

# EXAMENSARBETE

*Våren 2010*

*Sektionen för Hälsa och Samhälle  
Omvårdnad*

## **Sjuksköterskans förhållningssätt till döden och döendet i vården**

**Författare**

Paula Molin

Alexia Sorkine

**Handledare**

Marina Sjöberg

**Examinator**

Sören Augustinsson

# Sjuksköterskans förhållningssätt till döden och döendet i vården

Författare: Paula Molin och Alexia Sorkine

Handledare: Marina Sjöberg

Litteraturstudie

Datum: 2010-06-07

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Varje år dör cirka 95 000 personer i Sverige, de flesta dör efter en längre tids sjukdom och vårdas sin sista tid i livet på särskilt boende eller i det egna hemmet. Sjuksköterskan kommer att stöta på dödsfall i olika situationer under hela sitt yrkesverksamma liv. Sjuksköterskor tillhör en yrkesgrupp som löper stor risk att konfronteras med känsloladdade möten och extrema situationer. Kunskap om vad som påverkar sjuksköterskor och hur de förhåller sig till döden och döendet kan främja en mer öppen och medveten attityd i vårdarbetet.

**Syfte:** Att belysa hur sjuksköterskor förhåller sig till döden och döendet i vården, samt vad som påverkar dem i deras förhållningssätt.

**Metod:** Allmän litteraturstudie genom databassökningar.

**Resultat:** Sjuksköterskor förhåller sig till döden som värdig eller ovärdig. Erfarenhet och tid påverkar sjuksköterskors förhållningssätt i vårdarbetet. Känslomässig balans mellan närhet och distans var viktigt för sjuksköterskorna och deras förhållningssätt till döendet och döden påverkades av existentiella frågor och acceptans. Ett empatiskt förhållningssätt eftersträvades. Sjuksköterskor bearbetar händelser och reflekterar framförallt med hjälp av informellt stöd.

**Konklusion:** Sjuksköterskor förhåller sig till döden och döendet olika, de använder sig av medvetna och omedvetna bemärstringsstrategier, så kallad problemfokuserad och emotionsfokuserad coping.

Nyckelord: Döden, döendet, förhållningssätt, coping.

# Nurses attitude toward death and dying in care

Author: Paula Molin and Alexia Sorkine

Supervisor: Marina Sjöberg

Literature review

Date: 2010-06-07

## Abstract

**Background:** Every year, around 95 000 people dies in Sweden. Most die after a prolonged illness, and care for their last time in the life in specific residential or in their own home. Nurses will encounter death in various situations throughout their working lives. Nurses pertains a professional group which extend a big risk with emotional confrontation and extreme situations. Knowledge about what effect them and how they approach death and dying, can improve a more open and aware attitude in the nursing care.

**Aim:** To illuminate nurses attitude toward death and dying in care, as well as what affect them in their approach.

**Method:** General literature review by database searches.

**Result:** Nurses approach death as worthy or unworthy. Experience and time affect nurses` attitude in health care work. Emotional balance between proximity and distance was important, the existential questions and acceptance affected nurses in their idea of dying and death. They pursue an emphatic approach. Nurses processes events and reflect mainly using informal support.

**Conclusion:** Nurses has different attitude towards death and dying, they use conscious and unconscious compensation strategies, also known as problem-solving and emotions-solving coping.

Keywords: Death, dying, attitude, coping

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	<b>6</b>
Döden i vården .....	6
Sjuksköterskans förhållningssätt.....	7
Problematisering .....	8
<b>SYFTE</b> .....	<b>8</b>
<b>METOD</b> .....	<b>8</b>
Design .....	8
Urval.....	8
Datainsamling .....	9
Bearbetning och analys .....	9
Etiska övervägande och undersökningens betydelse .....	9
<b>RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
Värdig och ovärdig död .....	10
Erfarenhet .....	11
Tid.....	12
Känslomässig balans .....	12
Närhet och distans .....	13
Acceptans .....	14
Meningsfullt engagemang.....	14
Vikten av stöd .....	16
Formellt stöd.....	16
Informellt stöd .....	16
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>17</b>
Metoddiskussion .....	17
Resultatdiskussion.....	19
Konklusion .....	22
<b>REFERENSER</b> .....	<b>23</b>

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

## BAKGRUND

Ur ett existentiell- filosofiskt perspektiv börjar döendet samma ögonblick som man föds (Feigenberg, 1976). Begreppet *döden* är det tillstånd som inträder när livet upphört, och själva *döendet* kan förklaras som en process som i sitt slutskede leder till tillståndet *död*. Allt liv har ett slut och därför är döden och döendet en naturlig del av livet. Ändå är det för de flesta ett svårt och känsligt ämne som alla hanterar och reagerar olika inför. Mer eller mindre medvetet finns hos de flesta av oss en dödsångest av olika slag och varierad intensitet. Existentiella frågor kring döden och döendet ses på olika sätt beroende av religion, etnicitet och kultur (a.a). Eftersom sjuksköterskor ständigt möter död, döende och sorg i sitt arbete borde det kanske vara självklart att de har ett naturligt förhållande till det mänskliga livets slut, men naturligtvis påverkas sjuksköterskan både privat och professionellt av den dagliga konfrontationen med lidande och död i sitt arbete (Shuster, 2006). Sjuksköterskor tillhör en yrkesgrupp som löper stor risk att konfronteras med känsloladdade möten och extrema situationer. De kommer i nära kontakt med människor som är starkt beroende av dem, och de måste dagligen konfronteras med lidande, fysiska och psykiska sjukdomstillstånd och död. Att våga möta den döende patienten innebär även att våga möta sig själv och den egna sårbarheten. Detta är en utmaning, och en aspekt som varje sjuksköterska bör vara medveten om. Kunskap om vad som påverkar sjuksköterskor och hur de förhåller sig till döden och döendet kan främja en mer öppen och medveten attityd i vårdarbetet.

### *Döden i vården*

Varje år dör cirka 95 000 personer i Sverige, de flesta dör efter en längre tids sjukdom och vårdas sin sista tid i livet på särskilt boende eller i det egna hemmet (Jakobsson, Andersson & Öhlen, 2009). Cirka 25 % av dem är över 85 år (a.a). Enligt Socialstyrelsen (2003) inträffar cirka 40 % av dödsfallen på sjukhus, medan cirka 15 % inträffar i hemmet. Olyckor och självmord orsakar de flesta dödsfallen utanför institutioner (a.a).

Sjuksköterskan kommer att stöta på dödsfall i olika situationer och olika miljöer under hela sitt yrkesverksamma liv (Jakobsson, Andersson & Öhlen, 2009). Ibland sker dödsfall plötsligt och under dramatiska omständigheter, detta bör sjuksköterskor vara förberedda på oavsett vilken patientgrupp de vårdar. Det går aldrig att förutsäga den exakta tidpunkten för ett dödsfall, men när en patient dör efter en längre tids sjukdom eller på grund av hög ålder, är

dödsfallet i de flesta fall väntat och på så sätt lättare att förutsäga. Sjuksköterskan och övrig omvårdnadspersonal har då haft möjlighet att förbereda sig själv, patienten och anhöriga, genom att ge information, smärtlindring och stöd (a.a). Vid så kallade förväntade dödsfall kan läkaren fastställa att döden har inträtt utan att själv se den döde (Socialstyrelsens Föreskrifter och allmänna råd, 1996), en förutsättning är då att läkaren kan basera fastställandet på en undersökning som har gjorts av en sjuksköterska (a.a). Enligt hälso- och sjukvårdslagen ingår det i hälso- och sjukvårdens ansvar att ta hand om den avlidna (SOU 2000:6). Efter dödsögonblicket har de ett ansvar att med respekt och omtanke ta hand om den döda kroppen tills dess att den omhändertas av annan instans (a.a).

Dödsfall är en officiell händelse (Olsson, Geels & Kide, 2008). Det är i första hand de närmsta anhöriga som ska få beskedet om att någon har avlidit, beroende på vilken vårdform patienten har vårdats kan denna uppgift ligga i sjuksköterskans ansvarsområde. Även andra som kan tänkas beröras av dödsfallet bör bli underrättade, det kan gälla grannar, medpatienter eller personer som på annat sätt har varit nära den avlidna. Information får då endast innehålla när och var, men inte hur eller under vilka omständigheter personen dött (a.a).

### *Sjuksköterskans förhållningssätt*

Helhetssyn och etiskt förhållningssätt genomsyrar kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (2005). Det innebär att visa omsorg och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet, samt att visa förståelse och uppmärksamma patientens sjukdomsupplevelse och lidande (a.a). Att känna till hur en människa vill ha det när livet närmar sig sitt slut och att handla utifrån den döendes önskan kan vara en bra grund för god vård (SOU 2000:6). En förutsättning för att sjuksköterskor ska känna meningsfullhet och trygghet i sitt arbete är att de får möjlighet att bearbeta sina tankar, känslor och reaktioner (a.a). De åtgärder en person använder sig av för att hantera påfrestande händelser kallas med ett gemensamt begrepp för coping (Lundin, Benkel, de Neergaard, Johansson & Öhrling, 2009), och kan beskrivas som den anpassningsstrategi en person använder sig av för att bemästra en svår situation (Kalfoss, 2002). Den amerikanske psykologen Richard Lazarus delar in copingbegreppet i två huvudstrategier, den problemfokuserade och den emotionsfokuserade (Lazarus & Folkman, 1984). Problemfokuserad copingstrategi innebär ett aktivt försök att lösa ett problem eller förändra en situation, ett exempel kan vara att söka

vägledning och stöd från kollegor. När sjuksköterskor använder sig av emotionsfokuserad coping kan de fly från obehagliga situationer genom att sysselsätta sig med andra uppgifter för att slippa undan de egna svåra känslorna. Var och en av oss har sin egen personligt präglade copingstil som har formats i samband med tidigare copingförsök sedan barndomen (a.a).

### *Problematisering*

Som sjuksköterska är det naturligt att känna skuld, förtvivlan och sorg (SOU 2000:6). Många har själv varit med om händelser i livet som de inte haft möjlighet att bearbeta, vilket kan skapa oro, ångest och rädsla inför att delta i vården av en döende människa (a.a).

Sjuksköterskan ska kunna hjälpa människor vid livets slut oavsett om döden är väntad eller oväntad. Att vårda sjuka och att möta döden är svårigheter som varje sjuksköterska måste ha ett medvetet förhållande till. Vårdandet av en patient som ska dö kan vara särskilt krävande, en av de viktigaste uppgifterna i detta möte är att vara medmänniska och förhålla sig professionellt. Det ställer krav på kunskap och erfarenhet, men det ställer även sjuksköterskan inför frågor om livets mening och vår existens.

## **SYFTE**

Syftet med litteraturstudien är att belysa hur sjuksköterskor förhåller sig till döden och döendet i vården, samt vad som påverkar dem i deras förhållningssätt.

## **METOD**

### *Design*

Detta är en allmän litteraturstudie, vilket innebär en bred sökning efter vetenskapliga artiklar för att ta reda på kunskapsläget inom det valda området (Segersten, 2006). Majoriteten av artiklarna har en kvalitativ ansats eftersom de ska beskriva sjuksköterskans förhållningssätt, men en del artiklar med kvantitativ ansats har ingått i studien då de besvarade syftet (a.a).

### *Urval*

Inklusionskriterierna var sjuksköterskor som arbetar eller har arbetat med patienter över 18 år inom all form av sjukvård. Författarna har valt att begränsa sig till vårdandet av vuxna. För att



få ett brett perspektiv och för att kunna se skillnader i olika förhållningssätt har artiklar från hela världen använts, ett krav var att de skulle vara skrivna på engelska. Artiklar som var skrivna ur övrig vårdpersonal, barn och anhörigas perspektiv exkluderades.

### *Datainsamling*

Datainsamlingen har skett genom sökningar i databaserna PubMed, Cinahl och PsycInfo. En artikel hittades genom en manuell sökning via referenslistan i en annan studie. Sökorden utformades för att besvara syftet och användes i olika kombinationer. Huvudsökord som användes var; *death*, *nurse* och *coping*. En del av sökorden trunckerades (Bilaga 1). Artiklar som inte fanns tillgängliga i fulltext beställdes via Kristianstad Högskolas bibliotek.

Artiklarna har kvalitetsbedömts utifrån Willman och Stoltz, (2002) granskningsprotokoll för studier med kvalitativ och kvantitativ metod. (Bilaga 2). Det innefattar ett antal frågor om artiklarnas syfte, urval, bortfall, metod och huvudfynd. Kvalitetsbedömningen gjordes för att granska, värdera och tolka artiklarnas innehåll. En sammanfattande bedömning av artiklarna gjordes för att avgöra om kvaliteten var bra, medel eller dålig (a.a).

### *Bearbetning och analys*

Bearbetning och analys har gjorts enligt följande steg; de valda studierna lästes igenom av båda författarna flera gånger för att få uppfattning om de svarade till syftet (Friberg, 2006). Därefter identifierades likheter och skillnader i studiernas resultat, och de delar som svarade till syftet översattes och skrevs in i ett eget dokument. Meningar som hörde ihop markerades med färger, sorterades efter innebörd och delades upp i stycken var för sig. Styckena lästes ett flertal gånger, därefter namngavs styckena och huvudteman skapades. En del tema fick subteman. Kompletteringar fick göras genom att återigen läsa de delar i artiklarna som valts ut (a.a).

### *Etiska övervägande och undersökningens betydelse*

Artiklarna som ingått i studien var granskade av etiska kommittéer innan de publicerades. Författarna till denna uppsats har varit väl medvetna om sin förförståelse och sitt eget sätt att tolka texterna, och har under hela arbetets gång haft detta i åtanke genom att förhålla sig objektivt till innehållet i artiklarna. Litteraturstudien kan ha betydelse för blivande sjuksköterskor på så sätt att de kan bli mer förberedda på vad de

kommer stöta på i sin kommande yrkesprofession. Studien kan få betydelse för erfarna sjuksköterskor genom att de får en inblick i hur andra sjuksköterskor kan uppleva döden och döendet i sjukvården. Studiens resultat kan även användas som grund för att handleda studenter och sjuksköterskor, samt som ett underlag till diskussioner kring ämnet.

## RESULTAT

Hur sjuksköterskan förhåller sig till döden och döendet och vad som påvekar dem i deras förhållningssätt presenteras i löpande text. Resultatet presenteras i fyra huvudteman; Värdig och ovärdig död, Känslomässig balans, Meningsfullt engagemang och Vikten av stöd.

### *Värdig och ovärdig död*

När patienten dog fridfullt med familjen runt sig kände sjuksköterskorna att det var lättare att förhålla sig till döden som värdig och god (Shorter & Stayt, 2010). Att patienter fick dö i lugn och ro utan smärtor var mycket viktig för sjuksköterskorna (Costello, 2006). En sjuksköterska beskrev en äldre patients död som en välsignelse och lättnad eftersom patienten var svårt sjuk och inte vid medvetande den sista tiden innan hon dog. Att vara organiserad och väl förberedd på patientens död gjorde det mindre dramatiskt och mer kontrollerbart. När döden var väntad kunde sjuksköterskan planera, göra överenskommelser och förbereda sig för att utesluta familjens oro och funderingar kring den palliativa vården, vilket i sin tur eliminerade stressfaktorer (a.a). Sjuksköterskorna beskrev hur sättet de hanterade vårdandet av döende hade förändrats över tiden, de menade att erfarenhet hade lett till personlig utveckling genom egen praktik, observation och rådfrågning (Hopkinson, Hallet & Luker, 2005). Sjuksköterskorna menade att vid ett väntat dödsfall uppstod det mindre negativa känslor, vilket gjorde döden lättare att hantera och då förhöll de sig till döden som värdig (Shorter & Stayt, 2010).

*”If someone dies peacefully, whit their family round them, you feel that it’s a dignified good death.”* (Shorter & Stayt, 2010, s.162)

I Costello (2006) studie ansåg sjuksköterskorna att tidpunkten på dygnet eller i vilka sammanhang patienten dog, var avgörande för hur de förhöll sig till dödsfallen. Den ovärdiga döden karaktäriserades av begränsad kontroll över de kommande händelserna. En död som innebar att patienten dog i outhärdliga smärtor, lämnade en känsla av skuld över att inte ha kunnat lindra lidandet (a.a). De patienter som dog utan att vara tillräckligt smärtstillade eller som var kopplade till slangar och tuber i en enda röra dog inte fridfullt enligt sjuksköterskorna (Shorter & Stayt, 2010). Vissa sjukdomstillstånd var svårare att förhålla sig till än andra, en del fysiska tillstånd påverkade döendeprocessen på ett sätt som gjorde patientens död ovärdig (Payne, Dean & Kalus, 1998). En sjuksköterska upplevde sig oprofessionell när patienter dog plötsligt, det kändes oorganiserat och då kunde hon inte förhålla sig till döden som värdig (Shorter & Stayt, 2010).

*”I wish we had done more in terms of giving sedation and pain relief. The family watched him die in agony. It was such a shame – surely we could have done more? He was in pain and we were not quick enough to respond – it was a really bad death.”* (Costello, 2006, s.599)

## **Erfarenhet**

Sjuksköterskor som hade spenderat mer tid med döende patienter visade en mer positiv attityd till att vårda döende jämfört med de som hade spenderat mindre tid (Dunn, Otten & Stephens, 2005; Lange, Thom & Kline, 2008). Äldre sjuksköterskor med lång erfarenhet visade sig ha mindre negativa tankar kring döden (a.a). De äldre sjuksköterskorna i Lange et al. (2008) hade en tendens att se på döden på ett naturligt sätt, de varken välkomnade eller fruktade döden. Genom att lära sig av erfarenheter förändrade sig sättet att ta hand om döende över tiden (Hopkinson et al. 2005). Varje nytt möte med en patient gav ovärderlig erfarenhet och kunskap som i sin tur gav fördelar inför nästa möte (Wallerstedt & Andershed, 2007). Kunskap grundad på erfarenhet hjälpte sjuksköterskan att förhålla sig till döende patienter på ett mer positivt sätt (Hopkinson et al. 2005). Att föreställa sig själv eller en familjemedlem i patientens situation och använda sina egna erfarenheter för att veta hur de ska handla mot andra begränsade osäkerheten vid vårdandet av döende (a.a).

*“From my own experience, if someone dies then you want time on your own with them. So it`s putting yourself in their shoes and you think what would I want”* (Hopkinson et al. 2005, s.129)

## **Tid**

Brist på tid och resurser var något som påverkade sjuksköterskorna negativt. Att jobba med människor innebär att det inte alltid går att planera och fördela tiden (Wallerstedt & Andershed, 2007). Om patienten dog på natten kändes det mer naturligt och fridfullt (a.a), men i Wallerstedt och Andershed (2007) studie tyckte sjuksköterskorna att det kändes bättre när patienten dog dagtid då det fanns mer personal på avdelningen. Att vårda döende skapade känslor av vrede, frustration och hjälplöshet (Hopkinson, 2002). Frustrationen kunde bero på att det fanns för lite tid att erbjuda vård med bra kvalitet. En sjuksköterska upplevde hjälplöshet eftersom hon kände att det alltid fanns något mer hon kunde ha gjort för patienten (a.a). När det fanns flera döende patienter samtidigt var det svårt att ge tillräckligt med tid för varje patient (Wallerstedt & Andershed, 2007). Det fanns alltid för lite tid och utrymme för att kunna ge patienten bra omvårdnad (a.a). Även i Payne et al. (1998) studie påtalade sjuksköterskorna att bristen på tid ledde till sämre omvårdnad.

*”Sometimes there are periods when you have many (dying patients). And you really don´t want to have more than one (at a time), then you have your hands full.”* (Wallerstedt & Andershed, 2007, s.37)

## **Känslomässig balans**

Sjuksköterskor hade svårt för att släppa taget om patienter som de varit djupt involverade i och som de identifierat sig med (Wallerstedt & Andershed, 2007). På liknande sätt beskrev sjuksköterskorna i Hopkinson (2002) studie frustrationen över att inte kunna släppa taget om patienter och deras anhöriga. De kände sig dumma inför sina kolleger och ville inte visa hur involverade de hade blivit i patienten (a.a). Att ha kontroll över sitt känslomässiga engagemang var viktigt för att ha en bra balans mellan närhet och distans (Hopkinson et al. 2005). Ett annat sätt var att distrahera sig genom att göra andra saker eller försöka se humorn i en situation, detta var en känslomässig flykt för att lätta på stressen och slippa upprörande

tankar (a.a). Att utveckla sin kunskap gav en känsla av trygghet och större insikt i livets mening, vilket skapade positiva tankar om framtiden (Wallerstedt & Andershed, 2007). Genom att regelbundet utsättas för döden blev det som en normal del av livet och det dagliga arbetet (a.a). Äldre och erfarna sjuksköterskor såg döden som en möjlighet att fly från en smärtsam existens och accepterade döden som en naturlig verklighet oftare än de yngre sjuksköterskorna (Dunn et al. 2005; Lange et al. 2008).

### **Närhet och distans**

Tidigare svåra upplevelser i möten med döende patienter skapade stor oro i vårdandet (Hopkinson, 2002), men genom att hålla en känslomässig distans kompromissade sjuksköterskorna svårigheterna med att vårda döende (Hopkinson et al. 2005). Trots att de ansåg att detta var mycket viktigt hade de svårt att förklara hur de kunde styra denna balans, men att kunna kontrollera detta berodde på hur mycket erfarenhet de hade av att vårda döende patienter. En kristen sjuksköterska ville inte blanda in sin egen tro i vårdandet och hon ville inte veta vilken religion patienten tillhörde, därför höll hon en personlig distans genom att kontrollera sin involvering i patienten (a.a).

Att knyta ett band till patienten kunde utveckla starka känslomässiga reaktioner när patienten dog, men detta band var nödvändigt för att utföra en god och meningsfull omvårdnad (Shorter & Stayt, 2010). Känslor av otillräcklighet, sorg och förlust var vanligt när en patient dog, då förlorade sjuksköterskan styrkan att kämpa (Wallerstedt & Andershed, 2007). Dessa känslor hanterades med att sjuksköterskorna använde sig av känslomässig fränkoppling, antingen genom att skilja på sin privata personlighet och sin yrkesprofession, eller genom att erbjuda sig själv ett egenskydd som rättfärdigade att de distanserade sig känslomässigt (Shorter & Stayt, 2010).

*”Because you can’t get too emotional about things really – it makes me sound really cold... but a lot of the time, you do have to keep a distance in a way, because death happens so often on our unit. You’d be an emotional wreck if you let it bother you or affect you all the time.”* (Shorter & Stayt, 2010, s.164)

## **Acceptans**

Sjuksköterskorna i Dunn et al. (2005) studie tyckte inte att döden var ett ämne man skulle undvika, de accepterade döden som en verklighet i det naturliga livet och ansåg att döden var antingen god eller dålig. De såg inte döden som en flykt från världen utan som ett sätt att slippa smärta och lidande. Att se fram emot livet efter döden och tron på att komma till himlen efter döden var ett sätt att acceptera (a.a). Religiösa sjuksköterskor visade mer acceptans till att döden var en ingång till ett bättre liv efter döden (Braun, Gordon & Uziely, 2010).

I Payne et al. (1998) studie visade det sig att hospicesjuksköterskor var mer bekväma med döden än akutssjuksköterskor och de undvek döden i mindre utsträckning.

Akutsjuksköterskorna visade sig mer bekymrade över sin egen död jämfört med hospicesjuksköterskorna. De ansåg att det fanns mindre positiva sidor av döden och tyckte i mindre utsträckning att döden var en befrielse. Arbetet med döende hade hjälpt en av hospicesjuksköterska med att acceptera och respektera den fina gräns som fanns mellan rädsla och fascination kring döden (a.a).

*”There is a fine line between being frightened and fascinated by death...*

*Working here had helped me in that respect.”* (Payne et al. 1998, s 704)

Att tala om livet efter döden var ingen orsak till rädsla, men tanken på sin egen död var en källa till oro och ångest (Dunn et al. 2005). För sjuksköterskorna i Braun et al. (2010) studie betydde rädslan att de undvek och hade svårare för att acceptera döden. Sjuksköterskor som hade mer negativa tankar kring döden visade sig undvika att tänka på döden och såg inte det som slutet på ett lyckligt liv (a.a). Många sjuksköterskor i Hopkinson et al. (2005) studie såg en nytta i att omvärdera sina tankar kring vad som kommer att hända med döende patienter, genom att förändra det personliga idealet och tankarna om det ideala sättet att dö blev det lättare att acceptera döden.

## ***Meningsfullt engagemang***

Sjuksköterskor i Mok och Chiu (2004) studie tillgodosåg patienternas behov med en holistisk synsätt genom att ta hand om deras fysiska, psykosociala och andliga behov. De ville vara

uppmärksamma på patienternas verbala och overbala behov och erbjuda bekvämlighet utan att de bett om det (a.a). Att vårda krävde ett stort engagemang som hade både positiva och negativa sidor. Genom ambition och engagemang kände sjuksköterskan sig välbekant med döden, vilket gav förutsättningar till positivt förhållningsätt (Wallerstedt & Andershed, 2007). Målet var att patienten skulle må så bra som möjligt och få den bästa möjliga vården, att kunna tillfredsställa patientens önskan var en drivande kraft (a.a). När patienter var döende ville sjuksköterskorna erbjuda dem både fysisk och psykisk bekvämlighet (Costello, 2006). De ville även kunna möta deras religiösa behov genom att erbjuda vård utifrån patienternas önskemål och personliga tro (a.a).

Genom att vara pålitlig, tillgänglig och lyssna på patientens djupare känslor hade sjuksköterskorna ett empatiskt förhållningsätt (Mok & Chiu, 2004). Sjuksköterskor strävade efter att empatisera med sina patienter och detta gjorde dem genom att föreställa sig själv i deras ställe (Shorter & Stayt, 2009). Att empatisera med sina patienter tillät dem att utveckla ett personligt band och ett meningsfullt engagemang (a.a). Genom att vara med patienter som är nära döden fick sjuksköterskan att känna meningsfullhet i sitt eget liv (Mok & Chiu, 2004).

*”... I stayed with him, gave him support by telling him I would be around if he needed help. I saw him become more relaxed. Whenever he was in fear and sorrow, I took the initiative to be with him, listened to his feelings, or was just there, and encouraged him, and I found he was changed.”* (Mok & Chiu, 2004, s.480)

Sjuksköterskor hade ett stort ansvar i att involvera läkare och se till att patienten blev behandlad väl, detta skapade förutsättningar för att sjuksköterskan skulle känna meningsfullhet i sitt arbete (Wallerstedt & Andershed, 2007). Det var en tillfredsställelse att kunna ge något speciellt till en sjuk person och fullfölja deras önskan (a.a). Positiv feedback från patienter och släktingar var bevis på ett bra jobb vilket fick sjuksköterskorna att känna meningsfullhet (Hopkinson et al. 2005). För att behålla eller återställa den personliga bekvämligheten reflekterade sjuksköterskorna över hur det egna välbefinnandet var beroende av att ha gett komfort till andra (a.a).

## *Vikten av stöd*

För lite support från chefer och andra medarbetare var något som påverkade sjuksköterskornas förhållningssätt, detta påverkade deras fysiska mentala hälsa och skapade en tuff arbetsmiljö (Wallerstedt & Andershed, 2007). Upprepade möten med döende patienter och många dödsfall skapade frustration och stress som ledde till utmattning (Hopkinson, 2002). En sjuksköterska tyckte inte att det fanns tillfälle att diskutera oroligheter och uttrycka känslor när hon kände sig arg över att patienten inte fått den bästa vården. Hon önskade att det fanns mer tid under överlämnandet av patienten vid arbetspassets slut. Det var svårt att hitta någon att prata med som visade intresse och sympati (a.a). Genom att prata med andra i form av formella och informella samtal (Shorter & Stayt, 2009), fick de hjälp med att hantera sina negativa känslor (Hopkinson, 2002).

## **Formellt stöd**

Det formella stödet fanns tillgängligt i form av debriefing (Shorter & Stayt, 2009). Enligt Payne et al. (1998) studie hade både hospicesjuksköterskorna och akutsjuksköterskorna tillgång till handledning och debriefing på sina arbetsplatser. Till skillnad från akutsjuksköterskorna kände hospicesjuksköterskorna att de kunde prata med alla sina arbetskamrater, de pekade på att hospice är en stödjande miljö där det är tillåtet att gråta och visa känslor (a.a). Sjuksköterskorna i Hopkinson (2002) använde överrapporteringen som ett forum för debriefing och som ett tillfälle att uttrycka sina känslor. När sjuksköterskor kände att de inte kunde använda sig av formellt stöd diskuterade de sina tankar och känslor i informella sammanhang istället (a.a).

## **Informellt stöd**

I Shorter och Stayt (2009) beskrevs det informella stödet som konversationer med arbetskamrater. Spontana samtal i personalrummet användes i terapeutiskt syfte. Trots att det fanns tillgång till debriefing så föredrog sjuksköterskorna att diskutera döden i informella sammanhang (a.a). Akutsjuksköterskor som kände att de kunde prata med kollegor beskrev att de var tvungna att själv söka upp de arbetskamraterna som de hade en nära vänskaplig relation med (Payne et al. 1998). Detta framkom även i Hopkinson (2002). Sjuksköterskan delade sina tankar med dem som kände likadant och förstod hennes frustration (a.a). Ångesten inför att tala med döende motiverade sjuksköterskorna att tänka om i vårdandet genom att



prata med andra erfarna sjuksköterskor som delade samma upplevelser och uppfattningar (Hopkinson et al. 2005).

*“Listening to people who had been nursing a long time helped, because they still had the same feelings or fears that I had then. So that was good, because it didn't make me feel like...there was something wrong with me and I was useless.”* (Hopkinson et al. 2005, s.129)

Att inte prata innan de gick hem för dagen innebar att de fick ta med sig sina tankar och känslor hem (Hopkinson, 2002). De fick då ventilera sig hemma med familjen (a.a.). Majoriteten av sjuksköterskorna i Payne et al. (1998) studie hade någon att prata med hemma.

## **DISKUSSION**

### *Metoddiskussion*

De databaserna som sökningarna gjordes i anses tillräckligt omfattande eftersom de innehåller artiklar inom ämnena omvårdnad och psykologi. Huvudsökorden som användes ansågs vara relevanta för att hitta artiklar som besvarade syftet, dock fick många olika kombinationer göras. Trunkering användes vid söktillfällena för att möjliggöra träffar på dokument som innehåller ordets olika böjningsformer, detta resulterade i fler träffar. En sökning med sökordet *”attitude”* som inte använts tidigare gjordes i en databas i slutet av arbetets gång, detta anses inte påverka studien nämnvärt eftersom endast en relevant artikel hittades där. Att syftet inte varit helt klart under arbetets gång påverkade val av sökord och artiklar. Detta kan ses som en svaghet och kan ha påverkat resultatet på så sätt att relevanta artiklar som svarar på det slutgiltiga syftet kan ha missats. Det var inte självklart i artiklarnas titel att de svarade till syftet, men efter att ha läst abstrakten ansåg författarna att de var användbara till resultatet.

Artiklar som var skrivna på annat språk än engelska kunde inte användas, därför kan studier som svarade på syftet ha missats. Att det inte alltid finns en direkt översättning från engelska till svenska betyder att ord och meningar kan ha fått en annan men liknande betydelse. Detta anses inte ha påverkat resultatet eftersom det handlar om väldigt få ord och

meningar som inte kunde översättas ordagrant, innebörden har enligt författarna blivit densamma.

I studien användes både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Hur mycket innehåll som använts från de olika artiklarna skiljer sig åt. En del av artiklarna svarade mer på syftet att belysa sjuksköterskans förhållningssätt, andra svarade mer på vad som påverkade dem i deras förhållningssätt. De kvantitativa studiernas resultat användes i mindre utsträckning än de kvalitativa. I de kvalitativa artiklarna beskrevs sjuksköterskors känslor och tankar, vilket innebar att det var lättare att förstå och sätta sig in i artiklarnas innehåll. Detta underlättade läsningen och analysen av resultatet. De kvantitativa artiklarna gav mer konkreta och kortfattade resultat. I alla de kvantitativa studierna användes samma mätinstrument; FATCOD Scale (Frommelt, 1991) och DAP-R (Wong, Reker & Gesser, 1994) vilket gör resultatet trovärdigt eftersom dessa har visat sig ha en hög reliabilitet.

Författarna ville varken bevisa något eller prova någon hypotes. Förförståelsen anses inte ha påverkat resultatet på grund av ett öppet, neutralt och objektivt förhållningssätt när artiklarna analyserades och bearbetades. Bearbetning och analys av artiklarna gjordes dels tillsammans, dels var för sig. Artiklarnas resultat diskuterades innan en sammanställning gjordes. Detta ses som en styrka i arbetet eftersom det minskade risken att missa viktiga delar som svarade till syftet.

Det var få manliga deltagare i studierna, detta har en naturlig förklaring då majoriteten av sjuksköterskor är kvinnor. Om studierna haft ett urval med endast manliga sjuksköterskor, kunde resultatet sett annorlunda ut eftersom män och kvinnors förhållningssätt möjligtvis skiljer sig. Artiklarna har ett brett representativt urval av sjuksköterskor med olika erfarenhet, i olika åldrar och från olika institutioner. Studierna som använts till resultatet kom från olika delar av världen, bland annat från Kina, Israel och USA och det visade sig innebära kulturella skillnader i förhållningssätt. Dock är detta en viktig aspekt eftersom vi idag lever i ett mångkulturellt samhälle. Det är nödvändigt att ta hänsyn till överförbarheten eftersom existentiella frågor kring döden och döendet ses på olika sätt, därför förhåller sig sjuksköterskor sig olika beroende på religion, etnicitet och kulturell bakgrund. Giltigheten i studien är relativt hög. Resultatet

anses giltigt i de delar av världen som studierna representerar och där döende vårdas av sjuksköterskor inom olika former av sjukvård.<sup>1</sup>

## *Resultatdiskussion*

Fyra fynd kommer att lyftas i diskussionen. Dessa fynd anses av författarna vara viktiga för hur sjuksköterskor förhåller sig till döden och döendet.

Ett av fynden var att den känslomässiga balansen var viktig för sjuksköterskorna. De hade svårt att förklara detta men de försökte hitta en bra balans mellan närhet och distans. Närheten förklarades av sjuksköterskorna i Shorter och Stayt (2010) studie som ett särskilt band som de knöt mellan dem själva och patienten, detta band var nödvändigt för att kunna utföra en god och meningsfull omvårdnad. För att kunna hantera de reaktioner som följde efter att en patient avlidit kompenenserade de närheten genom känslomässig fränkoppling. Lazarus och Folkman (1984) menar att denna emotionellt fokuserade copingstrategi har till syfte att reducera obehagliga känslor.

Emotionellt orienterad coping kan i vissa situationer betraktas som ett sätt att undvika eller fly undan obehag och problem (Lazarus & Folkman, 1984). Sjuksköterskorna i Hopkinson et al. (2005) studie gjorde detta genom att distrahera sig med andra arbetsuppgifter, andra försökte istället se humorn i en situation som ett sätt bagatellisera allvaret. Känslomässig coping används i princip alltid omedvetet, det är en så kallad passiv strategi (Lazarus & Folkman, 1984). Emotionellt fokuserade strategier är ofta ineffektiva, men i speciella situationer där omständigheterna inte går att förändra blir denna form av coping ändamålsenlig eftersom den hjälper sjuksköterskan att stå ut i extrema situationer (a.a). En lyckad copingprocess ökar sjuksköterskans självförtroende, vilket i sin tur ökar förmågan att motstå eller lösa framtida kriser (Brattberg, 2008). Sjuksköterskor som har en effektiv copingförmåga har en positiv attityd till sig själva och omgivningen, de har också en optimistisk livssyn (a.a). Människans förmåga till coping är en process som pågår under hela livet, centralt i denna process är förmågan att lära, bearbeta erfarenheter och utvecklas som människa (Lazarus & Folkman, 1984).

---

<sup>1</sup> Kerstin Blomqvist Kristianstad Högskola, föreläsning den 11 Maj 2010.

Ett annat fynd var att sjuksköterskornas existentiella syn och kulturella bakgrund var faktorer som påverkade deras förhållningssätt. Religiösa sjuksköterskor visade mer acceptans till att döden var en ingång till ett bättre liv efter döden (Braun et al. 2010). Att acceptera döden och känna sig tillfreds med den hade i studien en stark koppling till den existentiella synen på liv och död. För större delen av jordens befolkning är religionen en självklar del av livet (Brattberg, 2008). Tidigare har religionens kollektiva förklaringsmodeller hjälpt människor att hantera existentiella frågor, men i vårt sekulariserade samhälle behöver var och en skaffa sig egna förklaringsmodeller. Svaren på de existentiella frågorna får sjuksköterskan i sin livssyn och livsförståelse. Livssynen är i sin tur präglad av det sociala och kulturella sammanhang hon eller han lever i (a.a).

En uppfattning om vad döden är i förhållande till livet har växt fram ur olika kulturer (DeMarinis, 1998). Hur man ser på döden och behandlar döende människor beror på den kulturella synen på döden. Om en kultur accepterar döden och ser den som livets oundvikliga slut behandlas de döende som levande människor in i det sista, men i de kulturer där döden ses som en inre förnekelse kan det bli svårare att acceptera. Många kulturer har förändrat sitt tänkande genom tiden, nya människor flyttar in och detta leder till att många ändrar sin syn på livet och döden (a.a). Sverige är numera ett mångkulturellt land. Här arbetar och bor människor från hela världen, alla med olika religion och olika sätt att se på livets slut. Sjuksköterskor i Sverige måste vara beredda på att möta patienter och medarbetare från andra kulturer. Detta betyder att vi kan lära av varandra, bredda våra referensramar och öppna våra sinnen inför de existentiella frågorna. De måste även vara medvetna om de svårigheter som de kanske stöter på i mötet där kulturer krockar.

Ett tredje fynd i studien var att flera sjuksköterskor strävade efter att empatisera med sina patienter. Det empatiska förhållningssättet gav dem tillfredställelse och meningsfullhet i deras arbete. Sjuksköterskorna i Wallerstedt och Andershed (2007) studie menade att målet var att patienten skulle må så bra som möjligt och den drivande kraften var att kunna tillfredsställa patientens önskan. Det sjuksköterskorna i studien uttrycker handlar mycket om viljan att ge en god vård och finnas till. För dem som har ambitionen att bemöta en döende människa med känslomässig inlevelse och respekt är det nödvändigt att förstå och uppmärksamma dennes

känslor och behov (Albertsson & Torstensson Nimby, 1999). Begreppet empati kan beskrivas som förmågan att förstå och sätta sig in i en annan människas känsla och situation (Svårdson, 1999). Alla har olika förmåga att känna empati, men de som väljer att arbeta som sjuksköterskor har förmodligen en högre nivå av empatisk förmåga och medmänsklighet. Empatins betydelse inom vården har betonats tidigt i omvårdnadssammanhang och har en stark inverkan på samspelet mellan vårdare och patient (Svårdson, 1999). Den empatiska förmågan har en central roll i den professionella hållningen och grundar sig på erfarenhet, kunskap och självkänedom, vilket förutsätter vissa grundläggande funktioner hos den som vårdar (Holm, 2001). Under sjuksköterskeutbildningen får studenter möjlighet att reflektera över empatins betydelse för patienten, vilket är en viktig del i den professionella hållningen i mötet.

Det sista fyndet som författarna vill lyfta är det mentala stödet från chefer och medarbetare, vilket sjuksköterskorna uttryckte som mycket viktigt. Detta stöd visade sig vara en bristvara enligt många sjuksköterskor i studien, men att få stöd och vägledning i arbetet var viktigt för alla sjuksköterskorna. De flesta sjuksköterskorna i vår studie föredrog den informella formen av stöd, de sökte sig till arbetskamrater som de kände sig trygga med och delade sina tankar med. Att prata på raster och i personalrummet i terapeutiskt syfte är en form av omedveten men nödvändig coping. Det informella stödet är en form av problemfokuserad coping som vårdpersonal använder sig av omedvetet för att hantera vad de upplevt. Problemfokuserad coping har till syfte att hantera stressutlösande situationer och öka sjuksköterskans handlingsförmåga, genom till exempel söka information, vägledning och stöd (Lazarus & Folkman 1984).

Många stressfulla situationer inbegriper andra människor (Brattberg, 2008). Därför måste coping ske i ett socialt sammanhang, som en del av en dynamisk social process (a.a). Debriefing är tänkt att användas som ett informellt samtal med kollegor för att gemensamt gå igenom tankar och för att till exempel förebygga onödiga efterreaktioner (Dyregrov, 2003). Många som arbetar inom vården försöker hålla distans till påfrestande situationer genom tillfällig bortträngning direkt efter händelsen. En del behöver prata direkt efter situationen, andra efter en dag eller till och med flera veckor efter en jobbig händelse (a.a). Det är därför strukturerad handledning är viktigt eftersom där kan sjuksköterskan träffas tillsammans med

sina arbetskamrater och en extern handledare för att få utrymme att reflektera över svårigheter i arbetet (Lundin et.al, 2009). Här har sjuksköterskan möjlighet att kunna diskutera och reflektera kring det som känns angeläget. Handledare och andra deltagare kan tillsammans hjälpa till att komma fram till olika strategier på hur problemet kan hanteras på bästa sätt (a.a.). Trots att det finns mycket litteratur om hur kring handledning och debriefing så är det inte troligt att det används på alla arbetsplatser, detta kanske kan förklaras av ekonomiska prioriteringar och brist på tid.

## **Konklusion**

Sjuksköterskors referansram, det vill säga deras bakgrund, erfarenhet och värderingar, har stor betydelse för hur de hanterar livet och hur de ser på döden. De förhåller sig till döden och döendet på olika sätt och använder sig av medvetna och omedvetna bemästringsstrategier. Vilka förutsättningar de har och vad som påverkar dem är av stor betydelse. Både yttre och inre faktorer påverkar sjuksköterskors förhållningssätt. De viktigaste inre faktorerna är deras känslomässiga balans och den empatiska förmågan. Stödet från arbetskamrater, chefer och familj är en yttre faktor som påverkar sjuksköterskors förhållningssätt. Deras existentiella syn samt deras egen och patientens kulturella bakgrund avgör också hur de förhåller sig till döden och döendet i vården.

## REFERENSER

Albertsson, M. & Torstensson Nimby, G. (1999). I Arlebrink, J. (Red), *Döden och döendet. Etiska, exentiella och psykologiska aspekter*. Lund: Studentlitteratur

Brattberg, G. (2008). *Att hantera det ohanterbara. Om coping*. Stockholm: Värkstaden

Braun, M., Gordon, D. & Uziely. (2010). Associations Between Oncology Nurses Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients. *Oncology Nursing Forum*, 37, (1), 43-49.

Buijssen, H. (1998). *Sjuksköterskans utsatthet. Att hantera traumatiska upplevelser i arbetet*. Stockholm: Natur och Kultur.

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

DeMarinis, V. (1998). *Tvärkulturell vård i livets slutskede. Att möta äldre personer med invandrabakgrund*. Lund: Studentlitteratur.

Dunn, K.S., Otten, C. & Stephens, E. (2005). Nursing Experience and the Care of Dying Patients. *Oncology nursing forum*, 32, (1), 97-104.

Dyregov, A. (2003) *Psykologisk debriefing*. Lund: Studentlitteratur.

Feigenberg, L. (1976). *Döden i sjukvården*. 3 uppl. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsovård.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. 4 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Frommelt, K.H. (1991). The effect of death education on nurses` attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 8, (3), 37-43.

Holm, U. (2001). *Empati – att förstå andra människors känslor*. 2 uppl. Stockholm: Natur och Kultur.

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

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

Jakobsson, E., Andersson, M. & Öhlen, J. (2009). Livets slutskede – välbefinnande och död. I Friberg, F. & Öhlen, J (Red.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (pp. 327-354). Lund: Studentlitteratur.

Kalfoss, M.H. (2002). Mötet med lidande och döende patienter – sjuksköterskans möte med sig själv. I Almås, H. (Red.), *Klinisk omvårdnad del 1* (pp. 48-64). Lund: Studentlitteratur.

*Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [Elektronisk resurs]*. (2005). Stockholm: Socialstyrelsen.

Tillgänglig på Internet:

[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Läst: 2010-02-11. Klockan: 12.34



Lange, M., Thom, B. & Kline, N. (2008). Assessing Nurses` Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Comprehensive Cancer Center. *Oncology Nursing Forum*, 35, (6), 955-959.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lundin, A., Benkel, I. de Neergaard, G. Johansson, B-M. & Öhrling, C. (2009). *Kurator inom hälso- och sjukvård*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Mok, E. & Chiu, P.C. (2004). Nurse-patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 48, (5), 475-483.

Olsson, I., Geels, A. & Kide, P. (2008). *Döden. I ett socialt, kulturellt och religiöst perspektiv*. Viken: Moris.

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

Segesten, K. (2006). Att välja modell för sitt examensarbete. I Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (pp. 85-88) 4 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Shorter, M. & Stayt, L.C. (2010). Critical care nurses` experiences of grief in adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 66, (1), 159-167.

Shuster M. (2006). *Profession och existens. En hermeneutisk studie av asymmetri och ömsesidighet I sjuksköterskors möte med svårt sjuka patienter*. Göteborg: Daidalos AB.

*Socialstyrelsens Föreskrifter och allmänna råd om vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården [Elektronisk resurs]*. (1996). Stockholm: Socialstyrelsen.

Tillgänglig på Internet:

<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/1996-29>

Läst: 2010-02-10. Klockan: 15.04

*SOSFS 2003:12. Dödsbevis och dödsorsaksintyg. Stockholm: Socialstyrelsen.*

*SOU 2000:6. Döden angår oss alla - värdig vård vid livets slut. Stockholm: Socialdepartementet*

Svärdson, Å. (1999). *Empati och samspel. Studier ur ett sjuksköterskeperspektiv. Stockholm: HLS Förlag.*

Wallerstedt, B. & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal. Of Caring Sciences*, 21, 32-4.

Willman, A & Stoltz, P (2002). *Evidensbaserad. Lund: Studentlitteratur.*

Wong, T.P., Reker, G.T. & Gesser, G. (1994). Death attitude profile- revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. I R.A Neimeyer (Red.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation and application* (pp. 121-148). Washington, DC: Taylor and Francis.

## Bilaga 1

### Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
100202	Pubmed	To face death AND nurses	Human.All Adult.	fritext	1465 42	Svarar ej till syftet. Ej ssk perspektiv	
100202	Pubmed	Event of death AND nurses AND experiences	Human. All Adult.	fritext	10	Svarar ej till syftet. Ej ssk perspektiv	3. Dying well: nurses experiences of good and bad deaths in hospital
100202	Pubmed	Death AND nurses AND cope	Human. All Adult.	fritext	23	Svarar ej till syftet. Ej ssk perspektiv	9. Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital?
100202	Pubmed	Cope AND dying AND nurses	Human. All Adult	fritext	8	Svarar ej till syftet. Ej ssk perspektiv	
100202	Pubmed	Dying AND nurses AND experiences AND hospital	Human. All Adult.	fritext	82 46	Svarar ej till syftet. Ej ssk perspektiv	16. Nursing experience and the care of dying patients
100203	Cinahl	Nurse*	Human. All Adult.	fritext		Svarar ej till syftet.	

		AND dying AND coping			33	Ej ssk perspektiv	1. Critical care nurses experience of grief in an adult intensive care unit 26. A comparative study of death anxiety in hospice end emergency nurses.
100203	Cinahl	Nurse* AND death AND grief	Human. Adult.	fritext	81	Svarar ej till syftet. Ej ssk perspektiv	8. Associations between oncology nurses attitudes toward death and caring for dying patients
100208	Academic search elite	Experiences AND caring AND dying	Human. Adult.	fritext	63	Svarar ej till syftet. Ej ssk perspektiv	18. Caring for dying patients outside palliative care settings: experiences from a nursing perspective 31 Nurse-patient relationships on palliative care 42. The hidden benefit: the supportive function of the nursing handover for qualified nurses caring for dying people in hospital
100501	Psyk-Info	Death	Human. Adulthood	fritext		Svarar ej till syftet.	

		AND Attitude AND Nurse And Coping			127 30	Ej ssk perspektiv	9. Assessing Nurses` Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Comprehensive Cancer Center
--	--	---	--	--	-----------	-------------------	---

## Bilaga 2

### Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
M. Braun D. Gordon B. Uziely Israel 2010	Associations between oncology nurses attitudes toward death and caring for dying patients	Att undersöka förhållande mellan onkologsjuksköterskors attityd till döden och vården av döende patienter.	147 israelsiska sjuksköterskor. Bekvämlighets urval, medlemmar i Israeli Oncology Nurses Society  Tre frågeformulär användes; FATCOD scale, DAP-R scale, och ett demografiskt frågeformulär utformat av författarna.	Deskriptiv statistik Data analyserades med SPSS version 11.5.	Sjuksköterskorna visade ett positivt förhållningssätt till vårdandet av döende. Det var en skillnad på undvikandet av döden, rädsla för döden och accepterandet.	Medel
J. Costello England 2006	Dying well: nurses experiences of good and bad deaths in hospital	Att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av död och döende.	29 sjuksköterskor. Bekvämlighets urval.  Djupgående intervjuer	Betydelsemässig analys användes för att identifiera den djupa strukturen som formade en del av kulturella kommunikationen, som ett sätt att förstå hur sjuksköterskor fann mening med döden. Data kategoriserades i god och dålig död.	De olika erfarenheterna av döden beror på möjligheten att ha kontroll över döendeprocessen. God respektive dålig död fokuserar mindre på patientens behov och döendeprocessen och mer på själva dödsögonblicket och sjuksköterskans förmåga att hantera verksamhetens krav.	Medel
K. Dun. C. Otten E. Stephens USA 2005	Nursing experience and the care of dying patients	Att undersöka förhållande mellan demografiska variabler och	58 sjuksköterskor på onkolog och medicin/ kirurgisk avdelning.  Frågeformulär med tre	Deskriptiv statistik. Tvådimensionell korrelationsanalys. Datan analyserades med SPSS.	De flesta visar en positiv attityd till att vårda döende patienter. Sjuksköterskor som har spenderat mer tid med terminalt sjuka patienter visar mer positiva	Bra

		sjuusköterskors attityder till döden och vårdandet av döende patienter.	mätninginstrument, en demografisk översikt, FATCOD scale och DAP- R scale.		attityder. Statistiska signifikanta skillnader fanns mellan vissa demografiska variabler.	
J. Hopkinson England 2002	The hidden benefit: the supportive function of the nursing handover for qualified nurses caring for dying people in hospital	Att undersöka sjuusköterskans upplevelse av att vårda döende personer på medicinavdelning, för att identifiera vad som kunde hjälpa dem i vårdandet.	28 sjuusköterskor.  Icke direktiva semi-strukturerade intervjuer.	Intervjuerna bandinspelades, transkriberades och sammanfattades. Svaren bildade ett mönster utifrån deltagarnas upplevelser. Den kvalitativa analysen gjordes med hjälp av Wolcott och Van Manen.	Två viktiga funktioner vid överlämnandet. Det första var att de såg överlämnandet som ett forum att diskutera åsikter och uttrycka känslor. Det andra en källa till information som de kunde basera sina beslut och handlingar på.	Bra
J.B Hopkinson C.E. Hallett K.A. Luker England 2005	Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital?	Att undersöka hur nyexaminerade sjuusköterskor hanterar vårdandet av döende patienter på akuta medicinavdelningar. För att bättre förstå hur	28 sjuusköterskor från två akutsjukhus som har arbetat mindre än tre år deltog.  Ostrukturerade intervjuer med samma inledningsfråga, därefter följdes intervjun med öppna frågor .	Intervjuerna transkriberades och sammanfattades. Svaren bildade ett mönster utifrån deltagarnas upplevelser. Den kvalitativa analysen gjordes med hjälp av Wolcott och Van Manen.	Sjuusköterskornas berättelser avslöjade många saker som hjälpte dem i deras arbete med döende patienter. Resultatet presenteras utifrån kategorierna; förhållande, resurser, lära sig av erfarenheter, kontrollerat engagemang, mätningar, ombearbeta synen på det ideala sättet att dö och personlig komfort.	Bra

		sjuusköterskor kan bli stöttade i att ge vård med kvalitet.				
M. Lange, B Thom & N. Kline USA 2008	Assessing Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Comprehensive Cancer Center	Syftet är att fastställa hur anställda sjuusköterskor på ett cancer center känner för döden och vårda döende patienter och undersöka finns några bidragande faktorer mellan deras förhållning och demografiska förhållande	355 onkolog sjuusköterskor  Frågeformulären FATCOD, DAP-R och demografiska frågor användes.	Deskriptiv statistik  Använde sig av test-retest metod på 18 sjuusköterskor för att se reabiliteten på FATCOD- skalan DAP-R med 32-item skala som är indelad i fem underrubriker , användes för att kunna mäta förhållningssättet gentemot döden.	Det var en stor skillnad hur man förhöll sig till döden som berodde på vilken åldersgrupp man tillhörde. De yngre undvek mer döden. Ålder, vilken erfarenhet och hur länge man jobbat hade betydelse till hur förhållningssättet var till döden.	Bra
E. Mok P.C. Chiu Kina 2004	Nurse-patient relationships on palliative care	Att undersöka aspekter av förhållandet mellan sjuusköterskor och patienter i palliativ vård.	10 hospicesjuusköteskor och 10 patienter i terminalvård.  Kvalitativa ostrukturerade intervjuer	Intervjuerna transkriberades. Den transkriberade data lästes flera gånger för att hitta de uttalanden eller fraser som särskilt avslöjande det fenomen eller den upplevelsen som författarna ville undersöka. Systematisk och tematisk analys av texterna.	Sjuusköterskor som utvecklade ett förhållande byggt på tillit vårdade med ett holistiskt synsätt genom att visa förståelse för patientens lidande, vara uppmärksamma på patientens overbala behov, erbjuda komfort utan att ha blivit tillfrågade, vara pålitliga, kompetenta och hängivna i sin vård.	Bra
S.A Payne S.J Dean C. Kalus	A comparative study of death anxiety in	Att jämföra hospice- och akutssjuusköter	43 sjuusköterskor (23 palliativ och 20 akutsjuusköterskor)	Frågeformulär och Semi- strukturerade intervjuer	Hospicesjuusköterskorna hade lägre dödsångest. 20% av akut sjuusköterskorna hade inte	Bra



England 1997	hospice and emergency nurses.	skors dödsångest och coping	Frågeformulär och semi-strukturerade	Data från frågeformuläret fördes över på ett kalkylblad genom att använda Statistical Package for Social Scientists. Svararen kodades och analyserades med Student's t-test. Intervjuerna transkriberades och kategoriserades.	möjlighet att diskutera problem med kollegor.	
M. Shorter L.C. Stayt England 2009	Critical care nurses experience of grief in an adult intensive care unit	Att studera intensivsjuksköterskors erfarenheter av sorg och deras copingmekanismer när en patient dör.	8 kvinnliga intensivsjuksköterskor  Semi-strukturerade frågor	Intervjuerna bandinspelades och transkriberades ordagrant. Datainsamlingen analyserades med hjälp av Colaizzi's sjustegsmodell. De teman som identifierades lästes av deltagarna för att kontrollera att deras uttalande var korrekt förstådda.	En patients död visades sig vara mindre traumatisk om sjuksköterskan upplevde som god. Informella samtal med kollegor beskrevs som en form av coping. Sjuksköterskorna visade tecken på att normalisera döden, och de beskrev hur dem känslomässigt frångick sig från döende patienter.	Bra
B. Wallerstedt & B. Andershed Sverige 2007	Caring for dying patients outside palliative care settings: experiences from a nursing perspective	Att beskriva sjuksköterskors upplevelse att vårda svårt sjuka och döende patienter utanför palliativa vårdmiljön.	9 sjuksköterskor  Intervjuer med öppna frågor	De bandinspelade intervjuerna transkriberades ordagrant. Analysen gjordes i fyra steg enligt Giorgi. Kontexten av intervjuerna delades sedan in i tre huvudteman.	Beskriver sjuksköterskornas höga ambitioner att ge döende patienter vård av hög kvalitet. De upplevde stöd, tid och resurser och otillräckligt samarbete som otillfredsställande. De upplevde tillfredsställelse genom kontakt med patienter och genom den kunskap, erfarenhet och personliga mognad som vårdandet hade gett dem.	Bra