



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Copingstrategier vid stress hos sjuksköterskor inom palliativ vård

En litteraturstudie

Författare: Henrik Dowler & Olof Toppheim

Handledare: Annica Sjöström-Strand

Kandidatuppsats

Våren 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Copingstrategier vid stress hos sjuksköterskor inom palliativ vård

En litteraturstudie

Författare: Henrik Dowler & Olof Topphem

Handledare: Annica Sjöström-Strand

Kandidatuppsats

Våren 2013

Abstrakt

Bakgrund Arbetet inom palliativ vård kan innebära emotionella påfrestningar som skapar stress hos arbetsplatsens sjuksköterskor. Copingstrategier är metoder som sjuksköterskor använder för att minska den upplevda stressen eller för att ändra situationerna som orsakar påfrestningarna.

Syfte Att identifiera copingstrategier vid stress hos sjuksköterskor inom palliativ vård och hur dessa strategier uttrycktes.

Metod En litteraturstudie genomfördes med tio artiklar som underlag. Artiklarna genomlästes systematiskt och återkommande teman eftersöktes.

Resultat Tre huvudteman med subteman framkom: Planering och prioritering, distansering samt emotionellt stöd.

Slutsats Vidare utbildning samt avsatt tid för samtal kollegor emellan kan implementeras av arbetsgivaren för att främja sjuksköterskornas copingbenägenhet.

Nyckelord

Sjuksköterskor, stress, palliativ vård, copingstrategier, litteraturstudie.

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Palliativ vård	4
Stress	5
Coping	7
Syfte	8
Metod	8
Urval	9
Datainsamling	10
Dataanalys	12
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat	13
Planering och prioritering	13
Planering av dagen	13
Prioriteringar	14
Stöd med arbetsuppgifter	15
Distansering	15
Emotionell distansering	15
Fysisk distansering	17
Dysfunktionell coping	17
Emotionellt stöd	18
Samtalsstöd från kollegor	18
Socialt stöd och aktiviteter	19
Spiritualitet	19
Samtalsterapi	20
Känslomässiga yttringar	20
Diskussion	21
Diskussion av vald metod	21
Diskussion av framtaget resultat	23
Slutsats	27
Kliniska implikationer	27
Författarnas arbetsfördelning	28
Referenser	29

Introduktion

Problemområde

Sjuksköterskor inom palliativ vård möter stora krav från patienter då de ofta vill dela med sig till sjuksköterskan sina rädslor och förväntningar (Barnard, Hollingum & Hartfiel, 2006). Om sjuksköterskan upplever sig oförmögen att leva upp till behoven patienten har, kan det utgöra grunden för stress och hindrar sjuksköterskan i dennes professionsutövande (Rose & Glass, 2009).

Inom sjukvården pågår organisatoriska förändringar som ofta leder till en minskning av personalstyrkan. Detta orsakar stress då det medför minskat tidsutrymme för att utöva sitt yrke som önskvärt eftersom patientsäkerhet inte kan garanteras och tillräcklig tröst inte kan ges (Ekedahl & Wengström, 2007; Rose & Glass, 2008). Organisatoriska förhållanden har en stor bidragande effekt på hur stress upplevs och hanteras inom palliativ vård (Peters et al., 2012). Handlingsmönster och inställningar från arbetsledning och även kollegor kan verka destruktivt, blockerande samt motverka välmående hos sjuksköterskor som arbetar inom palliativ vård, om dessa handlingar utövas på ett negativt sätt (Ekedahl & Wengström, 2007; Rose & Glass, 2008). Situationer som upplevs svåra och inte hanteras på ett adekvat och riktigt sätt kan leda till utmattningsdepression, ökad stress samt försämrad omvårdnad (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007).

Även en känsla av för stor arbetsbörda samt avsaknad av tid till sorgearbete efter att en patient avlidit har visats spela roll för sjuksköterskans upplevelse av stress. Likaså kan en känsla av att inte få stöd från sin arbetsgivare vara en faktor för hög stress på arbetsplatsen (Dougherty, Pierce, Panzarella, Rodin & Zimmerman, 2009). En person som utsätts för långvarig stress utvecklar lätt sämre prestationsförmåga, trötthet, nedstämdhet och får en lägre arbetsmotivation (Socialstyrelsen, 2009). Fortsätter stressen kan individen drabbas av utmattningssyndrom med såväl psykiska som fysiska symtom. Personens kognitiva funktioner kan försämrats och uppträda på samma sätt som i en demenssjukdom i form av minnessvårigheter, svårigheter i att orientera sig, problem att finna ord i samtal med mera.

Personer som lider av detta tillstånd löper dessutom stor risk att drabbas av ångest, oro och depression (Åsberg & Nygren, 2009).

Det är av stor vikt att stressfyllda situationer hanteras på ett adekvat och konkret sätt, exempelvis genom nyttjandet av copingstrategier. Detta då det visat sig att sjuksköterskor undviker stressfulla uppgifter i sitt arbete för att minska stress, vilket i sin tur kan leda till försämrad omvårdnad (McGrath, Reid & Boore, 2003).

Xianyu och Lambert (2006) identifierade arbetet med döende som den andra högsta faktorn till grunden för stress hos sjuksköterskor. Detta ansågs vara relaterat till bristande utbildning med resultatet att sjuksköterskorna inte kunde hantera hur de känslomässigt skulle uttrycka sig när de mötte döende patienter. Stressen som upplevs är framförallt av psykisk karaktär snarare än fysisk (Rose & Glass, 2008). Ett flertal studier nämner den psykiska belastningen yrket medför som bland annat känslomässigt uttömande, mycket energikrävande och som en riskfaktor för att drabbas av utmattningsdepression (Bailey, Murphy & Porock, 2011; Melvin, 2012; Rose & Glass, 2008). Ekedahl och Wengström (2007) identifierade olika nivåer av stress hos sjuksköterskor som arbetade med patienter döende i cancer och andra livsavslutande skeden. Samtliga sjuksköterskor upplevde stressen som ett hot mot deras förmåga att utöva sitt yrke på ett tillfredsställande sätt (ibid.).

Bakgrund

Människan som individ och självständig varelse måste ses som en helhet där endast frånvaron av sjukdom inte innebär att människan är frisk, precis som närvaron av sjukdom inte innebär att människan som helhet är sjuk. Hälsa ur ett holistiskt perspektiv är större än endast frånvaron av sjukdom. Människan och dennes hälsa ses som något mer än summan av sina delar, vilket innebär att hälsa även innefattar komponenter som god livskvalitet och välbefinnande. (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2009).

Från ett holistiskt perspektiv, där människan agerar i olika sociala situationer, kan hälsa ses ur två förhållanden. Det första förklarar förmågan till handling där hälsa är direkt kopplat till handlingsförmåga och ohälsa kopplat till oförmåga till handling som på ett sätt gynnar den egna hälsan. Det andra förhållandet beskriver känslan av välbefinnande vid hälsa, som

behaglig sinnesstämning och kroppsörnimmelse, och känslan av obehag vid ohälsa (Hedelin et al., 2009).

Den amerikanska professorn i medicinsk sociologi Aaron Antonovsky utvecklade det salutogenetiska synsättet, från grekiskans *salu* - vilket betyder hälsa och *genesis* - vilket betyder ursprung. Antonovsky ville flytta fokus från vad som skapar sjukdom till vad det är som gör att vissa lyckas hålla sig friska eller välmående trots motgångar och stressorer. Ett salutogenetiskt perspektiv är således ett perspektiv som ser vad som främjar hälsa istället för att se vad som förhindrar sjukdom (Antonovsky, 2005). Antonovsky utvecklade en teoretisk modell som han kallade SOC - "sense of coherence", eller på svenska KASAM - Känsla av sammanhang. I sin teori menade han att vissa personer har en bättre förmåga att se en mening i livets motgångar och har därför lättare för att hantera dessa (ibid.).

Antonovsky identifierade tre komponenter som samspelar med varandra för att skapa KASAM hos en människa. Dessa är begriplighet, hanterbarhet samt meningsfullhet. Med begriplighet menas att en person har förståelse av sina upplevelser och finner dem förklarbara. Hanterbarhet innebär de resurser en person besitter för att hantera krav och utmaningar som ställs på individen. Meningsfullhet kan förklaras som en motivationskomponent som avgör hur viktigt något är för personen (Antonovsky, 2005).

För att en person ska ha en stark känsla av sammanhang behöver hon eller han ha höga värden på samtliga komponenter inför en given situation. Komponenterna är dock inte likvärdiga. En person misslyckas lätt med att lösa ett problem om denne har hög begriplighet samt hanterbarhet av problemet men inte förstår meningen med att lösa det. Om personen däremot anser att problemet har en hög meningsfullhet kan hon eller han använda sin motivation till att finna sätt att förstå och hantera problemet (Antonovsky, 2005).

Palliativ vård

Ordet "palliativ" kommer från latinets "pallium", vilket betyder mantel. En mantel ska skydda från kyla, men kan inte stänga ut denna helt och begreppet "palliativ" fungerar därmed som en metafor för att lindra lidandet och processen som oundvikligen kommer att leda till döden (Sandman & Woods, 2003). Enligt Socialstyrelsen (2012) definieras palliativ vård som "hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med

progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående” (s. 69).

Den palliativa vården bygger sin grund på fyra hörnstenar som omfattar vad vården ska fokuseras på:

- Symtomlindring.
- Samarbete mellan olika professioner.
- Kommunikation och relation, både mellan professionerna och mellan patienten och dennes närstående.
- Stöd till närstående.

(Socialstyrelsen, 2012)

Att arbeta med palliativ vård innebär för flertalet sjuksköterskor ett privilegium. Döende är en naturlig del av livet och att få medverka vid denna svåra tid anses vara en förmån som skapar arbetsglädje. Sjuksköterskor beskrev arbetet som att vara en del av när livets cirkel sluts och att detta påverkade sjuksköterskornas yrkesidentitet såväl som privatliv (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Melvin, 2012; Rose & Glass, 2008). Att vara fysiskt och psykiskt närvarande hos en döende människa och dennes närstående ansågs vara en positiv del av yrkesrollen. Att kunna ge tröst i form av kommunikation och fysisk närhet framhölls som mycket värdefullt och även som en av grunderna för sjuksköterskeyrket (Bailey, Murphy & Porock, 2011). Frågor av fysiologisk karaktär ställs oftast till läkare, medan frågor som är existentiella och som kan omfatta dödshjälp vanligen ställs till sjuksköterskor.

Kommunikation gällande dessa frågor kräver lyhördhet, särskilt om den döende eller dennes närstående inte har någon uppfattning gällande detta. Frågorna kan vara svåra att hantera och ibland kan något rakt svar inte ges (Houtepen & Hendriks, 2003). För att kunna arbeta i denna miljö fann Blomberg och Sahlberg-Blom (2007) i sin studie att en stark yrkesidentitet, mod, mognad och livserfarenhet var goda egenskaper att inneha i yrket. De bedömdes viktiga för att kunna trösta, förklara och känna empati med patienter och dennes närstående.

Stress

Begreppet stress har funnits sedan flera århundraden och har använts som en förklaring för att beskriva kroppsliga och psykiska reaktioner som ett svar på belastning. Efter andra världskriget började forskningen kring stress öka, framförallt för att utreda stressens påverkan

och betydelse för soldater i strid. Vidare forskning har kommit fram till att alla upplever stress och att detta är en del av vårt dagliga liv (Lazarus & Folkman, 1984).

Enligt Socialstyrelsens Folkhälsorapport (2009) beskrivs stress som ”en obalans mellan de krav som ställs på oss och vår förmåga att hantera dem” (s. 182). Med detta menas att kraven som ställs på oss från vår omgivning, men även från oss själva, upplevs som antingen för stora eller för små för att kunna hanteras på ett adekvat sätt (ibid.). Stress kan utgöras av såväl psykiska som fysiska påfrestningar. Dessa kallas stressorer och kan variera i grad samt storlek och kan omfatta allt från livsomvälvande händelser, såsom naturkatastrofer, förlust av en närstående eller allvarlig sjukdom till problem i det dagliga livet (Lazarus & Folkman, 1984).

När kroppen utsätts för stress aktiveras det biologiska stresshanteringssystemet och kroppen förbereds på kamp eller flykt (Socialstyrelsen, 2009). Stresshormoner frigörs från binjurarna vilket leder till att kroppens prestationsförmåga ökar genom ökat blodtryck, ökad mängd blodsocker och blodfetter för en högre energiutvinning samt en ökad slag- och kontraktionsförmåga i hjärtat (Sand, 2007). Kortsiktigt och vid plötsliga hot utgör dessa funktioner inget problem för kroppen, men under långvarig stress verkar dessa mekanismer skadligt då energiåtgången kommer leda till ett katabolt tillstånd. Minnesfunktioner och immunförsvaret försämras och smärtkänsligheten ökar. Tecken på långvarig stress kan vara nedsatt prestationsförmåga, kronisk trötthet och brist på arbetsmotivation (Socialstyrelsen, 2009).

Arbetsrelaterad stress kan således orsaka försämrad fysisk och psykosocial hälsa som i sin tur leder till en minskad tillfredsställelse med arbetet och försämrad kvalitet i arbetsutförandet (Suresh, Matthews & Coyne, 2013). Vissa yrken kan ha en ökad stresspåverkan på människor och särskilt sjuksköterskeyrket anses utöva mycket stress på den enskilde individen (McGrath et al., 2003).

Som tidigare beskrivits ser flertalet sjuksköterskor inom palliativ vård arbetet som givande och ett privilegium (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Melvin, 2012; Rose & Glass, 2008). Dock ses ofta bieffekter såsom stress som en faktor relaterad till yrkesrollen. Att arbeta med patienter som var i samma ålder som sjuksköterskorna samt att arbeta med döende barn ökade känslan av existentiell stress då sjuksköterskorna identifierade sig mer med patienterna. Att inte kunna ge tillräckligt stöd och lindra lidandet hos patienten samt att inte kunna

kommunicera på ett tillfredsställande sätt med närstående var även en stressfaktor som påverkade yrkesrollen. Många hade inte möjlighet att bearbeta händelser som ägt rum under arbetstiden, utan tog istället med sig händelserna hem där de funderade på vad som kunde gjorts annorlunda (Ekedahl & Wengström, 2007).

Coping

Lazarus och Folkman (1984) definierar coping som ”constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person” (s. 141). Med detta menas att en individ ändrar ett tankemönster eller beteendemässiga egenskaper för att uppnå en förändring av sin upplevda situation med målet att minska spänning och stress (ibid.).

Lazarus och Folkman (1984) nämner två olika former av coping som kan användas. Den ena, problemfokuserad coping, baseras på situationer där coping används för att hantera eller ändra problem i omgivningen som bedöms hanterbara och överkomliga. Den andra formen av coping, emotionell coping, utnyttjas för att rent känslomässigt kunna hantera hotfulla situationer som uppfattas icke-förändringsbara.

Hur coping utnyttjas är till stor del beroende av vilka resurser som individen har att tillgå. Detta omfattar både fysiska och personliga egenskaper. Dessa resurser är inte statiska utan situationsbundna och Lazarus och Folkman (1984) beskriver några som de mest övergripande. Bland dessa finns problemlösande färdigheter, socialt stöd och materiella resurser. Problemlösande färdigheter syftar till en persons förmåga att identifiera och finna lösningar till problem som uppkommer. Socialt stöd handlar om vilket socialt umgänge individen har. Det kan till exempel vara familj eller vänner där emotionellt eller praktiskt stöd inhämtas. Materiella resurser kan som exempel vara en god ekonomi. Pengar innebär en ökad trygghet och en möjlighet att söka hjälp eller assistans, exempelvis via sjukvård eller juridisk rådgivning (ibid.).

I en studie utförd på ett universitetssjukhus i södra Brasilien undersöktes stressfaktorer, generell hälsa, stressnivåer och vilka copingstrategier som upplevdes som mest användbara bland sjuksköterskor. Studien visade att framförallt problemlösande coping och socialt stöd upplevdes som välfungerande copingstrategier (de Azevedo Guido, da Costa Linch, de

Oliveira Pitthan & Umann, 2011). McGrath et al. (2003) fann att materiella resurser i form av ökad lön och fler finansiella resurser var en välfungerande copingstrategi.

Att identifiera vilka copingstrategier som är stöd för sjuksköterskan att hantera stress, och därmed ge möjligheter att stimulera användandet av dessa, skulle kunna leda till lägre sjukfrånvaro och förbättrad omvårdnad för patienten. För att uppnå en hälsofrämjande arbetssituation får inte graden av stress överstiga sjuksköterskans personliga resurser i form av stresshantering (Rose & Glass, 2009). Några studier indikerar att behovet av olika och utvecklade copingstrategier existerar och att ett flertal olika strategier bör prövas för att undersöka vilka som ger bäst resultat (Lambert & Lambert, 2008; Peters et al., 2012). Andra påtalar även behovet av utbildning för att bättre kunna arbeta inom palliativ vård (Blomberg & Sahlberg-Blom, 2007; Rose & Glass, 2008).

Melvin (2012) menar att utan tillräckliga copingstrategier kan sjuksköterskor utveckla trötthet relaterat till medkänsla inom arbetet. Detta kan omfatta symtom som ångest, påträngande tankar samt känslor som motsvarar de känslor patienterna upplever (Slatten, David Carson & Carson, 2011). I samma studie understryks att arbetsgivare kan dra nytta av att hjälpa sina anställda utveckla copingstrategier för att hantera stressfyllda situationer som upplevs på arbetsplatsen (ibid.). Tillfredsställande copingstrategier måste utvecklas för att bistå sjuksköterskor som ligger i riskzonen för att utveckla dessa symtom som är relaterade till känslomässig stress på arbetsplatsen (Melvin, 2012).

Syfte

Syftet var att identifiera copingstrategier vid stress hos sjuksköterskor inom palliativ vård och hur dessa strategier uttrycktes.

Metod

En litteraturstudie genomfördes där vetenskapliga artiklar söktes i databaser. En litteraturstudie syftar till att finna, sammanställa och kritiskt granska data från litteratur och tidigare empiriska studier inom ett valt ämnesområde (Forsberg & Wengström, 2013). Då en litteraturstudie skapar översikt över befintlig forskning ansågs denna metod lämplig för

arbetet (Friberg, 2012b). Efter att avgränsning gjorts gällande ämne valdes specifika sökord ut som bedömdes lämpliga för att besvara arbetets syfte.

Urval

För att få ett brett urval söktes artiklar av både kvalitativ och kvantitativ art. I urvalet användes databaserna CINAHL, Medline och PubMed. Dessa är databaser som tillsammans täcker in ett stort område inom hälsovetenskaperna, bland annat medicin, omvårdnad och sjukgymnastik (Forsberg & Wengström, 2013). Även databaserna AMED och PsychINFO genomfördes för att ytterligare bredda sökningen. Vid sökningarna användes i huvudsak fritextsökning med undantag för PubMed där även MeSH-termer tillämpades. MeSH-termer är ämnesord med tillhörande underrubriker som bildar olika sökträd (Forsberg & Wengström, 2013). Dessa är relaterade till olika forskningsområden och artiklar som berör dessa områden. Vid en fritextsökning kan exempelvis ordet "nurse" visa alla artiklar som involverar ordet, oavsett om artikelns huvudsyfte är att undersöka sjuksköterskor eller inte. Med MeSH-termer visas endast artiklar som har MeSH-terminen som huvudinnehåll.

Sökorden i CINAHL innefattade "coping", "coping strategies", "nurses", "nursing", "palliative care", "terminal care", "stress", "caring" och "quality of life".

I PubMed användes "nurses", "palliative care", "adaptation, psychological", "stress, psychological" och "nursing staff, hospital".

I Medline användes, "coping", "coping strategies", "nurses", "nursing", "palliative care", "terminal care" och "stress".

Valda limits i samtliga sökningar innefattade artiklar ej äldre än tio år samt publicerade på svenska eller engelska.

Vid sökningarna i AMED och PsychINFO granskades 36 respektive 17 artiklar vid sökningarna varav en respektive två artiklar valdes ut för att läsas vid urval ett. Här ansågs artiklarna inte vara lämpliga för att inkluderas i studien, då de inte behandlade sjuksköterskor som huvudämne, och därför finns inte sökningarna i dessa databaser presenterade i arbetet.

Således användes endast artiklar från sökningarna i CINAHL, Medline och PubMed som är beskrivna i sökscheman nedan.

Vid första granskningen lästes abstraktet till de artiklar som hade en för arbetet intressant rubrik. Om abstraktet ansågs vara givande för litteraturstudiens syfte hämtades artikeln för ytterligare granskning vid urval ett. Här lästes artikeln noggrant igenom och kvalitetsgranskades sedan med granskningsmallar baserade på Willmanns, Stoltzs och Bahtsevanis (2011) granskningsmallar för kvalitativa och kvantitativa studier. I mallarna poängsattes artiklarna enligt vissa givna kriterier. Poängen räknades sedan om till procent där alla artiklar under 70 procents kvalitet exkluderades. I studiens resultat användes totalt tio artiklar varav åtta var kvalitativa, en var kvantitativ och en var både av kvalitativ samt kvantitativ art. Dessa tio artiklar finns utmärkta med asterix i referenslistan.

Datainsamling

Sökning CINAHL	Sökord	Antal träffar	Granskade	Urval 1	Urval 2
S1	Coping	14 010	0	0	0
S2	Coping strategies	2 407	0	0	0
S3	Nurses	120 105	0	0	0
S4	Nursing	210 283	0	0	0
S5	Palliative Care	14 334	0	0	0
S6	Terminal Care	6 040	0	0	0
S7	Stress	47 101	0	0	0
S8	Caring	12 510	0	0	0
S9	Quality of life	40 464	0	0	0
S10	S1 AND S5 AND S3	52	15	5	4
S11	S1 AND S5 AND S4	91	12	6	1
S12	S2 AND S7 AND S6	5	3	1	1
S13	S1 AND S7 AND S5	56	3	1	0
S14	S2 AND S5	37	2	0	0

S15	S1 AND S6 AND S7	32	6	2	0
S16	S3 AND S8 AND S1	15	5	0	0
S17	S8 AND S5 AND S1 AND S4	23	23	1	0
S18	S3 AND S5 AND S9 AND S2	2	2	0	0

Sökning MEDLINE	Sökord	Antal träffar	Granskade	Urval 1	Urval 2
S1	Coping	15 244	0	0	0
S2	Coping Strategies	4 087	0	0	0
S3	Nurses	52 809	0	0	0
S4	Nursing	143 639	0	0	0
S5	Palliative care	18 588	0	0	0
S6	Terminal Care	6 813	0	0	0
S7	Stress	281 170	0	0	0
S8	S1 AND S3 AND S5	36	4	2	1
S9	S1 AND S4 AND S5	67	2	0	0
S10	S2 AND S7 AND S6	6	3	3	1
S11	S1 AND S7 AND S5	52	2	0	0
S12	S2 AND S5	65	0	0	0
S13	S1 AND S6 AND S7	25	1	0	0

Sökning PubMed	Sökord	Antal träffar	Granskade	Urval 1	Urval 2
S1	Nurses [Mesh]	19801	0	0	0
S2	Palliative care [Mesh]	19486	0	0	0
S3	Adaption, Psychological [Mesh]	39462	0	0	0
S4	Stress, Psychological [Mesh]	34760	0	0	0
S5	Nursing staff, Hospital [Mesh]	10543	0	0	0
S6	S1 AND S2 AND S3	20	20	4	1
S7	S5 AND S3 AND S2	14	14	2	1

S8	S3 AND S4 AND S5 AND S2	6	6	0	0
----	-------------------------	---	---	---	---

Dataanalys

Friberg (2012a) beskriver analysarbetet av litteraturstudier som en princip där forskarna ska röra sig från en helhet till delar för att sedan skapa en ny helhet. Den första helheten består av de utvalda artiklarna och delarna utgörs av artiklarnas sönderdelade resultat. Syftet är att finna återkommande och betydande aspekter som har betydelse för litteraturstudiens ändamål. Den sista helheten utgörs av sammanfogningen av de funna betydande aspekterna som kommer utgöra resultatet i litteraturstudien (ibid.).

Artiklarna granskades med en induktiv ansats där återkommande teman söktes (Forsberg & Wengström, 2013). Inledningsvis lästes artiklarna igenom där nyckelord och bärande meningar eftersöktes. Med röd överstrykningspenna markerades allt som kunde relateras till stress för sjuksköterskor medan allt som berörde copingstrategier överstryktes med gul. De markerade styckena sammanfördes sedan till en matris där varje artikel var representerad. Denna lästes noggrant igenom och återkommande teman söktes. Dessa sorterades in under rubriker som i sin tur delades in i kategorier. Malterud (2009) beskriver detta som en princip för att underlätta analysarbetet och för att på ett strukturerat sätt arbeta fram meningsbärande enheter.

Forskningsetiska avvägningar

Helsingforsdeklarationen som först antogs 1964, med nuvarande version från 2008, ger etiska riktlinjer för hur medicinsk forskning som omfattar människor bör bedrivas (Helsingforsdeklarationen, 2008). Deklarationens riktlinjer återspeglas i lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Där står det att forskning enbart får bedrivas om forskningspersonen är informerad och har gett sitt samtycke. Forskningen måste godkännas av en etisk kommitté för att få genomföras (SFS, 2003:460). Alla studier utom en, som inkluderades i denna litteraturstudie, hade godkänts av en etisk kommitté. I studien som ej sökt kommittégodkännande hade dock författarna medtagit etiska reflektioner i arbetet. Detta samstämmer med Forsbergs och Wengströms (2013) rekommendation över vilka artiklar som bör inkluderas i en litteraturstudie. För att litteraturstudien skulle hålla en god

vetenskaplig kvalitet presenterades alla utvalda artiklars resultat oavsett vad dessa visade och oberoende av författarnas egna åsikter, vilket även stöds av Forsberg och Wengström (2013).

Resultat

I granskningen av artiklarnas resultatdelar framkom ett antal återkommande copingstrategier som sjuksköterskor nyttjade för att förebygga och hantera stressfulla situationer. Resultatet presenteras utifrån följande huvudteman och subteman:

- Planering och prioritering
 - Planering av dagen
 - Prioriteringar
 - Stöd med arbetsuppgifter
- Distansering
 - Emotionell distansering
 - Fysisk distansering
 - Dysfunktionell coping
- Emotionellt stöd
 - Samtalsstöd från kollegor
 - Socialt stöd och aktiviteter
 - Spiritualitet
 - Samtalsterapi
 - Känslomässiga yttringar

Planering och prioritering

Planering av dagen

I tre av de tio granskade artiklarna framkom att sjuksköterskor inom palliativ vård hade behov av att strukturera upp arbetsdagen för att göra den mer lätthanterlig (Ablett & Jones, 2007; Bruneau & Ellison, 2004; Ekedahl & Wengström, 2006). Bruneau och Ellison (2004) utförde en studie i Storbritannien där 18 sjuksköterskor fick fylla i ett frågeformulär angående

upplevd stress på arbetet. Här framkom att de flesta av sjuksköterskorna noggrant analyserade och begrundade problem innan de kom fram till möjliga lösningar.

Samma strategi återspeglades i en svensk studie med 15 deltagande sjuksköterskor där syftet var att undersöka stress och copingstrategier (Ekedahl & Wengström, 2006). I intervjuer med sjuksköterskorna, som arbetade inom onkologi, framkom hur de strukturerade upp sin arbetsdag med hjälp av att göra checklistor över dagens arbetsuppgifter.

I Flowers, Harris och Nobles (2011) studie intervjuades 11 sjuksköterskor i syfte att utforska deras strategier för att hantera förväntade terminala blödningar. I intervjuerna uttryckte sjuksköterskorna ett starkt behov av att samtala och planera hanteringen av blödningarna innan de inträffade. En jämförelse drogs till situationer med hjärtstillestånd, där alla inom vårdlaget hade tilldelats egna arbetsuppgifter och alla hade kännedom om sina roller.

Prioriteringar

I tre av studierna (Arnaert & Wainwright, 2008; Bruneau & Ellison, 2004; Sandgren, Thulesius, Fridlund & Petersson, 2005) betonades vikten av prioritering för att undvika allt för stor arbetsbelastning. Bruneau och Ellison (2004) menade att sjuksköterskornas prioritering var essentiell för att kunna utföra arbetet. En sjuksköterska beskrev det som ”I firmly believe in priority, otherwise you will have lots of half-done jobs and nothing satisfactory” (s. 300). Sjuksköterskorna i studien uttryckte däremot också att svårigheten inte var att planera, utan att genomföra planen när andra behov än de som prioriterats dök upp. I den australienska studien av Arnaert och Wainwright (2008) undersöktes specialistsjuksköterskors erfarenheter av att arbeta inom palliativ hemsjukvård. I studien beskrevs gränsdragning för vilka av patientens behov som skulle mötas, det vill säga vilka behov som kunde tillfredsställas utan att sjuksköterskan blev överväldigad av de emotionella kraven som uppstod.

Sandgren, et al. (2005) genomförde en studie i Sverige där 46 sjuksköterskor, som arbetade inom onkologi och kirurgi, intervjuades för att utforska deras främsta problem inom arbetet samt hur de bearbetade problemen. Sjuksköterskorna beskrev att stressen ökade när arbetsuppgifter inte kunde avslutas innan arbetsdagen var över. Prioritering framhölls som viktigt och som något sjuksköterskorna lärde sig successivt. Möjligheten till flexitider togs upp

som ett sätt att underlätta prioriteringen och ge sjuksköterskorna en möjlighet att bearbeta sina känslor. Omorganisationer och förflyttning av personal och patienter beskrevs däremot som något som ökade stressen. Kontinuitet i vården betonades som viktigt för att ge sjuksköterskorna möjlighet att ge optimal vård.

Stöd med arbetsuppgifter

Som en form av problemfokuserad coping nämndes stöd från kollegor i fyra av studierna (Ablett & Jones, 2007; Arnaert & Wainwright, 2008; Badger, 2005; Ekedahl & Wengström, 2006). Strategin syftade till att söka hjälp från kollegor för att kunna hantera arbetsbelastningen. Badger (2005) undersökte hur intensivvårdssjuksköterskor känslomässigt hanterade övergången från kurativ till palliativ behandling. Sjuksköterskorna i studien beskrev hur de organiserar skift så att alla turas om att ta hand om patienter vars familjer upplevs särskilt påfrestande. För sjuksköterskorna i Arnaerts och Wainwrights (2008) studie gick fördelningen av ansvar ännu längre och sjuksköterskorna var alltid tillgängliga för varandra per telefon. En sjuksköterska berättade: ”When I’m on call, I’m on call for all the NOVA nurses and their caseload, not just my own patients, so I’m being called from patients of other nurses who might call at 10 or 11 o’clock at night” (s. 359). Sjuksköterskorna kontaktade varandra för att få stöd eller bekräftelse att vald metod var den rätta när det exempelvis handlade om läkemedelsadministration. I och med möjligheten att kontakta varandra kände sjuksköterskorna sig säkrare i sin vardag och mindre utelämnade (Arnaert & Wainwright, 2008).

Distansering

Emotionell distansering

I fem av studierna (Ablett & Jones, 2007; Arnaert & Wainwright, 2008; Bruneau & Ellison, 2004; Espinosa, Haile, Symes, Walsh, & Young, 2010; Sandgren, et al. 2005) belystes emotionell distansering som en viktig strategi för att inte bli känslomässigt överväldigad. I Arnaerts och Wainwrights (2008) studie beskrev sjuksköterskorna distanseringen som en förmåga som utvecklas efter långvarig exponering av livets svåra sidor. En sjuksköterska berättade:

[...] I guess perhaps that what years sometimes do for us: we see all those sides of life, all the difficult things we ourselves have to go through and other people as well, and I can somehow fit in there and manage that without being overwhelmed, you know? (s. 360).

Sjuksköterskorna i Bruneaus och Ellisons (2004) studie förklarade det som att delvis känslomässigt lösgöra sig själv i allvarliga samtal med patienterna. De beskrev detta som ett sätt att ge stöd och vård utan att själva påverkas av situationen.

I Abletts och Jones (2007) studie intervjuades tio hospicesjuksköterskor om deras upplevelser inom palliativ vård för att försöka förstå vilka faktorer som gör sjuksköterskorna motståndskraftiga mot stress. I studien framkom, precis som Bruneau och Ellison (2004) noterade, att sjuksköterskorna distanserade sig i samtal med patienter utan att för den sakens skull involvera sig mindre i själva uppgiften att ge stöd. Ett sätt att göra detta var genom att använda professionen som en slags barriär. När sjuksköterskan var i sina arbetskläder tillät hon eller han sig inte att ta till sig av patientens känslor, utan bedömde patienterna istället utifrån en professionell synvinkel (Ablett & Jones, 2007). Detta har vidare utforskats av Sandgren, et al. (2005) där sjuksköterskorna identifierade svåra situationer som en del av arbetet, som måste genomlidats oavsett vad de själva anser om det. Dock framgår det i samma studie att sjuksköterskorna uttryckte vikten av balans mellan att distansera sig och att dela med sig av sin egen person till patienten. Var sjuksköterskan för personlig och emotionellt involverad, drabbades hon eller han också lättare av svåra emotionella påfrestningar allt eftersom patientens tillstånd förvärrades. Om sjuksköterskan däremot höll sig alltför distanserad blev relationen till patienten kall och opersonlig, vilket inte gav förutsättningar för att upptäcka och tillmötesgå patientens behov (ibid.). Detta utvecklas vidare under rubriken dysfunktionell coping.

I fem av studierna (Badger, 2005; Bruneau & Ellison, 2004; Ekedahl & Wengström, 2006; Sandgren et al., 2005; Tunnah et al., 2012) framhöll sjuksköterskorna avgränsning mellan arbete och fritid som en essentiell komponent för att minska den emotionella belastningen. Genom att "stänga av" efter arbetspassets slut lämnade sjuksköterskorna arbetet inte bara fysiskt, utan även psykiskt. I och med denna distansering kunde sjuksköterskorna bättre fokusera på arbetsuppgifter under arbetsdagen, samtidigt som de fick en chans till återhämtning efter att de hade lämnat arbetet (Sandgren et al., 2005).

Fysisk distansering

Fyra av artiklarna (Badger, 2005; Ekedahl & Wengström, 2006; Espinosa et al., 2010; Sandgren et al., 2005) tog upp ett mer konkret sätt att distansera sig på, genom att undvika patientkontakt. Ofta var det inte själva patienten som frambringade stress hos sjuksköterskan utan patientens anhöriga. När familjen inte närvarade i rummet upplevde sjuksköterskan att det var lättare att utföra arbetet i lugn och ro i enskildhet med patienten (Badger, 2005). Ibland fokuserade sjuksköterskan på andra arbetsuppgifter som innebar liten, eller ingen patientkontakt, såsom medicintekniska åtgärder (Ekedahl & Wengström, 2006). Användandet av denna strategi kunde innebära en välbehövlig paus från ett ständigt holistiskt synsätt samt mer emotionellt krävande arbetsuppgifter, vilket därmed gav sjuksköterskan en chans till återhämtning inför svåra situationer (ibid.).

I Espinosas et al. (2010) studie genomfördes gruppsamtal med 18 intensivvårdssjuksköterskor för att utforska deras upplevelser av att ge vård i livets slutskede. Där framkom att vissa sjuksköterskor inte var lämpliga att arbeta med omvårdnad i livets slutskede då de själva inte ansåg sig känslomässigt kapabla för denna typ av arbete. De valde ofta att ta hjälp av sina kollegor genom att be dessa ta över de palliativa patienterna. Vikten av att själv ha valt palliativ vård som yrke har också belysts i andra studier (Ablett & Jones, 2007; Arnaert & Wainwright, 2008).

Dysfunktionell coping

Espinosas et al. (2010) studie uppmärksammade problemet med sjuksköterskor som blev för distanserade då de satte på sig vad som beskrevs som ett ”sköldpaddskal”. Författarna kallade dessa sjuksköterskor för crusty nurses, vilket innebar att de höll en kall attityd mot döende patienter och anhöriga för att undvika att bli för emotionellt involverade. Liknande observationer gjordes av Sandgren et al. (2005) där sjuksköterskorna såg sitt arbete som vilken verksamhet som helst och utförde vården mekaniskt. Detta gav dem en kylig och hård attityd gentemot patienterna med risken att graden av god kvalitet på vården påverkades negativt. Det ansågs även lättare att utföra administrativa uppgifter än att möta patienterna och deras närstående med resultatet att dessa kände sig förbisedda. En annan risk med denna form av coping var att känslor hos sjuksköterskorna fortlöpte obearbetade. Detta ledde till vidare kylig distansering som i sin tur byggde på ytterligare icke-bearbetade känslor och

sjuksköterskan placerades därmed i en ond cirkel. Denna form av coping beskrevs som icke-funktionell och negativ bland sjuksköterskor som arbetade med palliativ vård (Espinosa et al., 2010).

Emotionellt stöd

Samtalsstöd från kollegor

I nio av studierna (Ablett & Jones, 2007; Arnaert & Wainwright, 2008; Badger, 2005; Bruneau & Ellison, 2004; Ekedahl & Wengström, 2006; Espinosa et al., 2010; Flowers et al., 2011; Sandgren et al., 2005; Tunnah et al., 2012) framkom att sjuksköterskorna förlitade sig på emotionellt stöd från sina kollegor för att bearbeta och ventilera känslor. Studierna belyste vikten av ”debriefing” i form av samtal med kollegor. I två av studierna (Arnaert & Wainwright, 2008; Badger, 2005) hade sjuksköterskorna möjligheten att delta i organiserade gruppsamtal. Vid dessa möten fick sjuksköterskorna möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter och få sina känslor bekräftade. En sjuksköterska i Arnaerts och Wainwrights (2008) studie förklarade det på följande sätt:

We talk about our patients – it gives us the chance to share and just to know that others have experienced the same thing, and sometimes say what happened with them – you’re transformed a little, and then you can go on (s. 362).

Sjuksköterskorna i ovan nämnd studie arbetade till stor del självständigt med hemsjukvård och träffade därmed inte sina kollegor dagligen. Fynden Arnaert och Wainwright (2008) gjorde stöds även av resultatet i Tunnahs et al. (2012) studie där syftet var att utforska känslor och erfarenheter hos tio sjuksköterskor och ett vårdbiträde som arbetade inom palliativ hemsjukvård. Sjuksköterskorna planerade in tillfällen för att träffas och få möjligheten att prata av sig.

I de fall där sjuksköterskor hade ett nära samarbete med sina kollegor uppstod mer frekvent spontana möjligheter till samtal (Ablett & Jones, 2007; Badger, 2005; Bruneau & Ellison, 2004; Ekedahl & Wengström, 2006; Espinosa et al., 2010; Flowers et al., 2011; Sandgren et al., 2005). Sjuksköterskorna uttryckte att de fann stöd i att bara kunna småprata med en kollega, i korridoren eller i fikarummet, när möjlighet till detta fanns. Samtalen kunde ofta syfta till att ventilera känslor för att lätta på det inre emotionella trycket. Ibland kunde dock

samtalen gå djupare och hjälpa sjuksköterskan att helt bearbeta och släppa taget, exempelvis om en patient nyligen hade gått bort (Sandgren et al., 2005). Oftast var samtalen mer i form av monologer där lyssnaren gav sjuksköterskan en möjlighet att ”snacka av sig” (ibid.). I Bruneaus och Ellisons (2004) studie framhöll sjuksköterskorna att de sällan hade tillräckligt med möjligheter att kunna hämta stöd från kollegor, men att de gärna hade delat med sig av sin oro och förtvivlan om det hade funnits möjlighet till detta.

Socialt stöd och aktiviteter

Ett flertal studier påtalade betydelsen av att ha ett funktionellt och etablerat stöd hemifrån. Detta kunde vara både av såväl psykisk som fysisk karaktär (Ablett & Jones, 2007; Bruneau & Ellison, 2004; Desbiens & Fillion, 2007; Ekedahl & Wengström, 2006; Sandgren et al., 2005; Tunnah et al., 2012). Att hemma kunna ventilera sina känslor med en närstående ansågs värdefullt. Dessa kunde vara en make eller maka, vänner eller barn och utgjorde en form av socialt stöd som sjuksköterskan kunde diskutera och bearbeta svåra känslor med (ibid.).

Avledning i form av olika aktiviteter möjliggjorde ett skifte av fokus där sjuksköterskan inte hade arbetslivet i tankarna. Ekedahl och Wengström, (2006), Sandgren et al. (2005) och Tunnah et al. (2012) tog upp fysisk aktivitet i form av träning som ett sätt att hantera stress. Andra fritidssysslor som att titta på film eller TV (Ekedahl & Wengström, 2006; Tunnah et al., 2012), lyssna på musik (Tunnah et al., 2012), eller att helt enkelt vara utomhus (Ekedahl & Wengström, 2006; Sandgren et al., 2005; Tunnah et al., 2012) användes för att finna glädje utanför arbetet. Stödet fungerade dels som en form av ventilation, men även som en källa för bekräftelse och medkänsla samt ett sätt att bygga upp och bibehålla emotionell styrka (Sandgren et al., 2005).

Spiritualitet

Som en copingstrategi nämndes även religion och spiritualitet (Ablett & Jones, 2007; Badger, 2005; Desbiens & Fillion, 2007; Ekedahl & Wengström, 2006). Desbiens och Fillion (2007) utförde en kvantitativ studie, med 120 deltagande sjuksköterskor, som syftade till att jämföra copingstrategier med värden för spirituellt livskvalité. Desbiens och Fillion (2007) kunde påvisa att sjuksköterskor som frekvent vände sig till sin religion också hade högre spirituellt livskvalité. Många sjuksköterskor i Abletts och Jones (2007) studie ansåg att de var väl

bekanta med sin egen spiritualitet och att detta var nödvändigt för att kunna möta patienter som själva var betygda av existentiella frågor. Ekedahl och Wengström (2006) fann att många av sjuksköterskorna i deras studie använde sig av riter som ett sätt att bearbeta känslor, exempelvis efter ett dödsfall. Dessa riter kunde bestå av att tända ett ljus eller sätta upp blommor bredvid den döde. Författarna menade att detta var ett sätt för sjuksköterskan att omvärdera situationen från att vara en tragisk händelse till att bli något naturligt och meningsfullt (ibid.).

Samtalsterapi

I två av studierna (Ekedahl & Wengström, 2006; Sandgren et al., 2005) framkom att sjuksköterskorna kunde vända sig till samtalsterapeuter för att få professionell hjälp med att bearbeta känslor. I samtalssessionerna fick sjuksköterskan möjlighet till att diskutera etiska situationer. Genom att gå igenom dessa bearbetades inte bara sjuksköterskans oro, utan gav också henne eller honom möjligheten att förbereda sig på kommande situationer och därmed ha ett färdigt tillvägagångssätt som upplevdes etiskt försvarbart (Sandgren et al., 2005). Författarna av studien poängterade dock att samtalssessionerna kunde öka stressen om inte tillräckligt med resurser fanns för att ge sjuksköterskan möjlighet att agera på det sätt som diskuterats fram (ibid.).

Känslomässiga yttringar

Trots att arbetet med döende människor innebar mycket sorg och allvarsamma situationer visade många resultat i studierna att humor var en välfungerande form av coping för att underlätta arbetet (Ablett & Jones, 2007; Badger, 2005; Ekedahl & Wengström, 2006; Espinosa et al., 2010; Sandgren et al., 2005). Att få le eller skratta tillsammans med patienten medförde att allvaret och spänningen i situationen dämpades (Ekedahl & Wengström, 2006; Espinosa et al., 2010) utan att kvalitén på vården minskade (Espinosa et al., 2010). Humor underlättade ventilationen sinsemellan kollegor och sjuksköterskorna menade att det var ett tillåtande klimat. Det gick att skämta om de flesta situationer (Badger, 2005; Ekedahl & Wengström, 2006; Sandgren et al., 2005), men tydliga gränser fanns för vad som ansågs vara godtagbart (Badger, 2005) och utan att stämningen blev oförskämd eller löjlig (Sandgren et al., 2005). Detta ansågs vara en form av självbevarande coping där humor användes som en barriär mot emotionell överbelastning i en miljö där obehagliga perspektiv gällande död och

existens hade hög prevalens (Ablett & Jones, 2007). Humor kunde även användas mellan sjuksköteskor som ett utlopp för frustration när anhöriga eller patienter var markant påfrestande och besvärande (Badger, 2005).

Likväl som att det var acceptabelt att få skratta och använda humor i sitt arbete, visade Ablett och Jones (2007), Ekedahl och Wengström (2006) samt Espinosa et al. (2010) att känslor i form av sorg och gråt var legitima reaktioner vid arbetet inom palliativ vård. Denna form av känslomässig reaktion ägde rum med såväl patienter och deras närstående som med kollegor. Då ett nära band ofta uppstod mellan både arbetskamrater och familjemedlemmar föll sig gråt naturligt och påverkade inte vården som gavs i ett negativt perspektiv (Espinosa et al., 2010). En sjuksköterska beskrev att hon kunde gråta utan att bli överväldigad av sina egna känslor och genom att göra så kunde visa medkänsla och empati med patienten. I studien av Ablett och Jones (2007) uttryckte en sjuksköterska att om utrymme inte gavs för att sörja en avlidne patient, ökade känslan av emotionell stress då sorgprocessen fortlöpte obearbetad. Samma person påtalade svårigheten att i ena stunden berätta för en familj att deras närstående avlidit för att i nästa stund behöva vara glad och positiv gentemot nästa patient och dennes anhöriga.

Diskussion

Diskussion av vald metod

De sökord som användes i sökningarna föreföll relevanta för syftet och tillräckligt varierade för att täcka in ett stort antal studier. För att ge uttömmande resultat i sökningarna användes, utöver de fria sökorden, ett antal sökord i form av MeSH-termer. Sökningarna resulterade i ett överskådligt antal artiklar, där inga av sökordskombinationer gav fler än 100 träffar. Om sökresultatet varit för stort hade exempelvis användandet av ytterligare limits eller andra sökord i olika kombinationer kunnat användas (Forsberg & Wengström, 2013; Östlundh, 2012). Detta medförde att samtliga titlar kunde läsas utan att vidare sökord behövde adderas för att begränsa sökningarna och granskning kunde utföras utan att detta ansågs oöverkomligt.

En potentiell svaghet med sökmetoden var att MeSH-termer användes sparsamt. En sökning som gjorts med enbart MeSH-termer hade gjort sökningarna snävare och mer riktad än vad fritextsökningarna gjorde och resultatet hade därmed kunnat se annorlunda ut. Dock kan det

argumenteras för valet av sökmetod i denna litteraturstudie då både användandet av MeSH-termer och fritextsökning genomfördes. Forsberg och Wengström (2013) menar att en kombination av dessa sökmetoder skulle medföra ett snävare resultat. Vid genomförandet av sökningar i denna litteraturstudie kombinerades aldrig metoderna i en och samma sökning, dock emellertid var för sig. Alltså har ett flertal tillvägagångssätt använts, vilket skulle kunna tala för att resultatet är enhetligt.

En styrka med använd metod i denna studie var att fem olika databaser användes för att söka artiklar. Dessa behandlar olika former av sjukvård och täcker in olika forskningsområden (Forsberg & Wengström, 2013). Därmed kunde en stor variation av artiklar granskas, vilket kan tala för att resultatet är representativt oavsett vilken yrkeskategori som utfört undersökningarna.

I kvalitetsgranskningen av artiklarna användes granskningsmallar baserade på Willmans et al. (2011) granskningsmallar för kvalitativa och kvantitativa studier. Mallarna innefattade 25 respektive 29 ja- och nej-frågor och medförde en granskning som såg på artiklarnas helhet. Kvalitetsbrister i studiernas specifika detaljer uppmärksammades således ej och en granskningsmall som poängsätter kriterier olika hade bättre visat på brister i viktiga delar av studierna. De artiklar som hade en bedömd kvalitet under 70 procent exkluderas. Genom detta uppnåddes en högre kvalitet vid sista urvalet.

Då syftet med litteraturstudien var att undersöka vilka copingstrategier sjuksköterskor nyttjade i sitt arbete användes en merpart artiklar av kvalitativ art. Detta ansågs lämpligt då kvalitativa studier syftar till att studera fenomen och tolka upplevelser och erfarenheter (Willman et al., 2011). Copingstrategier är, som tidigare nämnt, tillvägagångssätt för att hantera stress och används subjektivt av varje individ. Kvalitativa studier är således att föredra använda eftersom en djupare förståelse av sjuksköterskorna söktes, snarare än antalet sjuksköterskor som använde copingstrategier. Hade detta istället varit ändamålet för studien skulle fler kvantitativa studier varit passande då dessa mer syftar till att studera mängd eller storlek (ibid.). Dock användes även en kvantitativ studie samt en studie som involverade båda forskningsmetoderna, vilket kan anses vara en styrka för resultatet eftersom en större variation bland använda artiklar uppnåddes. Med kvalitativa studier föreligger dock vissa nackdelar. Då mätinstrument oftast saknas är det svårt att bedömma studiens validitet eller

reliabilitet och resultat riskeras att färgas av forskarens egna åsikter och förutfattade meningar (Carlsson, 1996).

Variationen av antal deltagande sjuksköterskor i de kvalitativa studierna gick från som minst fem deltagare till som mest 46 deltagare. Detta kan anses vara en styrka för resultatet då kvalitativa studier ofta involverar färre än 50 deltagare samt att även om ett lågt antal individer deltar i studien, kan en ensam deltagare bidra med en stor mängd data (Polit & Beck, 2012).

I analysen användes ett systematiskt tillvägagångssätt där artiklarnas samtliga teman extraherades, kategoriserades och analyserades. Därmed gavs en lättöverskådlig sammanfattning som tydligt visade vilka teman som frekvent återkom. Detta gav en lättarbetad grund för resultatet och beskrivs av Malterud (2009) som en lämplig analysmetod.

Diskussion av framtaget resultat

Det presenterade resultatet visar att tre huvudsakliga copingstrategier utnyttjades av studiernas sjuksköterskor. Med utgång från Lazarus och Folkman (1984) kan den förstnämnda strategin, planering och prioritering, kategoriseras under problemfokuserad coping, då den avser att minska stressen genom att aktivt reducera det externa trycket. Den sistnämnda strategin, emotionellt stöd, kan enligt samma referens kategoriseras under emotionell coping då denna avser att minska det interna trycket och därmed ge sjuksköterskan en möjlighet att hantera stress efter en svår händelse. Strategin distansering hade både en problemfokuserad del, som syftade till att undvika svåra situationer, samt en emotionell del som gav sjuksköterskan möjlighet att möta stressfulla situationer utan att påverkas allt för stort.

Stöd från kollegor framkom som det mest frekvent återkommande temat (Ablett & Jones, 2007; Arnaert & Wainwright, 2008; Badger, 2005; Bruneau & Ellison, 2004; Ekedahl & Wengström, 2006; Espinosa et al., 2010; Flowers et al., 2011; Sandgren et al., 2005; Tunnah et al., 2012). Även i Bruneaus och Ellisons (2004) studie, där sjuksköterskorna ansåg att det saknades möjlighet att samtala med kollegor, framhövde deltagarna ett starkt behov av att dela med sig av sina tankar och känslor till sina medarbetare. Hermansen, Vråle och Carlsen beskriver i sin bok *Omvårdnadshandledning* (1994) vikten av att kunna bearbeta sina känslor på arbetsplatsen. Om tid eller praktiska möjligheter inte finns för att mentalt behandla

obehagliga erfarenheter, uppstår en potentiell risk att dessa psykiskt stuvats undan med resultatet att sjuksköterskan handlar mekaniskt utan eftertanke. Vidare beskrivs att denna form av distansering kan leda till en mental och psykisk nedbrytning av den egna personen som kan sluta i utmattningssyndrom (ibid.). Detta kan liknas med det resultat som i denna litteraturstudie beskrivs som dysfunktionell coping. Hermansen et al. (1994) tar upp omvårdnadshandledning som ett nyttigt och viktigt instrument för att bearbeta dessa påträngande och obehagliga känslor. Omvårdnadshandledning syftar till att hjälpa sjuksköterskan finna mening och motivation att utöva sitt arbete genom att placera upplevelser inom olika kategorier och sammanhang. Handledaren ska ta avstamp i sjuksköterskans yrkesliv och ta hänsyn till likväl personliga som yrkesmässiga erfarenheter. Det är av vikt att en ömsesidig respekt uppstår där båda har förståelse för varandras situation (ibid.).

I ett antal studier (Ablett & Jones, 2007; Bruneau & Ellison, 2004; Desbiens & Fillion, 2007; Ekedahl & Wengström, 2006; Sandgren et al., 2005; Tunnah et al., 2012) uttryckte sjuksköterskorna att de även inhämtade stöd hemifrån, från vänner och familj. Detta kan ses som en paradox då ett flertal studier framhävde vikten av att kunna lämna sitt arbete, både fysiskt och psykiskt, när de gick från arbetsplatsen (Bruneau & Ellison, 2004; Badger, 2005; Ekedahl & Wengström; Sandgren et al., 2005; Tunnah et al., 2012). Det kan dock diskuteras huruvida en sådan distinktion går att göra mellan arbete och fritid, exempelvis i efterloppet vid avslutandet av livsuppehållande åtgärder av ett barn. Författarna av denna litteraturstudie anser att en sådan känslomässigt påfrestande upplevelse skulle vara svår att lämna på arbetsplatsen även för den mest rutinerade sjuksköterskan. Förutom den emotionella bördan sjuksköterskan tar med sig hem föreligger även en risk för brott mot offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) om specifika uppgifter skulle röjas. Omvårdnadshandledning skulle kunna hjälpa sjuksköterskan att göra den nämnda distinktionen mellan arbete och fritid (Hermansen et al., 1994) och därmed skapa en möjlighet till att andas ut mellan arbetspassen.

Lazarus och Folkman (1984) framhävde materiella resurser som en fungerande copingstrategi. McGrath et al. (2003) fann stöd för detta i sin studie där sjuksköterskor ansåg att högre lön och mer materiella resurser underlättade arbetet. Något liknande resultat har dock inte framkommit i resultatet för denna litteraturstudie. En möjlig anledning till detta kan vara att McGraths et al. (2003) studie var utförd bland sjuksköterskor som inte arbetade inom palliativ vård och därmed kan stressen uttrycka sig annorlunda. Däremot har dåligt utnyttjande av

resurser, i form av bristfällig planering och brist på kontinuitet, beskrivits som stressgenererande faktorer (Sandgren et al., 2005).

Samtliga studier som användes för resultatet var utförda i länder i västvärlden. Detta kan således indikera att resultatet som framtogets kan återspegla hur copingstrategier nyttjas i denna del av världen, men att resultatet inte går att generalisera globalt. Det hade därför kunnat vara av intresse att inkludera studier från övriga världen för att finna ett mer allmänomfattande resultat.

De inkluderade studierna undersökte sjuksköterskor som arbetade på en mängd olika avdelningar och miljöer, varierande från hemsjukvård (Arnaert & Wainwright, 2008; Tunnah et al., 2012) till intensivvårdsavdelningar (Badger, 2005; Desbiens & Fillion, 2007; Espinosa et al., 2010) och onkologavdelningar (Ekedahl & Wengström, 2006; Flowers et al., 2011). Vissa av sjuksköterskorna hade således aktivt valt att arbeta med palliativ vård medan andra, i olika utsträckning, blev ofrivilligt utsatta för denna typ av omvårdnad. Detta kan indikera att sjuksköterskorna varit olika förberedda på hur känslomässigt stressfulla situationer kunde hanteras och därmed utvecklat olika former av coping. Två av studierna (Espinosa et al., 2010; Flowers et al., 2011) nämner just att behovet av utbildning ej var tillfredsställt och att sjuksköterskorna inte kände sig förberedda att arbeta inom denna typ av vård. Detta påtalas av Socialstyrelsen (2005) som i *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* beskriver att sjuksköterskor behöver få öva sina färdigheter innan dessa tillämpas i svåra situationer. Med detta i åtanke kan resultatet ha snedvridits då vissa sjuksköterskor hade utvecklat specifika copingstrategier medan andra inte hade gjort så. Därmed borde kanske artiklar söktes med avseende att undersöka palliativ vård inom olika specifika vårdavdelningar och miljöer för att generera ett mer homogent resultat.

I resultatet framkom att dysfunktionell coping var en strategi som utövades av ett antal sjuksköterskor (Espinosa et al., 2010; Sandgren et al., 2005). Denna form av coping ansågs inte lämplig att använda inom palliativ omvårdnad då sjuksköterskorna uppvisade en kall och hård attityd gentemot både patienter och deras anhöriga. Målet med denna coping var att inte bli alltför emotionellt involverad i patienterna och närstående. Härmed belyses en potentiellt allvarlig brist inom sjukvården då denna form av coping direkt motsäger rekommendationerna från Socialstyrelsen (2005) som säger att sjuksköterskan ska: "ha förmåga att kommunicera

med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt” (s. 11). Sandgren et al. (2005) påtalade vikten av balans mellan distansering och involvering.

Med utgång från Antonovskys (2005) teori om känsla av sammanhang, kan de framkomna temana kategoriseras under copingstrategier ämnade för att skapa meningsfullhet, begriplighet samt hanterbarhet.

Flertalet av copingstrategierna som beskrevs syftade till att skapa hanterbarhet. Emotionellt stöd från kollegor eller anhöriga hemifrån gav sjuksköterskorna en möjlighet till att ventilerade sina känslor för att lätta på det emotionella trycket. På ett likartat sätt användes emotionella uttryck såsom skratt och gråt för att ge utlopp åt känslor och därmed skapa rum för nya emotionellt påfrestande intryck. Prioritering och planering, distanserande beteende, avledande aktiviteter samt en klart definierad gräns mellan arbete och fritid gav sjuksköterskan en möjlighet till att begränsa den emotionella belastningen genom att bygga upp en kognitiv barriär i möten med patienterna eller begränsa exponeringen av vad som uppfattades som svåra situationer. Intrycken hölls därmed på en nivå som gjorde dem hanterbara.

Stöd från kollegor kunde även syfta till att utveckla sjuksköterskans yrkeskompetens. Genom att be om råd och få återkoppling från kollegor sökte sjuksköterskan öka sin förståelse för arbetet och dess uppgifter. På så sätt skapades begriplighet och arbetet underlättades för sjuksköterskan.

Meningsfullhet har beskrivits i resultatet som ett sätt att omvärdera situationer. Genom att sjuksköterskan utövar sin spiritualitet och använder sig av ritualer och seder, till exempel genom att tända ett ljus bredvid den avlidne, ändrar hon eller han därmed situationens betydelse från något tragiskt till något med mer spirituellt signifikans (Ekedahl & Wengström, 2006). Stifoss-Hanssen (2001) påtalar i *Palliativ behandling och vård* att sjukvårdspersonalen bör skapa möjlighet för patientens anhöriga att utöva meningsfyllda ritualer samt att i viss utsträckning medverka i dessa. Eftersom ett nära förhållande ofta uppstått mellan personal och patient ansågs ett deltagande i ritualen vara en naturlig del av arbetet där känslor bearbetas på ett hälsosamt sätt. Dock framhåller Stifoss-Hanssen (2001) vikten av balans och att en professionell attityd måste hållas. Vårdspersonalen får inte låta sina subjektiva värderingar uttryckas i ritualen utan ska alltid prioritera patientens och dennes närståendes önskemål. Likaså ska personalen endast delta vid riterna på sjukhus och bör inte närvara vid

begravningar (ibid.). Detta anser författarna av denna litteraturstudie vara en viktig poängtering så att denna form av coping inte övergår till att bli dysfunktionell i avseendet att det personliga engagemanget blir för stort.

Sammantaget skulle det kunna uttryckas att sjuksköterskorna i studierna besitter hög begriplighet och meningsfullhet i sitt yrke då få av de beskrivna copingstrategierna syftade till att öka dessa kvalitéer, medan hanterbarhet framstod som något som ständigt eftersträvades i det dagliga arbetet. Med avstamp i Antonovskys (2005) teori om KASAM skulle en sjuksköterska kunna lösa de stressfyllda situationerna i sitt arbete om hon eller han finner mening i sitt arbete. Detta eftersom meningsfullheten bär på motivationen till att utföra arbetet. Med denna komponent förbättras således förutsättningarna till att finna hanterbarhet och begriplighet.

Slutsats

Ett flertal olika copingstrategier framkom i arbetet. Mest framträdande var samtalsstöd från kollegor. Merparten av copingstrategierna var funktionella medan en upplevdes som dysfunktionell. Två av studierna påtalade vikten av tillfredsställande utbildning. Vidare utbildning kan därmed ses som en komponent som kan implementeras för att öka copingbenägenheten på en arbetsplats. Likaså kan arbetsgivaren prioritera så att det finns möjlighet för personalen att träffa varandra och dela med sig av sina tankar och känslor, exempelvis i form av omvårdnadshandledning. Detta är viktigt för att ge sjuksköterskan en chans till att lära sig hantera yrkets påfrestningar och kunna bearbeta stressen så denna inte följer med sjuksköterskan utanför jobbet.

Kliniska implikationer

Användandet av copingstrategier kan medföra en ökad tillfredsställelse med arbetet inom palliativ vård. Genom att kontinuerligt och konsekvent bearbeta känslomässig stress kan omvårdnaden förbättras, det individuella psykiska välbefinnandet öka samt trivseln bli större på arbetet. De copingstrategier som redovisats i denna litteraturstudie är enbart det sammanställda resultatet av tio olika artiklar och således skulle vidare och mer riktade sammanställningar kunna ge ett mer kliniskt applicerbart resultat.

Författarnas arbetsfördelning

Under arbetets gång har arbetsbördan fördelats rubriksvis mellan författarna och båda har jämlikt bidragit till samtliga huvudkategorier. Korrekturläsning har utförts ett flertal gånger av båda författarna.

Referenser

*Ablett, J. R. & Jones, R. S. P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology*, 16(8), 733-740

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

*Arnaert, A. & Wainwright, M. (2008). Providing care and sharing expertise: Reflections of nurse-specialists in palliative home care. *Palliative and supportive care*, 7(3), 357-364

*Badger, J. M. (2005). A descriptive study of coping strategies used by Medical Intensive Care Unit nurses during transitions from cure- to comfort-oriented care. *Heart & Lung*, 34(1), 63-68

Bailey, C., Murphy, R. & Porock, D. (2011). Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23/24), 3364-3372

Barnard A-B., Hollingum, C. & Hartfiel B. (2006). Going on a journey: Understanding palliative care nursing. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(1), 6-12

Blomberg, K. & Sahlberg-Blom, E. (2007) Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 244-254

*Bruneau, B. M, S. & Ellison, G. T, H. (2004). Palliative care stress in a UK community hospital: evaluation of a stress-reduction programme. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(6), 296-304

Carlsson, B. (1996). *Kvalitativa forskningsmetoder för medicin och beteendevetenskap*. (1. uppl.) Stockholm: Liber/Almqvist & Wiksell medicin

de Azevedo Guido, L., da Costa Linch G-F., de Oliveira Pitthan, L. & Umann, J. (2011) Stress, coping and health conditions of hospital nurses. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1427-1431

*Desbiens, J-F. & Fillion, L. (2007). Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(6), 291-300

Dougherty E., Pierce B., Ma C., Panzarella T., Rodin G. & Zimmermann C. (2009). Factors associated with work stress and professional satisfaction in oncology staff. *The American journal of hospice & palliative care*, 26(2), 105–11

*Ekedahl, M. & Wengström, Y. (2006). Nurses in cancer care - coping strategies when encountering existential issues. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(2), 128-139

Ekedahl, M. & Wengström, Y. (2007). Nurses in cancer care – Stress when encountering existential issues. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(3), 228-237

*Espinosa, L., Haile, B., Symes, L., Walsh, T. & Young, A. (2010). ICU Nurses' Experiences in Providing Terminal Care. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(3), 273-281

*Flowers, S., Harris, D. G. & Noble, S. I. R. (2011). Nurses' views of the coping and support mechanisms experienced in managing terminal haemorrhage. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(1), 7-13

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2012a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Fribergs (Red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.121-132). (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Fribergs (Red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133-143). (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Hedelin, B., Jormfeldt, H. & Svedberg, P. (2009). Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet. I F. Friberg., J. Öhlén. & A. Edberg. (Red.) *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (237-258). (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Helsingforsdeklarationen. Hämtad 24 april, 2013, från:

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

Hermansen, M.V., Vråle, G.B. & Carlsen, L.B. (1994). *Omvårdnadshandledning*. Lund: Studentlitteratur.

Houtepen, R. & Hendriks, D. (2003). Nurses and the virtues of dealing with existential questions in terminal palliative care. *Nursing Ethics*, 10(4), 377-387

Lambert, V. A. & Lambert C. E. (2008). Nurses' workplace stressors and coping strategies. *Indian Journal of Palliative Care*, 14(1), 38-44

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

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

McGrath, A., Reid, N. & Boore, J. (2003). Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*. 40(5), 555-565

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

Peters, L., Cant, R., Sellick, K., O'Connor, M., Lee, S. & Burney, S. (2012). Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(11), 561-567

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rose, J. & Glass, N. (2008). Enhancing emotional well-being through self-care: the experiences of community health nurses in Australia. *Holistic Nursing Practice*, 22(6), 336-337

Rose, J. & Glass, N. (2009). An investigation of emotional wellbeing and its relationship to contemporary nursing practice. *Journal of the Royal College of Nursing Australia*, 16(4), 185-192

Sand, O. (2007). *Människokroppen: fysiologi och anatomi*. (2.uppl.) Stockholm: Liber.

*Sandgren, A., Thulesius, H., Fridlund, B. & Petersson, K. (2005). Striving for Emotional Survival in Palliative Cancer Nursing. *Qualitative Health Research*, 16(1), 79-96

Sandman, L. & Woods, S. (2003). Introduktion. I L. Sandman & S. Woods (Red.) *God palliativ vård: etiska och filosofiska aspekter* (s.9-27). (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.

Slatten, L. A., David Carson, K. & Carson, P. P. (2011). Compassion fatigue and burnout: what managers should know. *The Health Care Manager*, 30(4), 325-333

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård – vägledning, nationella riktlinjer och indikatorer*. Hämtad 22 april, 2013, från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18735/2012-6-17.pdf>

Stifoss-Hanssen, H. (2001). Ritualer vid dödsfall. I S. Kaasa (Red.) *Palliativ behandling och vård* (s.100-108). (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Suresh, P., Matthews, A. & Coyne, I. (2013). Stress and stressors in the clinical environment: a comparative study of fourth-year student nurses and newly qualified general nurses in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 22(5-6), 770-779

*Tunnah, K., Jones, A. & Johnstone, R. (2012). Stress in hospice at home nurses: a qualitative study of their experiences of their work and wellbeing. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(6), 283-289

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

Xianyu, Y. & Lambert, V. A. (2006). Investigations of the relationships among workplace stressors, ways of coping, and the mental health of Chinese head nurses. *Nursing and Health Sciences*, 8(3), 147-155

Åsberg, M. & Nygren, Å. (2009). Utmattningsyndrom. I J. Herlofson., L. Ekselius., L-G. Lund., A. Lundin., B. Mårtensson. & M. Åsberg (Red.) *Psykiatri* (s.461-469). (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.57-80). (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

