att klara även svåra påfrestningar, men när många påfrestningar uppkommer på kort tid kan gränsen överskridas för vad som klaras av. Ångesten som då upplevs känns överväldigande och kan övergå i depression och utbrändhet (Harris-Kalfoss, 2001).

Copingstrategier

Påfrestande situationer för individen hanteras genom copingstrategier som har till syfte att upprätthålla personlig kontroll och försöka finna en mening i händelsen. Coping är ett försök att förändra, minska eller tolerera de egna känslorna som uppkommer (Harris-Kalfoss, 2001). När en person utsätts för en krävande situation bedöms den utifrån personlighet och om situationen känns igen sedan tidigare. När en person utsätts för nya och obekanta händelser upplevs de som svårare att hantera. Situationen kan uppfattas som en utmaning, en förlust eller ett hot och detta är avgörande för den vidare hanteringen och val av copingstrategi. Genom att bli medveten om sina egna känslor, tankar och reaktioner som uppkommer vid händelser som känns besvärliga, kan sjuksköterskan minska den psykiska belastningen hon utsätts för och detta underlättar vid nästa tillfälle påfrestningen blir stor (Harris-Kalfoss, 2001; Jahren Kristoffersen & Breievne, 2005).

Copingstrategier kan indelas i emotionellt- och problemorienterad coping. Den emotionellt orienterade används för att minska obehagliga känslor, exempelvis undvika situationen, använda humor och ironi eller försöka behärska känslorna genom att tänka på annat. Den problemorienterade copingen syftar till att lösa ett problem eller hantera en situation som upplevs som svår. Detta görs exempelvis genom att söka information och stöd eller bearbeta situationen känslomässigt (Jahren Kristoffersen, 2005). Det är viktigt att sjuksköterskan får möjlighet till vägledning för att få stöd och bearbeta sina känslor och reaktioner. (Harris-Kalfoss, 2001; Jahren Kristoffersen & Breievne, 2005). Det är inte ovanligt att sjuksköterskor använder sig av flykt från obehagliga situationer genom icke patientnära arbetsuppgifter, galghumor för att komma ifrån allvaret eller känslomässig distans till patienten (Harris-Kalfoss, 2001). De strategier som upplevts som positiva för att klara av en situation används sannolikt fler gånger av personen (Jahren Kristoffersen, 2005).

Mätmetoder

För att undersöka upplevelser och få reda på hur människor uppfattar olika händelser är fenomenologi en användbar ansats. Väljs i stället en kvantitativ metod finns en rad olika instrument för statistisk mätning. Nedan ges en beskrivning av två frågeformulär som kan användas och som har reliabilitet och validitet säkrad (Dunn et al, 2005). FATCOD (Frommelt´s Attitude Towards Care of the Dying) är ett mätinstrument som används för att mäta personers attityder till att vårda döende människor. Formuläret består av 30 stycken påståenden varav 15 med negativ formulering, exempelvis ”jag skulle inte vilja vårda en döende patient” och 15 med positiv formulering som ”att vårda en döende patient är en väl värd erfarenhet”. Varje påstående graderas mellan 1 - instämmer inte alls, till 5 - instämmer helt. Höga poäng på FATCOD indikerar en positiv syn på att vårda döende människor. DAP-R (Death Attitue Profile- Revised) är ett instrument för att mäta attityder till döden. Det omfattar 32 påståenden som graderas mellan 1 - instämmer inte alls till 7 - instämmer helt. Påståendena är indelade i mindre teman vilka är: undvikande av ämnet döden, rädsla för döden, döden som befrielse,

döden som en naturlig del av livet samt syn på ett eventuellt liv efter döden (Dunn et al, 2005).

Medvetenhet

Som sjuksköterska är det betydelsefullt att ha kunskap om vilka känslor och reaktioner som kan upplevas när en patient går bort och vilka copingstrategier som vanligen används vid dessa tillfällen. Risken att slita ut sig och inte orka med arbetet kan minska med vetskapen om att andra känner ungefär detsamma och hur de gör för att bemästra att överväldigas av sorg eller andra känslor som kan vara tunga att bära. Förhoppningsvis kan detta generera i att sjuksköterskan blir ett bättre stöd för den drabbade patienten, dennes närstående och medarbetare på avdelningen om sjuksköterskan känner sig säker i sig själv och sin yrkesroll.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie är att belysa sjuksköterskors känslor vid patienters dödsfall och olika copingstrategier som används för att hantera dessa.

Frågeställningar:

- Vilka känslor kan väckas hos sjuksköterskan vid en patients dödsfall?
- Vilka copingstrategier använder sjuksköterskor för att hantera sina känslor?

METOD

Litteraturstudien riktar sig till yrkesverksamma sjuksköterskor vilket har avgjort innehållet och hur studien redovisas (Willman et al, 2006).

Undersökningsgruppen är sjuksköterskor som någon gång varit närvarande då en patient gått bort samt hur de upplevt detta och hanterat sina känslor.

Genomförandet av litteraturstudien följer övergripande en modell i sju steg från SBU (1993) som främjar en systematisk arbetsprocess.

1. Specificera forskningsproblemet.
2. Inklusions- och exklusionskriterier specificeras.
3. Planering för litteratursökning.
4. Genomförande av sökning och insamlande av litteratur som motsvarar inklusionskraven.
5. Tolkning av studiernas resultat.
6. Sammanföra resultaten från studierna.
7. Formulera rekommendationer baserade på kvaliteten av resultaten.

För att se om det fanns underlag för det valda problemområdet att undersökas, gjordes en pilotsökning efter rekommendation av Willman et al (2006) i databasen PubMed. Resultatet visade att det fanns studier som motsvarade syftet, svarade på frågeställningarna och som låg inom de tänkta inklusionskriterierna. För att formulera syfte och frågeställningar har hänsyn tagits till *situation* – sjuksköterskor som upplevt dödsfall av patienter, *fenomen*- erfarenheter och

upplevelser vid en patients dödsfall och *resultat* - beskrivningar och tolkningar av erfarenheter och upplevelser (Willman et al, 2006). Studier som söktes skulle vara kvalitativa med fenomenologisk ansats eller kvantitativa tvärsnittsstudier som redovisade förekomst av känslor och copingstrategier genom lämpliga mätinstrument.

Litteratursökning

Planering av litteratursökningen gjordes enligt de steg som rekommenderas av Willman et al (2006). Första steget innefattar en identifiering av resurser att tillgå. Tiden för projektet är begränsad liksom ekonomin, därför har författarna endast använt sig av artiklar som kunde fås i sin helhet utan kostnad genom Malmö Högskolas bibliotek. Artiklarna begränsades till att vara på engelska då detta språk är det som författarna behärskar utöver svenska. Steg nummer två innebar att identifiera relevanta källor för artikelsökningen. Databaserna PubMed och CINAHL valdes som lämpligast för att finna artiklar som svarade på frågeställningarna. PubMed ingår som sökmotor i Medline som är en stor databas inom omvårdnad och medicin med olika inriktningar. Cinahl innehåller omvårdnadsvetenskapliga artiklar från engelskspråkiga omvårdnadstidskrifter. Tredje steget i planen innebär att avgränsa forskningsproblemet och fastställa fokus i sökningen och steg fyra att sökstrategier utvecklas för databaserna. Artikelsökningen började med att försöka hitta sökord som skulle fånga in så många relevanta studier som möjligt. Författarna satt var för sig och skrev ner tänkbara ord och diskuterade sedan sinsemellan vilka som kunde vara av intresse. När enighet uppnåtts påbörjades sökningarna.

Tabell 1 och 2 nedan redovisar sökningarna i PubMed och Cinahl. I PubMed har sökning gjorts med både Mesh-termer och fritext, i Cinahl användes endast ord i fritext. Blocksökning har använts om tre huvudgrupper med AND emellan för att begränsa sökandet till relevanta träffar. Andra och tredje blocket innehåller flera sökord med OR emellan för att få så stor bredd som möjligt i sökningen.

Tabell 1. Resultat från sökning i databas PubMed.

SÖKNING I DATABAS PUBMED 2009-04-02					
	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal använda artiklar
Block 1	(#1) nurs*	512 131			
Block 2	(#2) death (mesh-term)	94 649			
	(#3) dying	19 310			
	(#4) attitudes to death (mesh-term)	10 959			
	(#5) die	28 468			
	(#6) patient death	682			
Block 3	(#7) coping	88 826			
	(#8) coping strategies	8 610			
	(#9) emotions (mesh-term)	119 134			
	(#10) grief	7 412			
	(#11) = (#2) OR (#3) OR (#4) OR (#5) OR (#6)				
	(#12) = (#7) OR (#8) OR (#9) OR (#10)				
	(#1) AND (#11) AND (#12) inkl Limits**	778	164	23	7

* = sökningen omfattar alla ord som börjar med nurs

** Limits: Full text, abstract, human, english.

Tabell 2. Resultat från sökning i database Cinahl.

SÖKNING I DATABAS CINAHL 2009-04-03					
	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal använda artiklar
Block 1	(#1) nurses	794 244			
Block 2	(#2) death	113 315			
	(#3) dying	20 947			
	(#4) attitudes to death	381			
	(#5) die	32 758			
	(#6) patient death	998			
Block 3	(#7) coping	41 321			
	(#8) coping strategies	8 071			
	(#9) emotions	19 330			
	(#10) grief	11 051			
	(#11) = (#2) OR (#3) OR (#4) OR (#5) OR (#6)				
	(#12) = (#7) OR (#8) OR (#9) OR (#10)				
	(#1) AND (#11) AND (#12) inkl Limits**	180	41	12	3

** Limits: Full text, abstract, English, PDF-file.

Flera av artiklarna fanns med i båda databaserna. Samtliga titlar gick igenom och de som fångade intresset ledde till att abstract lästes. Utifrån dessa avgjordes vilka studier som antogs matcha inklusionskriterierna och detta i sin tur bestämde vilka artiklar som lästes i sin helhet. Vid närmare granskning av artiklarna sållades de bort som inte svarade på denna studies frågeställningar. Detta resulterade i att tio artiklar gick vidare till kvalitetsgranskning.

Inklusions- och exklusionskriterier

De artiklar som söktes skulle baseras på vetenskapliga undersökningar och vara publicerade i en vetenskaplig tidskrift. Både kvalitativa och kvantitativa undersökningar var av intresse, däremot exkluderades litteraturstudier. Artiklarna skulle vara publicerade på engelska och inga tidsbegränsningar sattes för när studierna var gjorda. Detta för att upplevelser av dödsfall och användandet av sätt att hantera situationen anses av författarna vara relativt oberoende av tid. Artiklarna skulle innehålla känslor vid patienters dödsfall och copingstrategier som sjuksköterskor använde sig av för att hantera denna situation.

Kvalitetsvärdering av studier

Författarna läste och granskade alla artiklar var för sig. Granskningarna sammanställdes till ett för författarna gemensamt beslut om kvalitet för varje enskild artikel, vilket styrker analysens tillförlitlighet enligt Willman et al (2006). För kvalitetsgranskning av artiklarna användes protokoll utifrån Willman et al (2006) som modifierats av författarna för att anpassas till studien. Protokoll utformades både för kvalitativ och kvantitativ undersökning för att kunna göra en så korrekt tolkning som möjligt av resultaten (bilaga 1.1 och 1.2). De artiklar som innehöll både kvalitativ och kvantitativ metod bedömdes utifrån båda protokollen. Övergripande kvalitetskriterier för kvantitativa respektive kvalitativa studier formulerades för att användas som utgångspunkt i kvalitetsgranskningarna (se tabell 3).

Tabell 3. Kriterier för kvalitetsbedömning av studier. Ur SBU (1999) – modifierad av författarna.

	Hög kvalitet = I	Medel kvalitet = II	Låg kvalitet = III
Kvalitativa studier	Urval representativt, metod väl beskriven och genomförd, validitet och reliabilitet säkerställd, tydligt lättöverskådligt resultat, resultat svarar på syftet.	-	Urval otillräckligt beskrivet, litet urval, metod bristfälligt beskriven, svåröverskådligt resultat, resultat svarar ej på syftet.
Kvantitativa studier	Hypotes tydlig, urval representativt, metod väl beskriven och genomförd, valida och reliabla mätinstrument, signifikanta resultat.	-	Otydlig hypotes, urval otillräckligt beskrivet, litet urval, metod bristfälligt beskriven, svårtolkat resultat.

Av de tio artiklar som kvalitetsgranskades exkluderades en på grund av otydligt beskrivet metodavsnitt enligt Polit & Beck (2006). Av de nio återstående studierna bedömdes sju stycken vara av medelkvalitet och två stycken av låg kvalitet. Dessa inkluderades ändå då de ansågs vara av värde för att svara på syftet.

Sammanställning av studier

Resultaten i de nio studier som inkluderats bearbetades genom upprepade läsningar av artiklarna. Markeringar i texten gjordes vid de resultat som ansågs relevanta för frågeställningarna och anteckningar fördes parallellt för att underlätta sammanställning. Då de två ämnen som söktes var sjuksköterskors känslor och copingstrategier vid patienters dödsfall fick dessa utgöra huvudrubriker. Utifrån studiernas resultat upptäcktes vid bearbetningen gemensamma mönster som sammanfördes i kategorier under respektive huvudrubrik. Skillnader i undersökningsmetoderna för studierna i de olika artiklarna tas vidare upp i resultatdiskussionen.

RESULTAT

Resultatet bygger på nio vetenskapliga studier vilka presenteras översiktligt i tabell 4 och utförligt i artikelmatriser (bilaga 2). Resultaten har noggrant analyserats och grupperats i två huvudrubriker. Den första är *känslor* där kategorierna sorg, ilska, motsägelsefulla känslor, otillräcklighet/skuld/rädsla, flash-backs och känsloladdad kommunikation identifierats. Den andra huvudrubriken är *copingstrategier* som indelas i relation till kollegor, relation till patient/närstående, undvikande/distansering samt syn på döden.

Tabell 4. Översikt över inkluderade studier.

Författare	Kategori	Design	n =	Kvalitetsgrad
Hopkinson et al, 2005, England	Relation till kollegor, relation till patient/närstående, undvikande/distansering, syn på döden.	Fenomenologisk studie	32	II
Brysiewicz, 2002, Sydafrika	Sorg, ilska, motsägelsefulla känslor, otillräcklighet, skuld, flash-backs. Relation till kollegor, undvikande/distansering.	Fenomenologisk studie	7	III
Yam et al, 2001, Kina	Sorg, ilska, motsägelsefulla känslor, otillräcklighet, känsloladdad kommunikation. Relation till patient/närstående, undvikande/distansering, syn på döden.	Fenomenologisk studie	10	II
Rashotte & Chamberlain, 1997, Kanada	Sorg, ilska, motsägelsefulla känslor, otillräcklighet, skuld, flash-backs. Relation till kollegor, relation till patient/närstående, undvikande/distansering, syn på döden.	Fenomenologisk studie	6	II
Iranmanesh et al, 2007, Iran	Motsägelsefulla känslor, känsloladdad kommunikation. Syn på döden.	Tvärsnittsstudie	120	II
Lange et al, 2008, USA	Motsägelsefulla känslor, rädsla. Syn på döden.	Tvärsnittsstudie	355	II
Papadatou et al, 2002, Grekland	Sorg, ilska, otillräcklighet, flash-backs, känsloladdad kommunikation. Relation till kollegor, relation till patient/närstående, undvikande/distansering, syn på döden.	Tvärsnittsstudie samt Grounded Theory	16	II
Spencer, 1994, England	Sorg, motsägelsefulla känslor. Relation till kollegor, undvikande/distansering.	Tvärsnittsstudie samt fenomenologisk studie	71	III
Payne et al, 1998, England	Motsägelsefulla känslor, rädsla.	Tvärsnittsstudie samt fenomenologisk studie	60	II

Känslor

Resultatet från studierna gällande vilka känslor som identifierats hos sjuksköterskor när de upplever att en patient avlider redovisas nedan.

Sorg

I flera av artiklarna beskrevs sorg som en ständigt återkommande känsla. Att se ett barn dö gjorde sjuksköterskorna ledsna, både för barnets skull som inte fått en chans att leva sitt liv, och för familjens skull. Sorgen upplevdes som svårare att hantera om sköterskorna kunde identifiera sig i situationen, exempelvis om barnet var i samma ålder som deras egna barn. Detta framkom i en studie gjord av Brysiewicz (2002). I Papadatou et al (2002) ställdes frågan om sköterskorna kunde förklara meningen med ett barns död men de hade svårt att göra detta eftersom de upplevde dessa dödsfall som orättvisa. I artikeln av Yam et al (2001)

kände sjuksköterskorna på neonatalavdelningen i Hong Kong stor sorg när de insåg att de inte längre kunde göra något för barnet. Detsamma uttryckte sköterskorna på en intensivvårdsavdelning för barn i Kanada (Rashotte & Chamberlain, 1997) när en patient gick bort. Alla sköterskorna i studien sa sig känna sorg men erfarenhet spelade roll för intensiteten i denna känsla; mindre erfarna sköterskor sa sig bli helt överväldigade av sorg vid dödsfall, medan mer erfarna kunde beskriva skillnader i sorgen mellan olika barns bortgång (a a). Hur djup sorgen upplevdes var beroende av hur stark relation som byggts upp till barnet och/eller familjen (Rashotte & Chamberlain, 1997; Papadatou et al, 2002). I studien av Spencer (1994), med deltagande sjuksköterskor från en intensivvårdsavdelning svarade 100 % att de blev ledsna när en patient avled och även dessa uttryckte sambandet mellan graden av sorg och relation till patient/närstående. Andra faktorer som spelade in var hur väl sköterskan kunnat förbereda sig på händelsen genom diskussion med kollegor angående patientens behandlig och sjukdomstillstånd (Spencer, 1994).

Ilkska

Känna ilska och att bli arg i samband med en patients dödsfall var en vanligt beskriven känsla bland sjuksköterskorna i studierna. Döden uppfattades som orättvis, speciellt när det gällde barn som drabbades (Brysiewicz, 2002). Sköterskorna i denna studie arbetade på akutmottagningar i Sydafrika och många av deras patienter hade blivit utsatta för våld vilket bidrog till att sjuksköterskorna upplevde deras död som meningslös och hemsk. De som arbetade på onkologavdelning för barn upplevde också orättvisa i barnens bortgång som tog sig uttryck i ilska (Papadatou et al, 2002). Yam et al's (2001) studie visade att sköterskor blev arga när deras åsikter om behandling gick isär med läkarens, främst när de kände att den var plågsam för patienten och skonsammare alternativ fanns. Sköterskor från en undersökning gjord i England rapporterade också att de kände ilska (> 78 %) i samband med patienters dödsfall (Spencer, 1994). I Rashotte & Chamberlains (1997) studie upplevde alla sköterskorna att de blev arga i samband med vissa dödsfall, men de mer erfarna inte lika frekvent som de med mindre erfarenhet. Oftast var ilskan riktad mot dem själva för att de inte tyckte att de gjort tillräckligt för patienten, eller inte varit påstridiga nog gentemot andra vårdgivare.

Motsägelsefulla känslor

På olika sätt kunde sköterskorna känna både sorg och lättnad samtidigt vid patienters död. En sjuksköterska i Sydafrika beskrev en inre konflikt hon upplevt när hon kämpade för en pojkes liv och slets mellan viljan att patienten skulle överleva för föräldrarnas skull, samtidigt som hon önskade att barnet skulle få dö eftersom hjärnskadorna var mycket svåra (Brysiewicz, 2002). Sköterskorna på en neonatalavdelning kom med liknande svar när det gällde de obotligt sjuka barnen (Yam et al, 2001). Bland erfarna sjuksköterskor framkom i två studier att de kunde identifiera känslor som gav balans i sorgen över en patients bortgång, såsom lättnad över att de inte haft några smärtor när de dog eller som ett sätt att undkomma en smärtfylld tillvaro (Rashotte & Chamberlain, 1997; Lange et al, 2008). I Spencers (1994) undersökning svarar 98 % av deltagarna att de kände lättnad när en patient dog men då detta inte var en öppen fråga framkom ingen motivering till varför. Vid jämförelse i Payne et al (1998) visades signifikant skillnad där sköterskor som arbetade på hospice hade förmåga att kunna se döden som en befrielse jämfört mot sköterskor inom akutsjukvård, $p = 0,035$.

Även andra motsägelsefulla känslor framkom. Sjuksköterskor i Iran uppgav att döden är en naturlig del av livet, medelvärde 6,14 av 7 enligt frågeformulär för attityd till döden, DAP-R. Resultaten från formulär FATCOD angående attityd till att vårda döende patienter och deras närstående visar en relativt positiv syn, $m = 3,55$ av 5, $SD = 0,36$. Ändå säger en mycket stor del av sköterskorna ($m = 4,15$ av 5, $SD = 0,97$) att de skulle känna sig obekväma om de kom in på rummet till en döende patient och denne var ledsen och grät (Iranmanesh, 2008).

Otillräcklighet/skuld/rädsla

En känsla av att inte räcka till och att inte vara kompetent nog för en krävande situation var beskrivet i flera studier. Sköterskor berättar att de kunde känna sig otillräckliga i kampen för att rädda en patient. När detta inte var möjligt kom skuldkänslor och att det var sköterskornas fel att patienten avlidit. Orsaken till tankar som dessa var att sköterskorna inte tyckte sig ha kunskap och kompetens nog; de borde gjort mer för patienten (Brysiewicz, 2002; Rashotte & Chamberlain, 1997). Skuldkänslan ökade om sjuksköterskan haft en nära relation till patienten och dess familj (Rashotte & Chamberlain, 1997). Hjälplöshet beskrevs som en återkommande känsla när sköterskorna insåg att de inte längre kunde göra något för att patientens tillstånd skulle förbättras, eller minska lidandet hos patienten och närstående (Yam et al, 2001; Papadatou et al, 2002). Sköterskorna i Papadatou et al (2002) ombads gradera tio påstående efter vad som upplevdes som påfrestande för dem. 71,4 % svarade att vårda ett barn som hade mycket ont och led var mycket påfrestande, 50 % sa att när ett dödsfall var oväntat eller när de känt patienten länge var det mycket påfrestande.

Studien som jämför sjuksköterskor på hospice och inom akutsjukvård (Payne et al, 1998) visar signifikant skillnad i två frågor om rädsla för döden; hospice sköterskorna är mindre rädda än de som arbetade på akuten, $p = 0,031$ och $0,035$. Lange et al (2008) kom i sin undersökning fram till att de sköterskor som saknade erfarenhet hade större rädsla för döden än de som arbetat längre, $p = 0,05$. Båda använde sig av DAP-R formulär för att undersöka attityd till döden.

Flash-backs

Flash-backs kan beskrivas som återkommande minnen eller drömmar om starka händelser som gjort betydande intryck på en person. Fenomenet beskrevs av en sköterska i Brysiewicz (2002) som varit med om ett särskilt svårt dödsfall, och nu kände ångest när hon fick höra att ett liknande fall var på väg in på akutmottagningen där hon arbetade. Några andra sköterskor berättade att de upplevde flash-backs av speciella incidenter de varit involverade i på arbetet, och minnena var så starka och tydliga att det kändes som om de återupplevde hela händelsen och de kunde beskriva förloppet i detalj (a a). Andra sköterskor som arbetade med barn (Rashotte & Chamberlain, 1997) beskrev att de dödsfall som framkallat känsla av skuld och/eller ilska mot dem själva och deras agerande vid tillfället, var de fall som fortsatte att förfölja dem många år efteråt. Sköterskorna i den grekiska studien (Papadatou et al, 2002) sa sig också ha återkommande tankar på vissa dödsfall som berört dem på ett speciellt sätt och de omständigheter som rått kring barnet.

Känsloladdad kommunikation

Prata med patienter och deras närstående om döden kunde kännas svårt. Sköterskor som arbetade med svårt sjuka barn upplevde att de kände sig obekväma när föräldrarna grät och visste inte hur de skulle hantera situationen.

Många var rädda för att säga något opassande som förolämpade föräldrarna, eller fel saker så att de uppfattades trivialisera föräldrarnas förlust (Yam et al, 2001). Sjuksköterskor i Iran sa sig vara ovilliga till att tala om döden med patienter i livets slut och även till att berätta om vad som skulle komma att hända med dem i ett senare skede. Detta bevisades av att de på FATCOD- formuläret svarade att det inte var sjuksköterskans arbetsuppgift att göra detta (m = 4,35 av 5, SD = 1,25). De visade också tendenser till att inte vilja involvera patienten och de närstående i vården och acceptera att det var dessa som bestämde (Iranmanesh, 2008). Andra sjuksköterskor rapporterade att de saknade ord, speciellt om det var barn som frågade om sin prognos och de ville inte säga dem sanningen (Papadatou et al, 2002).

Copingstrategier

Nedan följer en redovisning av vilka copingstrategier sjuksköterskorna i de inkluderade studierna mest använder sig av vid en patients dödsfall för att klara av att hantera sina känslor.

Relation till kollegor

Skapa goda relationer med kollegorna ansågs värdefullt och till god hjälp i flera av de inkluderade studierna. Genom samarbetet och diskussioner kunde sköterskorna skaffa sig en större inblick i patientens tillstånd och därigenom förbereda sig på vad som väntade. Dela ansvar för en patient med kollegorna kändes också lättare än att vara ensam i beslutsfattandet enligt resultat i Hopkinson et al (2005). Det var viktigt att prata med kollegor om de svåra fallen för att ventilerka känslorna och kunna gå vidare (Brysiewicz, 2002; Rashotte & Chamberlain, 1997; Papadatou et al, 2002). Det var den mest använda copingstrategin bland sjuksköterskorna (43 %) i Spencers (1994) studie. Vidare ställdes här frågan om sköterskorna upplevde att de blev stöttade av sina kollegor och 80,4 % svarade ”ja” på detta. En följdfråga löd om de kände att de fick *tillräcklig* stöttning från kollegorna, men på det svarade 45,1 % att de tyckte det. Ett sätt att komma ifrån känslor av sorg och svårigheter och bli distraherad en stund var att använda humor, ofta så kallad galghumor, tillsammans med kollegorna. Det hjälpte att kunna se det komiska även i besvärliga situationer (Hopkinson et al, 2005; Rashotte & Chamberlain, 1997).

Relation till patient/närstående

Genom att sätta upp egna regler för engagemang i kommunikationen med patienter och närstående minskade sköterskorna känslan av att inte veta vad de skulle säga. Den positiva respons de fick från patienter och närstående blev en indikation för sköterskorna att de gjorde ett bra arbete, och underlättade för dem i deras handlingar och minskade osäkerheten (Hopkinson et al, 2005; Papadatou et al, 2002). Försök att hitta balans mellan empati och sympati och att inte komma alltför nära patienten och dennes familj, utan att ge avkall på god vård, var ett sätt att skydda sig mot starka känslor och lindra sorgen (Hopkinson et al, 2005; Rashotte & Chamberlain, 1997; Yam et al, 2001; Papadatou et al, 2002). Detta upplevdes som svårare för de mindre erfarna sköterskorna (Rashotte & Chamberlain, 1997; Papadatou et al, 2002).

Undvikande/distansering

Flera sjuksköterskor berättade att de satte sina känslor åt sidan för att kunna fortsätta arbeta. De härdade sig och distanserade sig känslomässigt från patienten/närstående för att kunna fungera på avdelningen. Det fanns tillfällen när

de gjorde sig upptagna med andra uppgifter, allt för att slippa ifrån det som kändes svårt och upprivande (Brysiewicz, 2002; Papadatou et al, 2002; Hopkinson et al, 2005). I Yam et al's (2001) studie berättar sköterskorna att de försökte distansera sig känslomässigt från patienten med familj, genom att koncentrera sig på den fysiska omvårdnaden och undvika social kontakt, vilket även sköterskorna i Papadatou et al (2002) uttryckte.

Kontroll av de känslor som uppkom i samband med vård av döende patienter eller upplevda dödsfall var ytterligare en copingstrategi. Undertrycka eller helt undvika att släppa fram dem användes av alla deltagarna i Papadatou et al (2002) vid olika tillfällen och i olika grad. Andra sjuksköterskor berättade att de satte upp egna gränser för hur mycket de fick gråta och under vilka omständigheter de kunde tillåta sig att göra det. De hade lärt sig att vänta med att släppa ut känslorna tills de tyckte det var tryggt att göra det (Rashotte & Chamberlain, 1997). I Spencers (1994) undersökning svarade 29,4 % att de höll ifrån sig känslorna och bara fortsatte arbetet som vanligt.

Syn på döden

Sjuksköterskornas copingstrategier i samband med patienters bortgång ändrades över tid. Uppfattningen var att de lärde sig genom egen erfarenhet och genom att fråga andra hur de gjorde för att hantera situationen (Hopkinson et al, 2005; Rashotte & Chamberlain, 1997). Sköterskorna som arbetade med småbarn sa att de lärt sig acceptera det ofrånkomliga i dödsfall när patienternas tillstånd försämrades (Yam et al, 2001). I Hopkinson et al (2005) berättade många av sjuksköterskorna att de hade haft hjälp av att ändra sin uppfattning om hur det skulle vara att vårda döende patienter. Som exempel beskrev en sköterska att hon trots att det fanns rätt saker att säga till patienten och att dessa gick att lära sig. Genom sin erfarenhet av att uppleva dödsfall ändrade de sina perspektiv på liv och död, och hur väl de lärde sig hantera sina känslor stod i proportion till antalet dödsfall de varit utsatta för (Rashotte & Chamberlain, 1997). Mer erfarenhet hos sköterskor gav signifikant högre poäng på formulär FATCOD som mäter attityd till att ge vård till döende patienter i Lange et al's (2008) undersökning. Sjuksköterskor från Iran svarade på DAP-R formuläret - attityd till döden, att det var en naturlig del av livet ($m = 6,14$ av 7) och att döden gav löfte om en ny och bättre tillvaro ($m = 5,42$ av 7) vilket tolkas som acceptans av situationen (Iranmanesh, 2008).

Flera av studierna tar upp att det är viktigt att på något sätt försöka skapa en mening med döden (Rashotte & Chamberlain, 1997; Papadatou et al, 2002), men lämnar ingen närmare förklaring.

DISKUSSION

Den metod som använts i studien och de resultat som framkommit diskuteras i detta avsnitt.

Metoddiskussion

Olika metoder för litteraturstudier undersöktes då arbetet påbörjades. En systematisk metod från SBU (1993) valdes som utgångspunkt då metoden ansågs lämplig för litteraturstudien och är konkret och lätt att följa. Willman et al (2006)

användes som vägledande litteratur under arbetet då denna bok väl beskriver arbetsgången. Artikelsökningen började med att försöka få fram lämpliga sökord som skulle fånga in så många relevanta artiklar som möjligt. Författarna arbetade först med detta enskilt och jämförde och diskuterade sedan tillsammans. Trots detta var det inte lätt att komma fram till sökord som gav relevanta träffar vid sökning. Bristande kunskap från författarnas sida gällande sökmotorerna kan ha bidragit till problemet. En pilotstudie gjordes av framtagna sökord i PubMed och utifrån den tillades och ändrades orden för de slutliga sökningarna.

Databaserna valdes utifrån i litteraturen (Willman et al, 2006) rekommenderade PubMed och CINAHL för artiklar gällande omvårdnad. Blocksökning valdes då denna metod är effektiv för att få fram artiklar som så specifikt som möjligt stämmer överrens med de framtagna sökorden (a a). Författarna anser sig inte ha gått miste om någon större mängd relevanta artiklar genom blocksökning utan istället uppnått högre specificitet på de artiklar som inkluderats. Både kvalitativa och kvantitativa studier var av intresse då båda ansågs kunna svara på frågeställningarna i föreliggande litteraturstudie. Referenslistorna från utvalda artiklar lästes igenom för att eventuellt finna annan relevant studie. Tyvärr var de som verkade vara av relevans inte tillgängliga som fulltext så inget vidare material framkom.

Begränsningar för denna litteraturstudie var den bristande tillgången på ekonomi. Detta gjorde att endast artiklar som var gratis eller som gick att få tag på i fulltext via Malmö Högskolas bibliotek kunde användas i studien. Risken med denna begränsning är att lämpliga artiklar missats. Tidsbegränsningen för studien var även den en begränsande faktor då det endast fanns tid till att utifrån artiklarnas titel avgöra om abstract skulle läsas, och utifrån abstract avgöra om artikeln i sin helhet skulle läsas igenom. Eftersom författarna endast behärskar det engelska språket utöver det svenska, söktes bara artiklar publicerade på engelska. Dessa begränsningar kan ha orsakat att artiklar av relevans för syftet har undgått.

Granskningen av artiklarna gjordes i sin helhet av författarna var för sig, och dessa resultat fördes sedan samman för att undersöka om lika resultat uppnått. Detta anses vara en styrka i kvalitetsgranskningen enligt Willman et al (2006). För flertalet av artiklarna var författarna helt överrens angående kvaliteten för de olika studierna. Vid de tillfällen skilda uppfattningar fanns lästes artikeln tillsammans av de båda författarna och efter diskussion fattades ett gemensamt beslut om graderingen av artikeln. I artikelmatriserna (se bilaga 2) kan utläsas vilken kvalitetsgrad artiklarna har erhållit utifrån denna granskning. Granskningen av artiklarna tog längre tid än vad författarna beräknat då inläsning av litteratur var av behov. Detta gjordes för att så långt som möjligt säkerställa att granskningen var av kvalitet och för att ge svar på vilka artiklar som var användbara.

Två av de inkluderade studiernas (Iranmanesh et al 2007; Lange et al, 2008) syfte överrensstämde inte helt med föreliggande litteraturstudies syfte, men ansågs ändå innehålla relevant vetenskapligt resultat. Resultatsammanställningen försvårades dock en del på grund av detta då de sökte attityder till döden och till vård av döende patienter. Detta kan ha orsakat feltolkning från författarnas sida vilket kan ha påverkat resultatet. Studien av Papadatou et al (2002) undersökte både sjuksköterskors och läkares sorgeprocesser vid patienters dödsfall, men då sköterskornas svar var tydligt redovisade separerade från läkarnas, inkluderades studien.

Vid sammanställningen av resultaten från de olika studierna sattes två huvudrubriker, känslor och copingstrategier. Därefter sammanfördes liknande resultat i kategorier för respektive rubrik. Trots upprepad genomläsning av artiklarna och genomarbetning av texterna var det inte helt lätt att dela in resultaten i kategorier. Från de fenomenologiska studierna där deltagarna berättat gick flera av känslorna in i varandra och var svåra att placera i en enskild kategori och detsamma gällde copingstrategierna. Efter begrundande och diskuterande författarna emellan placerades dessa ändå i mest lämpliga kategori med reservation för att inte helt passa in.

Resultatdiskussion

Begränsningar i föreliggande studie är att de inkluderade artiklarnas undersökningsmetoder varierat vilket gör dem svåra att jämföra med varandra. Studierna är utförda på sjuksköterskor som arbetar inom olika områden vilket kan ha påverkat deras svar och ytterligare försvårar jämförbarheten och därmed gradering av evidens. Av dessa anledningar har författarna valt att inte evidensgradera resultaten som framkommit i föreliggande studie utan endast jämfört dem med litteratur i ämnet. Dessutom är känslor och copingstrategier personliga och kan variera beroende på människans fas i livet och är på grund av detta ingen konstant variabel.

Känslor

De känslor som framkommer i resultaten är svåra att skilja åt och därför också att diskutera var för sig då det ofta är många känslor som upplevs samtidigt vid en svår händelse. Författarna har därför valt att nedan inte helt följa de kategorier som redovisats i resultatet; motsägelsefulla känslor och flash-backs diskuteras inte enskilt.

Sorg. I Brysiewicz (2002) beskrevs att sjuksköterskan kunde identifiera sig i situationen då ett döende barn var i samma ålder som hennes egna. Sorgen kändes vid ett sådant tillfälle som svårare att hantera. Detta beskriver även Harris Kalfoss (2001) och nämner också att fenomenet kan uppkomma då sjuksköterskan känner igen sig själv i patienten. Sorg var en återkommande känsla som beskrevs i flera artiklar i samband med patienters dödsfall (Yam et al, 2001; Rashotte & Chamberlain, 1997; Papadatou et al, 2002; Spencer, 1994; Brysiewicz, 2002). Sorg är den känsla som författarna tycker genomsyrar alla beskrivna reaktioner som framkommer från studierna vid patienters dödsfall. Anledningen till sorgen varierade mellan de olika artiklarna då de undersökte sjuksköterskor som arbetade med olika patientkategorier. Trots detta tror författarna inte att känslan av sorg varierar så mycket då ett dödsfall alltid förmodas kännas svårt. Harris Kalfoss (2001) beskriver sorg som en naturlig reaktion hos sjuksköterskor när patienter de vårdat dör. Författarna tror att detta stämmer väl överrens då det är svårt att förlora en person som band knutits till. Erfarenhet visade sig minska graden av sorg genom förvärvad förmåga att kunna urskilja andra känslor som gav balans, såsom exempelvis lättnad över att patienten varit smärtfri (Rashotte & Chamberlain, 1997). Liknande resultat framkom i Spencer (1994), där största delen av deltagarna svarade att de kunde känna lättnad vid en patients dödsfall. Då detta var en enkätstudie med slutna frågor, gavs ingen motivering till varför de kände så. Författarna i föreliggande studie tar sig friheten att tro att svaret överrensstämmer med Rashotte & Chamberlains (1997) studie. I Payne et al (1998) visades signifikant skillnad mellan att sjuksköterskor som arbetade på hospice hade större förmåga att se döden som en befrielse, jämfört med

sjuusköterskor inom akutvården. Lange et al (2008) fann samband mellan minskad rädsla för döden och större erfarenhet. Författarna förmodar att arbete på hospice innebär högre frekvens av dödsfall vilket ökar deras erfarenhet, och därmed minskar graden av sorg. Personlig mognad tros också utvecklas efter upprepade upplevelser av dödsfall, vilket överrensstämmer med Friedrichsen (2005), Harris Kalfoss (2001) och Ottosson & Ottosson (2007).

Ilska. Ilska är enligt Harris Kalfoss (2001) en inte helt ovanlig känsla när man arbetar nära döende patienter. Orsaken kan vara meningsskiljaktigheter med överordnade vilket nämns i bakgrunden av föreliggande studie, och i Yam et al (2001) då sjuusköterskan inte delade läkarens åsikt angående behandling. Sköterskor med mindre erfarenhet i Rashotte & Chamberlains (1997) studie uppgav att de kände ilska mer frekvent än de sjuusköterskor som hade mer erfarenhet. Oftast riktades ilskan mot dem själva då de inte ansåg sig ha gjort tillräckligt för patienten. Detta tror författarna kan grunda sig i en känsla av osäkerhet och brist på tilltro till den egna kompetensen då sjuusköterskan inte hunnit skaffa sig så stor erfarenhet. I Sydafrika kände sjuusköterskorna ilska eftersom patienters dödsfall ofta var orsakade av meningslöst våld (Brysiewicz, 2002), och sjuusköterskor som arbetade inom barnonkologi i Papadatou et al's (2002) undersökning kände ilska då patienterna dog eftersom de uppfattade det som orättvist när ett barn gick bort. Detta indikerar enligt författarna på att omständigheterna kring döden förmodligen spelar roll för vilka känslor som upplevs.

Otillräcklighet. Sjuusköterskan kan känna osäkerhet och otillräcklighet då hon upplever brist i förmågan att hjälpa en patient vid livets slut (Jahren Kristoffersen & Breievne, 2005). Detta stämmer överrens med resultaten i studierna gjorda av Yam et al (2001) och Papadatou et al (2002) där känslan av hjälplöshet redovisas då de inte kunde hjälpa patienter i livets slut eller minska det lidande som patienten eller de anhöriga upplevde. Författarna förmodar att känslan i denna situation kan härledas till att sköterskan upplever sin professionalitet som bristande. Enligt Harris Kalfoss (2001) har sjuusköterskan förväntningar på sig själv att kunna lindra lidande och det skapas en inre konflikt när detta inte är möjligt. Författarna tror att dessa känslor möjligen kan höra samman med en rädsla för döden och brist på erfarenhet.

Skuld. I Brysiewicz, (2002) och Rashotte & Chamberlain (1997) uppger sjuusköterskorna att då de kände sig otillräckliga började de även känna skuldkänslor gentemot patienten. Det grundade sig i att de upplevde sig inte vara utrustade med tillräcklig kunskap och kompetens för att hjälpa patienten. Enligt Rashotte & Chamberlain (1997) blev skuldkänslorna starkare då sjuusköterskan haft en nära relation till patienten och dess närstående. Författarna tror att de ökade skuldkänslorna beror på att sjuusköterskan kan uppleva en känsla av att patienten/närstående har förväntningar på henne att kunna göra något för att minska lidandet. Känslan kan förmodligen också komma då sköterskan upplever det som en personlig förlust. Enligt studien av Rashotte & Chamberlain (1997) sa sjuusköterskor att de kunde få flash-backs av de dödsfall som gett dem en känsla av skuld eller ilska riktat mot dem själva i samband med omhändertagandet av patienten. Författarna tror att detta tyder på att det kan vara svårt att släppa tankarna på om fel begåtts och om agerandet borde varit annorlunda i den kritiska situationen, vilket hör samman med känsla av att vara otillräcklig i sin kompetens. I Brysiewicz (2002) beskriver sjuusköterskor att de kunde uppleva flash-backs av

speciellt svåra patientfall. Detta tog sig uttryck som ångest inför liknande fall eller som mycket tydliga och verkliga minnen. Även i Papadatou et al (2002) tas detta fenomen upp av sjuksköterskor. Trots att resultatet redovisas av en så liten grupp sjuksköterskor tror inte författarna att dessa är ensamma om sina känslor då svåra händelser kan ge dessa reaktioner enligt Ottosson & Ottosson (2007).

Känsloladdad kommunikation. Kommunikation kan förutom att förmedla information också ge känslomässigt stöd. I vården av döende patienter är god kommunikation mycket värdefull både för patient och anhöriga, men också något av det svåraste för sjuksköterskan (Lyckander, 2001). I Yam et al (2001) och Papadatou et al (2002) uppger sjuksköterskorna att de inte visste vad de skulle säga och hur de skulle hantera situationen med en döende patient och dennes närstående. Resultatet kan ha påverkats av kultur för de länder där undersökningarna är gjorda. Yam et al (2001) berättar att i Kina är döden ett tabubelagt ämne att tala om, kineser bör aldrig prata om döden framför en sjuk person då de tror att detta kan förvärra sjukdomstillståndet. Det tas vidare upp i studien att kineserna har svårt för att öppna sig och diskutera sina känslor med personer utanför familjen. Det är författarnas uppfattning att om dessa uppgifter gällande kulturellt beteende stämmer, måste detta försvåra för sjuksköterskan och öka hennes osäkerhet för att säga något opassande. För sjuksköterskorna i Papadatou et al (2002) uppstod kommunikationssvårigheter då det i Grekland var vanligt att inte säga hela sanningen till barn om deras sjukdomstillstånd. Detta gjorde det svårt för sjuksköterskorna att veta vad de skulle säga då ett barn frågade.

Copingstrategier

Liksom känslor går copingstrategier i varandra vid hantering av händelser som upplevs påfrestande för personen, och diskuteras därför inte efter strikt indelning i kategori.

Relation till kollegor. Jahren Kristoffersen & Breievne (2005) och Harris Kalfoss (2001) tar upp betydelsen för sjuksköterskor att hantera och bearbeta sina känslor för att kunna ge fortsatt god omvårdnad, vilket är närmare beskrivet i bakgrunden i föreliggande studie. Goda relationer till arbetskamrater togs upp i flera av studierna som en copingstrategi. Samarbete och diskussion för att ventilera sina känslor var viktigt för sjuksköterskorna i studierna gjorda av Hopkinson et al (2005), Brysiewicz (2002), Rashotte & Chamberline (1997) och Papadatou et al (2002). Spencers (1994) resultat redovisar att sjuksköterskornas mest använda copingstrategi var att prata med kollegor. Författarna tycker det är intressant att den näst mest använda strategin var att de distanserade sig från känslorna då detta motsäger vartannat. Tidsbrist och hög arbetsbelastning kan vara en trolig orsak, men detta kan författarna bara spekulera i.

Relation till patient/närstående. Uppbyggnad av relationer är en stor del av sjuksköterskans roll. Det är viktigt att försöka hitta balans så att relationen inte blir för ytlig, men inte heller alltför nära (Friedrichsen, 2005). För sjuksköterskorna i Hopkinson et al (2005), Rashotte & Chamberline (1997), Yam et al (2001) samt Papadatou et al (2002) var detta ett sätt att minska starka känslor och göra situationen lättare. Det visades dessutom i Rashotte & Chamberline (1997) och Papadatou et al (2002) att erfarenhet gjorde det lättare att skapa balans i relationer. Författarna anser att detta överrensstämmer med tidigare redovisat resultat i känslolavsnittet då erfarenhet visat sig lindra reaktioner som kan vara

svåra att hantera. Sjuksköterskorna i Hopkinson et al (2005) och Papadatou et al (2002) kände sig säkrare i vad de skulle säga till patienterna då de satte gränser och regler för sitt engagemang i kommunikationen med dem. Detta tyder enligt författarna på ett bra val av copingstrategi, trots att det inte redovisas i fler än två studier, för att undvika kommunikationssvårigheter med patient/närstående som tidigare nämnts i diskussionen. Möjligen kan en anledning till detta vara att copingstrategier inte alltid är en medveten handling (Ottosson & Ottosson, 2007). Positiv respons från patienter och närstående uppfattade sjuksköterskorna som en riktlinje att de gjorde ett bra arbete (Hopkinson et al, 2005; Papadatou et al, 2002) och detta underlättade för dem att känna sig säkrare i sitt handlande. Författarna tror att denna form av feed-back är bra då alla människor behöver uppskattning för det de gör. Den som bäst kan avgöra om bemötande och omvårdnad är av god kvalitet är patient/närstående som haft behov av vård.

Undvikande/distansering. I alla studier som redovisade undvikande och distansering som copingstrategi använde sjuksköterskorna samma sätt med mycket små skillnader (Brysiewicz, 2002; Papadatou et al, 2002; Hopkinson et al, 2005; Yam et al, 2001; Rashotte & Chamberlain 1997; Spencer, 1994). Dessa typer av coping överensstämmer med vad Harris Kalfoss (2001) och Worden (2006) beskriver som en vanlig strategi för sjuksköterskor.

Syn på döden. Över tid och genom erfarenhet förändrades sjuksköterskornas copingstrategier och uppfattning om döden i många av studierna (Hopkinson et al, 2005; Rashotte & Chamberlain, 1997; Yam et al, 2001; Lange et al, 2008). Större antal dödsfall som upplevts underlättade hanteringen av känslor liksom accepterande av att det inte alltid gick att rädda patienten. I bakgrunden av föreliggande studie tas upp vad erfarenhet och lära känna sig själv och sina reaktioner kan ha för betydelse för att minska belastningen på personen (Harris Kalfoss, 2001; Jahren Kristoffersen & Breievne, 2005; Friedriksen, 2005). Iranmanesh (2008) skriver i sin studie att i Iran är olyckor en av de vanligaste dödsorsakerna och landet har dessutom varit i krig vilket gjort att många personer har mist någon familjemedlem. Relativt stor andel av sjuksköterskorna som deltog i undersökningen hade denna erfarenhet vilket tros kan ha påverkat deras sätt att se döden som en naturlig del av livet.

SLUTSATSER

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa sjuksköterskors känslor och copingstrategier vid patienters dödsfall. Sorg var den känsla som genomsyrade alla beskrivningar av reaktioner som framkom ur studierna. Vanligt använda copingstrategier var att prata och söka stöd hos kollegor, distansera sig känslomässigt och undvika påfrestande situationer. Erfarenhet visade sig underlätta den känslomässiga belastningen och gjorde det lättare för sköterskan att veta hur hon skulle hantera det som upplevdes som svårt. Att lära känna sig själv och sina begränsningar är av vikt då det underlättar för sjuksköterska att minska den känslomässiga belastningen.

Resultaten i denna litteraturstudie kommer från skilda delar av världen med olika kultur, religion, sjukvårdssystem med mera vilket påverkar människors upplevelser och beteende. Trots detta är svaren relativt lika både beträffande

känslor och gällande hanteringssätt. Detta gör att resultatet kan anses överförbart till Sverige och sjuksköterskor här för att underlätta deras arbete trots avsaknad av nordisk studie i föreliggande arbete. Fortsatt kvalitativ forskning inom området är önskvärt då ämnet är viktigt för att stödja sjuksköterskor i deras yrkesroll.

Det är författarnas förhoppning att denna studie ska vara till hjälp för sjuksköterskor och medvetandegöra vilka känslor som kan upplevas i samband med en patients dödsfall, både hos dem själva och hos deras kollegor. Copingstrategier är både medvetna och omedvetna handlingar för att hantera svåra och påfrestande upplevelser vilket kan vara en god hjälp att känna till då alla personer använder sig av sitt eget sätt. Något rätt eller fel finns inte.

Trots alla skillnader av olika slag som kan finnas människor emellan är vi ändå alla mycket lika i känslorna inför liv och död.

REFERENSER

- Björgell, A & Björgell P (2002) *Jourläkarboken* Lund: Studentlitteratur.
- Brysiewicz, P (2002) Violent death and the South African emergency nurse. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 253-258.
- Dunn, S et al (2005) Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 32, 97-104.
- Friedrichsen, M (2005) Sjuksköterskan i den palliativa vården – en roll av anpassning och balans. I: Beck-Friis, B (red) *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB, s 377-382.
- Harris Kalfoss, M (2001) Mötet med lidande och döende patienter – sjuksköterskans möte med sig själv. I: Almås, H (red) *Klinisk omvårdnad del I*. Stockholm: Liber AB, s 48-64.
- Hopkinson, J et al (2005) Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital? *International Journal of Nursing Studies*, 42, 125-133.
- Iranmanesh, S et al, (2008) Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. *Palliative and Supportive Care*, 6, 363-369.
- Jahren Kristoffersen, N (2005) Stress, coping och livsstilsförändringar. I: Jahren Kristoffersen, N (red) *Grundläggande omvårdnad del 3*. Stockholm: Liber AB.
- Jahren Kristoffersen, N & Breievne, G (2005) Lidande, hopp och livsmod. I: Jahren Kristoffersen, N (red) *Grundläggande omvårdnad del 3*. Stockholm: Liber AB, s 157-205.
- Lange, M et al, (2008) Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology Nursing Forum*, 35(6) 955-959.
- Loftus, L A (1998) Student nurses' lived experience of the sudden death of their patients. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 641-648.
- Lyckander, S (2001) Kommunikation med vårdtagare och närstående. I: Fridegren, I & Lyckander, S (red) *Palliativ vård*. Stockholm: Liber AB, s 42-53.
- Mathisen, J (2005) Livets slut. I: Jahren Kristoffersen, N (red) *Grundläggande omvårdnad del 3*. Stockholm: Liber AB, s 271-317.
- Ottosson, H & Ottosson, J-O (2007) *Psykiatriboken*. Nacka: Liber AB.
- Papadatou, D et al (2002) Greek nurse and physician grief as a result of caring for children dying of cancer. *Pediatric Nursing*, 28(4) 345-352.
- Payne, SA et al (1998) A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4) 700-706.

- Polit, D & Beck, C (2006) *Essentials of Nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott.
- Purnell, M & Mead, L (2007) When nurses mourn: layered suffering. *Journal of Human Caring*, 11(2), 47-52.
- Rashotte, J & Chamberlain, M (1997) Pediatric intensive care nurses and their grief experiences: a phenomenological study. *Heart and Lung*, 26(5) 372-386.
- SBU (1993) *Literature Searching and Evidence Interpretation for Assessing Health Care Practices*. Report: No 119E. Statens beredning för medicins utvärdering: Stockholm.
- SBU (1999) *Evidensbaserad omvårdnad vid behandling av personer med schizofreni*. Rapport nr 4. Statens beredning för medicins utvärdering: Stockholm.
- SFS (1998:531) Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.
- SFS (1996:933) Förordning om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården.
- SOSFS (1996:29) *Socialstyrelsens Föreskrifter och allmänna råd om vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Spencer, L (1994) How do nurses deal with their own grief when a patient dies on an intensive care unit, and what help can be given to enable them to overcome their grief effectively? *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1141-1150.
- SSF (2000) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svarre, H M (2001) Empati – det empatiska förhållningssättet i praktiken. I: Kaasa, S (red) *Palliativ behandling och vård*. Lund: Studentlitteratur, s 61-64.
- Willman, A m fl (2006) *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Worden, J W (2006) *Sorgerådgivning och sorgeterapi*. Svenska Institutet för Sorgbearbetning.
- Yam, B et al (2001) Caring for dying infants: experiences of neonatal intensive care nurses in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 651-659.

BILAGOR

- Bilaga 1.1: Granskningsprotokoll för kvalitativa studier.
- Bilaga 1.2: Granskningsprotokoll för kvantitativa studier.
- Bilaga 2: Artikelmatriser.

Bilaga 1.1

Granskningsprotokoll för kvalitativa studier

Syfte tydligt beskrivet:

Typ av studie:

Urval:

Antal:

Yrkeserfarenhet:

Tillräckligt stort urval för datamätnad?

Bortfallsredovisning:

Metod: Datainsamling:

Analys:

Tydligt beskrivet:

Tydligt redovisat resultat:

Validitet (att det mäts som är sagts ska mätas och undviker systematiska fel):

Reliabilitet (noggrannhet, sammanhang & överrensstämmelse, repeterbart, undviker slumpmässiga fel):

Generaliserbart resultat:

Sammanfattande intryck av studien:

Bilaga 1.2

Granskningsprotokoll för kvantitativa studier

Syfte tydligt beskrivet:

Typ av studie:

Urval:

Antal:

Yrkeserfarenhet:

Tillräckligt stort urval för datamätnad?

Bortfallsredovisning:

Metod: Datainsamling:

Analys:

Tydligt beskrivet:

Tydligt redovisat resultat:

Validitet (att det mäts som är sagt ska mätas och undviker systematiska fel):

Reliabilitet (noggrannhet, sammanhang & överrensstämmelse, repeterbart, undviker slumpmässiga fel):

Signifikant resultat:

Generaliserbart resultat:

Sammanfattande intryck av studien:

Bilaga 2 Artikelmatriser

Författare, År, Land	Hopkinson et al, 2005 England	Kvalitet II
Syfte	Undersöka hur nyligen examinerade sjuksköterskor hanterat att vårda döende personer på akutsjukhus medicin- avdelning.	
Metod	Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats utförd 1999 på två sjukhus i norra England. Strategiskt urval. Semi-strukturerade personliga intervjuer. Bandinspelade, transkriberade och kategoriserade efter tema med analysmetod enligt Wolcott och Van Manen.	
Deltagare (bortfall)	n = 28 (4) Ålder 21-44 md: 23 år Arbetat > 2 månader men < 3 år En (1) manlig sköterska, övriga kvinnor	
Resultat	<p>Coping strategier: relationer: till patient och anhöriga och därigenom få feedback på sitt arbete. Till kollegor som delar erfarenheter och förstår. Resurser: delat ansvar. Förberedelse genom information om patientens tillstånd. Göra sig upptagen med andra arbetsuppgifter för att undvika påfrestande situationer. Humor tillsammans med kollegor. Regler för hur man pratar med patient/anhöriga för att undvika att inte veta vad de ska säga. Lärande genom erfarenhet, revision av tankar kring döden. Kontrollerat känslomässigt engagemang. Personliga regler och måttstockar för hur de hanterade situationer kring döden ökar sköterskornas säkerhet.</p> <p>Kombinationer av coping strategierna efter behov och situation användes.</p>	

Författare, År, Land	Brysiewicz, 2002 Sydafrika	Kvalitet III
Syfte	Utforska vilken påverkan det har på sjuksköterskans dagliga liv att konfronteras med döden, både yrkesmässigt och privat.	
Metod	Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats genomförd i Durban, Sydafrika. Ändamålsenligt urval. Semi-strukturerade personliga intervjuer, tre/deltagare. Bandinspelade och transkriberade, kategoriserade efter tema manuellt och med hjälp av kvalitativa verktyget NUD*IST 4 (Non-numerial Unstructured Data Indexing Searching & Theorizing).	
Deltagare (bortfall)	n = 7 (ej redovisat) Arbetat > 1 år på akutmottagning	
Resultat	<p>Känslor: misslyckande, svek, inkompetens, panik, skuld, ilska, motsägelsefulla känslor, sorg, stress, spänningar, svår oro inför vissa patientfall, flash-backs.</p> <p>Coping strategier: stängt av känslorna, härdat sig. Distansering, undvikande av situation. Gjort sig upptagna med andra arbetsuppgifter.</p>	

Författare, År, Land	Yam et al, 2001 Kina	Kvalitet II
Syfte	Utforska erfarenheter hos neonatal-sköterskor av att vårda döende spädbarn, deras uppfattning om palliativ vård och vilka faktorer som påverkar deras omvårdnad.	
Metod	Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats från Hong Kong. Bekvämlighetsurval. Intervjuer med öppna frågor. Pilottestad. Bandinspelade och transkriberade, kategoriserade efter tema. Analys enligt metod av Morse & Field. Ordagrann översättning från kantonnesiska till engelska av en av författarna. För validitet översatt tillbaks till kinesiska av oberoende översättare.	
Deltagare (bortfall)	n = 10 (ej redovisat) Ålder: 26-40 år Arbetat > 3 år inom neonatal-specialitet. Alla deltagare var kvinnor.	
Resultat	<p>Känslor: sorg, hjälplöshet, ilska, motsägelsefulla känslor, visste inte vad de skulle säga till föräldrarna – saknade ord, rädda för att säga ”fel”.</p> <p>Coping strategier: distansering, gjorde sig upptagna med andra arbetsuppgifter. Undvikande av för nära personlig kontakt med patient/anhöriga. Lärde sig acceptera det oundvikliga i att barnen dog.</p>	

Författare, År, Land	Rashotte & Chamberlain, 1997 Kanada	Kvalitet II
Syfte	Beskriva de erfarenheter av sorg sjuksköterskor inom barnakutvård upplever när deras patienter dör och hur de hanterar känslorna.	
Metod	Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. Strategiskt urval. Semi-strukturerade intervjuer. Bandinspelade, fältanteckningar gjorda direkt efter intervjun. Transkriberade och kategoriserade efter tema med hjälp av Field & Morse verktyg. Deltagarna gavs därefter tillfälle vid ytterligare en intervju att kontrollera att de blivit rätt uppfattade.	
Deltagare (bortfall)	n = 6 Fem (5) stycken sköterskor bad uttryckligen om att inte bli utvalda till att delta trots att de ansåg undersökningen viktig att utföra, då de kände att det var ett för svårt och känsligt ämne att tala om. Arbetat 2-20 år. En (1) manlig sköterska, övriga kvinnor	
Resultat	<p>Känslor: sorg, ledsen, lättnad över att lidandet fick ett slut, tomhet, sårbarhet, ilska, skuld. Känslorna upplevdes som svårare när en patients död inte överensstämde med sjuksköterskans tankar om hur döden borde infinna sig. Svåra händelser var svåra att glömma.</p> <p>Coping strategier: prata om sina känslor med kollegor eller vänner. Humor – ofta galghumor - tillsammans med kollegor. Göra något roligt för sig själv på fritiden. Känna att det fått avsluta kontakten med patientens familj på ett bra sätt. Hitta balans mellan empati och sympati i relationen till patient/anhöriga. Personliga gränser för hur sorgen fick uttryckas. Reflektion över de egna känslorna gjorde sköterskorna medvetna om dem och underlättade hanteringen. Erfarenhet gjorde att känslorna ändrade sig över tid och det blev lättare att klara av påfrestningar</p>	

Författare, År, Land	Iranmanesh et al, 2008 Iran	Kvalitet II
Syfte	Utforska attityder till döden och vård av patienter i livets slut bland sjuksköterskor i Iran.	
Metod	Kvantitativ tvärsnittsstudie. Datainsamling gjord under maj och juni 2007. Deltagande sjuksköterskor valdes från två sjukhus av avdelningschef . Frågeformulär DAP-R (attityd till döden) och FATCOD (attityd till att vårda döende) översatta från engelska till farsi, och tillbaka igen av två professionella översättare. Pilotstudie för att kontrollera översättningens reliabilitet. Analys med deskriptiv statistik.	
Deltagare (bortfall)	n = 116 (6) Ålder 20–50år m: 33 år 58 % arbetat < 2 år med palliativ vård 81 % kvinnor	
Resultat	<p>Har neutral/relativt positiv syn till att ge palliativ vård och stöttning till patient/anhöriga (FATCOD m = 3,55 av 5) men vill inte prata om eller undervisa dem om döden. Vill inte att patient/anhörig ska delta aktivt i vården. Har svårt att ge ärliga svar till patienten om hans/hennes tillstånd (FATCOD m = 2,94 av 5).</p> <p>4,15 av 5 svarade i FATCOD att de skulle känna sig obekväma om de kom in på en obotligt sjuk patients rum som var ledsen och grät.</p> <p>”Döden är en befrielse från smärta och lidande” har ett medelvärde på 4,01 och ”Döden utgör ett sätt att undkomma denna hemska värld” har medelvärde 4,13, båda från DAP-R formuläret, skala 1-7.</p> <p>De sjuksköterskor som såg döden som en naturlig del av livet (DAP-R m = 6,14 av 7) och som en väg till livet efter detta, hade lättare att ge vård till döende än de som inte hade detta synsätt. De som upplevde rädsla för döden hade en negativ attityd till att ge palliativ vård.</p>	

Författare, År, Land	Lange et al, 2008 USA	Kvalitet II
Syfte	Undersöka hur sjuksköterskor inom cancervård känner inför döden och om det finns samband mellan deras attityder och demografiska faktorer.	
Metod	Kvantitativ tvärsnittsstudie från ett cancer center i New York. Datainsamling pågick hela år 2006. Bekvämlighetsurval, alla sjuksköterskor som anmälde sitt intresse fick delta. Frågeformulär DAP-R (attityd till döden) och FATCOD (attityd till att vårda döende). Deskriptiv statistik för analys.	
Deltagare (bortfall)	n = 355 (ej redovisat) 36 % 30-39 år > 74 % arbetat 5 år eller mer 93 % kvinnor	
Resultat	<p>DAP-R's genomsnittliga resultat gick från undvikande (2,54 av 7) till neutral attityd till döden (5,59 av 7).</p> <p>FATCOD visade ett genomsnitt på 4,30 av 5 vilket indikerar en stark positiv attityd till vård av döende patienter.</p> <p>Samband fanns mellan ålder och attityd till döden och att vårda döende. Mer erfarna sköterskor hade lättare att se döden som en befrielse från en smärtfylld tillvaro än mindre erfarna, $p = 0,001$.</p> <p>Mer erfarenhet gav signifikant högre poäng på FATCOD än mindre erfarenhet ($p < 0,0001$), medan mindre erfarna fick högre poäng på "rädsla" ($p = 0,05$) och "undvikande" ($p < 0,0001$) i DAP.</p> <p>Mindre erfarna sköterskor hade mer negativa attityder, större rädsla för döden och undvek tankar på döden så mycket som möjligt.</p>	

Författare, År, Land	Papadatou et al, 2002 Grekland	Kvalitet II
Syfte	Utforska sorgprocessen och jämföra subjektiva erfarenheter mellan sjuksköterskor och läkare som ger vård till barn döende i cancer i Grekland.	
Metod	Tvärsnittsstudie samt Grounded Theory ansats. Två sjukhus i Aten. Individuella semistrukturerade intervjuer, därefter formulär med påståenden att rangordna från 1-10. Dessa analyserades med kvantitativ metod. Ansats utifrån Grounded Theory användes i analys av intervjuerna.	
Deltagare (bortfall)	n = 30 varav 16 sköterskor (bortfall ej redovisat) Medelålder 34 år En (1) manlig sköterska, övriga kvinnor.	
Resultat	<p>Känslor: hjälplöshet och vanmakt inför lidandet och det oåterkalleliga i döden. Sorg, ledsen, ilska, flash-backs om speciellt svåra händelser. Upplevde att de saknade ord i kommunikationen med barnen och deras föräldrar om det svåra att barnen var döende. Orättvisa i att ett barn skulle dö, svårt finna någon mening i detta. Oväntade dödsfall, barn som hade svåra plågor eller som sköterskan lärt känna väl upplevdes som mest påfrestande att vara med om.</p> <p>Coping strategier: kontroll över känslorna – hålla tillbaka dem och undvika tanke på dem. Fokusera på arbetsuppgifter. Undvikande av jobbiga situationer. Distansering.</p>	

Författare, År, Land	Spencer, 1994 England	Kvalitet III
Syfte	Undersöka hur sjuksköterskor som jobbar på intensivvårdsavdelning hanterar sin egen sorg när en patient dör, samt om de känner att de får tillräckligt stöd från kollegor och ledning. Om inte, i vilken form de skulle tycka hjälp var dem till störst nytta.	
Metod	Tvärsnitts- samt fenomenologisk studie. Pilotstudie gjord för att testa formuläret och för att ge forskaren mer erfarenhet i intervjuteknik. Bekvämlighetsurval, alla sjuksköterskor på en intensivvårdsenhet i norra England. Tio av dessa valdes även ut till en semistrukturerad personlig intervju. Deskriptiv statistisk analys användes till formulären, intervjuerna analyserades manuellt.	
Deltagare (bortfall)	n = 51 (20) Yrkeserfarenhet: 6 st < 2 år, övriga längre tid 41 kvinnor, 9 män	
Resultat	<p>Känslor: svaren från formuläret visade att 100 % kände sorg. Ilska och chock var vanligt (78,4 respektive 80,4 %). 41,2 % svarade skuld. Femtio av de 51 deltagarna svarade lättnad, men tyvärr gavs inte möjlighet att förklara svaren på enkäten.</p> <p>Genom intervjuerna framkom vilka faktorer som hade inverkan på känslorna: hur väl sköterskan kände familjen – ju närmare desto svårare, hur mycket personalen diskuterat patientens vård – mycket gjorde det lättare att acceptera de egna känslorna, om det tagits beslut eller inte om att behandlingen skulle avslutas och om sköterskan som tagit hand om patienten hade tid att ta hand om kroppen så respektfullt som hon önskade när patienten dött.</p> <p>Coping strategier: Frågan hur de hanterade sina känslor i samband med ett dödsfall var en öppen fråga. Prata med kollegor var det vanligaste sättet, 43 %, men även att prata med någon annan hjälpte (27,5 %). Femton stycken av de 51 (29,4 %) deltagarna svarade att de på olika sätt stängde av sina känslor exempelvis genom att avfärda dem med att det ingick i jobbet eller fortsatte bara arbeta. Gråta var ett sätt att uttrycka och ge utlopp för känslorna.</p>	

