



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Mötet mellan sjuksköterskor och döende patienter med fokus på existentiella och andliga frågor

- En litteraturstudie ur ett
sjuksköterskeperspektiv

Författare: Malin Christensson och Yvette Arvidsson

Handledare: Stinne Glasdam

Kandidatuppsats

Våren 2015

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

Mötet mellan sjuksköterskor och döende patienter med fokus på existentiella och andliga frågor

- En litteraturstudie ur ett sjuksköterskeperspektiv

Författare: Malin Christensson och Yvette Arvidsson

Handledare: Stinne Glasdam

Kandidatuppsats

Våren 2015

Abstrakt

Bakgrund: I sjuksköterskors kompetensområde ingår det att se patientens fysiska, psykiska och andliga omvårdnadsbehov, vilket gör att sjuksköterskor har en viktig roll i att stötta döende patienter. **Syfte:** Syftet med studien är att belysa sjuksköterskors upplevelser av att möta döende patienters existentiella, spirituella och religiösa tillvaro från ett sjuksköterskeperspektiv. **Metod:** Systematiska litteratursökningar har gjorts i databaserna: CINAHL och Pubmed. Artiklar om den palliativa fasen och upplevelser ur ett sjuksköterskeperspektiv inkluderades. **Resultat:** Fyra huvudfynd framkom; Sjuksköterskors och författarnas förståelse av de centrala begreppen; sjuksköterskors känslospän i den professionella rollen; sjuksköterskors praktiska hantering av situationen kräver mod; den komplexa kombinationen religion och spiritualitet. **Slutsats:** Sjuksköterskor upplever osäkerhet inför mötet med döende patienters existentiella/ andliga/ religiösa frågor, men det kan bli ett positivt möte.

Nyckelord

Litteraturstudie, sjuksköterskor, andlighet, existens, religion, palliativ vård

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

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Perspektiv och utgångspunkter	3
Patienten och döendet	4
Att vårda inför döden	6
Utbildning om döden	7
Syfte	7
Metod	8
Urval	8
Datainsamling	9
Sökschema	11
Data analys	12
Figur 1: Teman och subteman	13
Forskningsetiska avvägningar	13
Resultat	14
Sjuksköterskors och författarnas förståelse av de centrala begreppen	14
Sjuksköterskors känslospän i den professionella rollen	15
Sjuksköterskors osäkerhet i mötet	16
Känslan av att göra ett bra jobb	17
Sjuksköterskors praktiska hantering av situationen kräver mod	18
Den komplexa kombinationen religion och spiritualitet	19
Upplevelsen av tron som ett stöd inför döden	19
Svårigheter att anamma patienternas trosuppfattning	20
Diskussion	21
Diskussion av vald metod	21
Diskussion av framtaget resultat	22
Den oklara begreppsdefinitionen angående begrepp som spirituell, existentiell och religion	23
Sjuksköterskors möjlighet att stötta patienters spirituella, existentiella och religiösa frågor i förhållande till de organiserings och prioriteringsramar som finns vården	24
Hur sjuksköterskors egen tro kan påverka mötet	25
Sjuksköterskors möjligheter att stötta patienter i förhållande till copingstrategier i en sjuksköterskas arbete	26
Slutsats och kliniska implikationer	27
Författarnas arbetsfördelning	28
Referenser	29
Bilaga 1 Granskningsprotokoll	33
Bilaga 2 Litteratormatris	35

Introduktion

Problemområde

Vid vård i livets slutskede är den medicinska behandlingsplanen avslutad och vårdpersonalen arbetar för att minska lidandet, bland annat genom god omvårdnad. Patienter i detta skede har ofta ett behov av symtomlindring och stöd av ett professionellt vårdteam som ibland behöver vara tillgängliga dygnet runt (Socialstyrelsen, 2005). Vid dessa patienters sida finns en sjuksköterska som ska vårda och möta den döendes olika behov (Yim Wah, Vico Chung Lim & Wai To, 2013) och skulle en sjuksköterska inte kunna tillgodose patientens behov, brister det i omvårdnaden och blir ett problem för både sjuksköterskan och patienten. Patientens behov kan innebära gott psykologiskt bemötande och trygghet. Detta är ett problem för en sjuksköterska som inte kan ge vad patienten behöver, men det är också ett problem för patienten som ofta behöver en trygg vårdrelation (Hammarström, 2013).

Sjuksköterskors uppfattning av vad andlig vård innebär är olika beroende på vem du frågar, och en sjuksköterskas hantering av en situation med andlig vård varierar (Mc Sherry & Jamieson, 2013). Trots det anser de flesta sjuksköterskor att det ingår i arbetet att vårda en patients själsliga behov och inte bara de fysiska behoven (Mc Sherry & Jamieson, 2013). Forskning har tidigare gjorts för att undersöka sjuksköterskors hantering och upplevelse vid möte med patienter som har ett uttalat behov av någon form av andlig vård (Deal & Grassley, 2012; Mc Sherry & Jamieson, 2013), men då situationen kan te sig annorlunda då en patient är döende behövs en djupare och mer specifik undersökning i ämnet. En litteratursökning har genomförts och mängden forskning i fråga är begränsad, och inom Europa är få studier gjorda.

Enligt Barrere och Durkin (2014) känner många sjuksköterskor en rädsla och osäkerhet för att möta döende patienter och inte minst deras känslomässiga lidande och det är därför av stor vikt att belysa sjuksköterskors upplevelser inför detta möte. En sjuksköterskas upplevelser och erfarenheter kring liknande situationer behöver belysas och undersökningar bör försöka identifiera vad det är som gör mötet svårt och hur detta kan lösas (ibid). Forskning kring sjuksköterskors möte med döende patienter har tidigare genomförts, men ytterligare studier behövs för att styrka och utveckla tidigare resultat (Liu et al., 2011), och mötet sett från ett

sjuusköterskeperspektiv kan vara annorlunda då den döende patienten uttrycker ett andligt/existentiellt eller religiöst behov.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Alla människor upplever stress någon gång och det kan utvecklas ur både positiva händelser, som en belastning inför något stort och betydelsefullt, som ett bröllop, eller ur negativa händelser, som en belastande arbetssituation (Berman & Snyder, 2012). Stress innebär att en person kan uppfatta ett visst stimuli som överväldigande, vilket resulterar i att personen reagerar med ett förändrat tillstånd (Goodnite, 2014). Det kan ses som en dynamisk process som uppstår när en person bedömer att en viss situations krav är oövervinneliga i förhållande till de resurser som finns. Att jobba med döende människor kan te sig stressande för personalen, inte minst om de har få erfarenheter kring situationer där döden infunnit sig. Stress drabbar människor på ett individuellt sätt och på olika plan, som psykiskt, känslomässigt, intellektuellt, socialt eller andligt (Cook et al., 2012). Coping handlar om på vilket sätt man hanterar stressfyllda och emotionellt krävande situationer. Copingstrategier är omedvetna strategier för att hantera stressen, och kan beskrivas som ett sätt att hantera förändringar (Berman & Snyder, 2012). I sjuusköterskors arbete kan de utsättas för stressfyllda situationer, till exempel att vårda döende patienter, och det är viktigt för sjuusköterskor att kunna hantera stressen på ett sätt så att den inte går ut över omvårdnadsarbetet och relationen till patienterna. Vilka copingstrategier som används ändras under hela livet, men samtliga strategier används för att personen i fråga ska kunna orientera sig i stressen och hitta metoder för att klara av den (Cook et al., 2012).

Antonovsky (2005) myntade begreppet KASAM, som innebär en ”känsla av sammanhang”. Antonovsky fann i sina studier att människor som utsattes för svåra och påfrestande situationer, faktiskt kunde förbli vid psykiskt god hälsa och förklarade detta med KASAM. Begreppet byggs av tre delar, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet handlar om att kunna hantera inre och yttre stimuli med förnuft, hanterbarhet innebär att personen upplever att de egna resurserna är tillräckliga för att möta det som han eller hon ställs inför och meningsfullhet handlar om att vara delaktig i det som kommer möta personen

i sjukdomsprocessen. Antonovsky belyser vikten av att de tre delarna ska stå i relation med varandra för att kunna uppleva känsla av sammanhang och de bör därför inte användas enskilt. Vidare beskriver Antonovsky att människor befinner sig på en linje mellan sjukdom och hälsa och det är KASAM som får dig närmre den psykiskt friska sidan. För att kunna uppnå KASAM kan det som ovan nämnt vara en betydelsefull uppgift för en sjuksköterska att se till att patienten är delaktig i allt som händer i dennes vård (ibid). Sjuksköterskor upplever att en känsla av sammanhang påverkar deras välbefinnande positivt och därför ligger stor vikt vid att försöka upprätthålla en arbetsmiljö som tillgodoser sjuksköterskors möjlighet att uppleva KASAM-komponenterna, meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet (Basinska, Andruszkiewicz & Grabowska, 2011).

Patienten och döendet

Palliativ vård innebär att bot från sjukdomen inte längre är möjligt (Nationella Rådet för Palliativ vård, 2014). Det utvecklas till vård i livets slutskede som innebär en lindrande vård, istället för en vård som syftar till att förlänga livet (Socialstyrelsen, 2014). Att vara döende innebär är att patientens livsviktiga funktioner inte fungerar som de ska och symtom visar att döden är nära (Nationella Rådet för Palliativ vård, 2014). När döden inträffar har alla hjärnans funktioner upphört att fungera och de är oåterkalleliga. Det visar sig genom att personen i fråga inte har någon kännbar puls, inga hörbara hjärtljud, ingen spontan andning finns och pupillerna är ljusstela (Socialstyrelsen, 2005).

Enligt Nationalencyklopedin (2015a) kan spiritualitet definieras som en form av andlighet. Det handlar om det andliga livet och hur det kommer till uttryck hos människor, samt att det finns någon form av trosövertygelse, som att kunna se att det finns en mening med livet (ibid). Vidare förklarar Nationalencyklopedin, (2015b) begreppet ”existentiell” som något som rör människans existens och även ses som ett hot mot den fortsatta existensen (ibid). Begreppet tro förklaras i sin tur som en förmodan att viss information om sakförhållande är sann och en religiöst bestämd livshållning och livstolkning (Nationalencyklopedin, 2015c), och religion definieras som vördnad för det heliga, eller gudsyrdkan (Nationalencyklopedin, 2015d).

Idag dör fler och fler människor på sjukhus, i en opersonlig miljö och tillsammans med främmande människor som vårdar patienten i dennes sista dagar i livet (Shalev, 2010). En individ med en dödlig sjukdom är däremot fortfarande en unik individ vilken har rätt till

individ Anpassad vård (Berman & Snyder, 2012). Många patienter anser att deras födelse och död är en naturlig del av livet som inte ska problematiseras eller dramatiseras (Shalev, 2010). Att tekniken inom sjukvården gått framåt är en vinst, men flera patienter uttrycker en rädsla för att tekniken ska ta över och att de ska kopplas till en maskin som bara håller deras död på armlängds avstånd, istället för att de ska få dö. Privilegiet att få dö hemma ses av många inte längre som en självklarhet (Shalev, 2010).

År 2010 dog ca 90 000 personer i Sverige, och många av dessa personer hade tidigare diagnostiserats med en dödlig sjukdom vilken sedermera ledde till dessa personers död, antingen på sjukhus eller hemma under tillsyn av vården (Socialstyrelsen, 2011). Det finns fem olika faser som en person kan hamna i efter ett besked om att livet kommer att bli kortare än vad patienten trodde. Den första fasen är förnekande och innebär att patienten vägrar att tro på vad som kommer hända. Kännetecknande är också att patienten inte vill ta tag i praktiska problem som kan uppkomma efter dennes död (Berman & Snyder, 2012; Kübler-Ross, 1998). Efter detta kommer en fas av ilska som gärna visas mot sjukvårdspersonalen, men som för det mesta bara är småsaker som patienten eller dennes familj normalt inte skulle bry sig om. Ilskan övergår i sin tur till en fas där patienten börjar förhandla, något som visar sig genom att patienten vill leva till ett visst personligt uppsatt mål och sen kan acceptera att dö (Berman & Snyder, 2012; Kübler-Ross, 1998). I den fjärde fasen är det vanligt att gå in i någon form av depression, där patienten börjar sörja över vad som har hänt och vad patienten inte får vara med om. När de fyra faserna är genomlevda, når patienten den femte fasen som innebär acceptans. Här har patienten kommit till insikt med det som komma skall, och börjar se omgivningen runt om sig och vill gärna göra upp planer och liknande (Berman & Snyder, 2012; Kübler-Ross, 1998).

Döende patienter vill ofta veta hur lång tid de har kvar att leva och om någon möjlig medicinsk behandling finns. Patienterna beskriver vikten av att inför sin död ha det bekvämt själsligt. Att vara sams med familjen och inte ha något ouppklarat är viktigt (Collins & Lehane, 2013). Det är också viktigt att de som vårdar patienten i ett tidigt skede talar sanning och berättar för patienten vad som väntar (Cheng, Dy, Hu, Chen & Chiu, 2012). Patienterna vill gärna ta del av sin vård och en del patienter beskriver att en vårdplanering av döden kan vara positivt. Genom att vårdplanera sin död, förbereder sig patienterna på det som ska komma och kan lättare konfrontera och acceptera det. Det ses också som ett bra sätt att kommunicera kring den känsliga frågan och lyfta bördan från närstående (Shalev, 2010).

Många av patienterna som vet att de kommer att dö är rädda för en utdragen och plågsam död på ett sjukhus (Tapley et al, 2013). Det finns ofta en vilja hos patienterna att ha svåra och öppna samtal om livets slutskede, (Collins & Lehane, 2013; Tapley et al, 2013) men inte alltid med familjen, vilket ställer krav på sjuksköterskor att kunna klara av dessa samtal och skulle det brista i förmågan att samtala med patienterna kanske en sjuksköterska kan ta hjälp av andra yrkesgrupper (Collins & Lehane, 2013).

När en person får en dödlig diagnos, som till exempel cancer, kan det göra att existentiella frågor blir mer framträdande än de varit innan. Frågor om liv och död kan tynga patienterna och bli svåra att hantera (Letho, 2012). Enligt Strang, Henoch, Danielsson, Browall och Melin- Johansson (2013) undrar döende patienter ofta över livet, döden, meningen med sjukdomen de har diagnostiserats med, samt lidande, rädsla och hopp (ibid).

Att vårda inför döden

I Hälso- och Sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) 1 § står det att vården ska medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (ibid). Vård i livets slutskede syftar däremot till att lindra istället för att bota (Socialstyrelsen, 2014). Vidare är det lagstadgat i Hälso- och Sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) 28 § att ledningen av hälso- och sjukvård ska organiseras så att det finns en hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården, och vården ska även vara kostnadseffektiv (ibid). I samma lag (SFS, 1982:763) 31 § fastslås också att hälso- och sjukvårdens kvalitet systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras (ibid).

Enligt Socialstyrelsen (2005) ska det i en sjuksköterskas kompetensområde finnas en förmåga att bland annat tillgodose patientens olika omvårdnadsbehov, både psykiska, fysiska, spirituella och kulturella behov. En sjuksköterska behöver också vara uppmärksam och visa förståelse för patientens sjukdomsupplevelse, samt möta och lindra lidandet så bra det går. Det är också viktigt att kunna kommunicera med familj och patient på ett empatiskt sätt, som att visa förståelse och göra familjen delaktig i samtalet och försäkra sig om att de förstått den information som en sjuksköterska tilldelat dem (ibid).

Inför mötet med den döende patienten kan sjuksköterskor få mycket krav ställda på sig, både krav från han/ henne själv att ge god omvårdnad, men även krav från patienter som kan tycka att en sjuksköterska är den professionella personen och således den som ska kunna möta

patienten på ett bra sätt (Albinson & Strang, 2003). Att vårda döende patienter kräver en god förmåga till att kommunicera och lyssna, och att skapa en trygg relation till patienten kan ibland underlätta för patienten att våga öppna sig (Collins & Lehane, 2013). Det är också viktigt för en sjuksköterska att försöka visa empati och förståelse för patientens situation, så att missförstånd i omvårdnaden kan undvikas (Shalev, 2010).

Utbildning om döden

Det har rapporterats om att vård av döende har en för liten plats i sjuksköterskeutbildningar och forskning visar att sjuksköterskestudenter under utbildningen känner sig oförberedda inför kommande möten med döende personer och sjuksköterskestudenterna önskar mer kunskap inom ämnet (Johnson, Chang & O'Brien, 2009). I en svensk studie av Strang et al. (2014) framkommer det att när sjuksköterskestudenter för första gången träffar döende patienter, blir de flesta känslomässigt påverkade, upplever att de saknar kunskap och tycker situationen är stressfylld. För de studenter som i sin utbildning har fått tid att reflektera över livets slut och döden, har deras inställning till att vårda patienter i livets slutskede förbättrats, det vill säga studenterna upplever det inte som lika känslomässigt svårt. Vid samtal med döende patienter ville en del av studenterna snabbt byta samtalsämne eller hänvisa till någon annan person att prata med så som läkare, kurator eller präst. Flera studenter vilade på sin religiösa tro och upplevde tron som en lättnad. När studenterna hade varit med om att en patient dött, var de ofta i behov av att ha djuplodade samtal med någon, men visste sällan vad de skulle säga (ibid). Många sjuksköterskestudenter ser vården av döende som skrämmande och pratar inte gärna om det eller vistas i nära anslutning till döende personer. Samtidigt framgår det också att de som fått en god utbildning inom ämnet, inte känner samma osäkerhet kring döende människor. Beroende på hur utbildning och erfarenheter ser ut, kan inställningarna hos kommande sjuksköterskor göra att de känner sig antingen trygga eller osäkra i vårdandet (Johnson, Chang & O'Brien, 2009).

Syfte

Den här litteraturstudien syftade till att belysa sjuksköterskors upplevelser av att möta döende patienters existentiella, spirituella och religiösa tillvaro från ett sjuksköterskeperspektiv.

Metod

För att svara på syftet, skrevs en litteraturstudie, vilket innebär att artiklar söks, granskas och de studier som efter granskning ansågs uppfylla kraven som fanns som inklusionskriterier och hade en möjlighet att svara till syftet, valdes att läsas och sedan sammanställas i olika kategorier baserat på litteraturstudiens uppbyggnad (Polit & Beck, 2009).

När en litteraturstudie skrivs skapas en översikt över ett visst kunskapsläge eller problem som faller inom sjuksköterskors verksamhetsområde. För att göra detta görs sökningar efter tidigare forskning som finns kring området och vad som specifikt har studerats, på vilket sätt och från vilka utgångspunkter studierna har gjorts (Friberg, 2012).

Urval

Litteraturstudien baseras på vetenskapliga artiklar som efter granskning ansågs vara relevanta primärkällor. Både kvantitativa och kvalitativa studier har användas. Kvalitativa studier svarar väl på syftet då dessa är baserade på djupintervjuer och designade för att få fram upplevelser och perspektiv. Däremot är kvalitativa studier sällan generaliserbara på grund av det lilla urvalet och därför användes även kvantitativa studier, för att undersöka bredden av vad som händer i mötet mellan döende patienter och sjuksköterskor.

Inklusionskriterier innebär krav som måste uppfyllas i valet av studier vilket gjorde att sökningens träffar blev mindre och mer riktade (Polit & Beck, 2009). Inklusionskriterier i den här uppsatsen var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, alternativt på skandinaviska, och vara utförda i Europa. De skulle belysa problemet från ett sjuksköterskeperspektiv och behandla mötet med döende patienter. De skulle även ha genomgått en etisk prövning i enlighet med FN:s deklaration för mänskliga rättigheter, Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013) och Etiska riktlinjer för Omvårdnadsforskning i Norden (Vård i Norden, 2003). Samtliga studier skulle vara skrivna tidigast år 2008. Exklusionskriterier var i denna uppsats studier genomförda innan år 2008, studier genomförda utanför Europa och skrivna på ett språk utöver engelska och skandinaviska, samt studier med

patient-, närstående-, läkar- och undersköterskeperspektiv. Studier där patienter varit utvecklingshämjade, psykiskt sjuka och/ eller suicidbenägna innan de fick diagnos om en dödlig sjukdom har också exkluderats.

Inledande litteratursökningar i databaser gjordes för att se om det fanns ett bra antal artiklar för att kunna göra litteraturstudien. Författarna bedömde efter detta att det fanns ett tillräckligt utbud av tidigare genomförda studier.

Datainsamling

Insamlingen av data gjordes med hjälp av fritext-ord i databaserna PubMed och CINAHL. I databaserna utgick vi i våra sökningar från termer som "Nursing", "Nurse- Patient relation", "Nurse's Role", "End of life Care", "Terminal Care", "Palliative Care" och "Fatal Outcome", "Spiritual", "Spiritual care", "Existential" och "Existential issues". Söktermerna sattes därefter ihop i olika kombinationer med hjälp av booleska operander så som AND och NOT, där flera av söktermerna gärna ingick i samma artikel, för att på så sätt begränsa antalet sökträffar och få en mer överskådlig träfflista. Söktermerna justerades därefter i förhållande till våra två databaser och utbudet av artiklar i dessa två, för att få så bra träffar som möjligt. I databasen Pubmed och CINAHL valdes mesh-termer, respektive Headings bort, då det riskerade att endast ge träffar på artiklar med just det sökordet som mesh-term och Headings. Istället användes fritext- termer för att få träff på artiklar med ordet både i fritext och som mesh-term och Headings. Kombinationerna av söktermerna dokumenterades sedan i ett sökschema enligt Friberg (2012) med sökord, antal träffar, lästa abstrakt, antal granskade artiklar och antal artiklar inkluderade i resultatet. Sökschemana går att se i Tabell 1 för databasen CINAHL, samt i Tabell 2 för databasen Pubmed. För att se om det fanns ytterligare litteratur än vad som påträffades i de två databaserna, gjorde författarna en kedjesökning, där olika artiklars referenslistor söktes igenom. Inga artiklar valdes utifrån genomsökning av referenslistor.

Sökningarna av artiklar gjordes där titlar, samt abstrakt som verkade intressanta för vårt ämne, granskades. De artiklar som under titelgallring och abstraktläsning inte passade in på vårt syfte och med våra inklusions- och exklusionskriterier valdes bort, medan artiklar som övergripande verkade ha ett relevant innehåll gick vidare i processen. De artiklar som efter detta steg verkade kunna ge intressant information om vårt ämne, lästes av författarna och

kvalitetsgranskades. Totalt verkade 16 artiklar relevanta, vilka därför lästes i sin helhet. Granskningsprotokollen som användes är från Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) och användes för att bedöma om studierna hade en för författarna tillräckligt bra kvalitet för att inkluderas i uppsatsens resultat. Dessa finns att se i Bilaga 1. Rubriker som fanns i granskningsprotokollet anpassades, i förhållande till artiklarnas innehåll, så att de gick att granska på ett tillförlitligt sätt. Varje studie som skulle användas behövde bland annat ha ett tydligt, syfte, metod och resultat (Friberg, 2012). Granskningsprotokollen bestod av ett antal frågor om artikeln som kunde besvaras med ”ja eller nej”. För varje positivt svar, ”ja”, fick artikeln ett poäng. Ett procentsystem bestämde därefter vilken kvalitet studien hade. Hög kvalitet motsvarade 80-100% och artiklar av medel kvalitet motsvarade 60-79% (Willman, Stoltz & Bahtsevani., 2006). Efter samtal bestämde författarna sig för att i resultatet använda artiklar av hög samt medel kvalitet, och totalt åtta stycken artiklar uppnådde hög kvalitet. Två artiklar av medelkvalitet valdes också att inkluderas då de hade intressanta och relevanta resultat i förhållande till vårt syfte. Totalt sex artiklar valdes att uteslutas, då de efter granskning var av låg kvalitet eller inte svarade väl på syftet. Tio artiklar inkluderades i resultatet och markerades med * i referenslistan.

Sökschema

I urval 1 visas antalet kvalitetsgranskade studier, och i urval 2 visas antalet studier som är använda i resultatet.

Tabell 1: Databas CINAHL

	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Urval 1	Urval 2	Datum för sökning
#1	Nursing	184525				31/3- 2015
#2	Nurse- patient relation	433				31/3- 2015
#3	Nurse's role	717				31/3- 2015
#4	End of life care	6856				31/3- 2015
#5	Attitudes	66716				31/3-2015
#6	Dying	3884				31/3-2015
#7	Fatal outcome	4675				31/3- 2015
#8	Existentialism	16				31/3- 2015
#9	Religion	6912				31/3- 2015
#10	Spisitual care	2783				31/3- 2015
#11	Dying patient	1326				31/3- 2015
#12	Existential issues	119				31/3- 2015
#13	#2 AND #4	16	11	0	0	1/4- 2015
#14	#3 AND #4	24	11	0	0	1/4- 2015
#15	#2 AND #10	6	0	0	0	2/4- 2015
#16	#4 AND #9	4	3	0	0	2/4- 2015
#17	#1 AND #4 AND #7	2	0	0	0	2/4- 2015
#18	#1 AND #4 AND #10	112	19	4	3	2/4- 2015
#19	#1 AND #12 AND #11	6	2	2	1	2/4- 2015
#20	#1 AND #5 AND #11	130	14	0	0	2/4- 2015
#21	#1 AND #11 AND #10	33	1	0	0	6/4- 1015
#22	#2 AND # 6 AND #12	0	0	0	0	6/4- 2015
#23	#3 AND #5 AND #11	2	0	0	0	8/4- 2015
#24	#3 AND #12	1	0	0	0	8/4- 2015

Tabell 2: Databasen PubMed

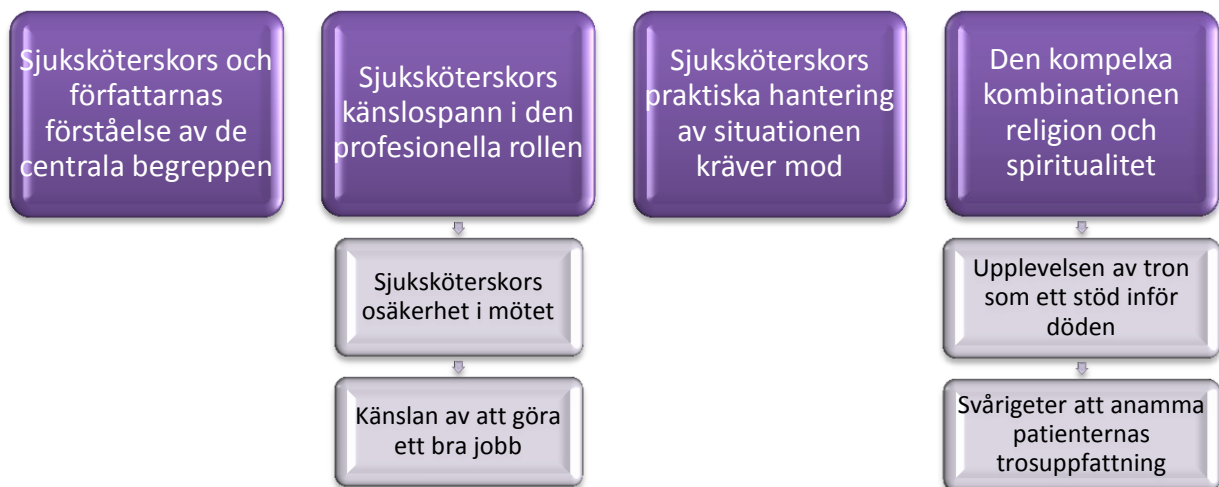
	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Urval 1	Urval 2	Datum för sökning
#1	Dying patients	2645				2/4-2015
#2	Nurses	40 663				2/4-2015
#3	Dilemmas	3438				2/4-2015
#4	Acute setting	17267				2/4-2015
#5	Palliative care	20774				2/4-2015
#6	Emotional difficulties	3861				2/4-2015
#7	Nurse	58 351				8/4-2015
#8	End of life care	14 780				8/4-2015
#9	Spiritual care	1734				8/4-2015
#10	Nurses experiences	3161				8/4-2015
#11	Nursing role	23574				8/4-2015
#12	Spiritual	3205				8/4-2015
#13	Nurse patient relationship	5247				9/4-2015
#14	#7 AND #8 AND #9	96	20	2	1	9/4-2015
#15	#13 AND #12	100	14	1	1	9/4-2015
#16	#9 AND #11	211	18	2	2	9/4-2015
#17	#2 AND #6 AND #1	6	4	1	1	15/4-2015
#18	#10 AND # 5 AND # 3	6	2	2	0	15/4-2015
#19	# 5 AND #2 AND #4	51	8	2	1	15/4-2015

I båda databaserna, PubMed och CINAHL, söktes artiklarna med ett filter som inte visade studier gjorda innan 2008, vilket var ett av våra inklusionskriterier. Resterande exklusionskriterier kontrollerades efterhand som artiklarna lästes och kvalitetsgranskades och uteslöts i de fall då några exklusionskriterier fanns med. Från databasen PubMed användes sex artiklar, och från databasen CINAHL användes fyra.

Data analys

När studier efter kvalitetsgranskning valts ut att ingå i vår uppsats, analyserades de utifrån Kristensson (2011) genom en integrerad analys i olika steg. En integrerad analys delas upp i olika steg som innefattar att läsa artiklarna igen, sammanställa resultatet i skillnader och likheter och sedan identifiera kategorier och teman. Detta för att underlätta analysprocessen

(ibid). Till att börja med konstruerade författarna ett antal analysfrågor. Detta utfördes så att analysfrågorna skulle kunna användas som ett instrument för att hitta kärnan i artiklarnas innehåll och för att kunna dela upp resultaten. Denna analysstrategi är inspirerad av Flemming (1998) som belyser att sjuksköterskor hela tiden måste hålla sig uppdaterade och läsa ny forskning, och därför är det bra att använda sig av just frågor som artiklarna ska besvara för att kunna analysera det som läses på ett bra sätt (ibid). För att få en översikt sammanställdes analysfrågorna och resultat från alla tio artiklarna i ett analysprotokoll. Med hjälp av analysprotokollet kunde författarna sedan ”på tvären” analysera de olika studiernas resultat genom att se vilka studier som kunde stärka varandra samt vilka skillnader som fanns mellan studierna. Med ”på tvären” menas att istället för att läsa och skriva om varje artikel för sig skapades nu möjligheten att varje analysfråga besvaras av samtliga artiklar. Den integrerade analysen gör att kandidatuppsatsen visar artiklarnas gemensamma resultat vilket stärker evidensen. Utifrån analysen och studiernas utmärkande resultat kunde teman, samt subteman därefter identifieras, se figur 1. När relevanta teman var funna, sammanställdes studiernas resultat i löpande text under respektive rubrik.



Figur 1: Teman och subteman.

Forskningsetiska avvägningar

Alla studier som kom att användas skulle vara i enlighet med FN:s deklaration för mänskliga rättigheter, Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013) och Etiska riktlinjer för Omvårdnadsforskning i Norden (Vård i Norden, 2003). Enligt Helsingforsdeklarationen är

det viktigt inte skada deltagarna, att ta hänsyn till deras autonomi, att behandla dem så lika som möjligt och att forskningen i fråga ska bidra med någonting gott (World Medical Association, 2013).

Artiklarna som användes i föreliggande studie hade genomgått en etisk prövning och det var även bra om det i artiklarna fanns ett etiskt resonemang eller en diskussion kring vad det innebar att genomföra just den studien.

I ICN:s etiska kod står att det är sjuksköterskors ansvar att utarbeta och tillämpa godtagbara riktlinjer inom omvårdnad, ledning, forskning och utbildning. En sjuksköterska ska vara aktiv när det gäller att utveckla omvårdnad som är evidensbaserad (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). I uppsatsen kommer tillfället tas i akt att söka efter ny forskning för att utveckla kompetensen och uppmärksamma sjuksköterskor på hur det är att möta döende patienter med fokus på existentiella frågor och andlighet.

Resultat

Sjuksköterskors och artikelförfattarnas förståelse av de centrala begreppen

I artiklarna behandlas begreppen religion, tro, existens och spiritualitet, och i många av studierna framkommer det att sjuksköterskor uppfattar begreppen på olika sätt, och menar att uppfattningen av respektive begrepps innebörd ses som något individuellt (Tornøe, Danbolt, Kvigne & Sørli, 2014; Noble & Jones, 2010; Bailey, Moran & Graham, 2009; Christensen & Turner, 2008; Browall, Henoch, Melin- Johansson, Strang & Danielsson, 2014). I artikeln av Christensen och Turner (2008) som belyser hur sex sjuksköterskor ser på spirituellt vård och hur de använder sig av det i sitt yrke, upplevde författarna att termer som spiritualitet, religion och religiositet användes som synonymer med varandra. Detta var något som försvårade för att få klarhet i de olika begreppens betydelse (ibid).

I en kvalitativ studie av Browall, et al. (2014) berättade 83 svenska sjuksköterskor om sin erfarenhet av att vårda patienter i livets slut vilka hade existentiella frågor. I studien framkom det att sjuksköterskor uppfattade religion som en tro som delades mellan en Gud och flera

andra individer (ibid) och i en annan studie, av Garner-Molina, et al. (2013) vilken belyser 23 sjuksköterskors upplevelse av tro och dess förändring hos döende patienter, förklaras tro som ett sökande och finnande av sanningen, i vissa fall Gud (ibid).

Udo, Danielsson och Melin-Johansson (2012) som med sin studie ville öka förståelsen för sjuksköterskors erfarenheter av existentiella situationer, samt ytterligare en artikel definierar existens som frågor om livet, mening och död, samt frågor om det eventuella livet efter döden (ibid; Browall et al., 2014). I Tornøe, et al. (2014) artikel som ville undersöka sjuksköterskors upplevda erfarenheters betydelse för att lindra existentiell och spirituellt smärta, beskrev sjuksköterskor dessutom att patienters existentiella lidande ofta kunde uppfattas som mycket värre än det fysiska lidandet, då det upplevdes svårare att möta och lindra (ibid).

I flera studier används det engelska begreppet ”spiritual” (Tornøe, et al., 2014; Noble & Jones, 2010; Bailey, et al., 2009; Christensen & Turner, 2008; Browall et al., 2014), vilket författarna i föreliggande uppsats har valt att översätta till ”spirituell” och ”andlig” synonymt med varandra. Spiritualitet uppfattades innebära mening, energi och relationer (Browall, et al., 2014). I studien av Bailey, et al. (2009) intervjuades 22 sjuksköterskor kring deras upplevelse av att ge spirituellt vård till döende patienter och sjuksköterskor i studien ansåg att spiritualitet var något som kom inifrån och var större än oss själva, samt något som gav individen ett syfte och mening (ibid). Sjuksköterskor i artikeln av Nobel och Jones (2010) som ville beskriva förståelsen av den spirituella vården, ansåg även att spiritualitet var individuellt för varje person och kopplat till välbefinnande, inre lugn, harmoni och komfort (ibid). För att få en förståelse av vad spirituellt vård innebar behövde sjuksköterskor våga sitta ner och lyssna, även om man var oinbjuden. På detta sätt kommunicerade sjuksköterskor en sorts lugn och självförtroende (Christensen & Turner, 2008).

Sjuksköterskors känslospänn i den professionella rollen

Enligt flera studier upplever sjuksköterskor att det är svårt att möta de existentiella och andliga frågorna hos döende patienter (Browall et al., 2014; Danielsson, Melin- Johansson & Udo, 2012; Roche-Fahy & Dowling, 2009; Noble & Jones 2010 & Christensen & Turner, 2008; Oflaz, Arslan, Uzun & Ustunsoz, 2010).

Mötet som sker mellan en patient och en sjuksköterska kan resultera i flera känslor, och för en sjuksköterskas del kan de bland annat uppleva osäkerhet, och/ eller glädje över att ha gjort ett

bra jobb (Udo et al., 2012; Roche-Fahy & Dowling, 2009; Browall et al., 2014; Granero-Molina et al., 2014; Christensen & Turner, 2008; Noble & Jones, 2010; Tornøe, et al., 2014; Oflaz et al., 2010).

Sjuksköterskors osäkerhet i mötet

Enligt Browall, et al. (2014) berättade deltagarna i studien att när unga vuxna skulle dö kändes det smärtsamt och orättvist för både patienten och inblandade sjuksköterskor, vilket ledde till att sjuksköterskorna kände sig otillräckliga och osäkra på hur de skulle bete sig i situationen (ibid). Oflaz, et al. (2010) har skrivit en studie där 157 sjuksköterskor deltog, vilka beskrev känslomässiga svårigheter vid vård i livets slut. Där framkom också att sjuksköterskor upplevde sig otillräckliga, att deras kompetens var för låg. Roche-Fahy & Dowling (2009) har undersökt 12 sjuksköterskors erfarenheter av palliativa patienter på en akutuvsavdelning. Även denna studie visade att sjuksköterskor kände en otillräcklighet och att de upplevde sig inte ha tillräckligt med verktyg för att hantera patientens emotioner (ibid).

I studien från Udo, et al. (2012) framkom att det upplevdes som en svår situation för sjuksköterskor när en patient hade små barn, och de visste att barnet skulle bli utan sin förälder (ibid). Att diskutera existentiella frågor triggade igång sjuksköterskors minnen av närstående i liknande situationer som patienterna befann sig i (Udo et al., 2012; Oflaz et al., 2010), och det blev en påminnelse för att de en dag själva skulle dö (Oflaz et al., 2010). Ytterligare en sak som ansågs svår var när patienten visste att han/hon skulle dö, och patienten på grund av det utvecklade suicidtankar (Browall et al., 2014; Udo et al., 2012).

Det finns sjuksköterskor som anser att andlig vård inte ingår i professionen, de menar att sjuksköterskors jobb är att se till att patienten är medicinskt frisk (Noble & Jones, 2010; Kisvetrová, Klugar, & Kabelka, 2013), och enligt Udo, et al. (2012) har flera sjuksköterskor med den uppfattningen själva en rädsla för att dö. Det kan leda till att sjuksköterskor svarar patienten undvikande, t.ex. genom att ge medicinsk information och låta bli att svara på andra frågor (ibid).

En annan svårighet för sjuksköterskor i mötet var bristen på tid (Christensen & Turner, 2008; Bailey, et al., 2009; Noble & Jones, 2010; Tornøe, Danbolt, Kvigne och Sørli, 2014; Roche-Fahy & Dowling, 2009; Udo et al., 2012). När sjuksköterskor hade identifierat behovet

angavs tidsbrist som en betydande faktor till att den existentiella och andliga vården uteblev (Tornøe, et al., 2014; Noble & Jones, 2010). Sjuksköterskor som arbetar på en akutvårdsavdelning har ett krävande jobb med högt tempo och det finns sällan tid att ge patienterna den tiden som ett djupt samtal kräver. Dessutom ansåg vissa sjuksköterskor att kollegorna inte såg samtal med patienterna som arbete, de menade att samtal var maskning, vilket ledde till att de inte alltid tog sig tid att ha existentiella eller andliga samtal med patienterna (Roche-Fahy & Dowling, 2009). Det faktum att sjuksköterskor har ansvar för flera patienter gjorde också att de inte hade tid att prata om existens och andlighet, eftersom praktiska arbetsuppgifter prioriterades först (Noble & Jones, 2010; Bailey, et al., 2009). En del sjuksköterskor försökte komma tillbaka till patienten när tid fanns, men då beskrevs det ofta som att tillfället var förlorat (Bailey, et al., 2009). Enligt Christensen och Turners (2008) studie ville sjuksköterskor lära känna patienten innan de gav spirituellt vård, med det fanns det sällan tid till. De ville heller inte öppna upp för ett samtal och sedan inte ha tid att avsluta samtalet på ett bra sätt (ibid).

Att ge existentiell och andlig vård ansågs vara privat och något som bara angick patienterna (Christensen & Turner, 2008; Roche-Fahy & Dowling, 2009; Tornøe, et al., 2014) vilket var en anledning till att sjuksköterskor ville lära känna patienten innan de vårdade patientens andliga och existentiella behov (Christensen & Turner, 2008; Bailey, et al., 2009; Tornøe, et al., 2014). Det andliga och existentiella ansågs vara privat eftersom patienten ofta lät bli att ens prata med sin familj eller vänner om det, och sjuksköterskor uppfattade samtalen som mycket strängt konfidentiella och nämnde aldrig vad som sagts för någon (Christensen & Turner, 2008). Det kunde också för en sjuksköterska vara en utmaning att prata eller fråga om andlighet, religion och existentiella frågor utan att kränka patientens integritet och privatliv. (Tornøe, et al., 2014). När en patients privatliv var i riskzonen försökte sjuksköterskor att med förändringar i miljön skapa förutsättningar för att få till ett bättre möte, till exempel genom att erbjuda patienten att talas vid i enrum, flytta på möbler eller erbjuda bekvämare sittplatser till närstående (Roche-Fahy & Dowling, 2009).

Känslan av att göra ett bra jobb

På olika sätt kunde sjuksköterskors samtal om andlighet och existens med döende patienter vara ett positivt möte (Roche-Fahy & Dowling, 2009; Granero-Molina et al., 2014; Browall et al., 2014; Bailey et al., 2009; Noble & Jones, 2010; Tornøe, et al., 2014; Oflaz et al., 2010

Udo et al., 2012). Sjuksköterskor upplevde att mötet var meningsfullt och bra när de lyckades hjälpa patienter att hitta frid och lindra existentiella och andliga problem (Tornøe, et al., 2014; Udo et al., 2012). Ur ett sjuksköterskeperspektiv kan det ses som ett bra möte när patienten vågar öppna sig och prata om existentiella och andliga problem, samt när sjuksköterskor lyckades att ingjuta hopp i patienten (Browall et al., 2014). Ibland kunde det vara svårt för en sjuksköterska att veta om patienten hade blivit hjälpt av konversationen, men det hände att det framkom vid ett senare tillfälle att patienten var nöjd med samtalet (Noble & Jones, 2010).

Sjuksköterskors praktiska hantering av situationen kräver mod

För att få till ett bra möte med den döende patienten som har existentiella frågor är det viktigt att sjuksköterskor tar sig tid att lyssna på vad patienten vill berätta (Roche-Fahy & Dowling, 2009; Browall et al., 2014; Bailey, Morgan, Margret & Graham, 2009). Att lyssna och ta sig tid kräver mod från en sjuksköterska, och det finns flera olika metoder för sjuksköterskor att ta till för att skapa ett gott möte och en god relation till patienter (Browall et al., 2014; Christensen & Turner, 2008; Tornøe, et al., 2014). En del sjuksköterskor tyckte att det var lättare att konversera med patienter om existens och andlighet när de hade en fysisk uppgift att utföra samtidigt, till exempel linda ett ben (Christensen & Turner, 2008), men framför allt var det viktigt att våga vara tillsammans med patienten, det viktiga var inte vilka ord som sades i konversationen (Tornøe, et al., 2014; Bailey, et al., 2009; Noble & Jones, 2010). En sjuksköterska kan hjälpa patienten att verbalisera vad som är svårt, vilket ibland leder till ett bättre psykiskt mående för patienten (Roche-Fahy & Dowling, 2009; Tornøe, et al., 2014). Att skapa en relation till patienten är värdefullt (Bailey, et al., 2009; Christensen & Turner, 2008; Tornøe, et al., 2014), och lika så att en sjuksköterska är öppen, närvarande, alert (Tornøe, et al., 2014) och visar omsorg (Noble & Jones, 2010). Roche-Fahy & Dowlings (2009) beskriver att patientens familj är en stor del i patientens liv, och att det därför är viktigt som sjuksköterska att ta hänsyn till familjen när vård ges. Att få prata ostört är en annan viktig faktor för att få till ett gott samtal med en döende patient. Sjuksköterskor rekommenderade att om möjligt ha samtalet i ett avskilt rum och utan telefoner som ringer (ibid). Att identifiera en patients behov av andligt stöd kom till viss del med en sjuksköterskas erfarenhet (Bailey, et al., 2009; Tornøe, et al., 2014; Noble & Jones, 2010). Däremot var det ingen skillnad på kunskapen om andlighet och religion sett till sjuksköterskors erfarenhet (Noble & Jones, 2010).

Den komplexa kombinationen religion och spiritualitet

Sjuksköterskor upplevde att religion och spiritualitet till viss del kan relatera till varandra, men den ena är inte en förutsättning för den andra. Flera studier visade vikten av att förstå att en person inte behövde vara religiös för att vara spirituell. Människor kunde till exempel känna att det fanns en mening med deras liv trots att de inte var religiösa och det var viktigt att se till både de spirituella och religiösa behoven när man vårdar döende människor, eftersom de två begreppen inte nödvändigtvis hänger samman (Bailey, et al., 2009; Noble & Jones, 2010; Garnero-Molina, et al., 2013).

Upplevelsen av tron som ett stöd inför döden

Om en patient var troende, ansåg sjuksköterskor att det var viktigt att göra vad de kunde för att vårda patienten, även i sin religion. Detta var viktigt för att undvika att patienternas tro prövades, då patienten kunde känna sig övergiven och straffad. Vid ett uteblivet stöd av en sjuksköterska kunde patienten ibland helt förlita sig på sin tro och vänta på ett mirakel. Det förekom dess värre att avskedet med anhöriga sköts upp. För att patienterna skulle kunna hålla fast vid sin religion, kunde sjuksköterskor till exempel låta patienterna träffa människor som var betydande för dem i deras tro, eller i möjlig mån ordna med en lugn plats dit patienter kunde vända sig för att be (Garnero-Molina, et al., 2013; Tornøe, et al., 2014; Christensen & Turner, 2008). En annan viktig anledning till att försöka bevara patienters tro, var enligt sjuksköterskor att många religiösa patienter använde tron som ett stöd och kunde då mena att deras liv var ämnade till något bättre och accepterade därför att deras liv numera låg i Guds händer. Patienters tro kunde enligt flera sjuksköterskor ge mening, stöd och svar i döendet, samt fungerade det som ett sorts sällskap och styrka. Det var tron som ofta gav hopp och acceptans. De positiva faktorerna med tron, ansåg sjuksköterskor förbättrade patientens välbefinnande och att vårda den tron sågs därför som en plikt som inte skulle negligeras (Garnero-Molina, et al., 2013; Tornøe, et al., 2014). Komplexiteten av att se behov och effekter av spirituell och existentiell vård är stor. Sjuksköterskor fann generellt att de var duktiga på att stötta patienterna. Sjuksköterskor var öppna och kunde lyssna på patientens känslor, men tyckte det var svårt att själva veta om de hjälpte patienterna. Inte förrän nästa gång de träffade patienterna fick de en bekräftelse av att de faktiskt hade hjälpt till att lindra den spirituella och existentiella smärtan (Kisetrová, et al., 2013; Noble & Jones, 2010). Sjuksköterskor såg tron på två olika sätt, det vill säga tron som finns i värderingar, samt tro

som uppstår när patienten är nära döden. Sammantaget var tron något som tydligt kunde förstärkas hos patienter i livets slut (Garnero-Molina, et al., 2013).

Svårigheter att anamma patienternas trosuppfattning

I artikeln av Christensen och Turner (2008) uttryckte sjuksköterskor att det var speciellt svårt att ge andlig vård om det samtidigt krävdes stöttning i patientens religion. För att kunna ge religiöst stöd, kändes det nödvändigt att ta reda på om patienten var troende och till vilken religion, vilket gjorde att de ibland var tvungna att fråga rakt ut. Detta kunde lätt skapa olust inför uppgiften (ibid).

Det förelåg ibland svårigheter med att ge spirituellt vård, relaterat till människors olika trosuppfattning. Sjuksköterskor uttryckte en oro över att inte kunna skilja på religion och spirituellt vård och på så sätt överföra sin egen tro på patienten (Christensen & Turner, 2008; Tornøe, et al., 2014; Noble & Jones, 2010). Sjuksköterskors känslor under dessa samtal kunde påverkas utifrån deras egen tro eller icke tro. Att vara icke troende upplevdes som svårt när patienter ville prata om Gud, var på det fanns en risk att som sjuksköterska känna att hon/han inte räckte till för patientens andliga behov och en känsla av att hon/han inte kunde göra något för att hjälpa patienten (Tornøe, et al., 2014; Noble & Jones, 2010). En sjuksköterskas egna existentiella värderingar, som den egna rädslan för att dö, kunde göra att hon/han inte ville prata med den döende patienten (Udo, et al., 2012). I några av artiklarna sågs patienternas andlighet som en privat sak och något som andra personer inte gärna skulle blanda sig i. Känslan av att lägga sig i, oron för att prata om religion och rädslan för att föra över sin egen tro på patienten gjorde sjuksköterskor osäkra på hur de skulle bete sig i mötet med den döende patienten (Roche-Fahy & Dowling, 2009; Christensen & Turner, 2008). De ansåg att deras uppgift kunde vara att identifiera patientens behov av spirituellt vård, men att de inte nödvändigtvis behövde vara de som utförde vården (Noble & Jones, 2010). Sjuksköterskor som såg sig som ateister, var av åsikten att det inte var deras jobb eller låg inom deras kompetens, att vårda och prata om patienternas tro (Kisetrová, et al., 2013). Istället hänvisade de till sjukhusprästen, eftersom de gärna ville hjälpa patienterna att hålla fast vid sin tro, och de såg då sjukhusprästen som en värdefull resurs. Sjukhusprästen ansågs vara bättre lämpad till att föra de svåra diskussionerna med patienterna, då det var en neutral part som var bra att prata med, och det var ofta den första åtgärden som sjuksköterskor vidtog när patienterna

uttryckte jobbiga tankar och känslor om döden (Christensen och Turner, 2008; Tornøe, et al., 2014).

Diskussion

Diskussion av vald metod

I detta avsnitt diskuteras valet av att göra en litteraturstudie samt motiveringen till valet av inklusions- och exklusionskriterier. Litteratursökningens genomförande och gransknings- och analysprotokollens användning diskuteras också.

Valet att göra en litteraturstudie för att svara på syftet gjorde att det skapades en god överblick över vad befintlig forskning har att bidra med i ämnet. Författarna fann att det var få tillförlitliga studier skrivna vilka behandlade existentiella, andliga eller religiösa frågor i samband med döende patienter. Det finns en betydande mängd studier om ämnena var för sig, men kombinationen är alltså inte ett lika vanligt forskningsområde. Författarna till föreliggande kandidatuppsats valde att använda sig av inklusions- och exklusionskriterier i enlighet med Polit & Beck, (2009). Ett av inklusionskriterierna var att artiklar som kom att användas i föreliggande kandidatuppsats skulle vara utförda i Europa. Det ledde till att en mängd studier från USA och Kanada exkluderades. Undertecknade till framförvarande uppsats valde att exkludera studier utanför Europa på grund av kulturskillnader, vilka kan komma att spela en stor roll i samband om frågor som rör andlighet, existens och religion. Sverige och flera andra länder i Europa har en långvarig kristen tradition, vilket troligtvis har påverkat folkets synsätt på andlighet, existens och religion. USA och Kanada har även de en kristen tradition, men enligt Gärde (2015) är Sverige ett av de mest sekulariserade länderna som finns (ibid). Valet av inklusions- och exklusionskriterier kan således diskuteras, men författarna anser att de studier som till sist användes till studien i fråga är relevanta och svarade väl gentemot syftet. Ytterligare ett exklusionskriterie var studier skrivna ur andra professioner/ yrkesgrupper än sjuksköterskor. Författarna valde däremot att använda två studier som innefattade en viss andel undersköterskor. I studien av Udo, et al. (2012) var 50% av deltagarna undersköterskor, och studien av Browall, et al. (2014) var 38% av deltagarna undersköterskor, medans resterande var sjuksköterskor. Författarna motiverar inklusionen av

dessa studier med att det är övervägande delen sjuksköterskor som deltagit, och att både undersköterskor och sjuksköterskor arbetar mycket nära både varandra och patienten.

När författarna ser tillbaka på metoden för litteratursökningen i uppsatsen kan de kritiskt granska valet att använda fritext- sökning istället för MeSH- termer i databasen PubMed och Headings i databasen CINAHL. Det fördes en diskussion kring hur detta kunde påverka utgången av vår studie och författarna motiverar valet av att använda sökningar i fritext med att det inte finns ett brett utbud av forskning i ämnet. Sökningarna gav en del irrelevanta träffar, men risken för att missa studier som skulle visa sig vara användbara, kunde på detta sätt minskas.

För att bedöma om studierna som kom att användas hade en tillräckligt god kvalitet användes granskningsprotokoll enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Författarna tycker sig vara nöjda med de utvalda protokollen då de anser att relevanta frågor ställdes vilka dessutom var på en god nivå för en kandidatuppsats. Genom att använda granskningsprotokollen kunde författarna under granskningen fokusera på de olika essenserna i studierna och på ett jämligt sätt värdera deras kvalitet. Att ha protokollen som verktyg har också förhindrat att studier som enligt författarna varit intressanta men hade låg kvalitet inkluderats i kandidatuppsatsen.

Efter att artiklarna lästs konverserade författarna med varandra för att kontrollera att de uppfattat artiklarnas innehåll på ett likvärdigt sätt. Detta samtal ägde rum eftersom undertecknade ansåg att det ökade kandidatuppsatsens reabilitet och trovärdighet.

Metoden för analysprocessen har fungerat väl. Genom att ställa ett antal frågor till studierna och föra in varje enskild studies svar i analysprotokollet, har författarna kunnat använda stora delar av det viktiga innehållet och hitta skillnader och gemensamma nämnare. Den systematiska sammanställningen av resultaten har gjort det möjligt att analysera resultaten på tvären och nå en djupare förståelse.

Föreliggande litteraturstudie innehåller två kvantitativa studier men har huvudsakligen en kvalitativansats med induktiv metod och är därmed inte generaliserbar. Den är däremot till god nytta i förståelsen av hur situationen mellan en sjuksköterska och en döende patient som vill samtala om andliga och existentiella frågor kan se ut.

Diskussion av framtaget resultat

Genom analyser har en rad olika resultat uppkommit. Vi har valt att använda oss av fyra huvudfynd, som en språngbräda för diskussionen i denna kandidatuppsats. Dessa huvudfynd innefattar 1. Den oklara begreppsdefinitionen angående begrepp som spirituellt, existentiellt och religion, 2. Sjuksköterskors möjlighet att stötta patienters spirituella, existentiella och religiösa frågor i förhållande till de organiserings och prioriteringsramar som finns i vården, 3. Hur sjuksköterskors egen tro kan påverka mötet, samt 4. Sjuksköterskors möjligheter att stötta patienter i förhållande till copingstrategier i sjuksköterskors arbete.

Den oklara begreppsdefinitionen angående begrepp som spirituellt, existentiellt och religion

Definitionen av begrepp som spiritualitet, existens och religion är flertydiga (Bailey, et al., 2009). Det är svårt att finna gemensamma nämnare gällande begreppsdefinitioner och bristen på tydlig begreppsdefinition kan ha påverkat de inkluderade studiernas resultat. Då artiklarna som är inkluderade i studien har olika definitioner på de centrala begreppen, behandlas begreppen olika inom området, vilket gör att dessa i sin tur kan ha inverkat på författarnas egen studie och gett en missvisande bild av sjuksköterskors upplevelse av att möta patienternas existentiella och spirituella frågor. Studiernas resultat kan ha påverkats genom att begreppen ibland använts som synonymer och att de har olika betydelse för olika människor (Browall et al., 2014; Bailey, et al., 2009; Noble & Jones, 2010; Tornøe, et al., 2014), vilket gör det svårt för sjuksköterskor att få en klarhet i de olika termernas innebörd (Christensen & Turner, 2008). Att begreppen har så olika betydelse mellan människor kan innebära att förståelsen för det som undersöks varierar, och det i sin tur leder till att det blir svårt att jämföra olika studier. Studiernas resultat har dock flera gemensamma nämnare vilka redovisas i resultatet, men det krävs mer forskning för att öka förståelsen och undersöka vad begreppen ”religiös”, ”spirituellt” och ”existentiellt” betyder för sjuksköterskor. Det är inget nytt att begrepp inom omvårdnad har olika betydelse för människor och inte är särskilt väldefinierade. Glasdam (2008) beskriver till exempel hur begreppet professionsbaserad definieras och används i praktiken. Resultat visar att det även i detta fall inte finns en gemensam bild av vad professionsbaserad betyder och varje människas definition av begreppet kommer utifrån den utgångspunkt personen har när den pratar om detta (ibid).

Det kan uppstå problem om sjuksköterskor upplever den spirituella eller existentiella vården som utmanande och därför känner sig osäkra inom området (Browall et al., 2014; Danielsson, Melin- Johansson & Udo, 2012; Roche-Fahy & Dowling, 2009; Noble & Jones 2010 & Christensen & Turner, 2008; Oflaz, Arslan, Uzun & Ustunsoz, 2010). Ett problem skulle kunna vara att det inte finns en klar uppfattning om vad som ska inkluderas i spirituell och/ eller existentiell vård, vilken det inte heller finns något generellt mål med, kan detta i sin tur leda till att sjuksköterskor saknar motivation till att sätta sig in i vad det innebär.

Mako, Galek och Poppito (2006) jämför fysiskt och psykiskt/existentiellt lidande, och Strang, Strang, Hultborn och Arnér (2004) vilka belyser hur till exempel sjukhuspräster och smärtpersonal definierar existentiellt lidande, förklarar att sjuksköterskor upplever existentiell och andlig smärta som separat från fysisk smärta och belyser vikten av att jobba med patienters psykiska lidande (ibid). Författarna till föreliggande studie menar att det är svårt att punkta upp hur spirituell vård ska utföras, då varje patient är unik och likaså dennes behov. För att praktiskt kunna arbeta med patienters existentiella och spirituella frågor, skulle åtgärder behöva vidtas genom att förtydliga de olika begreppens innebörder och gemensamt införa spirituell vård som ett verktyg i omvårdnaden. Ett sätt att arbeta skulle enligt Kirkevold (2000) kan vara att utgå ifrån Kari Martinsens omvårdnadsfilosofi. Utgångspunkten är att en sjuksköterska står i relation till patienten, och sjuksköterskan ska undvika att utgå ifrån sig själv. Kari Martinsen är en norsk filosof som har utformat en omvårdnadsfilosofi vilken bygger på att bearbeta och förbättra sin yrkesmässiga bedömning, sina sinnen och tilliten mellan patient och sjuksköterska (ibid). Enligt Martinsen, et al. (2000) har sjuksköterskor under en för lång tid jobbat med omvårdnad genom att analysera, mäta, dokumentera och utvärdera, något som Martinsen själv inte anser är omvårdnad. Enligt Kari Martinsen handlar omvårdnad om att vara i en relation med en annan och att genom intuition, sinnen och erfarenhet direkt agera på patienternas uttryck. Hon poängterar att kunskap och praktiska färdigheter är nödvändiga i arbetet. Dokumentation är nödvändigt och viktigt utifrån omvårdnadsprocessen, men det finns också en risk att det ger ett slutet tänkande. Därför är det viktigt att lära känna patienterna och utifrån deras berättelser på så sätt förstå deras behov (ibid).

Sjuksköterskors möjlighet att stötta patienters spirituella, existentiella och religiösa frågor i förhållande till de organiserings och prioriteringsramar som finns i vården

En betydande faktor till att existentiella, andliga och religiösa samtal uteblev var tidsbrist

(Christensen och Turner, 2008; Bailey, et al., 2009; Noble & Jones, 2010; Tornøe, et al., 2014; Roche-Fahy & Dowling, 2009; Udo et al., 2012). Enligt flera studier som visas i resultatet är det viktigt att en holistisk vård ges, en vård som ser till hela människan, (Christensen & Turner, 2008; Bailey, et al., 2009) men det är ändå något som prioriteras bort när tiden är knapp. Det skulle vara intressant att undersöka mer ingående hur viktigt det egentligen är med en holistisk vård, och huruvida det ingår i sjuksköterskeprofessionen eller inte, då det enligt både Noble & Jones (2010) och Kisvetrová, et al. (2013) råder delade meningar om vad som ingår i en sjuksköterskas arbetsuppgifter. Som det beskrevs tidigare i föreliggande studie står det i Hälso- och Sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) 28 § att vården ska vara av god kvalitet. Det kan diskuteras vad god kvalitet innebär i Sverige idag, då det även i samma paragraf står att den ska vara kostnadseffektiv. Vad innebär det konkret med en vård som är god och när är det istället en försvinnande marginalnytta, det vill säga att det kostar mer än det smakar? Hur finner vårdpersonal och politiker skillnaden? Dessa frågorna är komplexa och det krävs vidare undersökningar för att ta reda på svar.

I resultatet i fråga framkom att existentiella, andliga och religiösa samtal var privata (Christensen & Turner, 2008; Roche-Fahy & Dowling, 2009; Tornøe, et al., 2014), och att det kändes lättare att samtala om när en sjuksköterska hade en fysisk uppgift att utföra samtidigt (Christensen & Turner, 2008). Det kan tänkas höra ihop, att om en sjuksköterska upplever att hon/ han är inne på ett samtal som är privat, kan uppmärksamheten riktas åt något annat om stämningen i rummet blir förlägen eller sorglig. Det framkom också att sjuksköterskor ansåg det värdefullt att skapa en relation till patienten innan existentiella, andliga och religiösa samtal inleddes (Bailey, et al., 2009; Christensen & Turner, 2008; Tornøe, et al., 2014), vilket också skulle kunna höra ihop med att det existentiella, andlighet och religiositet ansågs privat. Det kan tänkas eftersom när en relation är skapad mellan två människor, och desto djupare den är, ju enklare är det vad som kan sägas i en situation utan att det tas emot på fel sätt av åhöraren.

Hur sjuksköterskors egen tro kan påverka mötet

Resultatet i föreliggande uppsats tyder på att sjuksköterskor skiljer på spirituell och religiös vård (Bailey, et al., 2009; Noble & Jones, 2010; Garner-Molina, et al., 2013). Författarna till uppsatsen i fråga ser det som ett positivt tecken att sjuksköterskor har tillräckligt med kunskap om både spirituell och religiös vård för att kunna skilja dem åt. Som exempel skulle en sjuksköterska som själv har en övertygelse om en religion kanske inte vilja vårda en patient

spirituellt, men gärna religiöst om samma tro delas av en patient och en sjuksköterska. Ytterligare studier, till exempel från Koslander, Å Lindström och Barbosa da Silva (2012) visar också på komplexiteten: flera patienter och sjuksköterskor har tidigare och högst individuella erfarenheter av andlighet och religion, vilket naturligtvis påverkar vilken vård som är lämplig att ge (ibid).

Resultaten visade också att sjuksköterskor gärna hänvisade patienter till någon annan, till exempel en präst (Christensen och Turner, 2008; Tornøe, et al., 2014), vilket gör att den andliga och spirituella vården inte uteblir även om en sjuksköterska i fråga är ovillig att ge spirituell eller religiös vård. Författarna menar att det är positivt att sjuksköterskor tar tag i situationen och kontaktar någon annan med annorlunda kompetens, så som en religiös ledare, när de känner att de själva inte kan hantera samtalet på ett tillfredsställande sätt. Det är däremot oklart vad som förväntas av sjuksköterskor, när de ska klara av samtalet på egen hand, då det trots allt enligt Socialstyrelsen (2005) ska ingå i sjuksköterskors kompetensområde att tillgodose patienters fysiska, psykiska och andliga behov (ibid).

Enligt en norsk studie av Cone och Giske (2012) framkommer det att vårdpersonal får bristande utbildning i andlig vård. Andlighet ansågs privat, och det fanns även ett motstånd att undervisa om det (ibid), men i en av studierna som använts till kandidatuppsatsens resultat, av Tornøe, et al. (2014), hade två av deltagarna gått kurser i teologi med inriktning på omvårdnad, och de ansågs vara till god hjälp i deras arbete när patienter hade existentiella, andliga eller religiösa frågor. Författarna menar att studenter kan känna sig påtvingade andliga, religiösa eller existentiella tankesätt om dess seder och bruk skulle ingå som ett obligatoriskt moment i sjuksköterskeutbildningen. Istället kan det diskuteras om en fortutbildning för personalen, erbjuden av arbetsgivare eller universitet/högskolor, skulle kunna höja kompetensen och kunskapen hos sjuksköterskor, då det finns många positiva effekter av andlig, religiös och existentiell vård och flera negativa utfall när den andliga/religiösa vården uteblir, var god se den föreliggande studiens resultat.

Sjuksköterskors möjligheter att stötta patienter i förhållande till copingstrategier i en sjuksköterskas arbete

Ett huvudfynd i föreliggande kandidatuppsats var att sjuksköterskor hade ett behov att känna mening med sitt arbete för att klara av att jobba med döende människor och ofta upplevde sjuksköterskor meningsfullhet när de kunde känna att de hade gjort ett bra jobb.

Basinska, et al. (2011) studerade "känsla av sammanhang" (KASAM) och relationen mellan dess komponenter och fann i sina resultat ett starkt samband mellan sjuksköterskors känsla av sammanhang och ett positivt och hälsosamt arbetsliv. Utbrända sjuksköterskor hade i sin tur en lägre känsla av sammanhang (ibid). Känslan av meningsfullhet kan göra det möjligt för sjuksköterskor att jobba med svåra saker eftersom det ger dem en mening med det de gör. Att det i arbetet finns en stor tidsbrist och press på att allt som ska hinna göras, kan tänkas försvåra för sjuksköterskor att uppfatta sitt arbete och arbetsplatsen som meningsfull.

Modet att våga möta patienters existentiella och andliga frågor kom enligt sjuksköterskor med erfarenheten i yrket (Noble & Jones, 2010; Tornøe, et al., 2014). Att under en längre tid arbeta med döende människor och stötta dem under livets slut, ger sjuksköterskor en värdefull kännedom för vidare arbete. Erfarenheterna kan ge en begriplighet av hur processen ser ut och vad som kommer ske och varför. Att begripa vad som kommer ske, kan ge sjuksköterskor en möjlighet att utifrån erfarenheterna fokusera på den andliga vården av patienten, och en möjlighet att känna meningsfullhet med sitt arbete. Det kan däremot tänkas, precis som Bailey, et al. (2009); Tornøe, et al. (2014); Noble & Jones (2010) beskriver, att sjuksköterskor utan erfarenhet av de svåra situationerna, känner sig mer osäkra (ibid). Enligt Basinska, et al. (2011) bör sjuksköterskor som vårdar döende människor få en anpassad utbildning och ökad kunskap inom ämnet (ibid). Författarna ställer sig frågande till hur man ska kunna få nya sjuksköterskor att känna sig säkra i arbetet, då de inte har någon erfarenhet. Det behöver läggas stor vikt på att få adekvat kunskap, kanske i form av utbildningar, men samtidigt undrar författarna om det finns något bra sätt att lära sig möta patienterna, eller om det är ett faktum att det är något som kommer med erfarenheten.

Tron ses ofta som en viktig komponent när människor ska dö, och den stärks ofta ytterligare i livets slutskede (Garnero-Molina, et al., 2013). Sjuksköterskors sätt att hantera den situation de ställs inför ser olika ut och utgår från förutsättningar runt omkring. Sjuksköterskors egen tro kan i många fall användas som verktyg för att kunna förstå och hantera det som komma skall. Det kan ifrågasättas om det rent organisatoriskt kan göras något för att förbättra sjuksköterskors möjlighet, när det tidigare i föreliggande studie nämns att det inte går att välja copingstrategi, utan att det i så fall är något som sker per automatik.

Slutsats och kliniska implikationer

Den här litteraturstudien syftar till att belysa sjuksköterskors upplevelser av att möta döende patienters existentiella, spirituella och religiösa tillvaro från ett sjuksköterskeperspektiv. Sjuksköterskor upplever ofta en rädsla och osäkerhet inför att möta och vårda döende patienter. Återkommande är en känsla av att inte räcka till för patientens behov, att inte kunna eller förmå prata om de svåra ämnen som patienterna vill ta upp och en rädsla av att påverka patienterna utifrån sin egen tro och sina egna värderingar. En del sjuksköterskor får stöd i sin egen tro, vilken hjälper till att förstå och känna mening med det som händer och i den omvårdnad de ger. Tidsbrist var en betydande faktor som gjorde samtalen med patienterna svårare och ibland uteblev därför andliga eller existentiella konversationer. Det framkommer delade meningar om vad de centrala begreppen inom andlig, existentiell och religiös vård definieras som, vilket har gjort att sjuksköterskor känner sig osäkra på hur vården i fråga ska utföras. Resultaten tyder vidare på att erfarenhet av att vårda döende människor är till hjälp för att sjuksköterskor ska känna sig mer trygga i situationen.

Det är tydligt att många sjuksköterskor upplever osäkerhet och rädsla inför mötet med döende patienter, vilket ofta bidrar till en negativ påverkan på både sjuksköterskor och omvårdnaden. För att stötta nyutexaminerade sjuksköterskor tycks det därför generellt sett som om mer utbildning inom palliativ vård är avgörande för ett fortsatt och utvecklande arbete med döende patienter. Däremot föreslår författarna att andlig, existentiell och religiös vård inte ska ingå i grundutbildningen utan som fortutbildning.

En del tidigare forskning är genomförd inom området, främst i Nordamerika och Australien. Det kan därför tyckas intressant om efterföljande forskning skulle fokusera på hur upplevelserna i Europa ser ut. Vidare kan fortsatt forskning inriktas mot att förebygga att sjuksköterskor upplever en rädsla inför att möta döende patienter, samt hur andlig vård skulle kunna standardiseras som ett kvalitativt fenomen.

Den föreliggande kandidatuppsatsens resultat kan vara relevant att använda i den kliniska verksamheten. Kandidatuppsatsen förtydligar vad begreppen existentiell, andlig och religiös betyder vilket är en viktig utgångspunkt för all vidare utbildning av personalen. Uppsatsen belyser också att flertalet sjuksköterskor känner sig osäkra i mötet med döende patienter som vill prata om existentiella, andliga eller religiösa frågor. Det är ett viktigt fynd för den kliniska

verksamheten när nya kollegor ska introduceras, då de kan behöva extra stöttning. Kandidatuppsatsen tar också upp några metoder för ett lyckat möte, vilket kan komma att användas som tips för sjuksköterskor som är osäkra på hur de ska hantera situationen i fråga. Till sist sprider uppsatsen i fråga även kunskap om vad tro gör för sjuksköterskorna, både för och nackdelar.

Författarnas arbetsfördelning

Härmed intygas att författarnas arbetsfördelning har varit jämn och ansvaret har fördelats lika genom hela arbetsprocessen. Sökandet och granskningen av artiklar gjordes individuellt, varpå de sammanfördes, granskades av uppsatspartnern och analyserades gemensamt. Uppsatsens skriftliga utformning och innehåll har tillkommit genom lika ansvar och arbetsfördelning.

Referenser

- Albinsson, L., & Strang, P. (2003). Existential concerns of families of late-stage dementia patients: questions of freedom, choices, isolation, death, and meaning. *Journal Of Palliative Medicine*, 6(2), 225-235.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. (2. utg.) Stockholm: Natur och kultur.
- *Bailey, M. E., Moran, S., & Graham, M. M. (2009). Creating a spiritual tapestry: nurses' experiences of delivering spiritual care to patients in an Irish hospice. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(1):42-8.
- Barrere, C., & Durkin, A. (2014). Finding the Right Words: The Experience of New Nurses after ELNEC Education Integration Into a BSN Curriculum. *MEDSURG Nursing*, 23(1), 35-53.
- Basinska, M., Andruszkiewicz, A. & Grabowska, M. (2011). Nurses' sense of coherence and their work related patterns of behavior. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 24(3), 256-266. doi: 10.2478/S13382-011-0031-1
- *Browall, M., Henoch, I., Melin- Johansson, C., Strang, S., & Danielsson, E. (2014). Existential encounters: Nurses descriptions of chritical incidents in end of life care. *European Journal of Oncology Nursing*, 18, 636-644.
- Cheng, S., Dy, S., Hu, W., Chen, C., & Chiu, T. (2012). Factors Affecting the Improvement of Quality of Dying of Terminally Ill Patients with Cancer through Palliative Care: A Ten-Year Experience. *Journal of Palliative Medicine*, 15(8), 854-862. doi:10.1089/jpm.2012.0033
- *Christensen, K. H., & Turner, d. S. (2008). Spiritual care perspectives of Danish registered nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 26(1):7-14. doi: 10.1177/0898010107301869.
- Collins, M., & Lehane, E. (2013). Perspectives on Death, Dying and Advance Care Planning from patients receiving haemodialysis. *Journal of Renal Care*, 39(1), 5-11. doi:10.1111/j.1755-6686.2013.00340.x
- Cone, P., & Giske, T. (2012). Teaching spiritual care – a grounded theory study among undergraduate nursing educators. *Journal of Clinical Nursing*, 22: 1951–1960.
- Cook, K. A., Mott, S., Lawrence, P., Jablonski, J., Grady, M. R., Norton, D., & Connor, J. A. (2012). Coping While Caring for the Dying Child: Nurses' Experiences in an Acute Care Setting. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(4), e11-21. doi:10.1016/j.pedn.2011.05.010
- Deal, B., & Grassley, J.S. (2012). The Lived Experience of Giving Spiritual Care: A Phenomenological Study Of Nephrology Nurses Working in Acute And Chronic Hemodialysis Settings. *Nephrology Nursing Journal*, 39(6), 471-481, 496.
- Flemming, K. (1998). Answerable questions. *Evidence- Based Nursing*, 1, 36- 37 doi:10.1136/ebn.1.2.36

Friberg, F. (red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Glasdam, S. (2008) ”Professionsbaserings”: Et mangetydigt begreb – med en sygeplejerskeuddannelse som eksempel". *Klinisk omvårdnad*, nr 2: 35-44

Goodnite, P. M. (2014). Stress: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 49(1), 71-74. doi:10.1111/nuf.12044

*Granero-Molina, J., Díaz Cortés, M. M., Márquez Membrive, J., Castro-Sánchez, A. M., López Entrambasaguas, O. M., & Fernández-Sola, C. (2014). Religious faith in coping with terminal cancer: What is the nursing experience? *European Journal of Cancer Care*, 23(3), 300-309. doi:10.1111/ecc.12150

Gärde, J. (2015). Shrinking Religious Communities and Thriving Interreligious Social Work in Postsecular Sweden. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 34, 1-23

Hammarström, A. (2013). 1177. *Vård i livets slutskede*. Hämtad 18 november, 2014 från <http://www.1177.se/Stockholm/Regler-och-rattigheter/Vard-i-livets-slutskede/>

Houtepen, R., & Hendriks, D. (2003). Nurses and the virtues of dealing with existential questions in terminal palliative care. *Nursing Ethics*, 10(4), 377-387. doi:10.1191/0969733003ne620oa

Hörnsten, Å. (2013). *Vårdhandboken. Översikt, personcentrerad vård*. Hämtad 2014-11-18 från <http://www.varhandboken.se/Texter/Personcentrerad-var/Oversikt/>

Johnson, A., Chang, E., & O'Brien, L. (2009). Nursing the dying: a descriptive survey of Australian undergraduate nursing curricula. *International Journal of Nursing Practice*, 15, pp. 417-425. <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1440-172X.2009.01790.x>

Karlsson, M., Roxberg, A., 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.

Kirkevold, M (2000) *Omvårdnadsteorier*.Lund: Studentlitteratur

*Kisvetrová, H., Klugar, M., & Kabelka, L. (2013). Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(12), 599-605.

Koslander, T., Å Lindström, U., & Barbosa da Silva, A. (2012). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27: 560- 568.

Kozier, B., Berman, A. & Snyder, S.J. (red.) (2012). *Kozier & Erb's Fundamentals of nursing: concepts, process, and practice*. (9. ed.) Upper Saddle River, N. J. : Pearson.

- Letho, R. (2012). The challenge of Existential Issues in Acute Care: Nursing Considerations for the Patient With a new Diagnosis of Lung Cancer. *Clinical Journal of Oncology nursing*, 16 (1), E4- E11.
- Liu, Y., Su, P., Chen, C., Chiang, H., Wang, K., & Tzeng, W. (2011). Facing death, facing self: nursing students' emotional reactions during an experiential workshop on life-and-death issues. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5/6), 856-863. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03545.x
- Mako, C., Galek, K., & Poppito, S. R. (2006). Spiritual pain among patients with advanced cancer in palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1106-1113.
- Martinsen, K., Kirkevold, M., Nortvedt, F. & Alvsvåg, H. (red.) (1994). *Klokhet, omdöme och skicklighet: Kari Martinsens inflytande på omvårdnad och utbildning*. Lund: Studentlitteratur.
- Mc Sherry, W., & Jamieson, S. (2013). The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3170- 3182.
- Nationalencyklopedin. (2015a). *Spiritualitet*. Hämtad 2015-04-16 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/spiritualitet>
- Nationalencyklopedin, (2015b). *Existentiell*. Hämtad 2015-04-16 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/existentiell>
- Nationalencyklopedin, (2015c). *Tro*. Hämtad 2015-06-05 från <http://www.ne.se/s%C3%B6k/?t=uppslagsverk&q=tro>
- Nationalencyklopedin, (2015d). *Religion*. Hämtad 2015-06-05 från <http://www.ne.se/s%C3%B6k/?t=uppslagsverk&q=religion>
- Nationella Rådet för PalliativVård, (2014). *Vad är palliativ vård?* Hämtad 17 november 2014 från <http://www.nrpv.se/vad-ar-palliativ-varld/>
- *Noble, A., & Jones, C. (2010). Getting it right: oncology nurses' understanding of spirituality. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(11):565-9.
- *Oflaz, F., Arslan, F., Uzun, S., Yilmazkol, E., & Unlü, E. (2010). A survey of emotional difficulties of nurses who care for oncology patients. *Psychological reports*, 106(1):119-30.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2009[2010]). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7., [updated] ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- *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.
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 2015- 05- 10 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Shalev, C. (2010). Reclaiming the patient's voice and spirit in dying: an insight from Israel. *Bioethics*, 24(3), 134-144. doi:10.1111/j.1467-8519.2009.01790.x

Socialstyrelsen. (2014). *Socialstyrelsens termbank, Vård i livets slutskede*. Hämtad 2014-11-18 från <http://socialstyrelsen.iterm.se/showterm.php?fTerm=cGFsbGlhdGl2IHbDpXJkIGkGbGl2ZXRzIHNSdXRza2VkJkZQ==&fsrcLang=se&trgLang=en&fSubject=>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad: 2014-11-25 från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2005). *Kriterier för bestämmande av människas död*. Hämtad 2014-11-21 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9833/2005-10-10_2005_10.pdf

Strang, S., Bergh, I., Ek, K., Hammarlund, K., Prahl, C., Westin, L., Österlind, J., & Henoch, I. (2014). Swedish nursing students' reasoning about emotionally demanding issues in caring for dying patients. *International Journal of Palliative Nursing*, 20 (4) 194-200.

Strang, S., Henoch, I., Danielsson, E., Browall, M., & Melin- Johansson, C. (2013). Communication about existential issues with patients close to death- nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho- Onchology*, 23: 562- 568.

Strang, P., Strang, S., Hultborn, R., & Arnér, S. (2004). Existential pain -An entity, a provocation, or a challenge? *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(3), 241-250.

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 20 november 2014 från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf,

Tapley, MP., Pilling, L., Jolley, D., Daniels, AM., & El- Mahmoudi, B. (2013). Hospice transfer for patients at the end of life: part 1. *Nursing Standard*, 28 (8) 42- 48.

*Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sørli, V. (2014). The power of consoling presence - hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying. *BMC Nursing*, 3;13:25. doi: 10.1186/1472-6955-13-25.

*Udo, C., Danielsson, E., & Melin- Johansson, C. (2012). Existential issues among nurses in surgical care- a hermeneutical study of chritical incidents. *Journal of advanced nursing*, 569-577.

Vård i Norden. (2003). *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*. Hämtad 20 november 2014 från http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN_etiske_retningslinjer.pdf

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

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

World Medical Association, (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hämtad 2015-04-27 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Modifierat granskningsprotokoll för kvantitativa studier

Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011)

Referens: Författare:
Titel:

Deltagarkarakteristika: Antal:
Yrke:
Kön:

Vad avser studien att studera? _____

Finns titel, abstrakt, syfte, metod, resultat, analys och referenser?	JA	NEJ
Finns lämpliga exklusionskriterier?	JA	NEJ
Är designen lämplig för syftet?	JA	NEJ
Finns ett etiskt resonemang?	JA	NEJ
Är urvalsprocessen tydligt beskriven?	JA	NEJ
Är urvalet representativt?	JA	NEJ
Förekommer blindning?	JA	NEJ
Finns bortfallsanalys och storlek beskriven?	JA	NEJ
Är datainsamlingen tydligt beskriven?	JA	NEJ
Är resultatet tydligt?	JA	NEJ
Diskuterar författarna resultaten?	JA	NEJ
Diskuteras resultatens generaliserbarhet?	JA	NEJ
Diskuteras validiteten?	JA	NEJ
Beskrivs metod, urval, analys och diskussion på ett tydligt sätt?	JA	NEJ

Huvudfynd _____

Sammanfattande bedömning av kvalitet

HÖG

MEDEL

LÅG

Kommentar _____

Granskare sign _____

Modifierat granskningsprotokoll för kvalitativ metod
Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011)

Referens	Författare: Titel:		
Deltagarkarakteristika	Antal: Yrke: Kön:		
Är titel, abstrakt, syfte, metod, resultat, diskussion och referenser med i studien?		JA	NEJ
Finns det en tydlig problemformulering?		JA	NEJ
Är kontexten presenterad?		JA	NEJ
Finns ett etiskt resonemang?		JA	NEJ
Urval			
Är urvalet relevant?		JA	NEJ
Är urvalsförandet tydligt beskrivet?		JA	NEJ
Datainsamling			
Är datainsamlingsprocessen tydligt beskriven?		JA	NEJ
Är metoden för datainsamling pålitlig?		JA	NEJ
Analys			
Beskrivs analysprocessen tydligt?		JA	NEJ
Framkommer teman i analysen?		JA	NEJ
Resultat			
Är resultatet logiskt?		JA	NEJ
Redovisas resultatet klart och tydligt?		JA	NEJ
Diskuterar författarna resultatet?		JA	NEJ
Är resultaten trovärdiga?		JA	NEJ
Kommunicerbarhet			
Diskuteras klinisk relevans/överförbarhet?		JA	NEJ

Huvudfynd

Sammanfattande bedömning av kvalitet

HÖG

MEDEL

LÅG

Kommentar

Granskare sign _____

Bilaga 2

Litteraturmatris

Författare, år, land, titel	Syfte	Deltagare	Metod	Resultat	Kvalitet
V. Roche- Fhay & M. Dowling. (2009). Irland. <i>Providing comfort to patients in their palliative care trajectory: experiences of female nurses in an acute setting</i>	Undersöka sjuksköterskors erfarenhet av palliativa patienter på en akutvårdsavdelning på västra Irland.	12 sjuksköterskor, samtliga kvinnor, med 7-40 års erfarenhet.	Gadamerian hermeneutisk fenomenografisk metod. Under processens gång gjordes anteckningar, analysering, reflektioner och nya nteckningar.	Fyra huvudteman framkom: ”tid är viktigt för att kunna ge komfort”, ”känslomässigt arbete för att ge komfort”, ”holistisk approach” och ”utbildning behövs för support”.	Hög
J. Garnero- Molina, M.M. Díaz Cortez, J. Márquez Membrive, A.M. Castro- Sánchez, O.M. López Entrambasaguas & C. Fernández- Sola. (2013). <i>Religious faith in coping with terminal cancer: what is the nursing experience?</i>	Utforska och förstå sjuksköterskors upplevelse av patienters tro/ förändring i tron vid livets slut då patienter interagerar med sjuksköterskor på en spirituellt nivå.	23 sjuksköterskor med medelålder 26,3år och som hade jobbat med cancerpatienter i genomsnitt 12,4månader.	Kvalitativ metod med Gadamerian- baserad hermeneutisk forskningsmetod användes. Sjuksköterskorna blev enskilt intervjuade vid ett tillfälle med en ostrukturerad dialogintervju.	Tre huvudteman: 1. Tro hjälper coping-processen vid obotlig cancer. 2. Tro hindrar cpoingprocessen vid obotlig cancer. 3. Svår sjukdom skapar tro.	Hög

<p>H. Kisetrová, M. Klugar, L. Kabelka. (2013).</p> <p><i>Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life.</i></p>	<p>Utreda åtgärder sjuksköterskor använder för att ge andligt stöd vid dödsångest.</p>	<p>468 Sjuksköterskor i Tjeckien vilka hade jobbat minst ett år på hospice, onkologisk avdelning, geriatrisk avdelning, äldreboende eller i hemvården.</p>	<p>Kvantitativ metod. I den här större studien fick sjuksköterskorna svara på ett skattningsformulär från 1- 5 där 1= alltid 5= aldrig alternativt 1= alltid och 5 = vet inte.</p>	<p>En tabell togs fram där det vanligaste till det minst vanliga rankades. Det vanligaste var ”behandla patienten med värdighet och respekt” och det minst vanliga var ”be tillsammans med patienten”.</p>	<p>Hög</p>
<p>M. Browall, I. Henoch, C. Melin- Johansson, S. Strang & E. Danielsson. (2014).</p> <p><i>Existential encounters: Nurses descriptions of critical incidents in end- of- life- cancer care</i></p>	<p>Beskriva sjuksköterskors upplevelse vid vårdande av svåra cancerpatienter då existentiella situationer uppstår.</p>	<p>76 svenska sjuksköterskor från hospice, onkologen, kirurgen och hemvården deltog i studien. Samtliga kvinnor. Tiden de hade arbetat som sjuksköterskor var i genomsnitt 1,8år.</p>	<p>Kvalitativ metod där deltagarna fick skriva ner sina erfarenheter av den efterfrågade situationen.</p>	<p>Två huvudteman framkom: Mötet med existentiell smärta och upplevelse av hopp</p>	<p>Hög</p>
<p>K. Haugaard Christensen & d. S. Turner. (2008). Danmark</p> <p><i>Spiritual Care Perspectives of Danish Registered Nurses</i></p>	<p>Att beskriva hur registrerade sjuksköterskor ser på spirituellt vård och hur de använder sig av spirituellt vård i sitt arbete.</p>	<p>Sex registrerade sjuksköterskor på kirurgi, dialys och neurologiavdelningar. Medelålder 40 år.</p>	<p>Kvalitativ metod. Individuella djupgående intervjuer om upplevelser av spirituella, existentiella och religiösa situationer med patienter, spelades in och analyserades.</p>	<p>Det framkom fyra tema. Sjuksköterskan behöver lära känna patienten innan de kan ge spirituellt vård, att ge spirituellt vård är utmanande, det spirituella är patientens privata sak, det finns andra anställda för detta.</p>	<p>Hög</p>

<p>M. E. Bailey, S. Moran & M. M. Graham. (2009) Irland.</p> <p><i>Creating a spiritual tapestry: nurse's experiences of delivering spiritual care to patients in an Irish hospice.</i></p>	<p>Att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att ge spirituellt vård inom den palliativa vården.</p>	<p>22 kvinnliga allmänsjuksköterskor anställda inom palliativ vård i minst 12 månader.</p>	<p>Kvalitativ metod. Semistrukturerade intervjuer. Öppna följdfrågor för att öka förståelsen och tydliggöra underliggande meningar i sjuksköterskornas berättelser.</p>	<p>Underteman identifierades. Förståelse av spiritualitet, att identifiera patientens behov av spirituellt vård, utbildning och kunskap och svårt med spirituellt vård var de framträdande svårigheterna.</p>	<p>Hög</p>
<p>A. Noble & C. Jones. (2010). Storbritannien.</p> <p><i>Getting it right: oncology nurses' understanding of spirituality.</i></p>	<p>Att beskriva hur onkologisjuksköterskor förstår den spirituella vården och på vilket sätt detta är ett komplext område.</p>	<p>Sju sjuksköterskor som jobbar på en onkologiavdelning.</p>	<p>Kvalitativ tvärsnittsmetod. Individuella semistrukturerade intervjuer användes för att få fram teman.</p>	<p>Förståelse för spiritualitet, sjuksköterskans egna spirituella färdighet, hinder för att ge spirituellt vård och att se patientens behov. Svårighet att skilja på spiritualitet och religion sågs också.</p>	<p>Hög</p>
<p>K. A. Tornøe, L. J. Danbolt, K. Kvigne, V. Sørli. (2014). Norge.</p> <p><i>The power of consoling presence – hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying.</i></p>	<p>Att beskriva betydelsen av sjuksköterskors upplevda erfarenheter på hospice, för att kunna lindra döende patienters spirituella och existentiella lidande.</p>	<p>8 sjuksköterskor inom palliativ vård. Ålder mellan 41-61 år. 8-35 års erfarenhet.</p>	<p>Kvalitativ fenomenologisk hermeneutisk metod, för att kunna beskriva upplevelser från en intervjutext. Individuella intervjuer användes.</p>	<p>Svårigheter att uppfatta existentiell och spirituellt lidande, våga finnas och öppna upp sig, våga som sjuksköterska att bli rörd och att kunna stötta genom tystnad var svårigheter som framkom i resultatet.</p>	<p>Medel</p>

<p>F. Oflaz, F. Arzlan, Ş. Uzun & A. Ustunsoz, E. Yilmazkol & E. Ünlü. (2010). Turkiet.</p> <p><i>A survey of emotional difficulties of nurses who care for oncology patients'.</i></p>	<p>Att undersöka vilka känslomässiga svårigheter som finns när sjuksköterskor ska vårda döende patienter.</p>	<p>157 sjuksköterskor från tre olika onkologiska avdelningar.</p>	<p>Deskriptiv metod. Utformning av en enkätundersökning.</p>	<p>Resultatet visade att sjuksköterskorna hade svårt att prata med patienterna om frågor om livets slut och de kände att det påverkade deras privata känsloliv.</p>	<p>Medel</p>
<p>C. Udo, E. Danielsson, C. Melin- Johansson. (2012). Sverige</p> <p><i>Existential issues among nurses in surgical care- a hermeneutical study of critical incidents.</i></p>	<p>Fördjupa förståelsen av vad sjuksköterskor som jobbar med kirurgi har för erfarenheter av existentiella vårdsituationer.</p>	<p>Fem sjuksköterskor och fem undersköterskor där samtliga hade mer än 6månaders erfarenhet i yrket.</p>	<p>Kvalitativ metod där data samlades in både skriftligt och vid intervjuer</p>	<p>Tre teman framkom: ”inre dialog för meningsfullt vårdande”, ”sökandet efter det rätta sättet att vårda” och ”barriärer i att ge sällskap när patienten är bortom medicinsk hjälp”.</p>	<p>Hög</p>