



Kandidatarbete i omvårdnad, 15hp

# **Sjuksköterskans upplevelse av svårigheterna att upprätthålla sitt professionella förhållningssätt**

- omvårdnad i livets slutskede hos unga vuxna

Josefine Andersson

Angelica Förström

Handledare: Anna Ekberg

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona 05 14

# Sjuksköterskans upplevelse av svårigheterna att upprätthålla sitt professionella förhållningssätt

Josefine Andersson

Angelica Förström

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Det är sjuksköterskans ansvar att ge en god omvårdnad till både de unga vuxna individerna och deras närstående. Sjuksköterskor upplever det känslomässigt påfrestande att arbeta med unga vuxna individer i livets slutskede, både i hemmet och på vårdavdelningar. Det blir mer påfrestande när individen vårdas i hemmet jämfört med en vårdavdelning då det är individen och de närståendes regler som gäller i deras hem. På vårdavdelningar upplever sjuksköterskor mycket mer stress i omvårdnadsarbetet. Att tydligt kommunicera och att samtidigt lyssna på individen och de närstående är oerhört viktigt för en god omvårdnad och detta leder i sig till en ökad livskvalitet.

**Syfte:** Syftet med studien var att belysa sjuksköterskans upplevelser av svårigheterna att upprätthålla sitt professionella förhållningssätt vid omvårdnad i livets slutskede hos unga vuxna.

**Metod:** Studien baseras på en litteraturstudie med en kvalitativ ansats. Studien innefattar 10 vetenskapliga artiklar som har blivit analyserade enligt Graneheim och Lundmans (2004) analysmetod.

**Resultat:** I studiens resultat framkom det att sjuksköterskor ofta upplever svårigheter med att balansera professionell och privatliv vid omvårdnad hos unga vuxna individer i livets slutskede. De tog ofta med sig arbetet och alla känslor med sig hem på grund av bristande stöd på arbetsplatsen. Sjuksköterskorna identifierade sig med individerna och kom i kontakt med deras egen dödlighet. De ansåg att om de kunde bibehålla balansen mellan professionell och privatliv skulle det bli mindre påfrestande att hantera en individs död. När tiden inte räckte till vid omvårdnaden i livets slutskede upplevde sjuksköterskorna en känsla av otillräcklighet, detta uppkom oftast på vårdavdelningar eller akutmottagningar. Fick sjuksköterskorna den tid som de behövde upplevde de en känsla av välbehag och utförde där med ett bättre arbete.

**Slutsats:** Sjuksköterskorna hade mycket problem med att bibehålla balansen mellan det professionella förhållningssättet och det medmänskliga. Sjuksköterskor har svårt för att bearbeta sina upplevelser efter en individs bortgång och tog med sig dessa upplevelser samt känslor hem för att söka stöd där. Detta ansågs som ett stort problem vid både omvårdnad i hemmet och på sjukhus. Sjuksköterskornas egen hälsa glömdes ofta bort och all fokus lades på individen och dennes familj.

**Nyckelord:** *Livets slutskede, omvårdnad, professionellt förhållningssätt, sjuksköterskan, unga vuxna, upplevelse.*

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	2
Sjuksköterskans upplevelser.....	2
Professionellt förhållningssätt .....	3
Omvårdnad i livets slutskede.....	3
Unga vuxna.....	5
Teoretisk referensram.....	5
Syfte.....	6
Metod.....	6
Datainsamling.....	6
Urval.....	7
<i>Inklusions-Exklusionskriterier</i> .....	8
Kvalitetsgranskning.....	8
<i>Kvalitetsbedömning</i> .....	8
Analysmetod.....	9
Resultat.....	10
Tid som inte räcker till .....	11
<i>Synlig stress</i> .....	11
En känsla av plikt att uppfylla individens behov.....	11
<i>Ansvar över att lindra lidande</i> .....	12
<i>Hjälpa till att uppfylla önskningar</i> .....	12
Svårigheter att hitta en balans i att stödja individ och familj samtidigt.....	13
Svårigheter att hantera när familjen ställer krav på omvårdnaden .....	14
<i>Uppfylla familjens önskningar istället för individens</i> .....	14
Svårigheter att skapa en balans mellan professionell och privatliv .....	14
<i>Känslomässigt engagemang</i> .....	15
<i>Sjuksköterskan tog med sig arbetet hem</i> .....	16
<i>Att kunna skapa en distans</i> .....	17
Behov av att bearbeta förluster.....	17
Diskussion .....	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion .....	22

Slutsats.....	24
Självständighet .....	25
Referenser.....	26
Bilaga 1 Databassökningar.....	31
Sökningar i Cinahl.....	31
Sökningar i MEDLINE.....	32
Sökningar i PubMed .....	33
Bilaga 2 Granskningsprotokoll.....	34
Bilaga 3 Artikelöversikt .....	35
Artikelöversikt (2) 3 .....	36
Artikelöversikt (3) 3 .....	37
Bilaga 4 Meningsbärande enheter .....	38
Meningsbärande enheter (1) 4 .....	38
Meningsbärande enheter (2) 4 .....	39
Meningsbärande enheter (3) 4 .....	40
Meningsbärande enheter (4) 4 .....	41

# Inledning

Många sjuksköterskor som arbetade med unga vuxna individer i livets slutskede berättar att de inte kunde hantera den känslomässiga effekten av en ung döende. Den känslomässiga effekten av en ung vuxen individ i livets slutskede innebar bland annat att sjuksköterskorna själva började ifrågasätta sin religiösa tro. De kunde även bli osäkra på hur de skulle bemöta de närstående när de själva upplevde att de blev känslomässigt instabila och inte kunde hantera sina känslor på ett professionellt sätt. När en ung vuxen individ låg för döden kunde det kännas väldigt orättvist och svårt att hantera (Reid, 2013a). Det var svårt för sjuksköterskor att upprätthålla sina professionella gränser inom omvårdnadsarbetet med unga vuxna i livets slutskede och riskerade därför att förlora sin yrkesidentitet. Detta för att en nära bekantskap med familjen, ett känslomässigt engagemang och att sjuksköterskan samtidigt skulle kunna ha ett privatliv, utgjorde en stor del av omvårdnadsrelationen. Detta upplevdes som en väldigt tung börda för sjuksköterskorna (Reid, 2013b). Sjuksköterskorna kunde ha det svårt att upprätthålla sitt professionella förhållningssätt, på grund av att de kände att de hade allt ansvar över individens omvårdnad, och kunde inte släppa tankarna kring arbetet när arbetsdagen var över. De oroade sig mycket över individerna när de var lediga från arbetet. Sjuksköterskorna hade svårigheter i att upprätthålla en balans mellan det professionella förhållningssättet och deras privatliv (Melvin, 2012). Det är av stor vikt att mer forskning utförs kring sjuksköterskor för att kunna få fram vad det är som påverkar sjuksköterskornas professionella förhållningssätt och yrkesidentitet.

Inom studiens ämne är det värdefullt att utföra en litteraturstudie med en kvalitativ ansats, för att få fram en djupare förståelse mellan sjuksköterskors hälsa och omvårdnad i livets slutskede. Aveyard (2010) menar på att en litteraturstudie summerar forskningar inom ett specifikt ämne. Det är viktigt att sammanställa relevant forskning då det finns mycket tillgängligt inom hälso- och sjukvården. Det är näst intill omöjligt för sjukvårdspersonal att läsa in sig på all forskning kring flera olika ämnen som är relevanta och det är då värdefullt att tillämpa en litteraturstudie (a.a.). Strategier för hur sjuksköterskor hanterar sina känslor och upplevelser i omvårdnadsarbetet i livets slutskede måste utvecklas. För att detta ska kunna ske måste mer forskning i form av kvalitativa studier utföras för att få en djupare förståelse kring effekterna av upprepad exponering av individers död. Organisationen måste studeras ytterligare för att kunna utveckla dessa strategier till de sjuksköterskor som ständigt utsätts för döende individer i deras omvårdnadsarbete. Dessa strategier skulle fungera som hjälp för de bekymrade sjuksköterskorna i deras arbete. Detta kan då leda till en ökad hälsa för sjuksköterskorna i sitt yrke, exempelvis att sjuksköterskorna inte tar med sig arbetet hem, men även till en bättre omvårdnad (Melvin, 2012).

# Bakgrund

## Sjuksköterskans upplevelser

Sjuksköterskan är en person som på sitt egna eller läkarens ansvar arbetar inom sjukvården, antingen vid sjukhus eller i öppenvården (Lundh & Malmquist, 2009). Enligt Engström och Johansson (2009) har sjuksköterskorna den mest omfattande kompetensen inom omvårdnad och med sin utbildning och erfarenheter kan dem leda omvårdnadsarbetet framåt. Öhlén och Segesten (1998) skriver att för att kunna inge en god och säker omvårdnad ska sjuksköterskan ha kunskap inom sitt område, en förståelse, färdighet, förmåga, värderingsförmåga och ett förhållningssätt som syftar till en trygg miljö för individen. Sjuksköterskan bör konstant utveckla sina kunskaper och reflektera kring möten med de individer hon träffar för att kunna förbättra sina färdigheter (a.a.). Lindqvist och Rasmussen (2009) beskriver att omvårdnad i livets slutskede alltid har varit ett kärnområde i sjuksköterskans arbete. Detta kan, av sjuksköterskorna, upplevas som antingen en gåva, ett privilegium eller som något som är tvunget att utföras. Sjuksköterskans kliniska arbete innebär bland annat att ge en god omvårdnad till individer som befinner sig i livets slutskede men även till deras familjer och närstående. Det är ett krav att sjuksköterskan ska ha gedigna professionella erfarenheter och kunskaper. Sjuksköterskan bör inte lämna individen eller dennes närstående utan bör alltid finnas till hands och inte inge falska förhoppningar (a.a.).

Graham, Andrewes och Clark (2005) förklarar hur ett ömsesidigt lidande mellan sjuksköterskan och individen kan påverka sjuksköterskans yrkesidentitet. Sjuksköterskan kan upplevas som mer sympatisk involverad i omvårdnad i livets slutskede istället för att hitta en balans mellan empati och sympati vilket kan leda till förvirring och påfrestningar i arbetet (a.a.). Jakobsson, Andersson och Öhlén (2009) berättar att sjuksköterskor upplever sin självbild som en kamp mellan det professionella förhållningssättet, deras privatliv och de personliga värderingarna. Mötet med individen i livets slutskede kan bli känslomässigt påfrestande för sjuksköterskorna vilket kan sätta både professionell och privat press. Denna närhet som sjuksköterskorna upplever handlar i stort sett om att möta individernas existentiella och andliga livsdimensioner (a.a.). Travelbee (1971) menade på att alla upplever allmänmänskliga erfarenheter som exempelvis sjukdom och förluster. Dessa upplevelser är individuella och kan inte helt förstås av någon annan individ (a.a.). Orrsveden (2008) påstår att upplevelse kan förklaras genom begreppet rumslig livsvärld. Rumslig livsvärld innebär upplevelsen av miljön som individen vistas i. I individens och sjuksköterskans möte är upplevelsen av varandra värdefull (a.a.).

## Professionellt förhållningssätt

Holm (1995) skriver att när sjuksköterskan kommer ut i yrkeslivet uppstår en förtrogenhetskunskap genom en praktisk tillämpning av sina kunskaper. Tillsammans med de etiska regler och kunskaperna kan sjuksköterskan tillslut uppnå en yrkesidentitet. Yrkesidentiteten kan hjälpa sjuksköterskan att fatta rätt beslut när en yttre press framkommer. Denna yrkesidentitet kan även hjälpa till att hantera olika situationer och att upprätthålla sitt professionella förhållningssätt (a.a.). Enligt Holm (2001) är en professionell hållning när det styrs av det som gynnar individen och inte tänker på sjuksköterskans egna behov och känslor. Att upprätthålla ett professionellt förhållningssätt gentemot individen innebär att visa respekt, medmänsklighet, empati och att ha ett personligt bemötande (a.a.). Travelbee (1971) menade på att det skulle vara omöjligt att alla sjuksköterskor skulle kunna känna empati till alla sjuka individer som de bemöter. Detta kan bero på att sjuksköterskan inte har en likartad bakgrund, eller varit med om likartade händelser, som individen (a.a.). Det kan därför vara svårt att upprätthålla sitt professionella förhållningssätt då empati är en del av att uppnå det.

## Omvårdnad i livets slutskede

Travelbee (1971) definierar omvårdnad som en process med mellanmänskliga aspekter. Genom det professionella förhållningssättet hjälper sjuksköterskan att förebygga upplevelser vid lidande och sjukdom samt vid behov hitta en mening i individernas upplevelser. För att förstå hur omvårdnaden bör se ut, måste sjuksköterskan förstå sin relation gentemot individen. Sjuksköterskan måste även ha förståelse kring hur interaktionen mellan sjuksköterskan och individen kan upplevas och vilka konsekvenser dessa kan ha för individens tillstånd. Individen som sjuksköterskan möter är unik och kan inte bli behandlad på samma sätt som en annan individ. Sjuksköterskan har ett stort ansvar över att kunna förhålla sig till individens egna tankar och upplevelser gällande lidande och sjukdom. Genom att sjuksköterskan ger den omvårdnad som krävs till individen så kan ett medlidande till individen automatiskt framkomma (a.a.). Froggatt m. fl. (2006) berättar att livets slutskede handlar om en omvårdnad som krävs när en individs död eller dödlighet är påtaglig. Denna omvårdnad ska omfatta fysiska, emotionella, andliga och sociala aspekter (a.a.). Enligt Attia, Abd-Elaziz och Kendeel (2012) handlar god omvårdnad i livets slutskede om en förståelse att döden är en oundviklig del av livet. Det som ligger i fokus är att upprätthålla livskvaliteten för både individ och närstående samt göra det så bekvämt och bra som möjligt för dem (a.a.).

Många unga vuxna individer uppfattar döden som något skrämmande. Detta har framförallt med hur massmedias bild av hur döden kan se ut. Det kan därför vara av stor vikt att sjuksköterskan är tydlig och förklara hur döden vanligtvis ser ut. Individerna kan då få en möjlighet till att balansera deras tankar och känna sig tryggare i omvårdnadsprocessen (Palliativ vård, 2005). Enligt Espionsa, Young, Symes, Haile och Walsh (2010) kan sjuksköterskor uppleva en känsla av svårigheter i att utföra omvårdnad i livets slutskede till unga vuxna individer, då de identifierar sig med individen och de närstående. I dessa fall kom sjuksköterskorna i kontakt med sin egen dödlighet (a.a.). Jakobsson, Andersson och Öhlén (2009) skriver att inom omvårdnad i livets slutskede finns det individer som har varit relativt friska i hela sitt liv men drabbats av en livshotande sjukdom vilket kan leda till att individen dör inom några månader. Andra individer kan exempelvis ha genomgått en långdragen process som resulterar i försämring av allmäntillstånd. Individen ska, trots att döden är nära, få valmöjligheter i sin situation (a.a.). Lorentz m. fl. (2005) berättar att omvårdnad i livets slutskede anses som en hastig del av livet där både närstående och individen själv kämpar för överlevnad. Sand och Strang (2013) skriver att individer som befinner sig i livets slutskede oftast känner en grav dödsångest. Denna dödsångest handlar om att behöva lämna sitt liv och allt individen har vetskap om. Detta kan, av många individer, definieras som ett upphörande medan andra individer med liknande upplevelser ser på det som en början till något nytt (a.a.).

Sand och Strang (2013) berättar att inte allt lidande kan lindras i livets slutskede. Detta handlar om lidande som livsvillkor, vilket innefattar de ofrivilliga existentiella utmaningarna individen står inför. Det är därför av stor vikt att omvårdnaden fokuserar på existentiell, social och psykisk hälsa, inte enbart fysisk (a.a.). Reid (2013b) berättar att omvårdnad i livets slutskede kan ges i olika miljöer. Det finns de individer som väljer att vårdas i sina hem, medan andra vårdas på sjukhus. När det gäller olika vårdmiljöer finns det även olika regler för varje miljö. Sjuksköterskor som utför omvårdnad till individerna i deras hem kan uppleva det oerhört svårt att upprätthålla sina professionella gränser och vara neutrala under hela omvårdnadsförloppet. Det kan även vara lätt att komma i diskussioner med närstående, speciellt om individen vårdas där familjen bor. De närstående kan bli väldigt överbeskyddande vilket kan leda till att sjuksköterskan inte ens får möjlighet till att diskutera viktiga aspekter med individen i enrum. När sjuksköterskorna kommer hem till individen så är det individen och de närståendes regler som gäller, detta kan resultera i många omvårdnadsdilemman (a.a.). Roche-Fahy och Dowling (2009) säger att sjukhusmiljön är annorlunda jämfört med miljön i hemmet. Det är ett högre tempo, mer stress och sjuksköterskorna måste ta sig tid att försöka skapa en lugnande och en mer privat miljö för både individ och närstående (a.a.).



## Unga vuxna

Enskär och Golsäter (2009) skriver att alla individer under 18 år räknas som barn. Studien kommer att innefatta begreppet unga vuxna, som kommer att innebära åldersgruppen 18-35 år, alltså inte barn. Enligt socialstyrelsen (2013) definieras unga vuxna som individer i åldrarna 18-24. Studien ökade sökningen med ytterligare elva år för att få ett bredare åldersspann att forska kring. Studien fokuserar på unga vuxna för att få fram sjuksköterskans upplevelse av hennes professionella förhållningssätt i arbetet med dessa individer. Barn och äldre är uteslutna då studien vill frambringa forskning kring de åldrar där självständighet är vanligt förekommande.

## Teoretisk referensram

Travelbee (1971) avfärdar begrepp så som patient och sjuksköterska då hon vill se människan som helhet. Travelbees tankar kring omvårdnaden kan förklaras genom hennes definition av begreppet omvårdnad. Travelbees omvårdnad är ett mellanmänskligt förlopp där den professionella omvårdnadspraktikern hjälper att förhindra sjukdom och lidande på en individnivå, familjenivå och samhällsnivå. Enligt Travelbee måste sjuksköterskan först begripa relationen mellan sig själv och individen innan hon kan förstå vad omvårdnad innebär. Sjuksköterskan och individen går tillsammans genom flera faser för att kunna uppnå en mänsklig relation till varandra.

Faserna är det första mötet, framväxt av identiteter, empati, sympati samt ömsesidig förståelse och kontakt. I det första mötet mellan sjuksköterskan och individen har de ingen vetskap om varandra som individer utan har skapat stereotypa uppfattningar och förväntningar på varandra.

Här måste sjuksköterskan erhålla kunskap om stereotypen för att kunna bryta sig fri från den och se individen som en unik människa (a.a.). Travelbee (1971) menar på att det är först när dessa uppfattningar försvinner som sjuksköterskan och individen kan skapa ett band mellan varandra. För att en framväxt av identiteter ska lyckas måste sjuksköterskan undvika att identifiera individen med andra patienter. Empati handlar om att gå in i och skapa en förståelse för en annan individs psykologiska tillstånd vid en viss tidpunkt. Detta är ingen kontinuerlig process utan händer från och till. Sympati innehåller istället för en ren förståelse över den andres tankar, en genuin medkänsla över den andres lidande och en vilja att lindra detta. I den slutliga fasen uppstår en ömsesidig förståelse och kontakt mellan både sjuksköterskan och individen. Denna relation är ett resultat av att sjuksköterskan ständigt har lyckats lindra individens lidande. Kommunikation är enligt Travelbee nyckeln till att kunna skapa en god mellanmänsklig relation till varandra (a.a.).

## Syfte

Syftet med denna studie var att belysa sjuksköterskans upplevelse av svårigheterna att upprätthålla sitt professionella förhållningssätt vid omvårdnad i livets slutskede hos unga vuxna.

## Metod

För att kunna svara på studiens syfte användes en litteraturstudie baserad på en kvalitativ ansats. En kvalitativ ansats innebär att forskaren vill nå en djupare förståelse inom specifika områden för att få en klarare bild av ett problem. Inom en kvalitativ ansats används även en kvalitativ referensram, till en förutsättning att det sker ett induktivt tänkande. Genom ett induktivt tänkande kommer studien att utgå från upptäckter i verkligheten och som sedan kommer att fokusera sig på en allmän teori (Ståhlfors & Olsson, 1998). Med en kvalitativ ansats så eftersträvas en helhetsförståelse inom specifika förhållanden för att kunna få en bild av problemet. En kvalitativ ansats fokuserar på känslomässiga upplevelser inom en specifik kontext. I en litteraturstudie är det litteraturen som är informationskällan. Det som litteraturstudier har gemensamt med primärkällor är att genomförandet ska genomgå noggrannhet för att uppnå trovärdighet (Olsson & Sörensen, 2011). Det är av vikt att genomföra en litteraturstudie då de sammanställer litteratur inom ett specifikt ämne. Detta gör det bättre för läsaren, exempelvis hälso- och sjukvårdspersonal, då de inte behöver söka och läsa igenom all forskning som finns inom ett ämne utan kan istället ta del av en sammanställning av forskning (Aveyard, 2010).

## Datainsamling

De databaser som användes för att hitta de vetenskapliga artiklarna i studien var Cinahl, MEDLINE och sökmotorn PubMed. Cinahl är en databas som innehåller vetenskapliga artiklar med ämnet omvårdnad och består även av engelskspråkiga omvårdnadsskrifter. Cinahl har ett större utbud av omvårdnadsvetenskapliga referenser än MEDLINE. Både MEDLINE och PubMed valdes för att få ett större utbud av artiklar. PubMed har mer referenser att tillgå än MEDLINE då även artiklar som inte blivit godkända för publicering hamnar i sökmotorn. Det är lämpligt att använda sig utav mer än en databas för att få fram relevant och viktig litteratur. Det är också viktigt att kombinera flera sökord med varandra för att täcka upp så mycket litteratur som möjligt. MEDLINE är en databas som innefattar referenser inom medicin, omvårdnad samt hälso- och sjukvårdsadministration. MEDLINE består av både medicinsk litteratur samt omvårdnadstidsskrifter och uppdateras dagligen för att det finns ny forskning som publiceras varje dag (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011).

För att få fram relevanta artiklar användes Cinahl Headings och MeSH-termer vid sökning i databaserna. De ord som sedan inte uppfyllde måttet i studien valdes bort. De sökord som slutligen användes var: *experience, hospice and palliative care nursing, nurse, nursing, nursing care, nursing role, palliative care, professional role, terminal ill, terminal care och young adult*. Söktermerna OR och AND har använts i studien för att få fram relevanta artiklar. Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) skriver om hur varje databas består av ett eget uppslagsverk, databasen Cinahl består av uppslagsverket Cinahl Headings och MeSH är ett uppslagsverk som står för Medical Subject Headings, uppslagsverket uppdateras årligen och förekommer inom databasen MEDLINE. Booleska sökoperatörer är mest användbart för att effektivt kombinera olika söktermer med varandra. Kombinerar rätt söktermer med varandra kan en relevant litteratursökning ske. OR och AND är de som förenar söktermerna och sökblocken med varandra. De booleska sökoperatörerna är ord som kombinerar sökorden för att bredda eller avgränsa sökningen (a.a.). De enskilda sökorden söktes igenom i databaserna och sökmotorn för att få fram antalet artiklar, efter detta kombinerades de relevanta sökorden tillsammans med OR och flera sökblock bildades. Dessa sökblock som användes, har senare förenats med AND för att få fram den slutgiltiga sökningen till studien. Även en fritextsökning utfördes för att inte förlora relevanta artiklar. Under första sökningen i de olika databaserna avgränsades artikelsökningarna med: *januari, 1990 och framåt, English language, Peer reviewed och Research article*. När sökblocken var klara för att kombineras med AND gjordes ytterligare avgränsningar: *1 januari, 2008 till 31 december, 2013 och Abstract Available*. Gällande PubMed avgränsades slutblocken med åldrarna *19-44 år* samt *Journal article*.

## Urval

De databaser som användes var Cinahl, MEDLINE och sökmotorn PubMed. Totalsumman av Cinahl gav 800 träffar, MEDLINE gav 3,328 träffar och PubMed gav 4,575 träffar, se Bilaga (1). Sammanställning av alla tre databaserna blev 8703 artiklar. Alla artiklar lästes under en titelnivå och valdes ut om titeln passade in gentemot syftet och verkade intressant. Med en sammanställning på alla databaserna slutade totalsumman på 134 valda titlar. Dessa 134 artiklar lästes noga på en abstraktnivå och valdes ut om de passande mot syftet samt om det uppgav en givande information. Av dessa 134 artiklar valdes 38 relevanta artiklar ut som noggrant lästes igenom för att sen kvalitetsgranskas. Det blev en totalsumma av 10 artiklar som uppfyllde studiens kriterier. Godkända och med hög kvalitet var det sex artiklar från Cinahl, tre artiklar från MEDLINE och en artikel från PubMed som valdes ut.

### *Inklusions-Exklusionskriterier*

Inklusionskriterierna för studien var att individerna måste varit mellan 18 och 35 år, individerna skulle vara i livets slutskede och att det enbart fick handla om sjuksköterskornas upplevelser av svårigheterna att upprätthålla sitt professionella förhållningssätt. För att det skulle bli ett mer tillförligt och omfattande resultat utifrån artiklarna inriktade sig studien runt om i världen och inte enbart i Sverige. Studiens sökning, där artiklarna framkom, hade avgränsningen januari, 1990, Peer-reviewed, dokumenterat på English language samt varit klassad som en research article. När sökblocken kombinerades med AND avgränsades sökningen ytterligare från 1 januari, 2008 till 31 december, 2013. Studien använde sig bland annat av palliative care och hospice and palliative care nursing som sökord då individer i livets slutskede kan ha en palliativ diagnos, men exkluderade de artiklar som inte uppfyllde studiens syfte. De artiklar som enbart handlade om åldrar under 18 år och över 35 år exkluderades i studien. Där inga åldrar nämndes, valdes det att använda de artiklar som uppkom då sökningen begränsade åldrarna med hjälp av sökordet young adult. I PubMed sattes även åldersbegränsningen 19-44 år.

### **Kvalitetsgranskning**

För att kvalitetsgranska de vetenskapliga artiklarna användes Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2010) granskningsprotokoll, bilaga H; Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod, se Bilaga (2).

### *Kvalitetsbedömning*

Granskningsprotokollet som valdes att användas i studien, poängsattes upp till 15 maxpoäng. I granskningsprotokollet valdes det att utesluta "Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram" och "Genereras teori" på grund av att det inte var relevant gentemot syftet. 1 poäng tilldelades för varje positivt svar, negativt svar och vet ej tilldelades 0 poäng. Dessa 15 poäng delades upp i olika kvalitetskategorier där kategorierna var hög, medel och låg. För att en artikel skulle vara godkänd för bruk i studien var summan tvungen att hamna mellan 13 och 15 poäng. Under medel kvalitet skulle summan bestå av 7-12 poäng och under låg kvalitet skulle summan vara mellan 0-6 poäng. Den totala summan för utvalda artiklar med hög kvalitet blev 10 artiklar och resterande artiklar med gruppering medel och låg kvalitet exkluderades på grund av irrelevant information utifrån syftet.

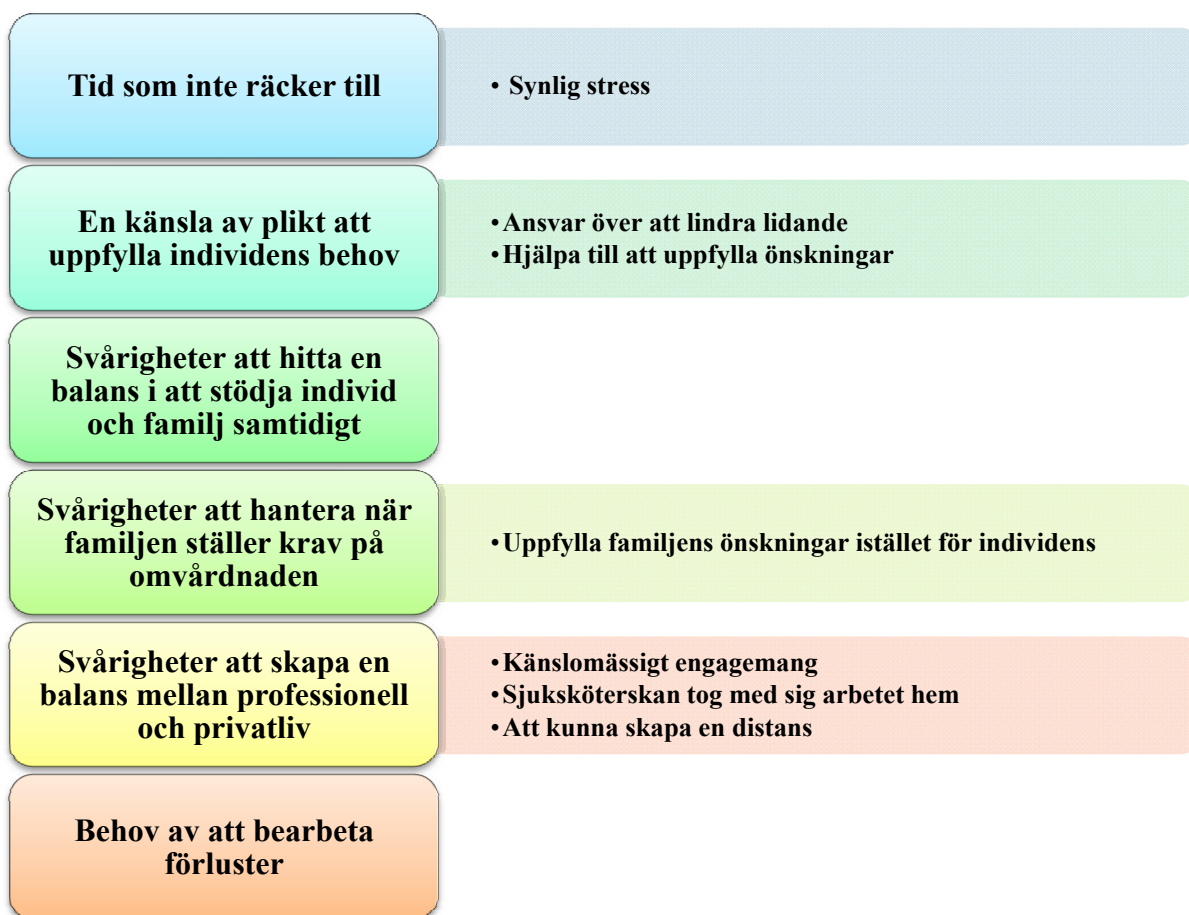
Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) berättar att om det framkommer en mångfald av vetenskaplig styrka inom kvalitetsgranskningen av artiklar med hög kvalitet, kan artiklarna grupperas samt undergrupperas för att få fram ett bra resultat. Det kan vara relevant med ett poängsystem i kvalitetsbedömning, då det tilldelas ett poäng för varje positivfråga och noll poäng till de negativa frågorna, för att slutsumman av poäng ska underlätta för studiens material i arbetet (a.a.).

## Analysmetod

I studien användes det en manifest innehållsanalys. Graneheim och Lundman (2004) berättar att en manifest innehållsanalys innebär att djupgående arbeta med ett textmaterial för att sedan beskriva komponenterna i det. När en manifest innehållsanalys används strävar forskarna för att vara så textnära som möjligt (a.a.). I studien genomfördes analysmetoden stegvis i enlighet med Graneheim och Lundmans tolkning av analysmetod. I det första steget lästes studiens utvalda artiklar minst två gånger vardera för att få en bättre förståelse av innehållet i texten. I det andra steget valdes meningsenheter, som svarade på studiens syfte, ut från alla artiklar. Dessa diskuterades och lästes igenom noggrant för att exkludera icke relevant information gentemot syftet. I tredje steget kondenserades meningarna till kortare text för att få en övergripelig förståelse kring kärninformationen i meningarna. Under detta steg översattes även meningarna från engelska till svenska. I steg fyra kodades de kondenserade meningarna. Koderna med liknade innehåll parades sedan ihop och bildade sju stycken underkategorier. Dessa underkategorier bildade i sin tur fyra huvudkategorier. Utöver detta bildades två huvudkategorier utan några underkategorier. För att se en struktur över förfarandet, se bilaga (4).

## Resultat

Studiens resultat grundar sig på 10 vårdvetenskapliga artiklar. Resultatet beskriver sjuksköterskans känslomässiga engagemang i omvårdnaden till unga vuxna individer i livets slutskede. Balansen mellan professionell och privatliv var svår att uppnå som sjuksköterska och många medmänskliga känslor uppstod till både individ och närstående. Detta resulterade i att sjuksköterskorna hade svårt att ta professionella beslut och de vägde in sina personliga värderingar samt tog med sig dessa känslor hem. Sjuksköterskorna upplevde att de inte fick tillräckligt med stöd på arbetsplatsen och behövde därför ta med sig arbetet hem för att kunna bearbeta problemen. Omvårdnad i livets slutskede fokuserar mycket på de närstående. Ibland tar sjuksköterskan hand om de närstående mer än vad hon tar hand om individen vilket gör sjuksköterskans relation gentemot de närstående väldigt viktig. I analysen framkom det sex kategorier samt sju underkategorier, se bild (1).



**Bild 1**

## Tid som inte räcker till

Upplevelse av tid som inte räcker till är ett vanligt problem enligt sjuksköterskor. När tiden inte räckte till i omvårdnaden kände sjuksköterskorna att de var otillräckliga vilket fick dem att uppleva sig själva som oprofessionella. Om det däremot fanns tid att få individ och närstående att bli nöjda med omvårdnaden kände sjuksköterskorna sig tillräckliga och upplevde sig fullbordade i sitt arbete (Johansson & Lindahl, 2011). Det var tidsbristen som gjorde så att sjuksköterskorna kände sig hjälplösa då de inte kunde fokusera på omvårdnaden till individen. Detta gjorde det väldigt stressigt för sjuksköterskorna då de behövde fokusera på flera individer samtidigt vilket gjorde det svårare för sjuksköterskorna att upprätthålla sitt professionella förhållningssätt. Trots svårigheterna så försökte sjuksköterskorna att bibehålla sin roll (Wah Mak, Lim Chiang & To Chui, 2013).

*”Although it's really busy and there isn't enough time to care for the patients, I always want to care. I try my best to fulfill my role as a nurse.”* (Wah Mak, Lim Chiang & To Chui, 2013 s.427).

## Synlig stress

Det var viktigt att mycket tid gavs till individer i livets slutskede och deras närstående. Sjuksköterskor tog på sig en roll när de mötte individer i livets slutskede och försökte övertala sig själva att de hade tillräckligt med tid att uppfylla allt som krävdes till individer och närstående, men var samtidigt oroliga att stressen skulle upptäckas. Detta bidrog till att sjuksköterskorna konstant upplevde en oro i deras arbete (Johansson & Lindahl, 2011).

*“...then there are periods when it is just in and out as well... and you just hope that the stress doesn't show in your eyes when you are in there.”* (Johansson & Lindahl, 2011 s. 2039).

## En känsla av plikt att uppfylla individens behov

Sjuksköterskorna ansåg att det var deras plikt att förse individen med komfort och en genomtänkt omvårdnad. Genom att se till så att individens omvårdnad blev fullständig skyddade sjuksköterskorna individens värdighet. Sjuksköterskorna upplevde en plikt när det gällde att bevara individens privatliv då de upplevde att individens värdighet stod i centrum för att kunna uppnå en bra livskvalitet. Sjuksköterskorna ansåg att främja individens behov ledde till en livskvalitet hos individen, vilket var en absolut nödvändighet för att ge god omvårdnad i livets slutskede (McCallum & McConigley, 2013).

### *Ansvar över att lindra lidande*

Sjuksköterskorna upplevde det som deras plikt att inge en känslomässig komfort till individerna. Ett sätt att skydda individen från att känna rädsla och ensamhet var att sjuksköterskorna var tillgängliga för individen under hela processen. Sjuksköterskorna ansåg att en lämplig smärtlindring och symtomhantering var en väsentlig del av att bibehålla livskvalitet hos individer i livets slutskede. Sjuksköterskorna upplevde att de hade ett stort ansvar över att individerna inte skulle genomgå något onödigt lidande och ville därför sätta stopp för onödiga medicinska behandlingar. Sjuksköterskorna beskriver detta som att vara individens advokat och försöker uppfylla individens behov. De beskriver hur de inte fick någon professionell respekt från övrig vårdpersonal när de försökte skydda individen. De upplevde en känsla av maktlöshet när de inte fick möjlighet att upprätthålla sitt professionella förhållningssätt. Det ansågs som en stor plåga för sjuksköterskorna när de inte fick möjlighet till att uppfylla sin plikt (McCallum & McConigley, 2013).

*”They felt very strongly that it was their duty to protect the patients from unnecessary suffering.”* (McCallum & McConigley, 2013 s. 27).

### *Hjälpa till att uppfylla önskningar*

Sjuksköterskorna berättade att önskningar i livets slutskede är påverkade av individens personliga tankar och ideal. Omvårdnaden fokuserade mycket på känslomässig frid, vilket kunde uppfyllas genom att möta individen i dennes sista önskningar eller i individens religiösa tro. Genom att bibehålla individens religiösa tro och kultur skyddade sjuksköterskorna även individens värdighet. Sjuksköterskorna upplevde en plikt i att hjälpa individen att uppfylla sina sista önskningar tillsammans med sin religiösa tro. Detta resulterade i en utmärkt omvårdnad i livets slutskede som i sin tur resulterade i en livskvalitet för individen (McCallum & McConigley, 2013).

*”He wanted a beer so I just went down to the local bottle shop and got him a couple of Crownies and dipped mouth swabs into him.”* (McCallum & McConigley, 2013 c. 28).

Sjuksköterskorna upplevde en förmån att skapa en nära tillit och terapeutisk relation till individer i livets slutskede. I den nära relationen mellan sjuksköterskan och individen fanns det en längtan att uppfylla individernas sista önskningar för att bevara livskvaliteten. Sjuksköterskorna spenderade mycket tid med individerna för att kunna svara på deras tankar och funderingar angående deras sista tid i livet men även frågor om efterlivet (Daines m. fl., 2013).



Sjuksköterskorna upplevde att det fanns svårigheter då individerna förlitade sig väldigt mycket på dem samtidigt som sjuksköterskorna visste att det fanns en begränsad tid kvar i livet för individerna. Individerna delgav sina tankar och önskningar till sjuksköterskorna, ibland även de tankar som inte togs upp med individernas familjer (Daines m. fl., 2013).

### Svårigheter att hitta en balans i att stödja individ och familj samtidigt

Sjuksköterskan spenderade mest tid med individens familj och gav även stöd till dem under de svåra tiderna vid individens omvårdnad. Sjuksköterskan upplevde att det var deras plikt att ta reda på hur familjen mår och förbereda dem för dåliga nyheter gällande individen. En sjuksköterska upplevde att det var hon som skulle inkludera familjens praktiska behov i individens omvårdnad (McMillen, 2008). För de flesta sjuksköterskor var det ett bekymmer att kunna utföra adekvat omvårdnad till både individ och familj samtidigt. De var oroliga att deras brist på upplevelser i sjuksköterskeprofessionen skulle påverka deras kommunikation med familjen och att de skulle råka säga fel saker vid fel tillfälle. I samband med att sjuksköterskan utförde omvårdnad till individen ville hon även se till att familjens behov var tillfredsställda. Hon upplevde att omvårdnaden i livets slutskede fokuserade mer på familjen än individen själv. Sjuksköterskorna led i vissa situationer mer med familjen än vad de gjorde för individen. De ansåg att hjälpa familjen att bearbeta sin sorg efter en förlust var en viktig del i deras professionella arbete men upplevde även en svårighet att upprätthålla en balans då individen kunde bli lidande av att familjen stod i fokus (Peterson m. fl., 2010). De basala omvårdnadsbehoven fick inte glömmas bort då det var en stor del av att bibehålla välbefinnandet för både individ och dennes familj. Sjuksköterskorna kände ett ansvar gentemot familjen att få individen att ha det så bra som möjligt för att familjen skulle kunna känna sig trygga i omvårdnaden till individen (McCallum & McConigley, 2013).

*”I wish I could take care of dying patients on a one to one so I can be there for the family. The patients I take care of are rarely conscious so it's all about the family and... um.”* (Peterson m. fl., 2010 s. 183).

## Svårigheter att hantera när familjen ställer krav på omvårdnaden

### *Uppfylla familjens önsknings istället för individens*

Sjuksköterskor upplevde det frustrerande när familjen inte litade på deras kunskap utan ville strukturera om individens omvårdnad. Sjuksköterskorna kände att det blev ett etiskt dilemma när familjen blev nöjd med omvårdnaden samtidigt som individen och sjuksköterskorna inte blev nöjda. Individer som önskade att bli omhändertagna i sina hem blev ignorerade av sin familjs vilja att individen skulle tas hand om på sjukhus eller vårdhem. Sjuksköterskorna i kommunen upplevde en känsla av maktlöshet när individens omvårdnad i livets slutskede levde upp till familjens krav istället för dennes önsknings (Karlsson, Roxberg, Barbosa da Silva & Berggren, 2010). Sjuksköterskorna berättade att de var tvungna att hitta en balans mellan individens behov och familjens tankar kring vad som var bäst för individen (Daines m. fl., 2013).

*”It's almost like a catch-22 because you put them to the toilet and you make the family happy, but you're not making the patient happy because the patient's exhausted. So we know that we are not doing the best for our patients, we're doing the best for what the family wants...”.* (Daines m. fl., 2013 s. 596).

## Svårigheter att skapa en balans mellan professionell och privatliv

Sjuksköterskorna upplevde att det var viktigt att behandla individer utan närstående med samma passion och medkänsla som de individerna med närstående närvarande. De upplevde det betydelsefullt att dessa individer inte var ensamma i sitt rum eller vid dennes bortgång. Omvårdnadsprocessen blev kortare när individerna inte hade närstående närvarande då det inte fanns någon utöver individen att visa hänsyn till. Sjuksköterskorna upplevde det därför svårt då de inte fick möjlighet att utföra en ordentlig omvårdnad eller ha ett efterlevnadssamtal (Fridh, Forsberg & Bergbom, 2009).

*”All participants agreed that it was tragic when a patient died without the presence of a family member. In such cases they had to be a substitute for the family members and act as both professionals and fellow human beings.”* (Fridh, Forsberg & Bergbom, 2009 s. 236).

Sjuksköterskorna upplevde det svårt att upprätthålla sitt professionella förhållningssätt i dessa situationer då de samtidigt ville vara medmänniska och bevara sin yrkesidentitet. De gjorde allt de kunde för att individen skulle få ha det bekvämt. Sjuksköterskorna upplevde att det fanns en stor risk för att bli känslomässigt involverad i individernas liv. Att vara mer sympatisk än empatisk är någonting som sjuksköterskorna upplevde som en naturlig del av omvårdnaden då de i grunden bara är människor med medmänskliga känslor. Detta ansågs dock som ett problem i omvårdnadsarbetet då sjuksköterskorna riskerade att förlora sin yrkesidentitet (Peterson m. fl., 2010). Sjuksköterskorna upplevde att de ibland hade det svårt att upprätthålla en balans i omvårdnaden. Det uppstod när de hade brist på erfarenhet inom att förändra sitt förhållningssätt i tid eller när individens död var plötslig. Sjuksköterskorna upplevde då en djup känslomässig sorg efter individens bortgång. Nyexaminerade sjuksköterskor upplevde oftast stor sorg när individer som de hade kommit nära, gick bort. De blev känslomässigt påverkade av dessa individers bortgång i flera dagar efteråt och kände mycket empati gentemot individen (Zargham Boroujeni, Mohammadi, Fatemeh Haghdoost Oskouie & Sandberg, 2008).

### *Känslomässigt engagemang*

Flera sjuksköterskor kände en påfrestning av individers plötsliga bortgång. Sjuksköterskorna upplevde även en känsla av hjälplöshet när individerna plötsligt slutade andas då de kände att det var deras uppgift att rädda individerna. När sjuksköterskorna utförde omvårdnad till unga individer i livets slutskede var det svårare att uppfatta deras bortgång som en naturlig del av livet. Många av sjuksköterskorna vägde in sina egna känslor i individernas bortgång och kände sig obekväma. De ställde sig frågan om det var deras fel, då individernas död upplevdes plötslig (Wah Mak, Lim Chiang & To Chui, 2013).

*”Some young male patients were the breadwinners of the whole family. Their children were crying hysterically and desperately, hoping their dad would get well soon. But we knew it was impossible. This kind of scene made me sad. In spite of my nursing experience, I am scared to see these scenes ... I am unable to control my tears.”* (Wah Mak, Lim Chiang & To Chui, 2013 s. 425).

Individernas bortgång påverkade sjuksköterskorna på ett psykiskt och fysiskt sätt. Vissa sjuksköterskor upplevde att deras känslomässiga inblandande vid omvårdnad i livets slutskede resulterade i sömnlöshet (Wah Mak, Lim Chiang & To Chui, 2013).

### *Sjuksköterskan tog med sig arbetet hem*

Sjuksköterskorna upplevde att de inte fick tillräckligt känslomässigt stöd när de behövde prata kring deras upplevelse av individens död. De letade istället efter stöd utanför arbetet men detta var svårt att uppnå. Denna brist på det känslomässiga stödet kunde leda till att sjuksköterskorna blev mer otillgängliga för individen och de närstående, vilket i sin tur kunde resultera i att både individ och närstående fick problem att bearbeta sina känslor. Sjuksköterskorna beskrev hur de blev känslomässigt påverkade och grät när de kom hem från arbetet (Gélinas, Fillion, Robitaille & Truchon, 2012).

*"We go through a lot during the week, not just death but huge traumas – young people – and you go home and talk to people who don't want to hear [about] it: "Could you change [the] subject?" ... "It's depressing." "Do you have to talk about this over dinner?" ... we see a side of life ... that most people don't see." (Gélinas, Fillion, Robitaille & Truchon, 2012 s. 32).*

Sjuksköterskorna upplevde många svårigheter med att hantera sina känslor i arbetet med individer i livets slutskede och hade det även svårt att lämna kvar alla känslor på arbetsplatsen när det var dags att gå hem. De blev mer involverade när de hade tagit hand om individen en längre tid samt kommit närmre både individen och de närstående (McMillen, 2008). När individerna gick bort kunde sjuksköterskorna drabbas av både fysiska och psykiska problem en period efteråt då de inte upplevde något känslomässigt stöd varken på arbetsplatsen eller i deras hem. Känslor som oro, sorg och rädsla uppkom ofta. Rädslan att själva uppleva individens sjukdom och all smärta därtill, gjorde att sjuksköterskorna tog med sig dessa känslor hem och upplevde därav ett obehag (Zargham Boroujeni, Mohammadi, Fatemeh Haghdoost Oskouie & Sandberg, 2008).

*"The other ones that stick in my mind are the young patients because it's obviously more stressful for the nurse as well as everyone else. Not just for the nurse but the medics find it more stressful, you know I go home thinking about the patient and I don't with people who are older because of the saying 'they've had a good innings' you know rings true somehow." (McMillen, 2008 s. 256).*

### *Att kunna skapa en distans*

Det fanns en risk att sjuksköterskor blev för involverade i individernas omvårdnad. Vissa sjuksköterskor tillät inte sig själva att komma för nära individen samt de närstående och blanda in privata känslor. De försökte därför att upprätthålla en distans i arbetet för att kunna vara professionell och bibehålla sin yrkesidentitet. Sjuksköterskorna upplevde att de ville kunna förse individen och de närstående med professionellt stöd och inte blanda in sina personliga värderingar. Det blev även mindre påfrestande att bearbeta individens död (Johansson & Lindahl, 2011). Att upprätthålla ett professionellt avstånd mellan individ och sjuksköterska upplevdes som ett stort problem inom omvårdnad i livets slutskede (Peterson m. fl., 2010).

*”To manage their daily work, it becomes important to the nurses to maintain some distance in the caring relationships and not to get too personally involved.”*  
(Johansson & Lindahl, 2011 s. 2037).

### Behov av att bearbeta förluster

Under individens sjukdomsförlopp hade sjuksköterskorna svårt att upprätthålla sitt professionella förhållningssätt. Direkt efter individen gått bort behövde sjuksköterskorna påbörja omvårdnad till en ny individ och fick därmed ingen tid att bearbeta sina upplevelser från föregående omvårdnadsförlopp. När sjuksköterskorna hade fått en bra relation gentemot individen i livets slutskede upplevde sjuksköterskorna inte samma behov av att bearbeta förlusten av dessa individer. Det var vid tillfällena där sjuksköterskorna inte hade utfört en optimal omvårdnad som skuld känslorna hos sjuksköterskorna uppkom. Sjuksköterskorna upplevde det svårt att upprätthålla sitt professionella förhållningssätt gentemot nya individer innan de fick möjligheten att bearbeta förluster av individer som gått bort (Fridh, Forsberg & Bergbom, 2009).

*”EOLC was experienced as exhausting and the nurses reported that afterwards they often felt drained and needed time to recover before they could care for new patients, especially ones who were dying.”* (Fridh, Forsberg & Bergbom, 2009 s. 238).

# Diskussion

## Metoddiskussion

För att utföra studien valdes en litteraturstudie baserad på vårdvetenskapliga artiklar med en kvalitativ ansats. Litteraturstudie valdes för att få en bredare forskning som sträcker sig över hela världen. Det bestämdes att inkludera hela världen då studien skulle få ett bredare perspektiv av upplevelser då det sträcker sig över olika miljöer och kulturer. Olsson och Sörensen (2011) berättar att i en litteraturstudie söks litteratur som kommer att användas som informationskälla för studiens resultat. Enligt Aveyard (2010) blir detta bättre för läsaren, exempelvis hälso-och sjukvårdspersonal, då de inte behöver söka och läsa igenom all forskning som finns inom ett ämne utan kan istället ta del av en sammanställning av forskning (a.a.). De artiklar som söktes i studien baserades på intervjuer och därmed kom det fram information kring sjuksköterskors upplevelser runt om i världen, inte enbart Sverige. En empirisk undersökning hade kunnat genomförts och sjuksköterskors upplevelser hade kommit fram på ett mer omfattande och tillförlitligt sätt. Anledningen till att studien inte var utformad enligt en empirisk studie var på grund av att det inte skulle sträcka sig över hela världen, vilket var ett av studiens inklusionskriterier, utan skulle lagt fokus på ett specifikt område. Det skulle heller inte vara möjligt att göra en bred empirisk undersökning med tanke på den tidsaspekt studien hade.

Enligt Olsson och Sörensen (2011) görs oftast en litteraturstudie inom sjukvården då en empirisk studie kan störa verksamheten. En kvalitativ ansats fokuserar på känslomässiga upplevelser jämfört med en kvantitativ ansats som lägger fokus på antal, procent och siffror. Syftet med kvalitativ forskning är att finna kategorier som på bästa sätt svarar till olika sammanhang till exempel som individers upplevelser. I kvalitativ forskning går resultatet på djupet och specialiserar sig inom en viss kontext, omständigheter och tidpunkter (a.a.). I studien användes en kvalitativ ansats då syftet var att belysa sjuksköterskans upplevelse av svårigheterna att upprätthålla sitt professionella förhållningssätt vid omvårdnad i livets slutskede hos unga vuxna. Detta innefattar känslomässiga upplevelser och går ner på djupet med hjälp av ett kvalitativt tänkande. Eftersom studiens syfte utgår ifrån upplevelser kan dessa inte uttrycka sig i exempelvis en kvantitativ enkätform då alla upplever sina upplevelser individuellt vilket gör att resultatet på enkäten inte hade varit trovärdig i enlighet med studiens syfte. Studien hade kunnat använda sig av en kvantitativ enkätundersökning men då hade studiens syfte varit tvunget att ändras vilket hade utformat ett helt annat resultat och inte belyst sjuksköterskornas upplevelser.

Studiens litteratursökning har utgått från två databaser, Cinahl, MEDLINE och sökmotorn Pubmed. Cinahl valdes för att det är en databas som består av omvårdnadsskrifter och har ett stort utbud av omvårdnadsvetenskapliga referenser. MEDLINE består av både omvårdnad och medicinska vetenskapliga referenser och Pubmed tillhör MEDLINE men som dessutom består av forskning som inte blivit godkänt för publicering än (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). För att sökorden i studien skulle få rätt betydelse gentemot syftet tillämpades MeSH-termer och Cinahl Headings. De omgjorda sökorden användes sedan för att relevant litteratur skulle uppkomma. Databasen Cinahl har istället för MeSH-termer, Cinahl Headings, vilka utgör samma princip. Det är lämpligt att sökorden genomgår denna process för att lättare få fram rätt betydelse av varje ord som senare i studien kommer att leda till relevanta artiklar gentemot syftet. När studiens litteratursökning utfördes kombinerades sökblock med varandra vilket gjorde så att det framkom ett större utbud av relevanta artiklar som svarade på syftet. Sökningen höll sig även inom de satta ramarna. Fritextsökning användes även i studien för att fylla ut antalet artiklar. Hade studien enbart fokuserat på fritextsökning hade irrelevanta artiklar som inte svarar på syftet framkommit i sökningen vilket skulle gjort det svårare att hitta rätt information. Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) beskriver de booleska sökoperatorerna som de som förenar söktermer och sökblock med varandra. De booleska sökoperatorerna består av OR, AND och NOT (a.a.).

I studien användes OR samt AND i sökningen för att först kunna kombinera orden med varandra och sedan förena sökblocken. NOT hade kunnat användas i studiens sökning för att exkludera äldre och barn. Detta hade gjort sökningen mer strukturerad men det hade även funnits en risk för att antalet relevanta artiklar hade minskat och därför exkluderades NOT. När litteratursökningen skedde sattes avgränsningar i sökningen. I det första steget i sökningen, när sökorden kombinerades med OR, avgränsades sökningen med årtal 1990 och framåt. Detta gjordes för att inte äldre litteratur än 1990 skulle komma med i sökningen då det var irrelevant för studien. När sökorden sedan skulle kombineras med AND, i det andra och sista steget, valdes det att avgränsa sökningen med årtal 2008 till 2013. Detta för att sökningen gav ett stort antal irrelevant litteratur och för att inkludera den senaste forskningen i studien. När den andra årtals avgränsningen gjordes framkom det istället många relevanta artiklar som passade till studiens syfte. Hade inte denna avgränsning gjorts skulle både den senaste forskningen och den relevanta litteraturen lätt försvunnit i mängden. När litteratursökningen var slutförd lästes alla artiklar som framkom på en titelnivå. De titlar som var intressanta och passade gentemot syftet valdes att läsa i abstraktnivå. 726 artiklar i Cinahl, 3292 artiklar i MEDLINE och 4551 artiklar i PubMed valdes bort efter första steget.

Dessa valdes bort då titlarna var ointressanta utifrån syftet, handlade enbart om äldre, enbart om barn eller annan vårdpersonal utöver sjuksköterskan eller om de handlade om annat än palliativ vård samt livets slutskede. På abstraktnivå lästes 74 artiklar i Cinahl, 36 artiklar i MEDLINE och 24 artiklar i Pubmed. I detta steg föll 52 artiklar bort i Cinahl, 25 i MEDLINE och 19 i PubMed. Dessa artiklar föll bort då de antingen var utformade enligt en kvantitativ metod, inte hade något abstrakt eller var ointressanta i förhållande till syftet. Artiklar som enbart handlade om palliativ vård och inte hade någon information kring omvårdnad i livets slutskede exkluderades direkt. Tillslut utmynnade sökningarna i 22 artiklar från Cinahl, 11 från MEDLINE och 5 från Pubmed som först noggrant lästes igenom och sedan granskades enligt granskningsprotokollet se bilaga (2), och exkluderades ifall de inte höll måttet. Artiklar som enbart handlade om åldersgrupper utöver 18 till 35 år exkluderades direkt. De artiklar som innehöll studiens åldersgrupp men även åldrar utöver den, behölls i studien men fokuserade enbart på avsnittet med studiens åldrar i. Hade artiklarna lästs igenom på titel och abstraktnivå med mindre kritik hade fler artiklar framkommit men hade kunnat uppge ett felaktigt resultat.

Resultatartiklar i studien som inte nämner någon specifik åldersgrupp har valts att tolkas som passande i vår målgrupp då det framkommer i artikeln att det handlar om unga vuxna eller att artiklarna kom fram i studiens litteratursökning där ett av sökorden var young adult. I PubMed sattes även åldersbegränsningen 19-44 år för att det var ett alternativ i sökningen och det fanns inget alternativ som passade in bättre på studiens åldersgrupp. Det finns en risk att åldersgrupper utöver 18-35 år har kommit med i studien då de flesta resultatartiklar har varit fokuserade på sjuksköterskornas åldrar och inte individernas. Detta för att studiens syfte är sjuksköterskors upplevelser och inte individens upplevelser. Med de begränsningar som gjorts i litteratursökningen har det därför tolkats som att de artiklar som framkommit har nått upp till studiens inklusionskriterier. Med den här risken i åtanke finns det en möjlighet att studiens resultat kan få sämre validitet. När studiens resultatartiklar skulle kvalitetsgranskas valdes ett granskningsprotokoll av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011), se bilaga (2). Detta granskningsprotokoll valdes då det var utformat för studier med en kvalitativ metod. Resultatartiklar valdes att kvalitetsgranskas för att få en högre validitet.



Utifrån granskningsprotokollet sattes ett poängsystem som var på 0-15 poäng. För varje jakande sattes 1 poäng, varje nekande och vet ej sattes 0 poäng. Anledningen till att 0 poäng gavs till nekande och vet ej var för att studiens artiklar skulle uppnå en högre standard. Hög, medel och låg sattes som kategorier som artiklarna föll under. Hamnade artiklarna i kategorierna medel och låg exkluderades de för att få en högre tillförlitlighet i studiens resultat. Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) menar på att det är bra med ett poängsystem där jakande ger poäng och nekande inte ger poäng för att underlätta för studiens material. Hade artiklar i låg och medel kategorierna inkluderats i studien hade antalet resultatartiklar blivit högre men kvaliteten hade däremot blivit lägre. Många av de artiklar som hamnade i låg eller medel kategorin innehöll inget logiskt eller begripligt resultat. Uppstod det problem eller om det uppkom frågor så diskuterades detta grundligt mellan varandra för att få en bättre förståelse samt en validerad granskning. Wallengren och Henricson (2012) menar på att det är av vikt att utföra kvalitetsgranskningen tillsammans för att få en likartad bedömning. Uppstår problem bör detta diskuteras så att det leder fram till en förståelse (a.a.).

I studien användes en manifest innehållsanalys. Detta för att kunna fördjupa sig i textmaterialet och beskriva delarna av det. Under studiens gång framkom tolkningar som ledde till att latent inslag uppkom i studien. I analysen låg fokus på det manifesta innehållet men vissa latent inslag kan ha förekommit i samband med att koderna parades ihop med varandra och i sin tur skapade underkategorier och huvudkategorier. Graneheim och Lundman (2004) skriver att det är ett vanligt problem att välja mellan manifest och latent innehållsanalys. Manifest fokuserar på det som är synligt och uppenbart medan latent fokuserar på det som står mellan raderna. Både manifest och latent innehållsanalys hanterar tolkningar men på olika djup och abstraktnivå. Människor skapar en tolkning av vad som ligger bakom orden (a.a.). Studien har utgått från Graneheim och Lundmans tolkning av analysmetod med bärande meningsenheter. Här lästes resultatartiklarna igenom flera gånger sedan valdes meningsenheter ut, de kondenserades och översattes efteråt till svenska, sen kodades dem. Tillslut skapades underkategorier samt kategorier som ledde fram till ett resultat. Denna analys valdes för att studiens syfte gick ut på att belysa sjuksköterskans upplevelser. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det passande att använda deras tolkning av analysmetod när det handlar om att skriva eller sammanställa personers upplevelser via exempelvis intervjuer.

## Resultatdiskussion

I studiens resultat framkom det att sjuksköterskor upplevde det otroligt svårt att upprätthålla sitt professionella förhållningssätt i arbetet med unga vuxna i livets slutskede. En aspekt var tiden de hade att utföra en god omvårdnad till individerna och deras närstående. Johansson och Lindahl (2011) beskriver att sjuksköterskorna upplevde en känsla av otillräcklighet när det inte fanns tillräckligt med tid att ge till individen och de försökte ständigt övertala sig själva att de kunde utföra en god omvårdnad när tiden inte räckte till. När sjuksköterskorna upplevde otillräcklighet kände dem sig oprofessionella men när de hade tid att utföra omvårdnaden som de ville upplevdes en känsla av välbehag (a.a.). I studien framkom det mycket kring tid som inte räcker till samt hur den påverkade sjuksköterskan och omvårdnaden till individen. Denna aspekt var väldigt viktig att belysa då sjuksköterskan utförde en sämre omvårdnad under tidsbrist vilket ledde till att individens välmående blev försämrat. Sjuksköterskorna upplevde det som sin uppgift att inge komfort och en god omvårdnad till individen och de närstående, vilket inte kunde uppfyllas under tidsbristen. Sjuksköterskorna upplevde det som en del av deras uppgift att skydda individens privatliv och värdighet för att kunna förstärka livskvaliteten.

I resultatet framkommer det hur viktigt sjuksköterskorna upplevde det att stanna hos individen vid dödstillfället. Detta gällde speciellt för de individer utan närstående då de ansåg att livskvaliteten och individens värdighet ökade ifall individerna inte dog ensamma. Lindqvist och Rasmussen (2009) påpekar att sjuksköterskorna ansåg att de inte skulle lämna individen eller de närstående ensamma under omvårdnadsförloppet. Precis som Travelbee (1971) beskriver att utöver det professionella förhållningssättet ska sjuksköterskan även vara medmänniska i omvårdnaden. I resultatet framkom vikten av att hjälpa individer med deras sista önskningar men även att familjen ibland går emot individernas önskningar. I de situationer där familjen satte krav på omvårdnaden hade sjuksköterskan svårigheter att hantera dessa krav och kände sig hjälplös då hon inte kunde styra över situationen men samtidigt var tvungen att upprätthålla sitt professionella förhållningssätt. Dessa situationer uppkom oftast i hemmet där familjens regler stod högre. Resultatet ledde även fram till att sjuksköterskan och individen längtade efter att få uppfylla de sista önskningarna tillsammans. Sjuksköterskorna upplevde svårigheter att upprätthålla sitt professionella förhållningssätt när det kom till de sista önskningarna. De blev ofta känslomässigt påverkade av situationen och agerade mer som medmänniskor till individen än professionella sjuksköterskor.

Travelbee (1971) menar på att sjuksköterskan och individen genom omvårdnadsprocessen utvecklar en nära relation där både sympati och empati för varandra spelar in. Detta uppkom när sjuksköterskan ständigt hade lindrat individens sociala, psykiska, existentiella och fysiska lidande (a.a.). Sjuksköterskorna upplevde att de ofta blev mer sympatiska till individen och tillslut hade svårigheter att skilja på privatliv och deras yrkesidentitet. Graham, Andrewes och Clark (2005) beskriver att ömsesidigt lidande mellan sjuksköterskan och individen handlar om att vara mer sympatisk än empatisk och påverkar yrkesidentiteten. Detta leder till ohälsa hos sjuksköterskorna (a.a.). Lyssna var en stor del av omvårdnaden i livets slutskede för att sjuksköterskan skulle kunna ta del av hur individen egentligen mådde (Solvoll, 2005). Sjuksköterskan skulle alltid finnas till hands för både individ och familj men det var väldigt viktigt att hon var tydlig i sin kommunikation och inte ingav falska förhoppningar (Lindqvist & Rasmussen, 2009). Precis som Travelbee (1971) säger är nyckeln till en god omvårdnad kommunikationen mellan individ, närstående och sjuksköterska. Sjuksköterskan skulle se till individen som en helhet och inte enbart lägga fokus på individens sjukdomstillstånd (a.a.). Enligt Solvoll (2005) är det oerhört viktigt att sjuksköterskan lyssnar på individen för att få en upplevelse av individens egna sjukdomsförlopp samt alla känslor därtill. Skulle inte sjuksköterskan lyssna på individens tankar kan det resultera i en sämre livskvalitet, vilket är det som står i fokus i livets slutskede hos individen (a.a.).

Omvårdnad i livets slutskede kretsar kring både individ och närstående. Sjuksköterskan skulle ha en kunskap inom omvårdnad och det professionella förhållningssättet för att kunna inge en trygghet till individ och familj samt att hon konstant måste utveckla sina färdigheter för att kunna inge en god omvårdnad. Enligt Travelbee (1971) måste sjuksköterskan ha kunskap om de stereotyper som finns, hos både individen och sjuksköterskan själv, för att kunna se individen som en unik människa och på så sätt utföra en god omvårdnad. Det var av stor vikt att omvårdnad i livets slutskede fokuserade på existentiell, social och psykisk och fysisk hälsa. Sjuksköterskor upplevde att det var svårt att skapa en balans mellan professionell och privatliv, vid omvårdnaden av unga vuxna i livets slutskede, då de identifierade sig själva med individen. Reid (2013b) berättar att i hemmet var det svårare att få en kontakt med individen då familjen alltid var närvarande och ibland inte ville lämna individen själv med sjuksköterskan. Det var även en annan form av respekt i hemmet då sjuksköterskan kom in i familjens hem där sjuksköterskan behövde förhålla sig till deras regler. Sjuksköterskorna hade det även svårt att upprätthålla sitt professionella förhållningssätt gentemot individen då de ofta kom familjen väldigt nära. I sjukhusmiljön var det annat tempo och andra regler att rätta sig efter (Roche-Fahy & Dowling, 2009). Sjuksköterskorna fick inte samma kontakt som när omvårdnaden skedde i hemmet.

Sjuksköterskorna upplevde det som en tung börda att arbeta med unga vuxna i livets slutskede och tog ofta med sig arbetet och alla deras känslor med sig hem. Studiens resultat ledde fram till att när sjuksköterskan skulle ge omvårdnad till unga vuxna individer i livets slutskede upplevdes detta som en känslomässig påverkan hos sjuksköterskan och inte en naturlig del av livet. Det blev påtagligt när det handlade om unga vuxna då sjuksköterskornas egen dödlighet blev tydlig. De upplevde att de inte fick tillräckligt med stöd på arbetsplatsen efter en bortgång och därför tog de ofta med sig arbetet och alla känslorna hem. Många sjuksköterskor upplevde sömnlöshet efter bortgången av unga vuxna individer i livets slutskede. Detta resulterade i en mindre genomtänkt omvårdnad till individer och närstående. Dessa problem beskrivs genomgående i studien och ansågs som en av de större känslomässiga påverkningar som sjuksköterskor upplevde. Melvin (2012) beskriver hur sjuksköterskor drabbas av olika symtom av professionell trötthet på grund av medkänsla för individen och dennes familj. Sjuksköterskorna tog med sig tankar kring arbetet hem och deras psykiska och fysiska hälsa påverkades negativt (a.a.).

Detta framkom även i resultatet som ett avgörande problem för sjuksköterskornas eget välbefinnande och förmåga att balansera ett professionellt förhållningssätt med sitt privatliv. De var rädda för att bli för involverade i omvårdnaden och backade därför för att kunna skapa en distans i omvårdnaden mellan individen och sjuksköterskan. Detta kunde resultera i att sjuksköterskorna tog ett för långt steg tillbaka och därmed försämrade individens och de närståendes livskvalitet. Detta beskrivs genomgående i resultatet. Precis som Travelbee (1971) berättar är en mänsklig relation mellan sjuksköterskan och individen oerhört viktigt för en god omvårdnad. För att sjuksköterskan och individen skulle kunna uppnå denna relation, går de stegvis igenom flera olika faser (a.a.). Studiens resultat belyser även att sjuksköterskan upplevde det som deras uppgift att ta hand om närstående, ibland mer än vad de tog hand om individen. Närstående står tillsammans med individen i centrum för omvårdnaden i livets slutskede.

## Slutsats

Det framkom i resultatavsnittet att sjuksköterskor har svårt för att bearbeta sina upplevelser efter en individs bortgång och tog med sig upplevelser samt känslor hem för att söka stöd där. Detta ansågs som ett stort problem vid både omvårdnad i hemmet och på sjukhus. Sjuksköterskornas egen hälsa glömdes ofta bort och all fokus lades på individen och dennes familj.

Sjuksköterskorna upplevde en svårighet att upprätthålla sitt professionella förhållningssätt, vid omvårdnad i livets slutskede hos unga vuxna. De identifierade sig med individen och kom i kontakt med sin egen dödlighet. Det visade sig i studien att sjuksköterskor hade det svårt att hitta en balans mellan det professionella och deras privatliv. Vissa sjuksköterskor uttryckte att de ibland kände mer sympati än empati vilket ledde till ett stort känslomässigt engagemang. Tid som inte räcker till var en stor faktor i omvården i livets slutskede då sjuksköterskorna ibland inte hann med att stanna kvar hos individen och stötta både individ och familjen. Den stress sjuksköterskorna upplevde syntes tydligt och skapade även ett hälsoproblem hos sjuksköterskan. Oron över att familjen och individen skulle upptäcka stressen resulterade i att sjuksköterskorna blev ännu mer sårbara. För att sjuksköterskorna ska kunna upprätthålla sitt professionella förhållningssätt gentemot individ och familj behövs det mer forskning kring detta ämne för att utveckla strategier över hur sjuksköterskor ska bearbeta sina upplevelser och känslor. Detta kommer även leda till att sjuksköterskorna lämnar sina upplevelser på arbetsplatsen och inte behöver ta med sig alla tankar och känslor kring arbetet hem.

## Självständighet

I studien har båda skribenterna arbetat tillsammans med inledning, analys, resultat, diskussionerna och slutsatsen. Skribenterna har suttit tillsammans och genomfört litteratursökningen och läst igenom artiklarna var för sig för att senare diskutera fram ett resultat tillsammans.

Kvalitetsgranskningen gjordes tillsammans där skribenterna diskuterade eventuella frågetecken som dök upp. Bilagor, figurer och layouten har framställts av båda skribenterna. Josefine Andersson har varit huvudansvarig för bakgrundsavsnittet och Angelica Förström har varit huvudansvarig över metoddelen.

## Referenser

- Attia, A.K., Abd-Elaziz, W.W., & Kandeel, N.A. (2012). Critical Care Nurses' Perception of Barriers and Supportive Behaviors in End-of-Life Care. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 30(3), 297-304.
- Aveyard, H. (2010). (2:a uppl.). *Doing a literature review in health and social care: A Practical Guide*. Berkshire, GBR: Open University Press.
- Daines, P., Stilos, K., Moura, S., Fitch, M., McAndrew, A., Gill, A., & Wright, F. (2013). Nurses' experiences caring for patients and families dealing with malignant bowel obstruction. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(12), 593-598.
- Engström, B., & Johansson, G. (2009). Sjuksköterskan som ledande, ledare och chef. I M. Kihlgren (Red.), *Sjuksköterska med uppdrag att leda* (9-12). Lund: Studentlitteratur.
- Enskär, K., & Golsäter, M. (2009). Från barndom till ungdom – den växande människans omvårdnadsbehov. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt* (109-144). Lund: Studentlitteratur.
- Espinosa, L., Young, A., Symes, L., Haile, B., & Walsh, T. (2010). ICU Nurses' Experiences in Providing Terminal Care. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(3), 273-281.
- Fridh, I., Forsberg, A., & Bergbom, I. (2009). Doing one's utmost: Nurses' descriptions of caring for dying patients in an intensive care environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(5), 233-41.
- Froggatt, K.A., Wilson, D., Justice, C., MacAdam, M., Leibovici, K., Kinch, J., Thomas, R., & Choi, J. (2006). End-of-life care in long-term care settings for older people: a literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 1(1), 45-50.

Gélinas, C., Fillion, L., Robitaille, M-A., & Truchon, M. (2012). Stressors experienced by nurses providing end-of-life palliative care in the Intensive Care Unit. *Canadian Journal of Nursing Research*, 44(1), 19-39.

Graham, I. W., Andrewes, T., & Clark, L. (2005). Mutual suffering: A nurse's story of caring for the living as they are dying. *International Journal of Nursing Practice*, 11(6), 277-285.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education today*, 24(2), 105-112.

Holm, U. (1995). *Det räcker inte att vara snäll – Förhållningssätt, empati och psykologiska strategier hos läkare och andra professionella hjälpare*. Stockholm: Natur och Kultur.

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

Jakobsson, E., Andersson, M., & Öhlén, J. (2009). Livets slutskede – välbefinnande och död. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt* (327-353). Lund: Studentlitteratur.

Johansson, K., & Lindahl, B. (2011). Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(13/14), 2034-43.

Karlsson, M., Roxberg, Å., Barbosa da Silva, A., & Berggren, I. (2010). Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(5), 224- 231.

Lindqvist, O & Rasmussen, B. (2009). Omvårdnad i livets slutskede. I A. K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s.793-833). Lund: Studentlitteratur.

Lorenz, K., Lynn, J., Morton, S.C., Sydney, M., Shugarman, L., Wilkinson, A., Mularski, R., Sun, V., Hughes, R., Rhodes, S., Maglione, M., Hilton, L., Rolon, C., & Shekelle, P. (2005). Methodological approaches for a systematic review of end-of-life care. *Journal of Palliative Medicine*, 8(1), 4-11.

Lundh, B., & Malmquist, J. (2009). *Medicinska Ord – Det medicinska språket: begrepp, definitioner, termer*. Lund: Studentlitteratur.

McCallum, A., & McConigley, R. (2013). Nurses' perceptions of caring for dying patients in an open critical care unit: a descriptive exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(1), 25-30.

McMillen, E. R. (2008). End of life decisions: Nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(4), 251-259.

Melvin, C. S. (2012). Professional compassion fatigue: what is the true cost of nurses caring for the dying?. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(12), 606-611.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Orrsveden, K. (2008) Patientundervisning i ett livsvärldsperspektiv. I: I. Heyman & B. Sandström (2008). *Vårdpedagogik. Framväxt betydelseperspektiv* (s. 173-187). Lund: Studentlitteratur.



Palliativ vård. (2005). Palliativ vård, regionalt vårdprogram för patienter i alla åldrar i södra sjukvårdsregionen. Wallin & Dalholm Boktryckeri AB.

Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang P-C., Kershek, S., Scherr, C., Ogi, M., & Pincon, D. (2010). What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(4), 181-187.

Reid, F. C. (2013b). Grief and the experiences of nurses providing palliative care to children and young people at home. *Nursing Children and Young People*, 25(9), 31-36.

Reid, F. C. (2013a). Lived experiences of adult community nurses delivering palliative care to children and young people in rural areas. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(11), 541-547.

Roche-Fahy, V., & Dowling, M. (2009). Providing comfort to patients in their palliative care trajectory: experiences of female nurses working in an acute setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(3), 134-141.

Sand, L., & Strang, P. (2013). *När döden utmanar livet: Om existentiell kris och coping i palliativ vård*. Stockholm: Natur & Kultur.

Socialstyrelsen. (2013) *Öppna jämförelser av ekonomiskt bistånd: Unga vuxna med ekonomiskt bistånd*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Solvoll, B-A. (2005). Identitet och egenvärde. I N. Jahren Kristofferson, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grundläggande omvårdnad – del 3* (118-155). Stockholm: Liber.

Ståhlfors, P., & Olsson, A. (1998). *Vetenskapligt förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur.

Travelbee, J. (1971). (2:a uppl.). *Interpersonal Aspects of Nursing*. F. A. Philadelphia: Davis Company.

Wah Mak, Y., Chung Lim Chiang, V., & To Chui, W. (2013). Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(9), 423-431.

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (481-495). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). (3:dje uppl.). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Zargham Boroujeni, A., Mohammadi, R., Fatemeh Haghdoost Oskouie, S., & Sandberg, J. (2008). Iranian nurses' preparation for loss: finding a balance in end-of-life care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2329-36.

Öhlén, J. & Segesten, K. (1998). The professional identity of the nurse: concept analysis and development. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 720-727.

## Bilaga 1 Databassökningar

### Sökningar i Cinahl

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
1. Nursing Role (CH [CINAHL Headings])	6293	140226	-	-
2. Nursing care (CH)	14680	140226	-	-
3. Nursing (CH)	73019	140226	-	-
4. Nurse (CH)	31572	140226	-	-
5. S1 OR S2 OR S3 OR S4	80560	140226	-	-
6. Terminal ill (CH)	12	140226	-	-
7. Terminal care (CH)	2984	140226	-	-
8. Palliative care (CH)	7716	140226	-	-
9. Hospice and palliative care nursing (CH)	129	140226	-	-
10. Young adult (CH)	50756	140226	-	-
11. S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	60168	140226	-	-
12. Experience (CH)	53625	140226	-	-
13. Nurse (CH)	31572	140226	-	-
14. Professional role (CH)	4584	140226	-	-
15. S12 OR S13 OR S14	83369	140226	-	-
16. S5 AND S11 AND S15 med begränsningar publikationsår 2008-2013, skrivna på engelska, peer reviewed, research article samt abstract available	800	140226	74	22

## Sökningar i MEDLINE

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
1. Nursing role (MH [MeSH])	2917	140226	-	-
2. Nursing care (MH)	30578	140226	-	-
3. Nursing (MH)	282660	140226	-	-
4. Nurse (MH)	85875	140226	-	-
5. S1 OR S2 OR S3 OR S4	306505	140226	-	-
6. Terminal ill (MH)	53	140226	-	-
7. Terminal care (MH)	12072	140226	-	-
8. Palliative care (MH)	29267	140226	-	-
9. Hospice and palliative care nursing (MH)	146	140226	-	-
10. Young adult (MH)	302267	140226	-	-
11. S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	330396	140226	-	-
12. Experience (MH)	297880	140226	-	-
13. Nurse (MH)	85875	140226	-	-
14. Professional role (MH)	8487	140226	-	-
15. S12 OR S13 OR S14	382632	140226	-	-
16. S5 AND S11 AND S15 med begränsningar publikationsår 2008-2013, skrivna på engelska, peer reviewed, research article samt abstract available	3328	140226	36	11

## Sökningar i PubMed

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
1. Nursing role	63869	140226	-	-
2. Nursing care	537865	140226	-	-
3. Nursing	572609	140226	-	-
4. Nurse	286202	140226	-	-
5. S1 OR S2 OR S3 OR S4	659773	140226	-	-
6. Terminal ill	4630	140226	-	-
7. Terminal care	44987	140226	-	-
8. Palliative care	48775	140226	-	-
9. Hospice and palliative care nursing	1186	140226	-	-
10. Young adult	469694	140226	-	-
11. S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	553037	140226	-	-
12. Experience	434467	140226	-	-
13. Nurse	286202	140226	-	-
14. Professional role	84853	140226	-	-
15. S12 OR S13 OR S14	755625	140226	-	-
16. S5 AND S11 AND S15 med begränsningar publikationsår 2008-2013, skrivna på engelska, peer reviewed, journal article, 19-44 år samt abstract available	4575	140226	24	5

## Bilaga 2 Granskningsprotokoll

För att kvalitetsgranska de vetenskapliga artiklarna användes Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011, s.175) granskningsprotokoll, bilaga H; Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod.

### Kvalitetsbedömning

*Beskrivning av studien till exempel metodval*

Finns det ett tydligt syfte?

Patientkaraktäristiska

.....

Ja  Nej  Vet ej

Antal .....

Ålder .....

Man

Kvinna

*Är kontexten presenterad?*

Etiskt resonemang?

Ja  Nej  Vet ej

Ja  Nej  Vet ej

*Urval*

- Relevant

- Strategiskt

Ja  Nej  Vet ej

Ja  Nej  Vet ej

*Metod för*

- urvalsförfarande tydligt beskrivet?

- datainsamling tydligt beskriven?

- Analys tydligt beskriven?

Ja  Nej  Vet ej

Ja  Nej  Vet ej

Ja  Nej  Vet ej

*Giltighet*

Är resultatet logiskt, begripligt?

Råder datamättnad?

Råder analysmättnad?

Ja  Nej  Vet ej

Ja  Nej  Vet ej

Ja  Nej  Vet ej

*Kommunicerbarhet*

- redovisas resultatet klart och tydligt?

Ja  Nej  Vet ej

### Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivningen/analys adekvat?

## Bilaga 3 Artikelöversikt

### Artikelöversikt (1) 3

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Daines, P., Stilos, K., Moura, S., Fitch, M., McAndrew, A., Gill, A., & Wright, F. 2013. Canada.	Nurses' experiences caring for patients and families dealing with malignant bowel obstruction.	Kvalitativ metod med diskussion och intervjuer.	15 sjuksköterskor. Alla kvinnliga. 3 sjuksköterskor som arbetade på cancer avdelning, 6 stycken på ett cancercentrum, 1 inom kommunen och 5 stycken på en palliativ avdelning.	Hög 14/15p
Fridh, I., Forsberg, A., & Bergbom, I. 2009. Sweden.	Doing one's utmost: Nurses' descriptions of caring for dying patients in an intensive care environment.	Kvalitativ metod med diskussion och intervjuer.	9 erfarna sjuksköterskor. 7 kvinnor och 2 män. Median åldern bland sjuksköterskorna var 49 år.	Hög 14/15p
Gélinas, C., Fillion, L., Robitaille, M-A., & Truchon, M. 2012. Canada.	Stressors experienced by nurses providing end-of-life palliative care in the Intensive Care Unit.	Kvalitativ metod med diskussion och intervjuer i 10 olika grupper.	42 sjuksköterskor. 40 stycken kvinnor och 2 män.	Hög 13/15p
Johansson, K., & Lindahl, B. 2011. Sweden.	Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals.	Kvalitativ metod med intervjuer.	8 sjuksköterskor från 2 olika sjukhus, som hade ett intresse av palliativ vård. 4 stycken från varje sjukhus.	Hög 13/15p

## Artikelöversikt (2) 3

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Karlsson, M., Roxberg, Å., Barbosa da Silva, A., & Berggren, I. 2010. Sweden.	Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study.	Kvalitativ metod med diskussion och intervju.	16 sjuksköterskor gick kursen. 7 deltog i undersökningen. Alla kvinnor.	Hög 13/15p
McCallum, A., & McConigley, R. 2013. Australia.	Nurses' perceptions of caring for dying patients in an open critical care unit: a descriptive exploratory study.	Kvalitativ metod med diskussion och intervjuer.	5 kvinnliga sjuksköterskor. Median åldern var 36 år.	Hög 14/15p
McMillen, E. R. 2008. United Kingdom.	End of life decisions: Nurses perceptions, feelings and experiences.	Kvalitativ metod med diskussion och intervjuer.	8 sjuksköterskor. 3 stycken hade 20 års erfarenhet.	Hög 13/15p
Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang P-C., Kershek, S., Scherr, C., Ogi, M., & Pincon, D. 2010. United States of America.	What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences.	Kvalitativ metod med diskussion och intervjuer.	15 sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter. 3 män, resten kvinnor. Median åldern var 30 år.	Hög 13/15p



### Artikelöversikt (3) 3

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Zargham Boroujeni, A., Mohammadi, R., Fatemeh Haghdoost Oskouie, S., & Sandberg, J. 2008. Iran.	Iranian nurses' preparation for loss: finding a balance in end-of-life care.	Kvalitativ metod med diskussion och intervjuer.	18 sjuksköterskor från 3 olika sjukhus.	Hög 14/15p
Wah Mak, Y., Chung Lim Chiang, V., & To Chui, W. 2013. China.	Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting.	Kvalitativ metod med diskussion och intervjuer.	15 sjuksköterskor blev intervjuade.	Hög 14/15p

## Bilaga 4 Meningsbärande enheter

### Meningsbärande enheter (1) 4

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
<i>Although it's really busy and there isn't enough time to care for the patients, I always want to care. I try my best to fulfill my role as a nurse</i>	Även när tiden inte finns vill jag utföra omvårdnad för att uppfylla min roll som sjuksköterska.	Uppfylla sin sjuksköterskeroll trots tidsbrist	-	Tid som inte räcker till
<i>... then there are periods when it is just in and out as well ... and you just hope that the stress doesn't show in your eyes when you are in there.</i>	Sjuksköterskan hoppas att stressen inte syns inför individen.	Sjuksköterskan hoppas att stressen inte syns	Synlig stress	Tid som inte räcker till
<i>They felt very strongly that it was their duty to protect the patients from unnecessary suffering</i>	Sjuksköterskan kände en plikt att skydda individen från lidande	Plikt att lindra individens lidande	Ansvar över att lindra lidande	En känsla av plikt för att uppfylla individens behov

## Meningsbärande enheter (2) 4

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
<i>I wish I could take care of dying patients on a one to one so I can be there for the family. The patients I take care of are rarely conscious so it's all about the family and.. um</i>	Sjuksköterskan önskar att hon kan ta hand om individen och stötta familjen	Fokus på individ och stöttning av familj	-	Svårigheter att hitta en balans i att stödja individ och familj samtidigt
<i>It's almost like a catch-22 because you put them to the toilet and you make the family happy, but you're not making the patient happy because the patient's exhausted. So we know that we are not doing the best for our patients, we're doing the best for what the family wants...</i>	Det är som moment 22, sjuksköterskan hjälper individen på toaletten för att göra familjen nöjd men individen orkar egentligen inte	Sjuksköterskan ser till familjens önskningar inte individens	Uppfylla familjens önskningar istället för individens	Svårigheterna att hantera när familjen ställer krav på omvårdnaden
<i>EOLC was experienced as exhausting and the nurses reported that afterwards they often felt drained and needed time to recover before they could care for new patients, especially ones who were dying.</i>	Sjuksköterskorna var utmattade och behövde tid att bearbeta förluster av individer innan de kunde utföra omvårdnad till nya individer i livets slutskede	Behövde tid att bearbeta förluster innan mötet med andra individer	-	Behov av att bearbeta förluster

## Meningsbärande enheter (3) 4

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
<i>The other ones that stick in my mind are the young patients because it's obviously more stressful for the nurse as well as everyone else. Not just for the nurse but the medics find it more stressful, you know I go home thinking about the patient and I don't with people who are older because of the saying 'they've had a good innings' you know rings true somehow.</i>	Sjuksköterskan upplever det stressfullt att ta hand om unga individer i livets slutskede och tar därför med sig detta hem	Tänker på individerna även i hemmet efter arbetstid	Sjuksköterskan tog med sig arbetet hem	Svårt att skapa en balans mellan professionell och privatliv
<i>We go through a lot during the week, not just death but huge traumas - young people - and you go home and talk to people who don't want to hear (about) it: "Could you change (the) subject?"... "It's depressing." "Do you have to talk about this over dinner?" ... we see a side of life... that most people don't see</i>	Sjuksköterskor tar med sig arbetet hem när de upplever unga vuxnas död	Tar med sig arbetet hem	Sjuksköterskan tog med sig arbetet hem	Svårt att skapa en balans mellan professionell och privatliv

#### Meningsbärande enheter (4) 4

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
<i>All participants agreed that it was tragic when a patient died without the presence of a family member. In such cases they had to be a substitute for the family members and act as both professionals and fellow human beings</i>	När individer inte hade någon familjemedlem närvarande, behövde sjuksköterskorna agera både professionellt och som medmänniska	Sjuksköterskan som professionell och medmänniska	-	Svårt att skapa en balans mellan professionell och privatliv
<i>To manage their daily work, it becomes important to the nurses to maintain some distance in the caring relationships and not to get too personally involved</i>	Sjuksköterskan försöker upprätthålla en distans för att inte blir för personligt involverad	Sjuksköterskan har en distans för att kunna vara professionell	Att kunna skapa en distans	Svårt att skapa en balans mellan professionell och privatliv