

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2010:50

Döden, en naturlig avslutning på livet
Stresshantering inom den palliativa vården

Helena Nissen & Maria Sällman



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

| Uppsatsens titel: Döden, en naturlig avslutning på livet
Stresshantering inom den palliativa vården

Författare: Helena Nissen & Maria Sällman

Ämne: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Kurs: SSK01

Handledare: Lennart Magnusson

Examinator: Helen Elden

Sammanfattning

Sjuksköterskor inom palliativ vård behöver på ett effektivt sätt hantera stressorer för att hindra att patienterna påverkas av sjuksköterskans stressreaktioner och för att förebygga utmattningssyndrom och 'compassion fatigue'. Vårt syfte har därför varit att undersöka vilka strategier som sjuksköterskor använder för att hantera de stressorer de utsätts för i palliativ vård. För att undersöka detta har vi gjort en litteraturstudie av vetenskapliga artiklar med kvalitativ metod för att hitta essensen i dessa. Vi har i vår litteraturstudie av artiklar inom området funnit tre huvudkategorier; *Att sätta gränser*, *Att ha en tillåtande miljö omkring sig*, och *Att finna mening i livet*. Sjuksköterskan behöver gränser på olika sätt, bland annat för att hitta en balans mellan att bli allt för engagerad och att inte vara tillräckligt engagerad för att göra ett bra jobb. I resultatet visas att det finns flera olika sätt att känna sig stöttad på. Främst verkar det ändå som att det är stöd från kollegorna och inom arbetsgruppen som är viktigt. Att känna att de gör ett meningsfullt arbete och att vara till hjälp för någon är också viktigt. Detta säger sig sjuksköterskorna kunna uppnå bland annat genom att ta hand om sig själva och att se på döden som ett naturligt avslut av livet och i en del fall till och med se döden som god. Vi tycker det vore intressant att se mer forskning om vad det har för betydelse för välbefinnandet vilket sätt man väljer att hantera stressorerna inom den palliativa vården på.

Nyckelord: Palliativ vård, vårdrelation, vårdlidande, copingstrategier, döden.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Den palliativa vården	1
Det palliativa vårdprogrammet i Sjuhärad	2
Sjuksköterskan i den palliativa vården	2
Stress och stressorer	3
Att hantera stress	4
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	4
METOD	4
RESULTAT	6
Att sätta gränser	7
Att finna sin egen balans	7
Att undvika stressande situationer	8
Att få ett avslut	9
Att vara en del av en flexibel organisation kan minska stressen	9
Att få utrymme att reflektera över sin yrkesroll	9
Att ha en tillåtande miljö omkring sig	10
Att ha ett bra klimat i arbetsgruppen skapar trygghet	11
Att dra lärdom av sina och andras erfarenheter	12
Humor – ett sätt att lätta på spänningarna	13
Att få känna sorg	14
Att ha en privat frizon	14
Att prata med nära och kära avlastar stressen	15
Att ta hand om sig själv	15
Att få styrka från patienterna och deras närstående	16
Att finna mening i livet	16
Att känna glädje i livet	17
Att ha ett palliativt fokus ger trygghet	17
Att se sitt arbete som ett privilegium	18
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	20
Klinisk betydelse	21
Förslag på framtida forskning	22
REFERENSER	23
Bilaga	24

INLEDNING

*Vad får människan ut
av all sin möda under solen?
Släkte går och släkte kommer,
jorden är evigt densamma.
Solen går upp och solen går ner,
så skyndar den tillbaka
till platsen för sin uppgång.
Vinden blåser åt söder,
så slår den om mot norr,
ständigt slår vinden om,
slår om och vänder igen.
Alla floder flyter mot havet,
men havet blir aldrig fullt.
Dit floderna har vandrat
vandrar de alltid på nytt.
Inga ord räcker till,
ingen kan utsäga allt.
Ögat blir aldrig mätt på att se,
örat får aldrig nog av att höra.
Vad som har varit kommer att vara,
vad som har skett skall ske igen.
Det finns ingenting nytt under solen.
Säger man om något: "Det här är nytt!"
så har det ändå funnits före oss,
alltsedan urminnes tid.
Ingen minns de släkten som gått,
och framtida släkten skall glömmas
av dem som följer efter.*

(Predikaren, kapitel 1, vers 3-11)

Trots att livet ibland kan tyckas meningslöst är det sjuksköterskans uppgift att finna mening i meningslösheten. Det är ingen lätt uppgift för sjuksköterskan i den palliativa vården och för att klara det tror vi att det är viktigt att hon kan hitta bra strategier för att hantera den stress det innebär att arbeta med svårt sjuka, döende patienter. I vår uppsats väljer vi att hänvisa till sjuksköterskan som "hon" inte för att beskriva henne som en kvinna utan som en människa (då man vanligtvis hänvisar till människan som "hon").

BAKGRUND

Den palliativa vården

Trots att människor dött i alla tider grundades den moderna palliativa vården först på 1960-talet av den engelska läkaren Cicely Saunders. Till Sverige kom den på 1970-talet och har sedan dess vunnit mark och utövas nu på sjukhus, i särskilda boenden, i

hemsjukvård och på hospice. Begreppet hospice har dock använts sedan medeltiden men då med en annan innebörd. Då var det kloster som låg längs vandringsleder där de som blev sjuka under sin vandring fick en chans att äta och vila upp sig lite innan de vandrade vidare (Fridegren & Lyckander, 2009).

Världshälsoorganisationen (WHO, 2010) skriver att palliativ vård är vård som varken syftar till att förkorta eller förlänga livet utan handlar om att ge så god livskvalitet som möjligt för patienten och dennes närstående under den tid som finns kvar i livet. I WHO:s definition finns ingen tidsaspekt angiven utan de skriver att palliativ vård kan bedrivas parallellt med kurativ behandling.

Socialstyrelsen (2000) använder sig av WHO:s definition för att klargöra begreppets innebörd. De anser att den palliativa vården bör vila på de fyra hörnstenarna

- Symtomkontroll – att smärta och andra obehagliga symtom lindras.
- Samarbete mellan flera olika yrkeskategorier (läkare, sjuksköterskor, omvårdnadspersonal m.fl.).
- Kommunikation och relation – både inom arbetslaget och mellan vårdpersonal och patienten och dennes närstående.
- Stöd till närstående – både under vårdtiden och efter dödsfallet.

Det palliativa vårdprogrammet i Sjuhärad

Även Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad (2008), till vilket Borås hör, använder sig av de fyra hörnstenarna i sitt palliativa vårdprogram. De skriver att palliativ vård ska erbjudas till alla i livets slut. För att personalen ska kunna känna sig nöjda med sitt jobb och tillhandahålla en god vård skriver Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad att det krävs en god organisation, att personalen är välutbildad och kompetent, samt att det finns stöd för personalen när de behöver det. De skriver att ”det är inte ovanligt att personalen känner skuld, förtvivlan, hjälplöshet och sorg. Arbetsgivaren har därför ansvar för att det finns tillgång till stöd och handledning till personalen och att tid avsätts.” (s. 46).

Sjuksköterskan i den palliativa vården

Många olika faktorer påverkar sjuksköterskan i mötet med den döende patienten. Till exempel kan det röra sig om sjuksköterskans tidigare erfarenheter, både privat och professionellt. Alla har vi vår egen historia av sammanhang vi funnits i, vi är uppvuxna i en unik miljö och kultur med unika värderingar. Vi har även alla vår egna personliga historia av människor och företeelser vi stött på (Kalfoss, 2002). Allt detta bidrar till att forma oss och vår unika livsvärld – världen som vi lever i och tar för given men som

trots det till viss del är subjektiv beroende på hur vi tolkar den och vilka delar av världen som vi riktar vår uppmärksamhet mot (Bengtsson, 2005).

Mellan sjuksköterska och patient finns en speciell relation, en vårdrelation, som betecknas av att sjuksköterskan inte kan räkna med att få ut något av det för egen del. Det är detta som skiljer en vårdrelation mot en annan mellanmänsklig relation och det är problematiskt om denna skillnaden försvinner (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Enligt Dahlberg (2002) är den vanligaste formen av vårdlidande det som uppstår i relationen mellan vårdare och patient trots att den relationen syftar till att lindra lidande. Detta ger ett dubbelt lidande, patienten upplever relationen som negativ, men mister även det positiva som relationen är tänkt att ge.

Keidel (2002) skriver om olika faktorer som ökar risken för utmattningssyndrom. Vårdarens tidigare erfarenheter av döden och döendet, personliga problem som åter kommer upp till ytan, psykisk utmattning och skuld känslor. Allt detta påverkar hur bra vårdaren hanterar den stress hon möter i sitt dagliga arbete. Den beskrivningen för tankarna till att det är vårdarens livsvärld som beskrivs, men det är inget begrepp Keidel använder i sin artikel.

Payne (2001) visar att de främsta stressorerna för personalen på ett hospice är döden och döendet, att vara otillräckligt förberedd och arbetsbelastningen. Hon skriver också att det är relativt låg risk för de som arbetar på hospice att drabbas av utmattningssyndrom (enligt Nationalencyklopedin (2010) ett tillstånd av psykisk utmattning till den gräns där man bland annat inte längre förmår engagera sig). Att risken att drabbas av utmattningssyndrom är låg tror Payne (2001) beror på att hospicesjuksköterskor är bättre på att använda mer effektiva sätt att hantera sin stress på. Ett annat begrepp som förekommer i området är compassion fatigue (Keidel, 2002; Abenndroth & Flannery, 2006). Abenndroth och Flannery (2006) skriver om compassion fatigue är en stressreaktion på att hjälpa eller försöka hjälpa någon som genomlider ett trauma. Begreppet kan översättas till uttrötad medkänsla och författarna visar att de främsta riskfaktorerna för att utveckla det är stress, trauma, nervositet, livskrav och överdriven empati (då överdriven empati kan leda till svårigheter med det professionella förhållningssättet).

Stress och stressorer

Martens (2009) skriver att det finns tre antaganden om stress:

- det kan ibland vara fördelaktigt
- för mycket stress är skadligt
- stress är en oundviklig och nödvändig konsekvens av att leva.

Eftersom människan inte kan ha ett liv utan stress är det oundvikligt att stress finns även inom den palliativa vården. Stress beskrivs av nationalencyklopedin (2010) som hur kroppen reagerar på psykiska eller fysiska påfrestningar (så kallade stressorer). Det är ofta stressorerna som i dagligt tal kallas för stress.

Att hantera stress

Dahlberg *et al.* (2003) skriver att vårdarperspektivet belyses inom vårdvetenskaplig forskning för att i förlängningen kunna ge patienten en bättre vård. Ett exempel de nämner är "...vårdarens utsatthet och ohälsa på grund av stress som vi vet kan innebära konsekvenser för vårdandets kvalitet." (s.22). Kalfoss (2002) skriver att om sjuksköterskan upplever överbelastning kan detta, förutom till negativa symtom för sjuksköterskan själv, leda till att hon inte längre klarar att känslomässigt ge av sig själv och därmed erbjuder sämre vård.

Nationalencyklopedin (ne.se, 2010-03-20) beskriver betydelsen av begreppet coping som "olika strategier att hantera påfrestningar och krav". Coping hjälper oss alltså att hantera de stressorer vi utsätts för.

PROBLEMFÖRMULERING

Palliativ vård syftar till att förbättra livskvaliteten för patienten och dennes anhöriga – till skillnad från kurativ vård som syftar till att bota. Att arbeta inom den palliativa vården ställer stora krav på personlig mognad och kunskaper hos vårdpersonalen. Tyvärr har många som arbetar inom vården inte fått tillfälle att bearbeta sina egna känslor kring döden vilket kan leda till oro, ångest och rädsla. Risken finns att personal antingen har för mycket eller för lite distans till patienten om inte den inre trygghet och det professionella förhållningssätt som krävs finns. Detta gynnar varken patienten eller personalen.

Det är lätt hänt att vårdare försöker vårda till en gräns som går utöver vad deras krafter egentligen tillåter - att komma nära döden är att komma nära något gränslöst och det gör det svårt för vårdpersonal att hålla på sina gränser. Att hitta sitt eget sätt att hantera de svåra situationerna samt att veta var den egna gränsen går är därför grundläggande i arbetet med palliativa patienter.

Vår erfarenhet är att vårdpersonal måste ha strategier för att hantera de stressorer de utsätts för och det innebär att vårda palliativa patienter för att orka med och ge en bra vård, vi har med anledning av detta valt att göra denna litteratursammanställning.

SYFTE

Syftet är att beskriva den forskning som undersökt vilka strategier sjuksköterskan har för att hantera de stressorer hon utsätts för i vården av palliativa patienter.

METOD

Detta arbete är en litteraturstudie med kvalitativ innehållsanalys som design. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) innebär en kvalitativ innehållsanalys fokus på en tolkning av innehållet i texter. Detta motiverar metodvalet i och med att det

svarar på studiens syfte, att komma fram till sjuksköterskans sätt att hantera de stressorer hon utsätts för i palliativ vård.

Litteratursökning

Vår litteratursökning begränsades till vissa kriterier, för att inkluderas i studien ska artiklarna vara publicerade på engelska, beröra vård av vuxna palliativa patienter, handla om vård i ett land med västerländsk kultur. Artiklarna ska även vara vetenskapliga enligt Segersten (2006), alltså redovisa ny kunskap, vara möjliga att granska och varit utsatta för bedömning samt efter vår granskning utgöra medel/hög vetenskaplig grad och vara kvalitativ. För att kvalitativ studie ska anses ha god kvalitet ska metoden vara väl beskriven och syftet skall besvaras. Det är även viktigt att urvalet är gjort på ett korrekt sätt samt att rätt metod har använts för det som skall studeras. En annan sak som höjer kvaliteten är att flera författare deltagit i analysprocessen. Artiklarna ska även utgå ifrån ett sjuksköterskeperspektiv, det vill säga sjuksköterskans sätt att hantera situationen. Motiveringen till att avgränsa oss till länder med västerländsk kultur är att vi har gjort bedömningen att vården i andra kulturer med största sannolikhet kan ha ett annat perspektiv på döden och den palliativa vården. De världsdelar vi anser vara västerländska är följande Europa, Nordamerika och Oceanien.

Databaserna Cinahl (referensdatabas inom vård, omsorg, omvårdnad, hälso- sjukvård) och Pubmed (referensdatabas inom vård och medicin) har använts som informationskällor till arbetets primärsökning. Enligt informationen om databaser på Högskolan i Borås Biblioteks hemsida är dessa två databaser kontinuerligt uppdaterade och relevanta. Under sökningen fick vi bekräftat att dessa databaser innehåller vetenskapliga artiklar som passar väl till vårt syfte.

I vår insamling av data har vi använt oss av sökord som vi fått fram genom att bryta ner vårt syfte samt sökning i databasens Pubmeds tesaurus. Valda sökord blev då: *nurse* palliative care, palliative nursing, coping, strategies, coping strategies, stress, stress management, emotion, death*. (Bilaga 1).

Utifrån bedömning av titlar valdes 20 artiklar ut till abstraktläsning i vår primärsökning i de två databaserna. Detta ledde till första delen av vår sekundärsökning som bestod av genomgång av litteraturlistor från dessa 20 artiklar, för att hitta ytterligare titlar som verkar relevanta för vårt syfte. Den andra delen av sekundärsökningen bestod av användandet av funktionen "related articles" i databasen Pubmed, detta för att bredda vår litteratursökning och nå dit vår primärsökning inte nådde. Detta motiveras med att vi upptäckte i vår sökningsprocess att det var svårt att hitta artiklar som är relevanta för just vårt syfte och därför inte kommit fram i primärsökningen. Vi fann i slutändan inte så många artiklar som fyllde vårt syfte och våra inklusionskriterier, därför togs alla sökträffar med då vi bestämde oss för att inte ytterligare minska vårt urval med en tidsgräns. Den sekundära sökningen gav åtta artiklar.

Efter genomgång av dessa 28 funna artiklars abstrakt (20+8) utslöts de som inte uppfyllde våra inklusionskriterier, i de flesta fall berodde detta på att de inte passade vårt syfte eller att de inte utgick från ett sjuksköterskeperspektiv. Kvar återstod nu 11 artiklar för närmare genomläsning och efter detta föll tre artiklar bort då de efter mer ingående läsning inte passade vårt syfte. De återstående åtta artiklarna kvalitetsgranskade av utav båda uppsatsskrivarna var för sig för att försäkra oss om giltigheten i granskningen. Av dessa åtta kom fem från primärsökningen och tre från sekundärsökningen. Till kvalitetsgranskningen används en granskningsmallen som användes i föreläsningen av Wallengren (10-01-26) i kursen Vetenskaplig teori och metod som presenteras som Bilaga 3.

Analysmall

Kvalitativ innehållsanalys innebär att peka på likheter och skillnader i de valda artiklarna för att hitta de resultat som är relaterade till studiens syfte. Lundman och Hällgren Graneheim (2008) beskriver analysmetoden som en process från helhet-del-ny helhet. Detta görs genom att bryta ner innehållet i de analysenheter som granskas till meningsenheter vidare till kategorier och teman för att svara på vårt syfte och bilda en ny helhet.

Analysprocessen

De artiklar som uppfyller vår studies inklusionskriterier har lästs flertalet gånger, kvalitetsgranskats och analyserats enligt kvalitativ innehållsanalys av båda uppsatsskrivarna var för sig. Vi har identifierat meningsenheter och kondenserat dessa för att få fram det väsentliga i artiklarna. För att få fram det centrala i varje artikel har vi var för sig gjort tankekartor och sedan tillverkat små kort med meningsenheter från varje artikel. Korten har varit i olika färger för att vi skulle kunna skilja artiklarna från varandra. Dessa fynd har vi presenterat för varandra för att tillsammans abstrahera de centrala meningarna till koder för att förena dessa till underkategorier, kategorier och teman. Dessa presenteras i tabell 1.

RESULTAT

Resultatet redovisas utefter de kategorier vi identifierat i studierna, vilka är: *Att sätta gränser, Att ha en tillåtande miljö omkring sig och Att finna mening i livet.* Dessa kategorier har underkategorierna: *Att finna sin egen balans, att undvika stressande situationer, att få ett avslut, att vara del av en flexibel organisation kan minska stressen, att få utrymme att reflektera över sin yrkesroll, ha ett bra klimat i arbetsgruppen skapar trygghet, att dra lärdom av sina och andras erfarenheter, humor – ett sätt att lätta på spänningarna, att få känna sorg, att ha en privat frizon, att prata med nära och kära avlastar stressen, att ta hand om sig själv, att känna glädje i livet, att ha ett palliativt fokus ger trygghet samt att se sitt arbete som ett privilegium.*

Tabell 1. Översikt av kategorier och underkategorier

Att sätta gränser	Att ha en tillåtande miljö omkring sig	Att finna mening i livet
Att finna sin egen balans	- Att ha ett bra klimat i arbetsgruppen skapar trygghet	- Att känna glädje i livet
Att undvika stressande situationer	- Att dra lärdom sig av sina och andras erfarenheter	- Att ha ett palliativt fokus ger trygghet
Att få ett avslut	- Humor – ett sätt att lätta på spänningarna	- Att se sitt arbete som ett privilegium
Att vara del av en flexibel organisation kan minska stressen	- Att få känna sorg	
Att få utrymme att reflektera över sin yrkesroll	- Att ha en privat frizon	
	- Att prata med nära och kära avlastar stressen	
	- Att få styrka från patienterna och deras närstående	

Att sätta gränser

Blomberg och Sahlberg-Blom kommer i sin studie från 2007 fram till att sjuksköterskan hanterar svåra situationer i den palliativa vården genom att balansera mellan närhet och distans. Detta gör vårdpersonalen bland annat genom att sätta gränser för hur nära de låter patienter komma sig.

Att finna sin egen balans

Att själv bestämma var man ska dra sin gräns för hur nära man släpper patienter och deras närstående är något flera studier betonar som viktigt (Aernert & Wainwright, 2008, Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007, Eakes, 1990, Glass & Rose, 2008 & Hopkinson, Hallett & Luker, 2004). Sätta gränser kan innebära att inte låta sig själv bli berörd av patienten, men det kan å andra sidan också innebära att tillåta patienten att komma nära, både fysiskt och själsligt. Att växla mellan närhet och distans i sin relation till en patient beskrivs som en copingstrategi av Blomberg och Sahlberg-Blom (2007). När man arbetar på hospice är det viktigt att vara ”involverad men inte insnärjd” (McNamara, Waddell & Colvin, 1995, s. 238). Glass och Rose (2008) drar paralleller till att vara balanserad i livet i stort till att ha tydliga gränser mellan sitt privata och professionella liv. De menar också att det är viktigt med gränser gentemot patienterna för att inte bli för känslomässigt involverad. I studien av Hopkinson *et al.* (2004) säger en av de intervjuade sjuksköterskorna följande om att sätta gränser:

” It’s hard balancing the fact that you’re a nurse and they’re a patient and a family. (...) You do have to keep some kind of distance, ‘cause as I say, you’ve still got the other patients to look after. (...) You have to try and let them know that you do care, but not become too involved and it is really difficult. I’m not sure how you do it.” (s. 129)

Sjuksköterskan ger i detta citat uttryck för hur svårt det kan vara att balansera mellan att komma för nära och att vara för distanserad i sitt förhållande till patienten och dennes närstående men säger samtidigt att det är viktigt att hitta den distansen för att kunna ta hand om alla sina patienter.

I Glass och Rose (2008) artikel talar en sjuksköterska om hur viktigt det är för henne med gränser: *"Some of these are my own boundaries to protect myself, so I don't fall to pieces myself and be totally useless to [the clients]"*(s. 346). Detta citat visar på hur viktigt det är för den här sjuksköterskan att sätta gränser både för hennes egen skull och för patienternas skulle då hon inte tror att hon skulle kunna ta hand om de på ett bra sätt om hon inte gjorde det.

Eakes (1990) skriver att det blir lättare både för patientens närstående och för sjuksköterskan själv när patienten dör om hon har hållit en lagom distans och uppmuntrat familjen och patienten till att vara så självständiga som möjligt. Detta samtidigt som hon försöker visa att hon finns där när det behövs.

Som sjuksköterska så kan man stötta, men man kan inte ta beslut åt patienten. I slutändan är det patienten som måste bestämma om han/hon vill ha den hjälp som hospicet erbjuder. I de situationer där det är svårt att få patienten att acceptera den hjälp som erbjuds måste man som sjuksköterska backa och acceptera att patienten inte har samma syn på saken som man själv har. Patientens autonomi går alltså först och om man har olika åsikter om vad för behandling som är bäst är det viktigt att komma ihåg att kontrollen över döden ska finnas hos den döende. Detta kan hjälpa sjuksköterskan att släppa den stress det innebär att inte kunna styra dit hon vill (McNamara *et al.* 1995).

Att undvika stressande situationer

Flera artiklar beskriver hur sjuksköterskorna undviker situationer de upplever som stressande (Badger, 2005, Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007 & Hopkinson *et al.*, 2004). Det kan, som för en sjuksköterska i Hopkinson *et al.* (2004) studie, handla om att inte ta reda på vilken religiös tillhörighet patienten har, detta för att inte behöva fundera på vad man tror ska hända patienten efter döden. Ett annat sätt att undvika stress är att turas om att ta hand om en patient och dennas anhöriga om någon eller flera i personalen tycker det är svårt att bemöta dem på ett bra sätt (Badger, 2005).

Blomberg och Sahlberg-Blom (2007) beskriver att sjuksköterskor prioriterar att uppmärksamma de symtom som är lättast att se och lättast att behandla som till exempel smärta och illamående och ignorerar de symtom som är mer diffusa, exempelvis ångest och oro. Skälen till detta uppges vara tidsbrist samt att de snabba resultat de får på behandlingen minskar sjuksköterskans stress, detta illustreras av nedanstående citat:

"It's like you say, you do something about what you can do something about you run in with a shot because their breathing is wheezy and then after a while you see it coming out through the catheter and their breathing is a

little quieter, well then you've decreased your stress a little...you do something where you can see some kind of result." (s. 249-250).

Att få ett avslut

Studier visar att det är viktigt för sjuksköterskorna att få glömma eller åtminstone låta minnet av patienter vila efter att de avlidit (Eakes, 1990, Ekedahl & Wengström, 2006 & Glass & Rose, 2008). Det är enligt Ekedahl och Wengström (2005) inte alltid möjligt att glömma eftersom sjuksköterskorna ibland påverkas extra mycket av någon patient.

Eakes (1990) artikel handlar om hur sjuksköterskor i hemsjukvården hanterar sorg när de arbetar med palliativa patienter. Hon beskriver att det hjälper sjuksköterskan att åka och hälsa på familjen en gång ungefär en vecka efter att patienten har dött för att kunna klippa banden till patienten och dennes närstående. De beskriver då att de pratar om patienten och får feedback på den vård de gett för att genom det kunna få ett avslut.

Att vara en del av en flexibel organisation kan minska stressen

Blomberg och Sahlberg-Blom (2007) beskriver möjligheten att kunna arbeta deltid som en copingstrategi. Ekedahl och Wengström (2006) håller med om detta och beskriver också möjlighet att snart gå i pension som en strategi för att orka med. Det är även viktigt för deltagarna i den studien att själv ha inflytande över sitt schema. En sjuksköterska som arbetar natt berättar:

"I have eight days off every three week ...and that gives me an opportunity to travel to XX ...just about a week ...you actually have time to re-establish everyday life and that is important". (s. 133)

Att denna sjuksköterska lägger sitt schema själv ger henne möjlighet att resa iväg var tredje vecka och detta är viktigt för henne.

Att ha dagliga rutiner och tydliga gränser för vad som ska göras upplevs som viktigt. Ett exempel på en daglig rutin är när sjuksköterskorna byter om till arbetskläder. Detta blir som en gräns mellan arbetsliv och privatliv genom att det känns som att byta om till sin professionella roll.

Att få utrymme att reflektera över sin yrkesroll

Flera studier (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007, Glass & Rose, 2008 & Ekedahl & Wengström, 2006) talar om vad de kallar 'clinical supervision' utan att gå närmare in på vad de lägger för betydelse i begreppet. Vi tolkar det som att sjuksköterskan under organiserade former får chansen att prata om sin arbetsinsats och sitt bemötande med en mer erfaren sjuksköterska och på så sätt få möjlighet till reflektion och samtal kring vad som är viktigt i den palliativa vården. Den erfarna sjuksköterskan kan fungera som en

mentor och ge vägledning. Ekedahl och Wengström (2006) skriver att ”clinical supervision” hjälper sjuksköterskan att återuppbygga den professionella identiteten efter en period med mycket stress.

Att få möjligheten att prata av sig upplevdes till största delen vara positivt och som en betydande hjälp för sjuksköterskorna i stressiga situationer (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007). En sjuksköterska uttalar sig så här om möjligheten:

”We had clinical supervision last time when we had a few demanding patients so that we were quite tired of some of them and wondered if we were acting right toward the patient. And we talked about this, how we felt and what we did with the supervisor...” (s. 251)

I samma artikel nämns också att det finns också dåliga erfarenheter där sjuksköterskorna upplevt att den de pratade med inte gjorde ett bra arbete. Glass och Rose (2008) skriver om erfarenheter av att sakna ’clinical supervision’ och där sjuksköterskorna tror att det skulle vara till stöd för deras känslomässiga välbefinnande samt utveckla vården de ger.

McNamara *et al.* (1995) skriver om hur det i både informella och formella sammanhang är lika viktigt för sjuksköterskorna att kunna prata både om det de tycker att de gjort bra som det de tycker de gjort dåligt. Två andra sätt att utvärdera sin insats var att fundera över om man själv varit nöjd med vården om man hade varit i patientens sits eller genom att prata med patienten och anhöriga och höra vad de tycker om vården de får (Hopkinson *et al.* 2005).

Att ha en tillåtande miljö omkring sig

Ett ämne som ofta kommer upp är hur sjuksköterskan kan hantera sina känslomässiga reaktioner i arbetet med den palliativa patienten är genom stöd från omgivningen, både på arbetsplatsen och utanför. På arbetsplatsen kommer stödet från kollegor, patienten och dess närstående medan utanför arbetet kommer stödet från familj och vänner. I Glass och Rose studie (2008) beskrivs betydelsen av att få prata av sig såhär:

”All of the nurses spoke of their need to debrief. Debriefing involved informal ”talk” with colleagues, friends, family and was the most common source of emotional support.” (s.344)

Att ha ett bra klimat i arbetsgruppen skapar trygghet

Genomgående visas att det i arbetsgruppen måste finnas en trygg och tillåtande miljö för att känslor, tankar och erfarenheter ska kunna ventileras. Detta skapar både trygghet och en teamkänsla i arbetsgruppen. Det är möjligheten att kunna få ut sina känslor i gruppen som utgör ett stöd för sjuksköterskan (Eakes, 1990, Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007, Glass & Rose, 2008, McNamara *et al.*, 1995). McNamara *et al.* (1995) beskriver att arbete inom palliativ vård har sitt stöd i öppenhet och samarbete och stöd i arbetsgruppen. Från teamkänslan skapas även en möjlighet för sjuksköterskan att låta sina känslor komma till ytan och ett förtroende mellan kollegor skapas. En deltagare i studien förklarar detta i citatet: ”*If you can't turn to your workmates, who can you turn to?*” (s.239). Eakes (1990) anser att möjligheten att öppet visa sina känslor kan göra att sjuksköterskan lättare kan bearbeta dessa.

Nedan följer ett citat som illustrerar hur en tillåtande miljö i arbetsgruppen ger möjlighet att ventilerade reaktioner som uppstår hos sjuksköterskan i arbetet med palliativa patienter:

”We laugh together, cry together and that's just how we survive emotionally. We talk about how that experience has impacted on ourselves as an individual, coping mechanisms, all that sort of stuff.” (Glass & Rose, 2008. s.345).

Glass och Rose (2008) menar att genom att ha tillåtande miljö inom arbetsgruppen och diskussioner bildas en försäkrande funktion om ett bra jobb. Det stärker den enskilda sjuksköterskan samt teamkänslan. En deltagare i studien av Badger (2005) säger rakt ut ”*every now and then we'll talk about somebody sad. We talk about if we did our best.*” (s. 66)

Genom att sjuksköterskan delger sina tankar och därmed inges en försäkran om att hon handlat rätt i situationen och genom att tvivel undanröjs så att fokus kan läggas på det aktuella arbetet och att utveckla detta. Sjuksköterskan kan genom samtal med kollegor visa för sig själv att hon inte är ensam i sina upplevelser och reaktioner i arbetet med den palliativa patienten. Detta kan för henne vara lugnande då hon ser att hon inte är ensam om att känna det hon känner (Glass & Rose, 2008).

Badger (2005) visar att banden mellan kollegor förstärks genom arbetet med liv och död eftersom alla vet vilka känslomässiga påfrestningar det kan innebära för den enskilda individen och på så sätt kan erbjuda stöttning för varandra: ”*Everyone here has been through it [caring for the dying patient and grieving family] so they know [what it is all about].*” (s. 67).

En viktig aspekt i en tillåtande miljö är att hela arbetsgruppen har en känsla av att arbeta mot samma mål. Detta utvecklas vidare under temat att finna mening. En deltagare i studien av McNamara *et al.* (1995) uttrycker detta så här:

”You know we are not so special, we are just ordinary people in a special situation, doing a special job... but we are in this

together, working for the same things, for people's rights to dignity – that's what's so important.” (s. 239).

Genom att kunna diskutera sina upplevelser i arbetsgruppen kan även känslor som skuld och känslor av misslyckande delas med övriga kollegor. McNamara *et al.* (1995) beskriver hur sjuksköterskan hanterar reaktioner och tvivel på om hon gjort rätt i svåra situationer genom att problematisera och verbalisera händelserna.

Vården av unga palliativa patienter är särskilt betungande och stressande. Här utgör stödet från arbetsgruppen en stor möjlighet att till medkännande och bekräftelse av sjuksköterskans egna känslor och på detta sätt kunna tömma ur sina känslor (McNamara *et al.* 1995 & Glass & Rose, 2008).

Glass och Rose (2008) beskriver att stöd bland sina arbetskamrater även innebär ett stöd i beslutsfattandet kring patienten. Vidare skriver de att olika yrkesgrupper inom teamet kan ses som en resurs eftersom detta ger en garanti för att mycket kunskap finns representerat inom arbetsgruppen och chanserna för en god vård av patienten ökar då. I studien finns även exempel på att sjuksköterskor tycker det är tungt att arbeta ensam utan stödet från arbetsgruppen.

Det är viktigt för sjuksköterskan är att få ventilerade de negativa sidorna av den palliativa vården. Här ingår också frustrationen över vad hon anser vara felbehandling av patienten samt bemötandet av besvärliga patienter och närstående. När arbetsgruppen utgörs av en öppenhet och trygghet kan sjuksköterskan uttrycka sin frustration rörande andra yrkesgrupper, svåra och krävande patienterna och närstående och på så sätt arbeta vidare (Badger, 2005, McNamara *et al.* 1995).

Att dra lärdom av sina och andras erfarenheter

Att lära sig av sina egna och andras erfarenheter är ett sätt för sjuksköterskan att förbättra sitt arbete. Det är även ett sätt för sjuksköterskan att hantera sina reaktioner från det palliativa arbetet skriver Blomberg och Sahlberg-Blom (2007). Två typer av kunskaper som är återkommande beskrivna i studierna (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007 & Eakes, 1990) är kunskap från mer erfarna sjuksköterskor och lärdom som tas tillvara under sjuksköterskans dagliga arbete. Arnaert och Wainwright (2009) beskriver vikten för sjuksköterskan att ha sina kollegor, speciellt de erfarna, och deras kunskap med i sitt beslutsfattande kring vården av patienten.

En deltagare i Blomberg och Sahlberg-Blom (2007) studie menar att det är genom sjuksköterskans egna misstag som erfarenhet kommer till vilket beskrivs följande ”*You have experience because you've had your blows and then you learn that now it's enough and then you set up.*” (s. 249).

McNamara *et al.* (1995) beskriver i studien även här hur sjuksköterskan kan dra lärdom av erfarenheter genom utvärderingar innehållande avslutade vårdtillfällen och speciellt genom dödsfall som inte uppfyllt arbetsgruppens tänkta mål med vården.

”listen to people who had been in nursing a long time helped, because they still have 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. (... ..) I don’t think I have such an idealistic view as I used to have.”
(Hopkinson *et al.*, 2005. s.129).

Genom sjuksköterskans samtal med mer erfarna kollegor upptäckte hon att samma osäkerhet kring vården återfinns hos annan vårdpersonal och att denna insikt gjorde henne säkrare att det finns inget rätt och fel sätt att göra saker på utan att alla situationer är olika.

Genom att dra lärdom av sina egna erfarenheter lär sig sjuksköterskan att lita på sin egen intuition och kunskaper skriver Blomberg och Sahlberg-Blom (2007). Hopkinson *et al.* (2005) håller med och menar att sjuksköterskan därigenom kan lära sig att härbärgera patientens och de närståendes lidande. Likaså Hopkinson *et al.* (2005) tar upp att ens egna och andras tidigare erfarenheter i vården kan användas i beslutfattandet kring patienten. Därigenom lättar den känslomässiga tyngd som olika beslut kan innebära för sjuksköterskan eftersom fler blir involverade.

Genom att aldrig känna sig färdiglärld upplevs nya insikter och därmed kan sjuksköterskans strategier utökas beskriver en deltagare i studien av Arnaert & och Wainwright (2009)

”I have a number of years of experience and there are always things to learn. So there’s a certain body of knowledge that’s acquired and there’s new things that we learn as we go along.”
(Arnaert & Wainwright, 2009. s.359f).

Hopkinson *et al.* (2005) beskriver att sjuksköterskan kan använda sig av sina privata erfarenheter i vården av den palliativa patienten. På det sätt kan sjuksköterskan få en förståelse kring hur hon ska handla för att kunna erbjuda en god vård och samtidigt få en insikt i sina egna känslor.

Humor – ett sätt att lätta på spänningarna

Användandet av humor som en strategi inom vården och arbetet med palliativa patienter beskrivs av Badger (2005), Ekedahl och Wengström, (2006) Glass & Rose (2008) och Hopkinson *et al.* (2005) som ett sätt att lätta på spänningar och känslor hos personal och även i vissa fall hos patienter. ”*The humour can be labelled black humour and can be seen as a way of venting feelings. It is used in the patient-nurse meeting when death is close*” (Ekedahl & Wengström, 2006, s.134). Humorn som förekommer beskrivs som svart, rå och sjuk humor och den håller sig oftast inom personalgruppen. Det finns dock gränser för vad man skojar om, till exempel unga människors död och vad personalen anser som ”orättvisa” dödsfall skämtas det inte om (Badger, 2005, Hopkinson *et al.*, 2005, McNamara *et al.*, 1995).

”I think we’ve just got a very black sense of humour, because it’s funny to us. It wouldn’t be... if... we’d never discuss (the funny side of death) outside work because people wouldn’t appreciate it... that in all this stress there was something you can... you can suddenly, just giggle... I suppose it’s one way of relieving stress.” (Hopkinson *et al.* 2005. s.128)

Att få känna sorg

Den palliativa vården innefattar mycket sorg, för både patienter, närstående och personal. Arbetsgruppen är ofta så pass sammansvetsad och känslomässigt öppen, att förekomsten av gråt och sorg inte är något ovanligt (Arnaert & Wainwright, 2009, Eakes, 1990, Glass & Rose, 2008, Hopkinson *et al.*, 2005). Att gråta tillsammans och visa sina känslor kan innebära en tröst för alla inom arbetslaget beskriver Hopkinson *et al.* (2005).

Att sjuksköterskan låter sina känslor komma upp till ytan är en copingstrategi som innebär att hon eller han går vidare i sitt arbete och kan finnas där för nya patienter. Men genom att visa sin sorg innebär inte detta att tappa kontrollen, vilket beskrivs av en utav deltagarna i Arnaert och Wainwrights (2009) studie:

”Oh I cry, I cry with patients! I’m not bawling but I’m shedding tears that run and I take them in my arms and then they start to cry. I permit myself to cry with others. After that I get into my car, I take some time, I take a deep breath, so that I can move on to the others.” (s.360)

Att ha en privat frizon

Enligt Ekedahl och Wengström (2006) skapar sjuksköterskan rum för återhämtning och för att vila ut genom att inte ta med sig hem arbetet och sina känslor kring det. I den skapta frizonen kan sjuksköterskan istället ägna sig åt nöjen som ger energi, till exempel genom att umgås med vänner och familj, ägna sig åt intressen som att läsa böcker, matlagning och spel. Genom att umgås med barn menar Ekedahl och Wengström (2006) att en skapande av arbetsfri fritid försäkras, det nämns även i studien att sjuksköterskan genom att gå i terapi kan få chans till återhämtning.

”Children are also used as a coping strategy, spending time with own children is used as marking off a boundary from the world of work. The nurse ‘forgets’ his or her work and is rejuvenated through that relationship.” (Ekedahl & Wengström, 2006. s.133).

McNamara *et al.* (1995) skriver också att sjuksköterskan väljer att inte prata om vad som händer när hon är på sitt arbete när hon inte är där och på så sätt skapar hon sin frizon. En annan orsak till varför familj och vänner lämnas utanför arbetet beskrivs på

grund av bristande intresse. Då deltagarna varit med om situationer där människor som inte arbetar inom palliativ vård antingen inte förstår vilka känslomässiga påfrestningar arbetet innebär för sjuksköterskan eller för att de tycker att det är jobbigt att lyssna på (Badger, 2005). Det illustreras på följande sätt av en sjuksköterska:

”I really don’t talk about my job a lot when I get home because I feel like a lot of [what happens on the unit] is just a big downer for everybody else that’s going to listen to me.” (s. 67).

Att prata med nära och kära avlastar stressen

Trots det som nämns ovan finner en del sjuksköterskor stöd genom att dela med sig av sitt arbete till familj och vänner (Eakes, 1990 & Glass & Rose, 2008). Sjuksköterskan nedan förklarar vikten av att få tala ut om sina känslor:

”It helps to talk about it. I may talk to my husband or I may talk to a nurse here about it... [...] Just taking a couple of minutes to get those feelings out, you know, makes you feel better. And I think that talking about it afterwards helps me to just put it down and keep going on.” (Eakes, 1990, s.245)

Att ta hand om sig själv

I den palliativa vården beskriver sjuksköterskan sig själv som ett instrument (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007). Detta innebär en stor vikt vid att vara välfungerande i sin yrkesroll och därmed i betydelsen av att ta hand om sig själv privat och tillåta sig detta, så att energin, lusten och orken finns att använda i arbetet. Glass och Rose (2008) skriver att sjuksköterskan genom att reflektera över sitt eget välbefinnande arbetar för att finna balansen i tillvaron, där alla delar av människan tas hänsyn till. En sjuksköterska i studien av Glass och Rose (2008) förklarar vikten av att vårda sig själv så här:

“If you don’t care for yourself, if you don’t care about how you are managing the emotional stuff, then you can’t possibly care for other people as well.” (Glass & Rose, 2008. s.341)

Sjuksköterskor inom den palliativa vården har visats sig ha god insikt i att deras arbete påverkar deras välbefinnande och att detta därmed kan influera kvaliteten på vården som ges. Vid illabefinnande beskrivs sömnproblem, att känna sig känslomässigt uttömd och slut på energi. Därför ligger det i sjuksköterskans intresse att värna om sitt välbefinnande (Glass & Rose, 2008). Exempel på sätt att vårda sig själv finns beskrivet av sjuksköterskorna i studierna av Arnaert och Wainwright (2009) och Glass och Rose (2008) som att motionera, äta sunt och ägna sig åt intressen och spendera tid med betydande människor i ens närhet. Som ovan nämnt utgör den frizon från arbete som beskrivs av McNamara *et al.* (1995) som en plats där sjuksköterskan kan vårda sitt eget välbefinnande.

Att få styrka från patienterna och deras närstående

Genom att möta patienten och dess närstående kan sjuksköterskan finna styrka i deras styrka, detta beskriver en sjuksköterska i Eakes (1990) studie:

”I think that maybe a key for me is seeing these people who are ready to die. it’s hard to let go of those people you care about, but like I said, when I see those people saying they’re ready to go, I’m ready for them to go. It’s because I know they’re reached the point that they don’t want to live with the suffering any longer; they want to be realized from all this and I want that for them. It’s like I want them to go, too.” (Eakes, 1990, s. 245).

Ovan beskrivs hur sjuksköterskan genom att följa patienten och dennes känslor och önskningar kan känna en trygghet vilket hjälper henne att styra sina egna känsloreaktioner. Eakes (1990) menar att döden kan infinna sig som en lättnad och kan vara efterlängtat för så väl patienten, närstående som för personalen själv, särskilt och processen varit utdragen och smärtsam. Genom känslor av lättnad från närstående och att veta om patientens önskningar kan detta ge bidra till sjuksköterskans känslomässiga hantering i processen.

En annan aspekt på stöd i sjuksköterskans egen hantering av sina känslor kan fås genom feedback och respons från patienten och dess närstående. Närstående kan också bidra med information om patienten som både underlättar sjuksköterskans arbete praktiskt samt hjälper henne att känna att hon gör ett bra jobb, vilket i sin tur lindrar stress (Arnaert & Wainwright, 2009).

”The measure that was most often recounted was positive feedback from a patient or relative, who, if uncomplaining was judged to be evidence of a job well done.” (Hopkinson *et al.*, 2005, s.129).

Sjuksköterskan säger här att den tysta tacksamheten blir ett stöd för henne.

Att finna mening i livet

För att orka med och trivas i den palliativa kontexten är det viktigt att sjuksköterskan finner en mening med arbetet och i den värld hon lever i (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007, Glass & Rose, 2008, McNamara *et al.*, 1995).

Att känna glädje i livet

Genom arbetet med palliativa patienter beskriver sjuksköterskor en visdom och glädje som innebär att själv vara vid liv och vara den som vårdar och att man inte är i patientens situation. Detta beskriver en sjuksköterska i studien av McNamara *et al.* (1995) *"Sounds awful I know, but when I see someone die, I say 'thank God it's not me'. Still that's the way to do it."* (s. 240).

I relationen mellan sjuksköterskan och patienter kan livsberättelser som kommer upp i slutet av livet resultera i lärdomar och tips om vad som är viktigt i livet och eventuella chanser patienten kan ångra att den inte tog tidigare i livet. Patientens berättelse kan avslöja ånger som finns hos patienten över chanser de inte tog i livet och detta kan inspirera sjuksköterskan att förbättra sitt eget liv och fånga chanser som hon får. Lärdomar som fås i den palliativa vården och som för sjuksköterskan innebär en möjlighet att känna glädje över själv att vara vid liv och att döden drabbar för någon annan (McNamara *et al.* 1995).

Arbetet inom den palliativa vården innebär för sjuksköterskan att möta sin egen dödlighet, genom det mötet lär sjuksköterskan sig att förhålla sig till att hon själv också ska dö enligt McNamara *et al.* (1995). Genom att förhålla sig till döden som en potentiellt fin avslutning på livet ges själva livet en annan innebörd och dess förhållande till döden blir inte lika hemsk. Detta beskrivs nedan i en sjuksköterskas uttalande kring sitt förhållande till döden *"it's also important to keep it all in perspective. Death is not disastrous. At times there can still be funny bits, light bits and happy bits. I think that you have to keep it all on an even keel."* (Glass & Rose, 2008, s. 344).

Att ha ett palliativt fokus ger trygghet

Samhällets attityder och till viss del attityder inom andra grenar av sjukvården har bidragit till att döden ses som ett misslyckande (McNamara *et al.*, 1995). Denna attityd och att läkare inte vågar vara nog tydliga mot närstående när det gäller prognosen leder till att behandlingar ofta pågår för länge och orsakar onödigt lidande tror sjuksköterskor (McNamara *et al.*, 1995, Badger, 2005). De ser det som ett stöd att ha ett tydligt palliativt fokus med vården. De tror också på att döden kan vara god och denna inställning gör att de tänker på ett annat sätt vilket leder till att det är lättare att ge patienten hopp om en god död och även hantera sina egna känslor inför patientens död och därmed minska sin stress. I Blomberg och Sahlberg-Bloms artikel från 2007 beskrivs att den palliativa inställningen är lugnande för sjuksköterskorna och att den gör det lättare för de att komma nära patienterna. De upplever att den palliativa inställningen gav deras arbete en mening. På samma tema skriver Eakes (1990) att de sjuksköterskor hon intervjuat fokuserar på välbefinnande och tröst istället för att vara fokuserade på bot. Det är när de lyckats vårda patienten i den andan som sjuksköterskorna känner att de gjort ett bra jobb, vilket följande citat illustrerar:

” My main goal isn't saving this life but to comfort him until his death. You just do what you can to make him comfortable and when he's dead, you comfort the family. I think I kind of work through it like that. To me, it's like I've accomplished what I was trying to do. I think to me it can be gratifying and a good experience to think I've reached my goal even though death was involved.” (s. 245).

En sjuksköterska i McNamara *et al.* (1995) ifrågasätter dock om döden kan vara god: “*Who want's to die?*” (s. 240) frågar hon sina medarbetare.

Att se sitt arbete som ett privilegium

I Blomberg och Sahlberg-Bloms (2007) studie betonar sjuksköterskorna hur viktigt det är att känna att arbetet man utför är meningsfullt. De jämför sitt arbete med att arbeta som barnmorska, men att det de gör är i andra änden av skalan. En sjuksköterska säger: “*..being born is just as natural as dying. It's like a part of life and the circle is completed. (...)*” (s. 248). Lika bra som det känns att kunna känna mening i sitt arbete, lika jobbigt blir det när man inte gör det vilket illustreras av följande citat:

I want to say that life is nothing but suffering that has its ups and downs...and in addition if you know you are going to die...that must be awful, you can't see your children...” (s. 248).

Glass & Rose (2008) skriver om att se sitt arbete som ett privilegium. För sjuksköterskorna i den studien var att få arbeta med palliativa patienter något som gjorde att de trivdes på sitt arbete och genom det bättre kunde motivera sitt yrkesval för sig själva, de förstod varför de fortsatte.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet i detta examensarbete har varit att undersöka vilka strategier som sjuksköterskan har för att hantera de stressorer som hon utsätts för i den palliativa vården. Vi har valt att använda en kvalitativ ansats i vår litteraturstudie eftersom vi ville komma åt på vilket sätt sjuksköterskan hanterar stress utan att på något sätt rangordna de olika strategierna. Därför har vi också uteslutit alla kvantitativa artiklar då dessa värderade strategiernas lämplighet och inte fokuserade lika mycket på att beskriva fenomenet. Detta har

begränsat antalet studier i vår analys, eftersom mycket av den litteratur vi träffat på i sökningen har en kvantitativ ansats eller varit en sammanställning av forskning. Det senare har alltså inte uppfyllt våra inkluderingskriterier rörande redovisning av ny kunskap.

Båda uppsatsskrivarna läste och kvalitetsgranskade alla de åtta artiklarna innan vi tillsammans diskuterade resultaten och vi anser oss därför ha hög trovärdigheten i våra granskningar. På de artiklar vi inte var överens om granskningspoängen argumenterade var och en för sitt betyg tills vi kunde enas om ett gemensamt betyg. Efter den vetenskapliga granskningen vi gjorde fann vi att sju artiklar var av hög vetenskaplighet och en artikel som uppnådde medelpoäng.

I vår primärsökning i databaserna använde vi oss av trunkning, (nurse*). Detta för att vi ville få fram både grundformen *nurse* och plural *nurses*. I efterhand tänker vi att det på ett sätt hade varit smart att använda nurse* istället. När vi gjorde sökningen valde vi nurse* för att vi var fokuserade på artiklar med nurse eller nurses eftersom det var det som passade vårt syfte då vi var ute efter ett sjuksköterskeperspektiv, inte nursing då vi inte var ute efter det begreppet för att matcha vårt syfte.

Vi använde oss av databasernas tesaurusar för att få fram vilka sökord vi skulle använda oss av. För att avgränsa vår sökning till träffar som matchar våra inklusionskriterier använde vi oss av begränsningar i databaserna, dessa var: peer-review, all adults, english, humans och abstract available. Vi bedömde att det var viktigt för oss att ha tillgång till abstrakten då vår första granskning gick ut på att läsa dessa. Detta är en svaghet då bra artiklar kan ha fallit bort på grund av det.

Valet att avgränsa oss till studier rörande västerländsk kultur kan innebära både för- och nackdelar. Nackdelar med avgränsningen innebär att vi kan ha fått en viss vinkling på de copingstrategier som sjuksköterskan använder sig av och därmed kan vi missat viktiga aspekter i hur hon hanterar stressorer. Vi har ändå valt att begränsa sökningen då vi tror att det skiljer sig mellan olika kulturer i hur man ser på döden och palliativ vård. Vi tror också att detta skiljer sig mellan Sverige och andra länder, men då vi inte hittade nog många artiklar från Sverige för att bygga vårt resultat på dessa valde vi att inkludera hela den västerländska världen, det vill säga Europa, Nordamerika och Oceanien (Australien, Nya Zeeland samt östra Nya Guinea).

I vår sekundärsökning begränsade vi oss till att läsa titlar och beroende på om dessa var intressanta eller ej gick vi vidare och läste deras abstrakt. Detta innebär en risk att vi missat relevanta artiklar utifrån vad titeln inte avslöjat. Vi har motiverat detta med att vi inte kunnat engagera oss i alla abstrakt på grund av den begränsade tiden för examensarbetet samt att vi litat på att sökningarna i databaserna med valda sökord sorterat fram relevanta artiklar.

I vår sökningsprocess insåg vi att alternativet med att tidsavgränsa litteraturen vore att begränsa mängden litteratur för mycket. Då detta skulle innebära för få studier för att ge en tillförlitlig bild av hur sjuksköterskan hanterar de stressorer palliativ vård innebär. Därför sträcker sig publiceringsåren mellan 1990-2009. Med i vårt beslut om att inte tidsavgränsa finns de tankar om att palliativ vård (i den bemärkelsen vård av döende)

egentligen inte är något nytt då döden är ett naturligt slut på människans liv och varit det i alla tider.

De citat som finns med i vårt examensarbete har vi valt att ha kvar på det publicerade språket i tidskriften, det vill säga engelska. Detta för att minska risken för feltolkningar.

Den analysmetod vi valt att använda oss av i detta examensarbete är kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008). Detta innebär att vi arbetar från helhet och bryter ner detta till delar för att på nytt skapa en annan helhet. Rent praktiskt har båda uppsatsförfattarna först läst och brutit ner artiklarna på var sitt håll för att sedan träffas och diskutera de meningar vi funnit i dem. Genom att använda oss av tankekartor och de anteckningar vi fört under den egna analysprocessen har vi kunnat jämföra konkret de tankar vi fick under läsandes gång. Vi har på detta sett identifierat meningsenheter som vi kondenserat till teman, kategorier och underkategorier. Skrivandet av resultatet har vi delat upp för att effektivisera. I och med två författare kan detta innebära skillnader i de uppdelade delarna som skrivits. Detta är vi medvetna om och har försökt förhindra genom att kritiskt granska och kommentera varandras texter för att förbättra dessa.

Slutligen har vi använt oss av färgkoder för var studie som används i resultatet för att se hur mycket dessa används. För att på detta sätt försäkra oss om att resultatet inte ger någon vinkling utifrån någon speciell artikel. Trots detta har vi mer eller mindre fakta med från olika artiklar, men vi har valt att inte göra någonting åt det då vi tycker att vi fått med det som är relevant för vårt syfte från alla artiklar.

Resultatdiskussion

Resultatet visar på ett antal olika sätt att hantera de stressorer sjuksköterskan utsätts för i den palliativa vården. Vi anser att dessa inte ska ses som konkurrerande utan snarare som kompletterande strategier, då sjuksköterska stöter på många olika situationer och därför behöver många olika alternativ att handskas med dessa på. Då det verkar som att olika sjuksköterskor upplever olika saker som stressande är det svårt att ge en samlad bild av vad som verkligen stressar sjuksköterskorna som arbetar med palliativa patienter. I de artiklar vi läst kan det vara alltifrån organisationen, vilket för en del sjuksköterskorna innebar problem med ledningen och dålig tillgång på stöttning (Van Staa, Visser & Van der Zouwe, 2000) till Payne (2001) som visar att det är själva döendeprocessen, att vara dåligt förberedd och hög arbetsbelastning som är värst. Keidel (2002) skriver om faktorer som ökar risken för utbrändhet och nämner då saker i sjuksköterskans bakgrund som gör henne mer sårbar. Samtidigt skriver Vachon (1995) om att tidigare livserfarenheter av död kan vara en hjälp och anledning till varför man söker sig till den palliativa vården.

Schnider (1987) skriver i Vachon (1995) att det finns två personligheter som kan få svårt att arbeta inom den palliativa vården – de som är väldigt självcentrerade och de som är beroende av vad de gör för andra för att upprätthålla en god självkänsla. Detta kan kopplas till det som vi återgett från Abbendroth och Flannery (2006) i vår bakgrund om att överdriven empati är ett problem i det professionella förhållningssättet.

Att forskningen om stressorer i palliativ vård pekar åt så många olika håll gör det komplicerat att fundera över vad som egentligen är problematiskt för sjuksköterskan att hantera. Boyle och Carter (1998) skriver i Blomberg och Sahlberg-Blom (2005) att om sjuksköterskan saknar det stöd hon behöver för att på ett bra sätt hantera sin stress så kan det leda till utmattningssyndrom, dödsångest samt oprofessionella strategier för att hantera situationer på arbetet. Vachon (1995) menar i sin litteraturstudie att sjuksköterskor inom palliativ vård inte upplever mer stress eller är mer utsatta för att drabbas av utmattningssyndrom än sjuksköterskor inom till exempel cancervård, intensivvård eller psykiatri. Detta kopplar hon ihop med ett gott stöd på både organisatorisk och individuell nivå. I resultatet har det framkommit att sjuksköterskan känner en stor tillfredsställelse inom det palliativa arbetet om hon kan hantera de stressorer som arbetet innebär och få stöd i detta. Detta verkar vara en anledning till varför det är relativt låg risk att drabbas av utmattningssyndrom.

Som vårt resultat visar så är det viktigt att sjuksköterskan är engagerad utan att dras in för mycket personligen på ett negativt sätt. Hela tiden handlar det om en svår balansgång. Det är en balans mellan att ge till andra och ta hand om sig själv skriver Radziewicz (2001). I hennes artikel beskriver hon att det är viktigt att vara känslomässigt engagerad utan att detta går till överdrift och man tappar fokus. Radziewicz (2001) skriver också om att det är viktigt för sjuksköterskan att ha så pass mycket självkänedom att hon själv känner igen destruktiva mönster innan dessa leder till utmattningssyndrom. Att mitt i den arbetssituation man befinner sig samtidigt reflektera och utvärdera sig själv och sitt arbete är enligt henne den största utmaningen, men samtidigt det som kan bli mest belönande.

Vårt resultat visar att det sociala stödet har visat sig vara en stor möjlighet till känslomässig överlevnad för sjuksköterskan och då särskilt stödet från kollegor. Samtidigt som detta kan vara en stor källa till stress enligt Vachon (1987) i Vachon (1995) så skriver hon också att stöd är den viktigaste copingstrategin för hospice personal. Även familj och vänner är omnämnd som en stor källa till socialt stöd och tillfredsställelse (Beck-Friss, Strange & Sjoden, 1993 i Vachon, 1995). Tids nog visar sig sjuksköterskan vända sig till arbetsgruppen för stöd eftersom dessa är mer insatta i problematiken. Detta på grund av att en arbetsgemenskap delas och de kan på så sätt ge ett annat sorts stöd än familj enligt Vachon (1987) i Vachon (1995). Antal år och mängden erfarenhet inom palliativ vård påverkar hur sjuksköterskan använder sig av olika copingstrategier. Detta kan påverka känslan av tillfredsställelse i sitt arbete skriver Krikoian och Moser (1985) och Beck-Friss, Strange och Sjoden (1993) i Vachon (1995).

Klinisk betydelse

Sjuksköterskorna har ett behov av att uttrycka de känslomässiga reaktionerna som hon upplever i arbetet med döende patienter, detta för att hon skall kunna bearbeta det och för att kunna göra ett gott jobb. Vi identifierar i flera av de artiklar vi läst ett behov av stöd och utveckling genom handledning och reflektion.

I den palliativa vården krävs ett genuint stöd för att sjuksköterskan ska kunna parera de stressorer som hon möter i arbetet. Detta stöd kommer från både den privata sfären och patienterna men framför allt från kollegorna. Det som framkommit i resultatet förtydligar behovet av en fungerande arbetsgrupp, där en enad teamkänsla med tillit och öppenhet finns, så att sjuksköterskan ska våga ventilera sina känslor. Detta skulle kunna uppnås till exempel genom teamövningar och utvecklingsdagar samt om tid finns avsatt för att de skall hinna prata och reflektera med varandra. Detta tror vi även kan motverka de scenarion där arbetsgruppen i sig upplevs som en stressande.

Förslag på framtida forskning

Det vore intressant om en studie med kvantitativ ansats utfördes med syftet att visa vilka copingstrategier som är lämpliga och om det är någon skillnad på vilka som anses viktiga mellan olika personlighetstyper. Detta skulle man till exempel kunna mäta genom att se hur hög sjukfrånvaron är och hur arbetstillfredsställelsen upplevs. Kanske skulle detta kunna generera en uppsats på magisternivå.

REFERENSER

- Abendroth, M. & Flannery, J. (2006, November/December). Predicting the risk of compassion fatigue. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8(6), 346-356.
- Arnaert, A. & Wainwright, M. (2009). Providing and sharing expertise: Reflections of nurse-specialists in palliative home care. *Palliative and Supportive Care*, 7, 357-364.
- Badger, J. M. (2005). A descriptive study of coping strategies used by Medical Intensive Care Unit nurse during transitions from cure- to comfort-oriented care. *Heart & Lung*, 34(1), 63-68.
- Beck-Friss, B., Strange, P. & Sjoden, P-O. (1993). Caring for severely ill cancer patients: a comparison of working conditions in hospital-based home care and in hospitals. *Supports care center*, 1, 145-155.
- Bengtsson, J. (2005). En livsvärldsansats för pedagogisk forskning. Ingår i J. Bengtsson (red.), *Med livsvärlden som grund* (s. 9-58). Lund: Studentlitteratur.
- Blomberg, K. & Sahlberg-Blom, E. (2007). Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 244-254.
- Boyle, M. & Carter, D. E. (1998). Death anxiety amongst nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 4, 37-43.
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande – det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 22(1), 4-8.
- Dahlberg K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Eakes, G. G. (1990). Grief resolutions in hospice nurses. An exploration of effective methods. *Nursing and Healthcare*, 11(5), 242-248.
- Ekedahl, M., Wengström, Y. (2006). Nurses in cancer care – coping strategies when encountering existential issues. *European Journal of Oncology Nursing*, 10, 128-139.
- Fridegren, I. & Lyckander, S. (2009). *Palliativ vård*. Stockholm: Liber.
- Glass, N., & Rose, J. (2008). Enhancing emotional well-being through self-care. The experience of community health nurses in Australia. *Holistic Nursing Practice*, 22(6), 336-347.
- 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.

Högskolan i Borås (2010). Hämtad 10-03-27 från:

<http://etjanst.hb.se/blr/databaser/datao.asp>

Kalfoss, M. H. (2002). Mötet med lidande och döende patienter – sjuksköterskans möte med sig själv. Ingår i H. Almås (red.) *Klinisk omvårdnad 1*.

Keidel, G. C. (2002, Maj/Juni). Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 19(3), 200-205.

Krikoian, D. A. & Moser D. H. (1985). Satisfactions and stresses experienced by professional nurses in hospice programs. *American Journal of Hospice Care*, 2(1), 25-33.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Martens, M. L. (2009, Maj/Juni). A comparison of stress factors in home and inpatient hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 11(3), 144-153.

McNamara, B., Waddell, C., & Colvin, M. (1995). Threats to the good death: the cultural context of stress and coping among hospice nurses. *Sociology of Health & Illness*, 17(2), 222-244.

Nationalencyklopedin (2010). Hämtad 2010-03-20 från <http://ne.se.lib.costello.pub.hb.se/coping>.

Nationalencyklopedin (2010). Hämtad 2010-03-20 från <http://ne.se.lib.costello.pub.hb.se/lang/stress>.

Nationalencyklopedin (2010). Hämtad 2010-03-20 från <http://ne.se.lib.costello.pub.hb.se/enkel/utbrändhet>.

Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 396-405.

Pred. 1 (Gamla Testamentet, 2000).

Sailo, K. (1993). *Vård av döende*. Esbo: Editum.

Socialstyrelsen. (2000). *Döden angår oss alla – värdig vård i livets slut*. Stockholm: Fritzes.

Timmerman, M., Naziri, D. & Etienne, A-M. (2009). Defence Mechanisms and Coping Strategies among Caregivers in Palliative Care Units. *Journal of Palliative Care*, 25(3), 181-190.

Vachon, M. L. S. (1995). Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliative Medicine*, 9, 91-122

Van Staa, A. L., Visser, A. & Van der Zouwe, N. (2000, Augusti). Caring for caregivers: experiences and evaluation of interventions for a palliative care team. *Patient Education and Counselling*, 41(1), 93-105.

Vårdsamverkan ReKo Sjuhärad/Kerstin Von Sydow (2008). *Palliativ vård i livets slut*. Hämtad 2010-04-21 från http://www.reko.vgregion.se/upload/REKO%20Sjuh%C3%A4rad/V%C3%A5rdprogram/Palliativ%20v%C3%A5rd%20i%20livets%20slut/Palliativ_v%C3%A5rd_i_livets_slut.pdf

Wallengren, C. Föreläsning i Vetenskaplig teori och metod 2010-01-26.

WHO (2010). Hämtad 2010-04-25 från <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Bilaga 1: Artikelsökning

Sökord	Databas Cinahl		Databas Pubmed	
	Antal träffar	Uppfyllede inklusionskriterierna	Antal träffar	Uppfyllede inklusionskriterierna
Nurse* AND coping AND palliative care	162	7	78	6
Nurse* AND coping strategies AND palliative care	36	4	14	4
Nurse* AND stress AND palliative care	161	8	41	2
Nurse* AND stress management AND palliative care	35	3	19	0
Nurse* AND coping AND death	80	3	247	-
Nurse* AND emotion AND palliative care	7	1	73	3
Nurse* AND stress management AND death	22	1	67	1
Nurse* AND coping AND palliative care AND stress management	6	2	5	0
Palliative nursing AND strategies AND coping	9	2	71	8
Antal utvalda artiklar: 20				

Bilaga 2: Översikt av analyserad litteratur

Kommentar [HE1]: Fixa till tabellen så att ni har tabellhuvud på alla sidor som tabellen täcker. Då skriver ni försättning Bilaga 2 över

Artikel	Perspektiv	Problem och syfte	Metod (n = antal deltagare)	Resultat	Vetenskapliga kvalitets poäng*
<p>Titel: Providing and sharing expertise: Reflections of nurse-specialists in palliative home care. Författare: Arnaert, A., & Wainwright, M Tidskrift: Palliative and Supportive Care Årtal: 2009 Land: Kanada</p>	Sjuksköterskeperspektiv	Undersöker erfarenheter, perspektiv och reflektion hos fem specialistsjuksköterskor inom palliativ vård, vars roll inkluderar så väl daglig vård som samarbete och utbyte av kunskap, färdigheter, expertis och erfarenheter med andra sjuksköterskor i hemsjukvården.	Kvalitativ design och semistrukturerade intervjuer med specialistsjuksköterskor inom palliativ vård som arbetar i en palliativgrupp inom hemsjukvården. n = 5.	Tre teman framträdde med tillhörande underteman: (1) erkänna ens egna gränser och mänsklighet (a) ringa om hjälp, (b) lära längs vägen, (c) hantera känslomässiga krav och (d) integrera med familjemedlemmar; (2) Bygga ett partnerskap grundat på samarbete: (a) samarbete i arbetet, (b) dela information, (c) guida sjuksköterskor i hemsjukvården och (d) inte vara fördomande; och (3) Teamwork och implementera palliativa grupper i hemsjukvården.	19
<p>Titel: A descriptive study of coping strategies used by Medical Intensive Care Unit nurse during transitions from cure- to comfort-oriented care. Författare: Badger, J. M. Tidskrift: Heart & Lung Årtal: 2005 Land: USA</p>	Sjuksköterskeperspektiv	Att beskriva intensivvårdssjuksköterskans copingstrategier i arbetet med behandlande vård som övergår till lindrande vård.	Kvalitativ design och observation och intervjuer av fokusgrupper av sjuksköterskor arbetandes på en intensivvårdsavdelning på ett akutsjukhus i USA. n = 24.	IVA-sjuksköterskorna använder sig av olika copingstrategier som inkluderar kognitiv, affektiv och beteende tekniker för att hantera övergången till palliativ vård. Att vara en IVA-sjuksköterska medförde en känsla av stolthet för personalen. De flesta ansåg att deras kliniska åsikt var betydande och att de var en respekterad profession. Att ge fruktlös vård, uppfattningen om att "tortera patienten" och konflikter med familjer orsakade den största stressen hos personalen.	19
<p>Titel: Closeness and distance: a way of handling difficult</p>	Sjuksköterskeperspektiv	Att beskriva hur vårdpersonalen i arbetet med patienter med avancerad cancer	Studien baseras på diskussioner i 16 fokusgrupper bestående av	Resultaten visar att vårdpersonal hanterar svårigheter genom att balansera mellan närhet och distans i förhållandet till patienten. I de flesta	20

Formaterat: Teckensnitt: 10 pt

Formaterat: Teckensnitt: 10 pt

Formaterat: Teckensnitt: 10 pt

<p>situations in daily care. Författare: Blomberg, K., & Sahlberg-Blom, E. Tidskrift: Journal of Clinical Nursing Årtal: 2007 Land: Sverige</p>		<p>upplever sig hantera ”svåra situationer”.</p>	<p>sjuksköterskor som arbetar med patienter med avancerad cancer. Data har analyserats med en fenomenologisk metod. n = 77.</p>	<p>situationer verkar valet av strategi vara spontant, men ibland låg ett mer genomtänkt beslut bakom. Variationer av närhet och distans var identifierade som: Identitet, Mening, Gränssättning och beröring, Prioritering, Arbetslaget och Organisationen. Dessa kan ses som verktyg för att frambringa eller motverka användandet av närhet och distans.</p>	
<p>Titel: Grief resolutions in hospice nurses. An exploration of effective methods Författare: Eakes, G. G. Tidskrift: Nursing & Healthcare Årtal: 1990 Land: USA</p>	<p>Sjuksköterskeperspektiv</p>	<p>Hur sjuksköterskan hanterar den smärtsamma förlusten och sorgen av patienter i palliativ vård.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer av sjuksköterskor arbetandes i 2 program som utför palliativ vård i hemmet. n = 5.</p>	<p>Sex teman framträdde: (1) Förhållanden byggda på samarbete, (2) Palliativt mål med vården, (3) Ventilera känslor, (4) System för stöd, (5) Avslut av relationen och (6) Attityder mot de äldre. Dessa teman påverkade förhållandet mellan sjuksköterskan, patienten, närstående och övriga arbetsgruppen.</p>	<p>16</p> <p>Formaterat: Teckensnitt:10 pt</p>
<p>Titel: Nurses in cancer care – coping strategies when encountering existential issues. Författare: Ekedahl, M., Wengström, Y. Tidskrift: European Journal of Oncology Nursing Årtal: 2006 Land: Sverige</p>	<p>Sjuksköterskeperspektiv</p>	<p>Att studera hur sjuksköterskor klarar arbetet med kroniskt sjuka och döende cancerpatienter.</p>	<p>En kvalitativ studie som baseras på semistrukturerade intervjuer av sjuksköterskor arbetades på hospice, onkologiska avdelningar och vård för patienter med avancerad vård i hemmet n = 15.</p>	<p>Studien visar att sjuksköterskan använder sig copingstrategier indelat i tre teman: (1) Skyddande, (2) Rekonstruerade copingstrategier – handledning och (3) Utvärdering av arbetet med sig själv och patienten.</p>	<p>19</p> <p>Formaterat: Teckensnitt:10 pt</p>
<p>Titel: Everyday death: how do nurses cope with caring for dying people in hospital? Författare: Hopkinson, J. B., Hallett, C. E., & Luker, K. A. Tidskrift: International</p>	<p>Sjuksköterskeperspektiv</p>	<p>Att undersöka hur nyligen utexaminerade sjuksköterskor klarar av att arbeta med döende människor på akutvårdsavdelningar samt genom detta förstå hur dessa ska stödjas på bästa sätt.</p>	<p>Studien är en undersökande studie och baseras på tvärsnittsintervjuer av sjuksköterskor arbetande på 8 akutvårdsavdelningar på 2 akutvårdssjukhus. All data tolkades fenomenologiskt.</p>	<p>Resultatet är indelat i följande kategorier som hjälper sjuksköterskan i arbetet med döende: (1) Relationer, (2) Resurser, (3) Lärdomar, (4) Värdera, (5) Kontrollera involvering och (6) Omvärdera. Dessa kategorier användes i daglig praxis och fick rubriken ”Anti-tentions” och bildar tillsammans en ”translucent web” av stöd, det vill säga en tankekarta över olika sorters stöd i</p>	<p>19</p> <p>Formaterat: Teckensnitt:10 pt</p>

Journal of Nursing Studies Årtal: 2005 Land: Storbritannien			n = 28.	arbetet.	
Titel: Enhancing emotional well-being through self-care. The experience of community health nurses in Australia. Författare: Glass, N., & Rose, J. Tidskrift: Holistic Nursing Practice Årtal: 2008 Land: Australien	Sjuksköterskeperspektiv	Att undersöka konceptet känslomässigt välbefinnande, relationen mellan känslomässigt arbete, känslomässigt välbefinnande och professionen, samt strategier som används för att främja känslomässigt välbefinnande.	Kvalitativt tillvägagångssätt med ett feministiskt synsätt. Analysen baseras på semistrukturerade intervjuer, korta berättelser från sjuksköterskor i palliativ kommunalvård samt en reflekterande journal som forskaren förde under intervjuerna. n = 15.	Betydelsen av undersökningen presenteras i tre teman med följande underteman: (1) Betydelsen av att man tar hand om sig själv, (2) Aspekter på palliativ vård som påverkar känslomässigt välbefinnande, (a) Känslomässigt arbete och palliativ vård, (b) Den känslomässiga påverkan och stressen av palliativt arbete, (c) Unga patienter och palliativ vård, (d) Arbetsplatsens utmaningar, (3) Strategier för att ta hand om sig själv (a) Värdera sig själv och söta känslomässigt stöd och (b) Sätta upp känslomässiga gränser.	19
Titel: Threats to the good death: the cultural context of stress and coping among hospice nurses. Författare: McNamara, B., Waddell, C., & Colvin, M. Tidskrift: Sociology of Health & Illness Årtal: 1995 Land: Australien	Sjuksköterskeperspektiv	Att beskriva hur sjuksköterskan på hospice upplever stress i sin arbetsmiljö samt klarar av att arbeta med döende patienter.	Intervjuer med sjuksköterskor i hospice och hemsjukvården. n = 22.	Copingtekniker funna i resultatet indelades i följande fem kategorier: (1) Utvärdera och omdefiniera misslyckande (inom palliativ vård), (2) Självförståelse: från självutvärdering till rättfärdigande, (3) Problematisera och överlåta kontrollen (till patienten), (4) Förmedla och värdesätta stöd och (5) Kontextualisera döden och uppskatta livet).	19

Formaterat: Teckensnitt: 10 pt

Formaterat: Teckensnitt: 10 pt

* Hög vetenskaplig kvalitet = 19-21p, Medelhög vetenskaplig kvalitet = 12-18p, Låg vetenskaplig kvalitet = 7-11p

Bilaga 3: Granskningsprotokoll

Förslag till granskningsprotokoll för kvalitativa studier (Forsberg & Wengström, 2008; Friberg, 2006; Nordström & Wilde, 2006; Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Utformat av Catarina Wallengren på Högskolan i Borås.

Instruktion

Varje fråga graderas med 3 poäng (ja), 2 poäng (delvis), 1 poäng (nej) eller 0 poäng (vet ej). Den erhållna poängen inom varje frågeområde summeras och den erhållna summan divideras med antalet besvarade delfrågor. Varje frågeområde kan på så sätt få mellan 1 och 3 poäng. Erhålles t.ex. 2.5 poäng, höjs denna siffra till 3. För varje ska du ringa in det alternativ (Ja, Delvis, Nej, Vet ej) som överensstämmer med dina poäng.

	Ja	Delvis	Nej	Vet ej
Frågeområde A. Syfte				
Är syftet med studien tydligt beskrivet?	3	2	1	0

Kommentar: _____

	Ja	Delvis	Nej	Vet ej
Frågeområde B. Metod				
Redogörs för vilken kvalitativ metod som har använts?	3	2	1	0
Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?	3	2	1	0

Kommentar: _____

	Ja	Delvis	Nej	Vet ej
Frågeområde C. Urval				
Är urvalskriteriet för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?	3	2	1	0
Beskrivs var undersökningen genomfördes?	3	2	1	0
Beskrivs var undersökningsgruppen kontaktades?	3	2	1	0
Beskrivs när undersökningsgruppen kontaktades?	3	2	1	0
Beskrivs hur undersöknings-				

gruppen kontaktades?	3	2	1	0
Beskrivs vilken urvalsmetod som användes (ex. strategiskt urval, snöbollsurval, teoretiskt urval)?	3	2	1	0
Beskrivs den inkluderade Undersökningsgruppen på ett tydligt sätt(ex. ålder, kön, utbildning	3	2	1	0
Är undersökningsgruppen lämplig?				

Kommentar: _____

Frågeområde D. Datainsamling	Ja	Delvis	Nej	vet ej
Beskrivs vem som utförde datainsamlingen ?	3	2	1	0
Beskrivs vilka datainsamlingsmetoder som använts på ett tydligt sätt (vilken typ av frågor som användes)?	3	2	1	0
Är data systematiskt samlade (finns formulerade frågeområden, intervjuguide)?	3	2	1	0

Kommentar: _____

	Ja	Delvis	Nej	Vet ej
Frågeområde E. Dataanalys				
Beskrivs hur begrepp, teman och kategorier är utvecklade och tolkade på ett tydligt sätt ? (ex. finns beskrivning/tabell över hur kondensering och abstraktion skett, citat som stärker)	3	2	1	0
Är analys och tolkning av resultat diskuterade?	3	2	1	0
Är resultaten trovärdiga?	3	2	1	0
Är resultaten pålitliga?	3	2	1	0
Finns stabilitet och överensstämmelse?	3	2	1	0

Kommentar: _____

Frågeområde F. Etiska frågor

Finns det tillräckligt beskrivet hur deltagarna informerats? (muntligt, skriftligt, frivillighet, konfidentialitet)	3	2	1	0
Finns det beskrivet om forskarna har inhämtat informerat samtycke?	3	2	1	0
Har etisk kommitté godkänt studien (eller diskuteras detta)?	3	2	1	0

Kommentar: _____

	Ja	Delvis	Nej	Vet ej
Frågeområde G. Diskussion				
Är de tolkningar som presenteras baserat på insamlad data?	3	2	1	0
Går det att återkoppla resultaten till den ursprungliga forskningsfrågan?	3	2	1	0
Har resultaten klinisk relevans?	3	2	1	0
Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?	3	2	1	0

Kommentar: _____

Sammanvägd poängbedömning

Den erhållna poängen (3, 2 eller 1) för varje frågeområde ovan summeras. Hösta poäng är 21 och lästa poäng är 7. Den sammanvägda bedömningen, Hög, medelhög eller låg ringas in.

Hög vetenskaplig kvalitet (19-21p)

Medelhög vetenskaplig kvalitet (12-18p)

Låg vetenskaplig kvalitet (7-11p)