



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

KÄNSLOR I MÖTET MED DÖDEN OCH DÖENDE PATIENTER

En litteraturstudie

DANIELA NIKITOVIĆ
MALIN OLSSON

Examensarbete
Kurs HT 01
Sjuksköterskeprogrammet
Januari 2004

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: postmasterhs.mah.se

KÄNSLOR I MÖTET MED DÖDEN OCH DÖENDE PATIENTER

En litteraturstudie

Daniela Nikitović
Malin Olsson

Nikitović, D & Olsson, M. Känslor i mötet med döden och döende patienter. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö högskola, Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad.

Döden är, och har alltsedan förhistorisk tid varit, ett stort intresseområde för människan. Dödsproblematiken har också fått ett eget namn, tanatologi. När man inom till exempel vårddyrket ständigt möter döden dyker ofta existentiella frågor upp. Det är svårt att finna svar på dessa frågor, varför de inte sällan leder till oro och ångest.

Syftet med denna litteraturstudie är att söka svar på vilka känslor sjuksköterskan och sjuksköterskestudenten upplever i sitt möte med döden/döende patienter, vad som ligger till grund för dessa och hur hon hanterar dem. Efter granskningen av nio vetenskapliga studier har vi kunnat dra vissa slutsatser av de resultat vi funnit, bland annat att rädsla, som är en framträdande känsla, ofta är relaterat till erfarenhet och att känslor av frustration ofta är relaterat till kunskaps- och tidsbrist. Känslor av misslyckande, skuld och ilska upplevdes när patienten dog. Den emotionellfokuserade hanteringen var den vanligaste förekommande hanteringsstrategin.

Nyckelord: döden, döende, erfarenhet, känslor, vårdpersonal

EMOTIONS IN THE MEETING WITH DEATH AND DYING PATIENTS

A literature review

Daniela Nikitović
Malin Olsson

Nikitović, D & Olsson, M. Emotions in the meeting with death and dying patients. A literature review. *Nursing Science Essay 10 points*. Malmö University, Health and Society, Department of Nursing.

The death is, and has been so since prehistoric time, a field of big interest amongst human beings. The problematic area around death even has its own name, thanatology. When you, for example in the field of nursing care, constantly meet the death, existential questions often arise. It is hard to find answers to these questions and therefore it is not rarely that this leads to agitation and anxiety.

The purpose of this literature review is to find answers to what kind of feelings the nurse and the student experience in her encounter with death/dying patients, what the basis of these feelings are and how she handles them. After processing nine scientific studies we found, from the result, that we have been able to draw some conclusions, for example that fear, which is a prominent feeling, often is related to experience and that feelings of frustration often is related to lack of knowledge and time. Feelings of failure, guilt and anger were experienced when the patient died. The emotion-focused coping was the most common coping strategy.

Keywords: death, dying, emotions, experience, nurse

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Döden och döende i ett historiskt perspektiv	5
Döden och döendet	6
Sjuksköterskans känslor inför döden/döendet – en källa till stress	7
Riktlinjer och framtida planer för sjukvårdspersonal	8
Teoretisk ram	9
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	9
Avgränsningar	10
METOD	10
Metod för artikelurval	10
Metod för artikelgranskning	12
RESULTAT	13
Negativa känslor	13
Rädsla	13
Frustration, maktlöshet och misslyckande	14
Skuld	15
Andra negativa känslor	16
Positiva känslor	16
Sjuksköterskans – sjuksköterskestudentens sätt att hantera känslor i vården av döende	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	18
Teoretisk ram	22
Emotionellfokuserad hantering	22
Problemfokuserad hantering	23
SLUTORD	23
Förslag till fortsatt forskning	24
REFERENSER	25
BILAGOR	27

INLEDNING

Om döden talar man inte, står det skrivet i SOU rapporten (2000:6) vars titel är ”Döden angår oss alla”. Att man inte talar om döden och att den samtidigt angår oss alla kontrasterar varandra. Detta uttrycker på ett bra sätt det som händer överallt och som speglas speciellt mycket inom vården, nämligen att vi som vårdpersonal undviker och upplever det påfrestande att möta en döende patient och i värsta fall undviker ett sådant möte.

Dödsproblematik är ett centralt tema inom religion, filosofi, konst och litteratur. Frågan behandlas inom etik, medicin, psykologi, juridik och ekonomi, men den tillhör också varje människa och är en del av det självklara i hennes liv (Qvarnström, 1993).

Att dagligen möta döden och att vårda döende och stödja deras familjer ställer stora krav på vårdpersonal och deras kunskap samt personlig mognad. Livets slut är ofta förknippat med plågor, lidande och smärta. De döende känner sig ofta socialt isolerade, depressiva eller aggressiva. Runt patienten finns en skara av anhöriga, släkt och vänner och alla de har sina personliga upplevelser. Allt detta kan väcka olika känslor bland vårdpersonalen och, de kan känna skuld, förtvivlan, hjälplöshet och sorg och på grund av detta kanske undvika patienten. En del av personalen kan i samma situation uppleva vården som givande och berikande (SOU 2000:6).

BAKGRUND

Döden och döende i ett historiskt perspektiv

Redan i förhistorisk tid har människan engagerat sig i frågor som rör döden och döendet. Arkeologer har bevisat att människor trodde på någon form av liv efter döden, och att själen var den som tänkte och kände, med hjärtat som själens speciella rum. På 1300-talet förändrades människans syn på döden, och människans kropp och själ började betraktas som två separata och oförenliga substanser. Senare, speciellt inom existentialismen, är frågan om döden och livets slut ett centralt tema i filosofi (Qvarnström, 1993).

Upplysningsfilosofin med idén om frigörelse på 1700-talet hade med sig en ny uppfattning om döden. För första gången uppfattades döden som den stora skandalen i varje mänskligt liv som någonting som inte kan kontrolleras av förnuftet. Sedan dess hade varje dödsfall en orsak, människor började dö av blodpropp, blödning, hjärtstillestånd, lungkollaps och så vidare. Man hör inte talas om att någon dör av dödlighet utan av särskilda orsaker (Bauman, 1992).

Döden har från att ha varit en naturlig och återkommande händelse i hemmet, förträngts i vårt samhälle. På detta sätt har den ”personliga” döden skjutits undan. Det är bara en av tio tjugofemåringar som varit med om ett dödsfall i den närmaste omgivningen. Man säger att vi idag har en ”dödsfri” generation (SOU 2000:6).

Problematiken med att döden och döendet har blivit alltmer privat, att många traditioner och sedvänjor har tunnats ur och upphört, speglar sig bland alla människor och man har nästan helt slutat prata om döden. Detta kan orsaka stora pro-

blem speciellt bland vårdpersonalen som möter döden och döendet dagligen (Qvarnström, 1993).

Frågorna kring döden har medfört att, under senare delen av 1900-talet, en ny vetenskap vuxit fram under namnet *tanatologi*. Ordet har sitt ursprung i det grekiska ordet *thanatos* som betyder död (Kastenbaum & Aisenberg, 1979).

Med industrialisering och urbanisering har de äldre människorna skilts från de yngre och idag tar olika institutioner hand om dem. Många som dör, dör på till exempel *hospice* som är en form av särskilda *palliativa* (lindrande) vårdenheter för vård av döende (SOU 2000 : 6).

Det engelska begreppet ”hospice” (lat. *hospitium*) betyder ursprungligen ett hus för vila och skydd för pilgrimer, resande eller främlingar eller för fattiga och sjuka. En mer aktuell betydelse beskriver hospice som ett sjukhus för döende (Qvarnström, 1993).

Den första verksamheten med sin egen vårdfilosofi var st. Christopher’s hospice, och den introducerades i Storbritannien 1967. Rörelsens filosofi var att skapa en miljö där den döende patienten får fysisk, psykisk och andlig vård. Den erbjuder sina tjänster och sin gemenskap även till den döendes familj och vänner. Den är också ett samfund med välutbildad personal som är skickliga i både traditionell medicin och i modern smärtbehandling och symtomkontroll (Roach, 1979).

Begreppet *palliativ* vård är ett internationellt begrepp vilket, enligt WHO, innebär en aktiv vård av patienter i ett skede där sjukdomen inte längre svarar på botande behandling. Man börjar då med kontroll av smärta samt psykologiskt, socialt och existentiellt stöd. Palliativ vård har vuxit fram ur hospicerörelsen (SOU 2000:6).

När man pratar om döden och döendet är det viktigt att förklara skillnader mellan begrepp som allvarligt sjuk, terminalt sjuk och döende. Den allvarligt sjuke har chansen att bli bra igen medan den terminalt sjuke har fått veta att han har en dödlig sjukdom som är långt gången, obotlig och som kommer att leda till döden. Begreppet döende talar om att en patient har kliniska och fysiologiska förändringar som tyder på att döden är nära. Vård av terminalt sjuka människor beskrivs både som vård vid livets slutskede och som vård av döende patienter (Kristoffersen, 1997; Field, 1998).

Döden och döendet

Bailey och Clark (1992) upptäckte en svårighet under skrivandet av sin bok som behandlar stress inom vården. Problemet var att döden och döende inte särskildes i undersökningar som de använde och studerade. Likadant problem nämner Kastenbaum och Aisenberg (1979) och Qvarnström (1993). Döden och döendet är två olika begrepp men, det är ofta svårt att skilja mellan dem.

Hedly (1993) har undersökt sjukvårdspersonalens upplevelser och reaktioner i vården av döende patienter och hon har försökt undersöka och förklara de två begreppen. Hon intervjuade personalen och frågade vad döden och döende är och hur de uppfattar de två begreppen. Efter att hon analyserat alla svar kom det fram att döden uppfattas antingen som ett skeende, en avslutning på livet eller som en befrielse om det handlade om ett svårt lidande. Döendet däremot förklarades som en process som börjar när man övergår från aktiv till palliativ behandling, en

process som pågår under en längre tid eller de sista dygnet när patienten inte kan sköta sig själv och ligger i dvala.

Sverige tillämpar hjärndödsbegrepp och enligt lag 1987:269 om kriterier för bestämmande av människans död är en människa död när hjärnans samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt fallit bort. Efteråt uppstår snabba likfenomen: hudblekhet, muskelslapphet, ögonförändringar som följs av likstelhet, likkyla och likfläckar, likvax och mumifiering (SOU 2000:6).

Sjuksköterskans känslor inför döden/döendet – en källa till stress

I Norden har vården av döende aktualiserats under de senaste decennierna och Qvarnström (1993) beskriver en av de första grundliga undersökningar som påbörjades 1974, för att utreda frågor angående sjukvård i livets slutskede (SLS). Resultat och arbeten har sammanfattats och publicerats under namnet *I livets slutskede*.

En intressant del i arbetet var utredningen som rörde vårdpersonalens upplevelse av och attityder samt känslor till döden och döende människor. De fann att många som arbetade med döende var osäkra och rädda inför mötet med dem, att personalen till stor del saknade adekvat utbildning och att detta ledde till att de hade svårt att förena medmänsklighet och yrkesroll. En del kände ren skräck inför en död människa (a a).

Att vårda döende innebär att deras död provocerar tanken på egen död och väcker frågan om livets mening. Vår tankeförmåga kan inte begripa sitt eget utplånande, det är inget tillstånd som vi kan föreställa oss och tanken på döden kanske är den mest obehagliga känslan. Sjuksköterskans dödsångest väcks och hon upplever rädsla för utplåning, för det okända, för att bli hjälplös medan hon omedvetet börjar förneka och medvetet acceptera att hon också ska dö (Almås, 2002).

Rädsla för döden och döendet är ingen avgränsad känsla utan den uttrycker i sig ett spektrum av känslor, såsom vrede, förtvivlan, osäkerhet, maktlöshet, aggression och skuld och det är just dessa känslor som orsakar stress och utbrändhet hos alla som jobbar med döende patienter (Almås, 2002; Bailey & Clark, 1992; Monat & Lazarus, 1991).

Hur en människa uppfattar döden och döendet beror såväl på individen som på kulturen samt på olika kulturella ramar som ger en riktning för bearbetning av upplevelsen. Delvis är den beroende på vilken grundläggande tro eller livsfilosofi individen har och på vilket sätt man tidigare klarat av faktiska eller förväntade hot mot sig eller familjen (Qvarnström, 1993).

För att förstå sjuksköterskans känslor i dessa situationer måste man först förklara olika begrepp. Ordet känsla eller emotion är en term vars exakta betydelse försöks förklaras av psykologer och filosofer i mer än hundra år. Ordet emotion kommer från det latinska verbet *motere* som betyder att röra sig och prefixet *e* ger betydelsen att röra sig bort från, att handla. Den definieras som sinnerörelse, känsla och affekt (Goleman, 1998).

Forskarna har också varit oeniga om exakt vilka känslor som kan betraktas som primära (basala) grundkänslor från vilka alla andra härrör. Ändå kan man klassi-

ficera känslor i olika grupper. Dessa grupperingar ger dock inte svar på alla frågor om alla känslor (Eysenck, 2000).

Goleman (1998) och Izard (1977) beskriver 8 grundläggande känslor. Dessa är: ilska, sorg, rädsla, glädje, kärlek, förvåning, avsky och skam.

Monat och Lazarus (1991) beskriver sin modell för de grundläggande känslorna där fem kategorier uppstår. Denna modell skiljer sig från Golemans (1998) och Izards (1977) modell. Dessa fem kategorier av känslor är:

- empatiska (tacksamhet, medkänsla, estetiska upplevelser)
- känslor orsakade av gynnsamma livsvillkor (glädje, stolthet, kärlek)
- känslor orsakade av ogynnsamma livsvillkor (lättnad, hopp, nedstämdhet, depression)
- existentiella känslor (ångest, rädsla, skuld, skam).
- destruktiva känslor (vrede, missunnsamhet, avsky, svartsjuka)

Positiva och negativa känslor beskriver Monat och Lazarus (1991). Positiva känslor uppstår om man rör sig i en riktning mot ett mål medan en rörelse från målet ger upphov till negativa känslor. De är eniga om att oro, skuld, sorg, vrede och rädsla representerar de negativa känslorna medan till exempel kärlek, lättnad, glädje, beundran och stolthet representerar de positiva känslorna.

Riktlinjer och framtida planer för sjukvårdspersonal

De internationella riktlinjerna och principerna för vård i livets slut har sina grunder i arbetet vid den första Hospiceenheten i London. Flera andra organisationer i USA som arbetade med samma problematik utvecklades till en amerikansk organisation som koncentrerade sitt arbete kring döden och döende, hospicefilosofi och forskningen inom detta fält. År 1979 utarbetade organisationen de allra första vårdprinciper som omfattar:

- grundläggande vårdprinciper
- patientorienterade vårdprinciper
- familjeorienterade vårdprinciper
- personalorienterade vårdprinciper (Qvarnström, 1993).

Vårdprinciper som rör personalen säger att alla som arbetar med döende måste utbildas och utvecklas genom olika seminarier, kurser eller stora konferenser och att administrationen måste följa upp de anställdas grad av emotionell belastning och utbrändhet under arbetet med döende patienter (a. a).

Det är viktigt att personalen som arbetar inom vården upplever arbetet som meningsfullt och att de känner en trygghet som grundar sig i deras kompetens och kunskap. Det pågående EU-Biomed projektet PALLIUM har som syfte att jämföra vårdens organisation i Europa och att göra en kartläggning av utbildningar inom palliativ medicin framförallt för läkare och sjuksköterskor (SOU 2000:6).

Det står också i Prioriteringsutredningen att vård i livets slutskede är placerat i den högsta prioriteringsklassen. Här framhålls också vikten av att den palliativa vården tillerkänns samma krav på kompetens som den behandlande vården (a. a).

Teoretisk ram

En modell som förefaller lätt att i detta sammanhang referera till och som kan tillämpas av sjuksköterskor i möten med döden och döende patienter är Monats och Lazarus (1991) modell för hantering av svåra uppgifter och stressituationer.

Modellen är kognitiv med utgångspunkt i människans sätt att tolka, bedöma och hantera svåra uppgifter i livet. Detta sätt som människan väljer att tolka en situation och att bedöma den avgör om den blir stressframkallande och i så fall i vilken grad (a a).

Modellen är också transaktionell eftersom den betonar att miljö och individ verkar i ett samspel och slutligen är den processorienterad som betyder att samspelet mellan individ och miljö orsakar att bedömningen påverkas och förändras (a a).

Kalfoss beskriver Lazarus copingstrategier som handlar om den psykologiska processen när någon vill hantera krav eller utmaningar. Coping är en viktig ingrediens i en persons motstånd mot skadliga och negativa känslor och hennes förmåga att hantera oro, ångest och stress. Det handlar om individens möjligheter och resurser som bestämmer vilken typ av handling som är tillgänglig för henne och hennes coping strategi (Almås, 2002).

Monat och Lazarus (1991) skiljer mellan problem- och känslofokuserat bemästrande eller coping. Problemfokuserad coping förklaras som en aktiv problemlösning vilken kan resultera i att till exempel söka vägledning, stöd eller information om vad som behöver göras och sedan använda det och förändra omgivningen och beteende. Man kan också bearbeta sina känslor och direkt påverka stressorer. Känslofokuserad coping förklaras som ett sätt att undvika ångest med olika strategier, exempelvis att plocka undan i patientens rum, ta hand om den tekniska delen i arbetet, manipulera samtalen, förneka att någonting är fel eller stänga av sina känslor. Den reglerar de känslomässiga reaktionerna också med olika försvarsmekanismer som till exempel förnekande och undvikande. Ofta använder individen flera olika copingstrategier under samma påfrestande situation, och om copingen inte fungerar på ett tillfredsställande eller adekvat sätt blir stressen, oron mer påtaglig och kan leda till utbrändhet.

Monat och Lazarus (a a) upptäckte också att den problemfokuserade copingstrategin påverkar hälsan i mer positiv bemärkelse och att individen som använder just denna strategi löper mindre risk att uppleva stress och att bli utbränd. Den känslofokuserade copingstrategin med olika försvarsmekanismer försämrar individens hälsa och känslor av utbrändhet och stress blir bara starkare.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna litteraturstudie är att ta reda på vilka känslor sjuksköterskan och sjuksköterskestudenten upplever då de, i sitt arbete ofta, konfronteras med döden och döende patienter, varför de upplever dessa känslor och hur de hanterar dem.

Syftet utmynnar i tre frågeställningar:

- Vilka känslor upplever sjuksköterskan och sjuksköterskestudenten i sitt möte med döden och döende patienter?
- Vad ligger till grund för dessa känslor?
- Hur hanterar de dem?

Avgränsningar

I arbetet ville vi utesluta det pediatrika området och diagnosen hjärndöd.

METOD

Metoden presenteras under två rubriker. Den första är metod för artikelurval och den beskriver tillvägagångssätt för artikelsökning. Den andra beskriver artikelgranskning och kriterier för detta enligt Polit m fl (2001).

Metod för artikelurval

Metoderna som använts i litteraturstudien var en strukturerad databassökning samt manuell sökning. De fria sökord som använts i olika kombinationer är: *dying*, *death*, *nurs**, *staff*, *emotions* och *feeling and experience*. Begränsningen var från år 1995 till 2003. För att utesluta det pediatrika området begränsades sökningen med *not pediatric* och *not children* eftersom dessa begrepp ibland dök upp i artiklarna. Sökning med messtermer gav inga användbara resultat.

De databaser som använts var Elin@malmö, Pubmed, Medline, Cinahl och Psychinfo.

I *Tabell 1* redovisas en översikt av databaser, sökord, träffar samt de granskade abstrakten och använda artiklar. De vetenskapliga artiklarna som använts har i referenslistan markerats med #.

Tabell 1. Översikt av databaser, sökord, träffar, lästa abstrakt, granskade och använda artiklar.

Databas/sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Använda artiklar
ELIN-				
Dying and nurs* and emotions and feelings and experiences	1 6 12	0 2 2	0 1 0	0 1 0
Death and nurs* and emotions and feelings and experiences	2 6 15	1 0 0	0 0 0	0 0 0
Dying and staff and emotions and feelings and experiences	0 1 2	0 0 0	0 0 0	0 0 0

Death and staff and emotions	0	0	0	0
and feelings	1	0	0	0
and experiences	6	2	0	0
MEDLINE				
Dying and nurs* and emotions	19	4	2	1
and feelings	36	2	2	1
and experiences	91	13	6	2
Death and nurs* and emotions	65	3	2	0
and feeling	115	2	2	0
and experiences	266	10	1	0
Dying and staff and emotions	6	2	0	0
and feelings	20	2	0	0
and experiences	40	5	0	0
Death and staff and emotions	20	1	0	0
and feelings	45	2	0	0
and experiences	96	6	0	0
PUBMED				
Dying and nurs* and emotions	99	14	7	1
and feelings	114	9	3	1
and experiences	88	3	1	0
Death and nurs* and emotions	457 ⁽¹⁾ -195	5	1	0
and feelings	500 ⁽¹⁾ -217	6	0	0
and experiences	216 ⁽¹⁾ -132	3	1	0
Dying and staff and emotions	42	4	0	0
and feelings	49	4	1	0
experiences	36	2	0	0
Death and staff and emotions	130	2	0	0
and feelings	149	4	0	0
and experiences	88	3	2	0
CINAHL				
Dying and nurs* and emotions	98	11	2	0
and feelings	194	8	0	0
and experiences	604 ⁽¹⁾ -106	4	2	1
Death and nurs* and emotions	151	5	0	0
and feelings	312 ⁽¹⁾ -42	2	0	0
and experiences	505 ⁽¹⁾ -198	6	0	0
Dying and staff and emotions	25	2	0	0
and feelings	48	3	0	0
and experiences	274 ⁽¹⁾ -56	2	0	0

Death and staff and emotions and feelings and experiences	40 106 274 ⁽¹⁾ -56	3 2 2	0 0 0	0 0 0
PSYCINFO				
Dying and nurs* and emotions and feelings and experiences	9 23 52	1 3 3	0 1 0	0 0 0
Death and nurs* and emotions and feelings and experiences	10 43 90	1 7 5	1 0 0	0 0 0
Dying and staff and emotions and feelings and experiences	2 13 20	0 2 1	0 0 0	0 0 0
Death and staff and emotions and feelings and experiences	3 15 32	0 2 1	0 0 0	0 0 0
Manuell sökning	4	2	1	1

⁽¹⁾ för att begränsa antalet träffar användes också *and adult*.

Metod för artikelgranskning

Den kritiska granskningen byggs på Polit m fl (2001) kriterier för hur en vetenskaplig artikel ska vara uppbyggd. Enligt dem ska artikeln innehålla följande:

Titel ska spegla artikelns innehåll och innehålla högst 15 ord.

Abstract ska bestå av 100-200 ord och den ska kort beskriva artikelns innehåll samt väcka intresse hos läsaren. Den ska innehålla syfte, frågeställning, metod och resultat.

Introduktion ska fördjupas i problematiken med anknytning till tidigare forskning i ämnet. Den ska identifiera de variabler som ska studeras, frågeställnings - syftes - hypotes ska provas.

Metod ska presentera forskarens metod att gå till väga för att besvara sina frågor. Den ska också innehålla urvalsbeskrivning, eventuellt bortfall, analysmetoden och etiska aspekter.

I *resultatdelen* ska författaren sammanfatta de hittade upptäckterna, samt med tabeller och/eller figurer belysa de mest intressanta fynden. Förutom det ovan nämnda ska/kan följande information finnas i resultatdelen: underrubriker och citat från de aktuella data ska inkluderas i resultatpresentationen för att stödja och skaffa en rik beskrivning av den tematiska analysen.

I *diskussionen* ska forskaren dra slutsatser om meningen och konsekvenserna av studien och förklara varför studien blev gjord på just detta sätt. Information om

följande ska även finnas i diskussionsdelen: en förklaring av resultatet samt om upptäckterna kan användas i praktiken, och ett förslag om hur de kan användas för att förbättra vården.

Författarna kan även rekommendera om olika områden som kan forska vidare för att öka kunskap om det representerade ämnet. Det är också viktigt att resultatet beskriver begränsningar och brister i urvalet eftersom det på detta sätt visar forskarna att de varit medvetna om dessa begränsningar.

Referenslistan ska innehålla böcker, artiklar samt material som författaren använt sig av.

RESULTAT

Under resultatdelen kommer vi att presentera de fynd vi gjort efter att ha granskat de nio genomlästa vetenskapliga artiklarna.

Negativa känslor

Rädsla

Yang och Mcilpatrick (2001) undersökte i sin studie intensivvårdssjuksköterskornas upplevelser av mötet med döende patienter. Studien ägde rum i Taiwan där tio sjuksköterskor i åldern från tjugotvå till trettiotvå fick delge sina erfarenheter under semistrukturerade intervjuer. Dessa hade arbetat mellan två och tolv år. Efter att ha analyserat de semistrukturerade intervjuerna identifierade forskarna tretton olika teman som grupperades under rubriken: attityder till vården av döende patienter, stressorer och hanterings strategier. Det visade sig att en av de främsta känsloupplevelserna var rädsla. Dessa sköterskor var noviser eller hade arbetat mindre än två år. Som orsak till denna känsla anges att sjuksköterskorna var rädda att patienten dött på grund av deras brist på kunskap.

Loftus (1998) undersökte sjuksköterskestudenter och deras upplevelse i mötet med en patients plötsliga död. Han gjorde en fenomenologisk studie där sex studenter i England blev intervjuade och fem av dessa intervjuresultat användes. Studenterna fick reflektera över någon specifik händelse som inträffade vid vård av döende patienter. Tre teman blev tydliga under resultatsammanfattningen. Dessa var plötslig död, sårbarhet och stöd i vård av döende. En av sjuksköterskestudenternas största känsla vid konfrontation av plötslig död var rädsla och en av de intervjuade uttryckte sin rädsla i ord som fruktansvärt. Hon hade aldrig tidigare varit med om att en patient dött. Samma student upplevde det hemskt att se all teknisk utrustning som togs fram när döden var närstående, likaså försök att hitta blodkärl som gick att använda. Hon tyckte det var jobbigt att vara närvarande vid detta tillfälle eftersom hon kände att deras arbete inte överensstämde med det sätt patienten hade velat att dödsögonblicket skulle se ut. Hon tyckte även att läkaren var i vägen och att han gjorde många saker, men hon tyckte inte att han utförde dem korrekt.

Payne m fl (1998) undersökte dödsångest hos akutsjuksköterskor och sjuksköterskor från olika palliativa enheter. De svarade på frågor och dödsångest var mättat med en skala som mäter till exempel rädsla för döden och undvikande av den

döende. Resultaten visade att akutsjuksköterskor visade större känslor av rädsla för döden än sjuksköterskor från andra palliativa enheter.

Kao och Lusk (1997) jämförde attityder mot döden och döende mellan asiatiska och amerikanska examinerade sjuksköterskestudenter. De gjorde en komparativ studie där sjutton asiatiska och elva amerikanska studenter deltog. Forskarna hade två hypoteser och den första var att utforska om asiatiska studenter var mer oroliga inför döden än amerikanska studenter. För att mäta rädsla använde de två olika skalor som mäter den. Den vanligaste skalan är Lesters skala vilken forskarna använde för att mäta fyra dimensioner av rädsla för döden. Alla intervjuade hade lika stor erfarenhet av vårdarbete, men de asiatiska studenterna var i snitt yngre än de amerikanska och de visade signifikant mer rädsla angående sin egen död. Enligt deras uppfattning var döden förknippad med osäkerhet, brist på kontroll, smärta och separation från familjen och vänner och alla dessa känslor orsakade rädsla för döden.

En fenomenologisk studie av Beck (1997) som ägde rum i USA undersökte upplevelser i vård av döende patienter bland tjugosex sjuksköterskestudenter. Informationen hanterades utan vetskap om varken ålder eller kön. Studenterna erbjöds under utbildningens gång en kurs i död och döende, men inga hade ännu tagit denna. De fick till uppgift att beskriva de tankar och känslor de hade innan sitt första möte med döende patienter och hur dessa känslor stämde överens med de faktiska känslor de upplevde under mötet med de döende. Sjuksköterskestudenterna beskriver hur de var rädda för att närma sig och vårda en döende patient. Känslorna uppstod som ett resultat av att de inte hade någon erfarenhet, inte visste vad som förväntades av dem och inte visste hur de skulle förhålla sig till patienten.

Frustration, maktlöshet och misslyckande

Känslor av frustration och maktlöshet upptäckte Yang och Mcilpatrick (2001) bland sjuksköterskor som arbetade på en intensivvårdsavdelning vid vård av döende patienter. Deras känslor var relaterade till att de inte kunde fatta beslut rörande behandlingen av patienter. De ville ofta minska eller avbryta aggressiv behandling tidigare än läkaren. De kunde inte heller avslöja prognosen för den döende patienten, om det stred emot läkarens order.

Två andra studier (Hopkinson, 2002; Irvin, 2000) återger hur sjuksköterskan kan känna sig frustrerad över att tiden inte räcker till i förhållande till den vård hon vill ge patienten och att brist på personal också kan vara en källa till frustration.

I sin kvalitativa studie beskriver Irvin (2000) upplevelser av vården av döende cancerpatienter bland fem intervjuade sjuksköterskor. De intervjuade hade som högst ett års erfarenhet inom detta arbetsområde. De svarade att det ofta anses positivt att ha utvecklat en relation med patienten, men att detta kunde leda till, när patienten dör, känslor av ångest, hjälplöshet, frustration och ilska. De fem sjuksköterskor som ingick i denna studie berättade hur de anstränger sig för att ge den döende den optimala vården. När detta inte uppnås, till följd av personalbrist, brist på kunskap rörande smärtsymtom eller konflikter inom vårdlag, känner sjuksköterskan sig misslyckad och besviken.

Känslan av misslyckande kan uppkomma när patienten förnekar och undviker att tala om sin situation. Det kunde ibland pågå under en lång tid, ta mycket kraft och

energi från sjuksköterskan och hon kände till slut att arbetet inte gav något resultat (Wihlborg, 1996).

I sin undersökning utgick Hopkinsson (2001) från sin tidigare genomförda fenomenologiska doktorsavhandling vilken handlade om sjuksköterskors upplevelser i vården av döende patienter. Syftet med hans studie var att undersöka den stödjande funktionen av den muntliga rapporteringen i vården av döende patienter. Denna undersökning innehöll också användbar information om syftet med vår undersökning, nämligen sjuksköterskors känslor i mötet med döden och döende patienter. Hopkinsson intervjuade tjugoåtta sjuksköterskor från akutvårdsenheten. Ingen hänsyn togs till deltagarnas ålder eller erfarenhet. Två sjuksköterskor i studien svarade att de alltid känner sig maktlösa och samtidigt arga när någon dör för att de tycker att det borde finnas fler saker man kunnat göra för denna patient. En annan sjuksköterska svarade att hon kunde känna sig frustrerad på grund av att hon var osäker på om patienten fått den bästa möjliga vården. Resultatet visade också att sjuksköterskor ofta känner andra negativa emotioner som frustration och maktlöshet vilka utgör ett hot mot deras välbefinnande. Frustrationskänslor uppstod också på grund av att läkaren ofta nonchalerade sjuksköterskans arbete, till exempel dokumentation om smärta.

I en explorativ, kvalitativ studie av Kristjanson m fl (2001) där tjugo sjuksköterskor svarade på frågor om deras upplevelser av dålig och god död svarade de att de upplever känsla av frustration vid, som de benämner, en dåligt död. Dålig död innebär enligt dessa sjuksköterskor bland annat att patienten inte har accepterat sin prognos, är ensam och oftast yngre.

Två andra studier (Loftus, 1998; Beck, 1997) beskriver också hur sjuksköterskestudenter upplevde att det gjordes för lite för att rädda en patient och att detta ledde till känslor av upprördhet och frustration. De beskriver också att de kunde känna sig små och värdelösa när en patient inte visste något om sin prognos för att de inte fick säga det.

Yang och Mcilfattrick (2001) upptäckte att sjuksköterskor ofta känner stress när de med medlidande, empati och optimal omvårdnad vårdar döende patienter. Som orsak till denna stress anges brist på klarhet i vad patienten själv vet om sin prognos, överbelastning i arbetet, för många involverade i beslutfattandet och patientens familj och deras sorg som de också måste ta hand om. Den närstående döden eller den plötsliga döden tvingade sjuksköterskor att konfronteras med sin egen död. Begränsat stöd, som till exempel rådgivning, eller brist på erkännande att sådana här frågor är svåra att hantera kan, enligt artikelförfattarna, leda till utbrändhet och en sorg som kan vara komplicerad att hantera.

Skuld

Intensivvårdssköterskor i studien av Yang och Mcilfattrick (2001) var rädda att patienten dött på grund av deras brist på kunskap och detta ledde till att de upplevde skuldkänslor.

Samma känslor av skuld beskriver Beck (1997) bland undersökta sjuksköterskestudenter. Dessa känslor var ett resultat av ett ytligt och undvikande samtal med den döende vilken inte handlade om patientens aktuella situation.

Wihlborg (1996) beskriver samma fynd bland sjuksköterskor på en geriatrisk rehabiliteringsavdelning. De fick beskriva situationerna då samtalen hade utspelats och deras upplevelser samt anledningar till dessa. En av de känslor som visade sig var skuld. Denna känsla uppstod då de skulle närma sig och vårda en döende patient och samtalet handlade om vardagliga ting och inte om sjukdomen, döden eller döendet. Allt detta blev ett resultat av att de inte visste vad de skulle tala med patienten om. Samtalen kunde då bli ytliga och inte alls handla om patientens aktuella situation.

Andra negativa känslor

Yang och Mcilpatrick (2001) beskriver att sjuksköterskor, när de var nyutexaminerade, kunde känna sorg eller förlust när en patient var döende och när patienten dog. Deras sorg berodde ofta på att sjuksköterskor satte sig in i deras situation och kunde känna att det lika gärna kunnat vara någon närstående eller rentav de själva som låg där. Patienternas död provocerade tankar om egen död och väckte ofta frågor om livets mening.

Wihlborg (1996) beskriver olika känslor som kan upplevas i vården och i samtalet med den döende. Om patienten sätter gränser genom att hindra anhöriga att bli informerade kommer sjuksköterskan mitt emellan dem och hon kan känna sig utnyttjad. Oro, ångest och rädsla hos patienter kan orsaka att sjuksköterskan känner det tungt och mödosamt. Att inte kunna nå patienten kan ge känslor av otillräcklighet.

Positiva känslor

Irvin (2000) beskriver i sin studie att sjuksköterskor upplevde det positivt då de kunde utveckla en relation med sin patient. De kände sig som en del av en surrogatfamilj och känslomässiga band uppstod dem emellan.

I den komparativa studien som är gjord av Kao och Lusk (2001) där två hypoteser skulle prövas, visade det sig utifrån deras andra hypotes att de asiatiska studenterna hade signifikant mer positiva attityder till vård av döende och kunde också erhålla positiv energi ur arbetet med dessa patienter.

En sjuksköterska i studien av Payne m fl (1998) beskrev hur hon tyckte att linjen är hårfin mellan att vara rädd och fascinerad för/av döden.

Något som också upplevdes som positivt var, enligt Wihlborg (1996), att ha någonting gemensamt med den patient man skulle vårda. Det kunde t ex handla om att man delade samma tro.

Sjuksköterskans – sjuksköterskestudentens sätt att hantera känslor i vården av döende

Deltagarna i studien av Hopkinson (2002) gav exempel på vad som underlättade deras arbete med döende patienter. Att prata om sina upplevelser underlättade deras arbete och hantering av negativa känslor. Under muntlig rapportering fick sjuksköterskorna tillfälle att på ett naturligt sätt ventilerade sina känslor med andra som förstod till exempel deras känsla av frustration. Även om familjen kunde vara ett stort stöd, så förstod de inte riktigt vad en sjuksköterska går igenom under ett arbetspass. Under rapporteringstillfället gavs också möjlighet att på ett bra och naturligt sätt avsluta en dags arbete med svårigheter och sedan överlämna det till nästa arbetspass.

Sjuksköterskorna betonade också att de var beroende av stödjande kollegor, god miljö och ett väl fungerande vårdlag för att kunna hantera exempelvis alla påfrestande samtal som de hade med patienten. De ansåg också att det var viktigt att läkaren erkände deras roll i samtalet med patienten och att de inte hindrades att tala öppet med patienterna. Ibland kunde även patientens familj utgöra ett stöd för sjuksköterskan bland annat när det handlade om en patient som var okontaktbar av någon anledning (Wihlborg, 1996).

I artikeln av Beck (1997) beskriver en sjuksköterskestudent ett sätt som hon använde sig av för att hantera de svåra situationerna. Hon undvek patientens familj och låtsades inte känna något. Trots att hon grät inombords varje gång hon träffade sin patient isolerade hon sig med sina känslor.

Andra sätt att hantera sin svåra situation var att prata med en vän eller partner som i viss mån kunde lugna och ge stöd (Loftus, 1998).

Payne m fl (1998) kom fram till att både hospice- och akutsjuksköterskorna ofta eller ibland tog med sig sina arbetsrelaterade känslor hem, där de diskuterade dessa med någon familjemedlem. Dock kände hospicesjuksköterskorna, till skillnad från akutvårdssjuksköterskorna, att de kunde prata med sina kolleger när de kände behov av det. Akutvårdssjuksköterskorna kände att de endast kunde prata med dem de hade en nära vänskapsrelation till. De kände att de inte kunde lita på dem alla och därför inte kunde delge sina känslor med dem. På både hospice- och akutvårdsavdelningen hade personalen tillfällen ämnade för ventileringssträffar. På hospiceavdelningen var det i form av regelbundna personalmöten och på akutsjukvårdsavdelningen i form av ventileringssträffar efter en stor händelse. En synpunkt angående träffarna på akutvårdsavdelningen var att dessa träffar kändes vara ämnade endast för läkarna. Det visade sig också att akutsjuksköterskor i större utsträckning använde sig av en undvikande strategi i jämförelse med hospicesjuksköterskor.

Sjuksköterskorna i studien av Kristjanson m fl (2001) beskriver hur en bra hanteringsstrategi fungerar. Det ska finnas, enligt dem, en bra kommunikation inom vårdlaget, effektiv rapportering och stöd av varandra.

Ett sätt att hantera känslor som uppstod i vård av döende handlade om att ta med sig sina olösta problem hem eller att sjuksköterskorna isolerade sig själva med känslor av ångest och stress. Den närstående döden eller den plötsliga döden tvingade sjuksköterskorna att konfrontera sin egen personliga död. Begränsat stöd, som rådgivning, eller brist på erkännande att sådana här frågor är svåra att hantera kan, enligt artikelförfattaren (Irvin, 2000), leda till utbrändhet och en sorg som kan vara komplicerad att hantera.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var från början att belysa sjuksköterskans attityder i mötet med döende patienter. Under arbetets gång uppstod ett problem vilket var att de flesta artiklar utgick från patientens och anhörigas perspektiv och att

området som handlade om sjuksköterskans upplevelser var begränsat. Ett annat problem var också att det var svårt att skilja mellan döden och döendet, samt mellan attityder och känslor i artiklar som verkade intressanta för arbetet. Detta medförde en ändring i syfte, vilken ledde till en undersökning av sjuksköterskors känslor i mötet med döden och döendet. Under genomgång av alla abstrakt visade det sig att en del artiklar handlade om sjuksköterskestudenter och därför inkluderades dem också i studien. Vårdpersonal och sjuksköterskestudenter definieras olika i olika länder men termen *nurs** i denna studie är översatt som vårdpersonal, vilken innefattar allt från vårdbiträden till sjuksköterskor. Resultatet hade säkert sett annorlunda ut om sökningen gjorts med den engelska termen RN (registered nurse) som betyder legitimerad sjuksköterska.

Begränsningen är gjord under perioden från 1995 till år 2003. Under tiden när sökningen efter artiklar och vidare fördjupning i aktuell litteratur pågick visade det sig att problematiken kring döden och döendet var aktuell redan under 70- och 80-talet för att sedan falla bort och ha mindre intresse. Forskare började från slutet av 90-talet åter igen få upp ögonen för detta stora område. Detta var kanske en förklaring till att sökningen gick sakta framåt och att artiklar inte alltid svarade på frågeställningar. Denna begränsning kan också ha orsakat att studier som publicerades tidigare och som skulle kunna ha påverkat resultatet missats.

Sökningen gjordes i de fem databaser som redovisas i tabell nr 1. De fria sökord som används var *nurs**, *staff*, *dying*, *death*, *emotions*, *feelings* and *experiences*. Artiklarna var ofta publicerade i tidskrifter som inte fanns på Hälsa och samhälles bibliotek eller på UMAS medicinska bibliotek. På grund av detta beställdes alla förutom en från andra bibliotek inom Norden. Dålig överensstämmelse mellan syfte och resultat, korta och ofullständiga abstract, många kvantitativa, eller inte alls vetenskapliga artiklar resulterade i att det var relativt få artiklar med fokus på sjuksköterskors och sjuksköterskestudenters känslor inför döden och döendet.

Efter en grundlig och systematisk sökning visade det sig att bara nio av fyrtiotal lästa artiklar handlade om sjuksköterskor och sjuksköterske-studenter och uppfyllde alla krav för vetenskaplighet enligt Polit m fl (2001).

Resultatdiskussion

Enligt Monats & Lazarus (1991) modell klassificeras känslor under två stora tema, positiva och negativa, där de negativa känslorna uppstår då man rör sig i en riktning från målet medan de positiva uppstår när man rör sig i en riktning mot målet.

Målet i sig består av en samverkan mellan att kunna ge en god omvårdnad och att kunna bibehålla sin känsla av välbefinnande (Kristoffersen, 1997).

Syftet med föreliggande litteraturstudie var att få en fördjupad kunskap om sjuksköterskors och sjuksköterskestudenters känslor i mötet med döden och döende patienter och samtidigt svara på vad som ligger till grund för dessa känslor. Dessutom försöker undersökningen svara på frågan om sätt som denna personalkategori använder sig av för att hanterat sina känslor. Efter granskningen av artiklar hittades ett samband mellan upplevda känslor och deras uppkomst samt hanteringssättet.

En del av artiklarna tar upp känslan av rädsla som den mest framträdande känslan i vården av döende patienter. Detta fenomen bekräftas också av Kastenbaum och Aisenberg (1979).

Yang och Mcilfattrick (2001), Loftus (1998), Kao och Lusk (1997) och Beck (1997) fann att rädsla framkom mest bland sjuksköterskorna och sjuksköterskestudenterna som saknade erfarenhet. De som upplevde rädsla var noviser eller hade en arbetslivserfarenhet på mindre än två år. Som källa till känslan av rädsla uppgav de intervjuade att de var osäkra på om patienten dött på grund av deras brist på kunskap eller erfarenhet.

I alla artiklar där sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter uppgav att de upplevde rädslan visade det sig att de inte hade stor erfarenhet av att arbeta inom sitt yrke. Med andra ord, deras rädsla var ett direkt resultat av deras korta arbetslivserfarenhet.

Bailey och Clarke (1992) undersökte också om det var ålder och erfarenheten som påverkade sjuksköterskors känslor inför död och döende. De kom fram till att både ålder och erfarenhet var signifikanta när det gällde rädsla och stress i vården av döende. Vi måste dock vara kritiska till påståendet eftersom både erfarenhet och ålder i detta fall kan tolkas på olika sätt. Man kan ha livserfarenhet, och inte arbetslivserfarenhet, om man till exempel varit utsatt för sådana här händelser tidigare i livet.

Enligt Hedly (1993) är rädsla för döden inte en generell känsla bland personalen utan något som sjuksköterskan upplever i början av sitt arbete och som hon vänjer sig vid med tiden. Detta visade sig också i artikel av Beck (1997), där en del av sjuksköterskestudenterna under sina första möten med en döende patient upplevde rädsla, för att senare bli mer bekväma i sin situation.

Kao och Lusk (1997) fick i sin studie fram att de asiatiska studenterna upplevde mer rädsla för döden än de amerikanska. Detta grundades i rädslan för egen död. Däremot hade de mer positiva attityder i vården av döende patienter. Å andra sidan fann Rooda m fl (1999) i sin studie att sjuksköterskor med negativa attityder till döden också upplevde vården av döende patienter som någonting negativt.

På grund av de kontroversiella resultaten kunde inte frågan om huruvida personalens upplevda rädsla för döden påverkar deras attityder till vården av döende patienter besvaras.

De asiatiska sjuksköterskestudenterna visade en tydligt upplevd känsla av rädsla som också kunde bero på deras kulturella och religiösa bakgrund. Som en förklaring till detta är intressant att nämna att inom den asiatiska kulturen och traditionen inte är tillåtet att tala om döden, speciellt inte med den döende patienten (Kao & Lusk, 1997).

Å andra sidan framkom det i studien av Yang och Mcilfattric (2001) att de sjuksköterskor som hade en religiös bakgrund att falla tillbaka på, i detta fall Taoism och Buddhism, hade lättare att hantera döden/döende patienter. Tron hjälpte dem att acceptera döendet och döden.

Qvarnström (1993) betonar att det just är människans grundläggande tro eller livsfilosofi som påverkar hennes sätt att hantera döden och döendet i vården. Detta visade sig också bland intervjuade i några artiklar.

Hopkinsons (2002) och Irvin (2000) fann att sjuksköterskor upplevde bland annat känslor av frustration i mötet med döende. Dessa känslor uppgavs ha sin grund i tidsbrist och osäkerhet om att patienten erhållit den vård som den var i behov av, eller när sjuksköterskor inte kunde uppnå den optimala vården. Frustration upplevde de också när deras arbete i form av smärtdokumentation inte tillerkändes något värde. Loftus (1998) och Becks (1997) resultat visade att frustration bland sjuksköterskestudenter kunde uppstå på grund av att de kände att det gjordes för lite för patienten samt att de kände sig små och värdelösa när ingen lyssnade på dem.

Det är tydligt att känslor av frustration uppkommer till följd av att sjuksköterskorna rörde sig ifrån målet. Målet för dem var att uppnå den optimala vården vilket bland annat inkluderade att fastställa och följa smärtdokumentationen. På grund av tidsbrist, osäkerhet eller nedvärdering av deras arbete lyckades de inte uppnå den optimala vården och upplevde helt enkelt att vården var otillräcklig. Samma resultat att tidsbrist eller otillräcklig smärtbehandling kan bidra till känslor av frustration fick Hedly (1993) fram i sin avhandling.

Känslor av frustration kan också uppstå på grund av dåligt samarbete inom vårdlaget (Kristjanson, 2001). Detta är enligt Almås (2002) en direkt orsak till sjuksköterskans eventuellt förändrade tolerans och frustration på arbetsplatsen.

De mest framträdande känslorna var rädsla och frustration, men även känslor av misslyckande, maktlöshet och skuld framkom. Känslor av misslyckande och frustration hänger ofta samman och detta var mest framträdande i studien av Irvin (2000) där sjuksköterskornas känslor av misslyckande direkt ledde till känslor av frustration. Maktlöshet och misslyckande uppstod ofta när patienten hade svåra smärtor och när den tillgängliga behandlingen inte hjälpte henne/honom.

Upplevda känslor av ilska (Irvin, 2000; Hopkinson, 2002) och skuld (Yang & Mcilfatric, 2001) visade sig ofta när patienten dog. Skuld-känslor uppstod i situationer när sjuksköterskor upplevde att patienten dog på grund av deras kunskapsbrist.

I samtal med en patient som förnekade sin sjukdom (Wihlborg, 1996) eller när samtalet blev ytligt och undvikande och började handla om vardagliga ting (Beck, 1997) upplevde sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter skuld och osäkerhet. Då de kände att de arbetat utan resultat upplevde de också känslor av misslyckande.

När sjuksköterskor kände att de misslyckats med någon behandling eller omvårdnad upplevde de först känslor av misslyckande och efter misslyckandet upplevde de skuld eftersom de började tvivla på sin kunskap. Misslyckande, skuld och till slut självanklagelser hänger ihop och uppkommer, enligt vår uppfattning, när sjuksköterskor har otillräcklig erfarenhet och är osäkra.

Vi anser att känslor av skuld som resultat av att patienten dött kan ställas i förhållande till sjuksköterskans yrke och vårdfilosofi. De är utbildade att bevara liv,

att bota, lindra och trösta och det är svårt att erkänna nederlag och tillåta sjukdomen och döden att segra.

Alla de negativa känslorna uppstår enligt Monat & Lazarus (1991) när sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter rörde sig ifrån målet.

I våra artiklar var sjuksköterskornas och sjuksköterskestudenternas (Yang & Mcilfattrick, 2001; Loftus, 1998; Kao & Lusk, 1997; Beck, 1997; Hopkinson, 2002; Irvin, 2000) främsta mål att patienten överlever. Denna problematik är lätt att förstå eftersom målet att bevara livet är någonting som egentligen ingår i vårt yrke. Bauman (1992) skriver om detta fenomen:

”Modernitet lyckades aldrig förverkliga sina i regel dolda men dagligen drömda drömmar om att besegra dödligheten.” (s191)

Därför upplevde sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter rädslan som en negativ känsla vilken uppkom när de rörde sig ifrån målet och inte lyckades bevara livet. Deras målsättning är lätt att förstå när man konstaterar att de tjänstgjorde på olika intensivvårdsavdelningar (Yang & Mcilfattrick, 2001), akutvårdsavdelningar (Payn m fl, 1998; Hopkinson, 2002) kirurgiska och medicinska vårdavdelningar (Loftus, 1998). Där träffade de både unga och gamla patienter och försökte, med all medicinsk utrustning och kunskap, rädda patientens liv. Deras strävan att uppnå målet var kanske relaterat till att bevisa sin yrkeskompetens för sig själv.

Känslor av frustration upplevde sjuksköterskorna och sjuksköterskestudenterna när de kände att de rörde sig ifrån målet, som var att hitta den optimala vården (Hopkinson, 2002) eller att uppnå den (Irvin, 2000). Ibland kunde de uppleva frustration när de kände att det inte gjordes tillräckligt för patienten (Loftus, 1998; Beck, 1997).

Att kontrollera patientens smärta var målet för sjuksköterskor i studien av Irvin (2000) och när de inte kunde uppnå det upplevde de negativa känslor. För sjuksköterskor i Wihlborg (1996) var målet att närma sig patienten och ge en bra omvårdnad. När de inte klarade uppgiften upplevde de känslor av skuld. Eftersom sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter inte kunde uppnå målet i sitt arbete vilket är enligt Kristoffersen (1997) att ge en god omvårdnad rörde de sig ifrån målet och på grund av detta upplevde de negativa känslor i vården av döende patienter.

Positiva känslor nämndes inte ofta i de artiklar vi granskat. I artikeln av Payne m fl (1998) kunde man dock se att det fanns en signifikant skillnad mellan hospice-sjuksköterskornas och akutsjuksköterskornas upplevelser av vård av döende patienter. Hospicesjuksköterskorna hade mer positiva upplevelser av detta arbete än de som tjänstgjorde på akutavdelningen och detta kan relateras till Bailey och Clarke (1992) och Hedly (1993) som betonar att man med tiden vänjer sig vid de multipla förluster och döden. Döden på hospice inträffar oftare och därför blev de mer vana vid det och upplevde positiva känslor i sitt arbete. Samt att de antagligen utvecklat ett förhållningssätt till döden och döende patienter genom att släppa fram sina känslor och bearbeta dem direkt och tillsammans.

Anledningen till att det inte ofta nämns något positivt i de artiklar vi granskat kan bero på att så verkligen är fallet. Men vi undrar också om det inte kan bli ett betingat beteende, det vill säga att det finns en risk att man på grund av förutfattade meningar endast finner det man söker och i detta fall bara de negativa känslorna.

Inom de negativa känslorna fanns fler kategorier än inom de positiva och det innebär att sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter upplevde mer negativa än positiva känslor i mötet med döden/döendet.

Alla de negativa känslorna kan upplevas medan sjuksköterskan vårdar döende patienter och det är en naturlig reaktion eftersom alla som vårdar döende är också människor med sina mänskliga känslor och med sin egen dödsångest. Med tanke på detta skriver Kalfoss (Almås, 2002):

”Det är inte underligt att vi känner oss ängsliga, rädda, hjälplösa, frustrerade, förtvivlade, arga och nakna. Det är också normalt att känna sorg, när man står inför lidande patienter och deras närstående, i synnerhet om man känt dem längre.”(s 50)

Teoretisk ram

Utifrån vårt val av teoretisk referensram om olika sätt att hantera känslor som uppstår i vården av döende vill vi diskutera de fynd vi kommit fram till. Efter granskning av de artiklar vi kunnat använda har vi sett vissa samband.

Enligt Monat och Lazarus (1991) finns det två sätt att hantera sina stressorer och känslor. Dessa är emotionell- och problemfokuserad hantering.

Emotionellfokuserad hantering

Studenterna som ingick i studien av Beck (1997) beskriver sitt sätt att hantera sina känslor som undvikande av patienten och dess familj. De isolerade sina känslor och ”grät inombords”.

Hospice- och akutsjuksköterskorna som deltog i Paynes m fl (1998) undersökning undvek att konfrontera sina känslor på arbetet och tog istället med sig alla sina negativa känslor och upplevelser hem.

Irvin (2000) kom fram till att det fanns många sätt att hantera sina problem. Bland annat ta dem med sig hem. Att inte på ett adekvat sätt hantera sina problem ledde till känslor av ångest, isolering och stress. Alla sjuksköterskorna var dock medvetna om att det behövdes en stödjande instans i arbetet, men upplevde inte att detta fanns.

En sjuksköterskestudent i studien av Loftus (1998) upplevde att ingen pratade med henne efter att patienten dog och hon kände sig övergiven med sin sorg. Hon kunde inte lämna detta bakom sig utan försatte att älta detta problem.

Alla dessa sätt benämner Monat och Lazarus (1991) som emotionellfokuserad coping, som med olika försvarsmekanismer och ibland ingen bearbetning alls av upplevda känslor, försämrar individens hälsa och känslor av utbrändhet och stress blir bara starkare.

Problemfokuserad hantering

Sjuksköterskorna i Hopkinsons (2002) studie kunde, under den muntliga rapporteringen, ventilera sina känslor. De fick även då feed-back från arbetskamrater som befann sig i samma situation.

I Wilborgs (1996) och Kristjansens (2001) undersökningar beskrev deltagarna att de var väl medvetna om vikten av att ha stödjande arbetskamrater, en god miljö, fungerande vårdlag och god kommunikation, varför de strävade efter att uppnå detta.

En sjuksköterska i artikeln av Yang och Mcilpatrick (2001) kände att hennes tro utgjorde en stabil grund för att kunna hantera och acceptera döden och döende patienter. Det hjälpte henne att minska de negativa upplevelsorna.

Monat och Lazarus (1991) beskriver den problemfokuserade copingstrategin och dess påverkan på hälsan. De säger att den påverkar hälsan i en mer positiv bemärkelse och att individen som använder just denna strategi löper mindre risk att uppleva stress och att bli utbränd.

Efter att vi granskat alla coping strategier i våra artiklar kom det fram att sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter i större utsträckning använde sig av den emotionsfokuserade coping strategin. Det är en strategi vilken betraktas försämra individens hälsa och ofta leder till utbrändhet och stress.

Det som kan kopplas ihop är att de negativa känslorna som i sig var stressframkallande och påverkade sjuksköterskans hälsa negativt, hanterades på ett sätt som också benämndes vara dåligt för hälsan.

SLUTORD

Denna litteraturstudie hade till syfte att belysa sjuksköterskans och sjuksköterskestudenters känslor i mötet med döden och döende patienter, bakgrunden till dem och sätt på vilket de hanteras.

De slutsatser som vi kommit fram till utifrån resultaten är att de två största känslorna är rädsla och frustration. De är relaterade till kort arbetslivserfarenhet och kunskapsbrist inom detta område. Sättet att hantera dessa känslor är antingen genom emotionsbaserad coping, som är den mest framträdande, eller problembaserad coping.

Vi hoppas att denna studie kommer att bidra till ett större medvetande och kunskap om sjuksköterskans och sjuksköterskestudentens känslor och upplevelser i vården av döende patienter i syfte att skapa optimala förutsättningar i dessa situationen.

Efter att vi läst Hedlys (1993) utvärdering av effekter av utbildning i frågor kring livets slutskede, där resultaten visade att deltagarna är mindre rädda för döden efter kursen, ställde vi oss en enkel fråga. Kan man utbilda sig till och lära sig att vårda döende? Hur mycket kan utbildning och erfarenhet hjälpa i dessa svåra situationer?

Vi anser att både utbildning och adekvat handledning av de som har erfarenhet av vården av döende kan bli till stor hjälp för alla som kanske saknar det ena eller det andra.

Förhoppningsvis kan vår undersökning visa vikten av att i vårdutbildningar ha omvårdnadshandledning. Dessa tillfällen kunde kanske vara konstruerade så att man varvar föreläsningar med diskussioner, eftersom det nog är svårt att endast undervisa. Man behöver få tid att själv reflektera och tänka igenom den egna inställningen till döden och uppfatta den som en naturlig del av livet. Vissa gör det nog redan under utbildningen, men inte alla. En del behöver få en ”knuff i ryggen”.

Resultaten visar också att det anses väldigt viktigt att kunna få ventilera sina känslor med annan vårdpersonal och att ha omvårdnadstillfällen inom alla distanser inom vårdyrket är således av stor vikt.

Förslag till fortsatt forskning

När detta arbete nu närmar sig sitt slut undrar vi om det finns ett samband mellan alla dessa negativa känslor och problemen som finns inom vården av döende patienter?

Vår studie och alla andra studier, som detta arbete bygger på, belyser att det finns många faktorer som skapar problem inom vården av döende patienter. Dessa problem måste tas på allvar för att både personal och de som behöver vård kan uppleva mer positiva än negativa känslor.

Framtidens forskning borde fördjupa sig i problematiken kring döden utifrån både patientens och personalens sida eftersom de påverkar varandra. Patienten kan få en värdig död först när hans önskningar tillgodoses och personalen kan utföra en bra vård först när deras behov uppfylls.

REFERENSER

- Almås H Red (2002) *Klinisk omvårdnad*. Stockholm: Liber AB.
- Bailley R & Clarke M (1992) *Att hantera stress i vården*. Arlov : Almqvist & Wiksell.
- Bauman Z (1992) *Döden och odödligheten i det moderna samhället*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos.
- #Beck C T (1997) Nursing students' experiences caring for dying patients. *Journal of Education*, 36(9), 408- 415.
- Eysenck M (2000) *Psykolog. Ett integrerat perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Field D (1998) Spetial not different: general practitioners accounts of the care of dying people. *Soc. Sci. Med.* 46(9), 1111-1120.
- Goleman D (1998) *Känslans intelligens, om att utveckla vår emotionella kapacitet för ett tryggare och mänskligare samhälle*. Findland, Borgå: Walström & Widstrand.
- Hedly V (1993) *I dödens närhet. Sjukvårdspersonalens upplevelser och reaktioner i vården av döende patienter*. Stockholm: Graphic system.
- #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.
- #Irvin, S (2000). The experiences of the registered nurse caring for the person dying of cancer in a nursing home. *Collegian*, 7(4), 30-34.
- Izard C E (1977) *Human Emotions*. New York: Plenum Press.
- #Kao S F & Lusk B (1997) Attitydes of Asian and American graduate nursing students towards death and dying. *Interntional Journal Nursing Students*, 34(6), 438-443.
- Kastenbaum R & Aisenberg R (1979) *Dödens psykologi*. Helsingborg: Schmdits Boktryckeri.
- #Kristjanson L-J et al. (2001) Palliative care nurses perceptions of good and bad deaths and cad care expectations: a qualitative analysis. *International Journal of Palliative Nursing*, 7(3), 129-139.
- Kristoffersen, J N Red (1997) *Allmän omvårdnad. Patient och sjuksköterskasamspel, upplevelse och identitet*. Stocholm: Liber AB.
- #Loftus L-A (1998) Student nurses' lived experience of the sudden death of their patients. *Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 641-648.

- Monat A & Lazarus R-S Eds (1991) *Stress and coping*. An anthology (3d edition). New York: Columbia University Press.
- #Payne S-A , Kalus C, Dean S-J (1998) A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 700-706.
- Polit D, Beck C & Hungler B (2001) *Essentials of nursing research. Methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott.
- Qvarnström U (1993) *Vår död*. Arlov: Liber Utbildning AB.
- Roach S M (1979) The experience of a academic as care giver: implications for education. *Department of Nursing*, St. Francis Xavier University Nova Scotia, Canada.
- Rooda L-A et al.(1999) Nurses attitudes toward death and caring for dying patients. *Research Briefs*, 26(10), 1683-1687
- SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslagen*. Socialstyrelsen.
- SOU 2000:6 Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut. *Stockholm: Norstedts tryckeri AB*.
- #Yang M-H & Mcilfattrick S (2001) Intensive care nurses experiences of caring for dying patients: a phenomenological study. *International Journal of Palliative Nursing*, 7(9), 435-441.
- #Wihlborg M-F (1996) Att vara på samma våglängd. Utvikling i sykepleien. *Nursing Developmen*.

BILAGOR

Bilaga 1: Använda artiklar i resultatet

Bilaga 1

Författare, år och titel	Syfte	Metod	Resultat
Hopkinson, J B (2002) The hidden benefit: the supportive function of nursing handover for qualified nurses caring for dying people in hospital.	Undersöker vilka känslor sjuksköterskor har i vården av döende patienter och på vilket sätt kan den muntliga rapporteringen hjälpa dem.	28 legitimerade sjuksköterskor svarade på semistrukturerade intervjuer. Fenomenologisk filosofi låg som grund.	Alla sjuksköterskor fann några aspekter av vårdsnaden av döende människor som oroväckande och svåra. Muntlig rapportering hjälper till att de bearbetar och diskuterar sina känslor.
Irvin, S (2000) The experiences of the registered nurse caring for the person dying of cancer in a nursing home.	Identifiera och beskriva upplevelser av döden vid vården av cancer sjuka patienter.	Kvalitativ fallstudie med bara 5 sjuksköterskor. Information samlades genom reflekterande journal och djupgående intervjuer.	Sjuksköterskor var mottagliga för stress vilken uppkom från frustration, oro, hopplöshet och misslyckandet. Alla uttryckte ett behov av stöd som ett sätt att handskas med dessa problem.
Payne S A et al. (1998) A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses.	Beskriver skillnader mellan graden av dödsångest hos akutsköterskor och palliativa vårdare.	Tvärsnittstudie mellan 43 sjuksköterskor (23 palliativa sjuksköterskor och 20 akutsjuksköterskor). Dödsångest mättes med Death Attitude Profile-Revised Questions.	Akutsjuksköterskor kände sig oförberedda inför döende patienter och visade större rädsla för döden som leder till att de undviker tänkande på döden. Hospis-sjuksköterskor var mindre ”dödsundvikande”.
Yang M H et al. (2001) Intensive care nurses experiences of caring for dying patients: a phenomenological study.	Undersöker nyutexaminerade sjuksköterskors upplevelser av vården av döende patienter på en intensiv vårdavdelning.	Kvalitativ fenomenologisk studie i form av semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor som jobbade på en intensivvårdavdelning i Taiwan.	Attityder grupperades under 5 huvud tema: -rädsla, skuld-känslor -frustrat., maktlöshet -medlidande, empaty -sorgreaktioner -utvecklingschans

Författare, år och titel	Syfte	Metod	Resultat
Loftus L A (1998) Student nurses lived experience of sudden death of their patients.	Undersöker sjuksköterskestudentens upplevelser av patients plötsliga död.	Fenomenologisk studie med informella intervjuer av tredje års sjuksköterskestudenter på kirurgisk, medicinsk och äldre vårdavdelning.	Alla studenter visade kroppsliga signaler av frustration och upplevd stress som t ex svårigheter med sömn, kroppsliga utslag.
Beck C T (1997) Nursing students' experience caring for dying patients.	Beskriver sjuksköterskestudenters upplevelser av vård av döende patienter.	Kvalitativ fenomenologisk studie i vilken 26 första- och andraårsstudenter fick skriva ner erfarenheter de upplevde när de vårdade en döende patient.	Sex teman hittades: -en vidd av känslor -hjälpplöshet -funderingar över patientens liv/död -vikten av stödet till anhöriga -vården av döende förutsatte fysisk, mental och spirituell bekvämlighet -utväckning av lärande
Wihlborg M F (1996) Att vara på samma våglängd. En studie av sjuksköterskors beskrivningar av sina upplevelser i samtal med döende patienter.	Beskriva sjuksköterskors återgivande av sina upplevelser i samtal med döende patienter.	Tolv legitimerade sjuksköterskor deltog i semistrukturerade intervjuer, där frågorna var inriktade på upplevelser och känslor i samtalen med döende patienter.	Resultaten visade på faktorer som påverkade sjuksköterskor: -samtalets innehåll -kontakten sjuksköterska/patient -sjuksköterskans förhållningssätt i samtalen -patienten -omgivning/organisation och anhöriga som stöd eller hinder.
Kao S F & Lusk B (1997) Attitudes of Asian and American graduate nursing students towards death and dying.	Undersöker olika attityder till döden och döendet mellan asiatiska och amerikanska studenter.	Komparativ studie i vilken 17 asiatiska och 11 amerikanska studenter svarade. Forskarna ville mäta rädslan för döende och död och attityder till döden.	Resultaten visade att asiatiska studenter hade signifikant mer rädslan angående sin egen död än de amerikanska studenter.

Författare, år och titel	Syfte	Metod	Resultat
Kristijanson L et al. (2001) Palliative care nurses' perceptions of good and bad deaths and care expectations: a qualitative analysis.	Undersöker sjuksköterskors upplevelser av en bra och dålig död.	Explorativ, kvalitativ studie med öppna och slutna intervjufrågor i vilken 20 sjuksköterskor som jobbade på ett sjukhus i Australien svarade på.	Resultaten visade att alla sjuksköterskor var kapabla att skilja mellan bra och dålig död.