



Høgskulen
på Vestlandet

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling - Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 575.

Antall ord: 8956.

Byrden og berikelsen ved å være hjelper:

En litteraturstudie om sykepleierens mestring i palliativ omsorg.



(Hentet 18.04.17 fra

<http://www.compassionfatigue.org/pages/healthprogress.pdf>)

Bachelorutdanning i sykepleie, Avdeling for helsefag
Haugesund, april 2017

Kull 2014

Antall ord: 8956

Sammendrag

Tittel: Byrden og berikelsen ved å være hjelper: en litteraturstudie om sykepleierens mestring i palliativ omsorg.

Bakgrunn: I 2015 var det omtrent 80 % personer som døde i helseinstitusjoner og sykehus i Norge. Sykepleiere er den profesjonen som oftest står pasienten nærmest i disse situasjonene. Kontinuerlige omsorg for døende og lidende pasienter kan gå utover sykepleieres helse. Økning i antall pasienter og effektivisering i fremtiden gjør at belastningene på sykepleiere også vil øke.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleieren mestre de psykiske påkjenningene av å gi omsorg til døende pasienter?

Hensikt: Bacheloroppgaven har som formål å undersøke hva som bidrar til god mestring hos sykepleiere som jobber innen palliativ omsorg. Jeg ønsker å rette et fokus på at selv om man er profesjonell, så står sykepleiere i fare for å bli emosjonelt utmattet av det daglige arbeidet.

Metode: Litteraturstudie. 6 forskningsartikler er inkludert og er benyttet sammen med relevant litteratur for å belyse problemstillingen.

Funn: I de seks utvalgte forskningsartiklene viser det seg at det kan være belastende å ha nær kontakt med døende pasienter. Mestringsstrategier som blir tatt opp er å utvikle et profesjonelt balansert forhold til pasienter, samhandling med pårørende og samarbeid med øvrige sykepleiere, og lederens tilretteleggelse av rammene rundt.

Konklusjon: Sykepleiere i palliativ omsorg bør holde en viss balanse i den profesjonelle avstanden til pasientene. Det sosiale miljøet på jobb er en viktig ressurs i mestringen til sykepleierne i form av åpenhet, kommunikasjon og samarbeid. Ledelsen bør tilrettelegge og anerkjenne sykepleierne i det arbeidet de gjør, og det fremstår som et svært viktig grunnlag for å sykepleiernes mestring.

Abstract

Title: The burden and enrichment of being a helper: a literature study about the nurses' coping with palliative care.

Background: In 2015 there were about 80 % of people who died in health institutions and hospitals in Norway. Nurses are the profession the patient most often is closest to in these situations. Continuous care for dying and suffering patients may influence nurses' health and well-being. Increasing patient numbers and greater focus on efficiency in the future will also increase the burden on the nurses.

Research question: How can the nurse cope with the stress of caring for dying patients?

Aim: The purpose of the Bachelor's thesis is to investigate what contributes to the coping process among nurses who work in palliative care. I want to focus on the fact that even if you are a professional, nurses are at risk of being emotionally exhausted by their daily work.

Method: Literature study. 6 research articles are included and have been used together with relevant literature to elucidate the research question.

Findings: In the six selected research articles it appears that it may be stressful to have close contact with dying patients. Coping strategies that is addressed are development of a professionally balanced relationship with patients, interaction with relatives and cooperation and support with other nurses, and the manager's organization of the framework around the nurses.

Conclusion: Nursing patients in palliative care one should keep a certain balance in the professional distance to the patients. The social environment at work is an important resource in the coping of nurses in terms of openness, communication and cooperation. Management should facilitate and give recognition to nurses in the work they do, and it appears to be a very important basis for nurses' coping.

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2	HENSIKT	2
1.3	PROBLEMSTILLING	2
1.4	AVGRENSING OG PRESISERING AV TEMA	2
1.5	BEGREPSAVKLARING	2
2.0	TEORI	4
2.1	AARON ANTONOVSKY OM SALUTOGENESE OG OPPLEVELSE AV SAMMENHENG	4
2.2	PALLIASJON	6
2.3	HELSEFREMMEDE ARBEIDSMILJØ OG LEDELSE	7
2.4	SYKEPLEIERENS PÅKJENNINGER	8
3.0	METODE	10
3.1	DEFINISJON AV METODE	10
3.2	LITTERATURSTUDIE SOM METODE	11
3.3	FORSKNINGSETIKK	11
3.4	KILDEKRITIKK	12
3.5	SØKEPROSESS	12
4.0	RESULTAT	14
	PROFESSIONAL COMPASSION FATIGUE: WHAT IS THE TRUE COST OF NURSES CARING FOR THE DYING.	14
	BURNOUT IN NURSES WORKING IN PORTUGUESE PALLIATIVE CARE TEAMS: A MIXED METHODS STUDY.	14
	WHAT IS SO STRESSFUL ABOUT CARING FOR A DYING PATIENT? A QUALITATIVE STUDY OF NURSES EXPERIENCES.	15
	WHERE DO NURSES GO FOR HELP? A QUALITATIVE STUDY OF COPING WITH DEATH AND DYING.	16
	IS WORK STRESS IN PALLIATIVE CARE NURSES A CAUSE FOR CONCERN? A LITERATURE REVIEW.	16
	CARING AND COPING.	17
4.1	SAMMENDRAG AV FUNN	18
5.0	DRØFTING	19
5.1	SYKEPLEIERENS INTERNE MESTRINGSSTRATEGIER	19
5.2	RELASJONEN MELLOM SYKEPLEIER, PASIENT OG PÅRØRENDE	22
5.3	SAMHOLD OG SOSIAL STØTTE BLANT KOLLEGAER	23
5.4	ANERKJENNELSE OG TILRETTELEGGING FRA LEDELSEN	25
6.0	KONKLUSJON	28
7.0	LITTERATURLISTE	29
	VEDLEGG I: SJEKKLISTE FOR VURDERING AV KVALITATIV FORSKNING	33
	VEDLEGG 2: SØKETABELL.	37

1.0 Innledning

I yrkesetiske rettlingslinjer utgitt av Norsk Sykepleierforbund, er sykepleierens fundamentale plikt å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (NSF, 2011). Døden er noe svært mange sykepleiere kan møte omtrent uavhengig av hva slags avdeling en har som arbeidsplass. I følge statistikk fra Folkehelseinstituttet (2015) døde om lag 80 % personer i Norge i året 2015 på sykehus og i helseinstitusjoner. Sykepleiere er den profesjonen som oftest står pasienten nærmest. Å arbeide med denne pasientgruppen samt deres pårørende krever stor faglig dyktighet, evne og vilje til å gi av seg selv. For at sykepleiere effektivt skal kunne håndtere dette må sykepleieren inneha kunnskap om seg selv og sine meninger, følelser og reaksjoner som kan utløses i vanskelige situasjoner (Kalfoss, s. 497, 2016). Selv om sykepleiere er en profesjonell utøver av yrket, vil man uansett bli påvirket av død og dermed stå i fare for å utvikle helseproblemer grunnet denne belastningen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Mye av pensumlitteraturen forteller oss hvordan en sykepleier skal behandle og støtte pasienter i møtet med døden. Det er et svært sentralt og viktig tema å inneha kunnskap om. Sykepleiere tilstreber å gi så god og helhetlig sykepleie til pasientene som mulig. Jeg ønsker å rette fokuset mot den andre siden av dette – hvordan møtet med døden oppleves for sykepleieren selv. Jeg vil undersøke på hvilken måte denne omsorgen har effekt sykepleieren, og hvordan sykepleierne eventuelt mestrer disse påkjenningene. Sykepleiere forholder seg til mennesker i problematiske livssituasjoner noe som er følelsesmessig utfordrende og krevende. Sosialpsykologen Christina Maslach har definert utbrenthet som et psykisk syndrom med emosjonell utmattelse, depersonalisering og redusert personlig ytelse som kan ramme personer som jobber med mennesker (Mathisen, 2012, s. 182). Emosjonell utmattelse er en oversettelse av det engelske begrepet *professional compassion fatigue (PCF)*.

Min personlige bakgrunn for valget av dette temaet kom fra tidligere praksis, da jeg var utplassert ved en kommunal lindrende avdeling. Her oppdaget jeg at sykepleierne hadde et så stort fokus på pasienten og pårørende, at de kunne glemme seg selv oppi situasjonene. Samtidig var det også hyppige dødsfall slik at det kunne se ut som at

sykepleierne sto konstant oppi det og kanskje lite mulighet til å bearbeide inntrykk. Dødsfallene var også hyppige, og tiden for sykepleierne til å ta vare på sine egne behov, virket altfor knapp. Møte med døden er også et tema som er stressende for sykepleiere og sykepleierstudenter. Muligens fordi man gjerne vil bidra med god omsorg til både pasienter og etterlatte, og man dermed legger et stort press på seg selv. Det kan også tenkes at sykepleiere som effektivt mestrer disse situasjonene vil utvikle seg som både person og profesjonell. I tillegg er det rimelig å anta bidra til bedre behandling av pasienter og pårørende.

1.2 Hensikt

Formålet med litteraturstudien er å få økt kunnskap om mestringsstrategier som kan benyttes av sykepleiere som arbeidet i det palliative fagfeltet. Samtidig ønsker jeg å belyse de belastningene som sykepleiere møter i sin utøvelse av yrket. Oppgaven vil også omhandle et organisatorisk innslag, med hva som legger til rette for mestring og et helsefremmende miljø blant sykepleierne.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren mestre de psykiske påkjenningene av å gi omsorg til døende pasienter?

1.4 Avgrensing og presisering av tema

Oppgaven er begrenset til palliative avdelinger der sykepleiere jobber med høy forekomst av terminale pasienter. Der sykepleieren har pasientkontakt i tiden før pasienten dør, til pasienten dør. Gjennom denne oppgaven vil jeg ta for meg sykepleierens mestringsstrategier på det individuelle plan og hvilke rammen rundt sykepleieren som vil bidra til mestring. Spesifikke sykepleietiltak rettet mot pasienter vil ikke bli tatt opp i denne oppgaven.

1.5 Begrepsavklaring

Her vil jeg presentere en kortfattet definisjon av begrepene i min problemstilling.

Mestring

Mestring defineres som en kontinuerlig endring av kognitiv og atferdsmessig innsats for å takle spesifikke eksterne og/eller interne krav som er vurdert som belastende eller overskrider ressursene hos personen (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141)

Døende

Å være døende er tiden når vedkommende frembyr kliniske tegn på at de fysiologiske, livsoppholdene prosessene er i ferd med å opphøre, og alle mulige reversible årsaker til dette er vurdert og utelukket (Brenne & Dalene, 2016, s. 639).

2.0 Teori

2.1 Aaron Antonovsky om salutogenese og opplevelse av sammenheng

Aaron Antonovsky var en israelsk sosiolog som utarbeidet teorien om salutogenese. Salutogenese er en tilnærming som omhandler hvordan mennesker som blir utsatt for ulike former stress, mestrer dette, og dermed oppnår god helse. Stressfaktorer er noe alle møter på i livet, men det er ulikt hvordan forskjellige mennesker til tross for store belastninger klarer seg veldig godt. En salutogen tilnærming vil fokusere på hva som gir grunnlag for god helse i kontrast til en patologisk tilnærming som handler om hvorfor folk blir eller hva som kan føre til sykdom (Antonovsky, 2012, s. 16).

Det salutogene begrepet beskriver en tilnærming som fokuserer på å støtte menneskers helse og velvære. Det er ingen klare skiller mellom helse og ”uhelse”, men det finnes altså ulike grader av helse som er under endring kontinuerlig. Relasjonen og samspillet mellom helse, belastning og mestring er i sentrum. Stress, eller belastning, blir ikke utelukkende sett på som noe negativt, men en mulighet til å mestre dette, og vil dermed muligens bli noe helsefremmende.

Stressfaktorer er en uunngåelig del av livet. Stilles man ovenfor en stressfaktor, fører dette til en ansent tilstand som man må håndtere. Det er på hvordan måte man håndterer denne stressfaktoren som bestemmer utfallet. Om det blir patologisk, nøytralt eller helsebringende, avhenger av om belastningen håndteres på en god måte.

Antonovsky beskriver et sentralt begrep som omhandler hva som er felles for motstandsressursene som gjør at man kan se en meningsfull sammenheng i mengden av stressfaktorer som kontinuerlig treffer oss som mennesker.

Sense of coherence (norsk: opplevelse av sammenheng, OAS) er begrepet som er definert som ”Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i” (siteret i Antonovsky, 2012, s. 41).

Opplevelsen av sammenheng er tredelt måte å tenke, være og handle på. Med en indre tro på at utfordringene man stilles ovenfor er mulig å påvirke og kan forklares, at man har de ressursene som trengs for å overkomme utfordringene og at situasjoner i livet er verdt å engasjere seg i, og er av betydning for en.

I OAS er det identifisert tre komponenter som Antonovsky ser på som selve kjernen i OAS. Dette kom frem etter å ha undersøkt forskjellen på mennesker som befant seg i den ene enden av sterk OAS, mot mennesker i den andre enden. De tre komponentene er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012, s. 39).

Antonovsky kommer med en påstand om at personer med sterk OAS vil mest sannsynlig vurdere en stressfaktor som mer gledelig, mindre konfliktfylt og mindre farlig, enn hos en person med svak OAS. De tre komponentene er avhengig av hverandre, og dermed vil god mestring være avhengig av OAS samlet (Antonovsky, 2012, s. 44). En viktig ressurs er den grunnleggende tilliten. At man har tro på at ting går bra, at personen har nok ressurser til å takle situasjonen, at det som kan oppleves som forvirrende, vil etter hvert kunne forstås og man kommer frem til gode løsninger (Antonovsky, 2012, s. 146).

Begripelighet er den veldefinerte og uttrykkelige kjernen i den opprinnelige definisjonen, som omhandler i hvor stor grad man opplever at et stimuli man utsettes for i det indre eller ytre miljø, er forståelige, velordnet, har sammenheng, strukturert i stedet for støy – kaotisk, uorganisert, tilfeldig, uforståelig. Mennesker som har god begripelighet, forventer at det forventede stresset de kan oppleve er forutsigbart. Og er de ikke forutsigbare, vil de gjerne kunne plassere det i en sammenheng og forklares (Antonovsky, 2012, s. 40).

Den andre komponenten er håndterbarhet. Håndterbarhet kan sees på de ressursene man har med seg som kan brukes til å takle utfordringene man blir møtt med. Disse ressursene kan være ressurser en selv har kontroll over, eller det kan være ressurser som kontrolleres av en annen. For eksempel en kollega, historie, eller noe eksistensielt, altså en man har tillitt til og kan stole på. Livet byr på mange utfordringer og sterk opplevelse av håndterbarhet kan sees på som at man ikke føler seg som et offer for omstendighetene. Men heller at når negative opplevelser oppstår, er man i stand til å takle dette og komme videre (Antonovsky, 2012, s. 40).

Den siste komponenten, meningsfullhet. Henvender seg noe mer til følelsene, ikke bare det kognitive perspektivet. Meningskomponenten handler helt formelt om i hvor stor grad man føler livet er forståelig følelsesmessig, at tilværelsens utfordringer er verdt å bruke krefter og engasjement på (Antonovsky, 2012, s. 41).

2.2 Palliasjon

Palliativ medisin er en betegnelse på et medisinsk spesialområde. På engelsk brukes det ”palliative care”, og brukes om fagfeltet som en helhet. I det norske språket finnes ingen presis oversettelse av ordet care. Helt praktisk omfatter det både behandling, pleie og omsorg. I dagligtale brukes ”palliativ medisin” og «palliasjon” om hverandre. Begrepet ”hospice” ble mye brukt tidligere og har på engelsk flere betydninger. Noen steder brukes det som en betegnelse på en institusjon mens andre steder kan det bety palliative enhet ved et sykehus. ”hospice program” kan også være betegnelsen på et tverrfaglig team på et sykehus (Kaasa & Loge, 2016, s. 35). Palliasjon defineres av WHO som en tilnærming som tilstreber å øke livskvaliteten til pasienter og deres pårørende som er rammet av uhelbredelig sykdom. Når helbredende behandling ikke lenger har nytteverdi for pasienten, dreies den medisinske behandlingen sitt mål til å heller fokusere på livsforlengelse, symptomlindring og å oppnå best mulig livskvalitet hos pasienten. Ivaretagelse av pasienten og dens pårørende er det sentrale målet når disse erkjenner at sykdommen er av uhelbredelig karakter og pasientens liv nærmer seg en slutfase (Lorentsen & Grov, 2016, s. 425). Sykepleierens rolle i palliasjon kan beskrives som følelsesmessig involverende. Sykepleierstudenter blir forberedt på dette i en viss grad i grunnutdanningen. Det å møte pasienter og pårørende i disse situasjonene kan gi sterke følelsesmessige inntrykk. Sykepleiere har et sterkt ønske om å hjelpe, men har ikke alltid like god tro på seg selv og sine ferdigheter. Muligens kan møter med pasienter og pårørende gjøre slik at sykepleieren kan utvikle egne måter på å tilegne seg mestringsstrategier når det gjelder følelsesmessige utfordringer (Lorentsen & Grov, 2016, s. 431).

Uttrykket døende pasient er ingen presis og eksakt beskrivelse av en pasientgruppe. Flere ulike beskrivelser av samme pasient kan være ”terminal”, ”palliativ” med mer. Begrepet om ”den terminale fasen” blir brukt av leger i Norge noe ulikt, og kan ha et varierende tidsperspektiv på få dager til flere måneder (Kaasa & Loge, 2016, s. 213). Palliativ fase vil ha en overgang fra kurativ fase, der behandlingsmålet er å kurere

pasienten for sykdom. Denne overgangen vil ikke være helt svart-hvit. Det vil også være en tilsvarende flytende overgang mot slutt fasen av pasientens liv, at pasienten er døende (Kaasa & Loge, 2016, s. 43-45).

2.3 Helsefremmende arbeidsmiljø og ledelse

Arbeidsmiljøloven

Under arbeidsmiljøloven (2005) § 1-1 under punkt a) ”Å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet”. Dette betyr at det er krav om at arbeidsplassen og de ansatte skal ha et godt miljø og tiltak som gir trygghet mot skadevirkningene som en kan bli utsatt for, i tillegg til å fremme helse.

Helsefremmende arbeid

Definisjonen på helsefremmende arbeid finnes det flere av. I (Mittelmark, Kickbuch, Rootman, Scriven, Tones, 2014, s. 26) er Verdens Helseorganisasjon (WHO) sin definisjon beskrevet slik: ”Helsefremmende arbeid er den prosessen som gjør den enkelte og samfunnet i stand til å bedre og bevare sin helse”. Å fremme helse dreier seg ikke utelukkende om å kun forhindre sykdom, men det ligger også i begrepet at det er fokus på å øke helsen til mennesker.

WHO har i tillegg spesifikke standarder for helsefremming i sykehus. Selv om mye av helsefremmende arbeid i helse er rettet mot de som mottar helsetjenester, er også de som leverer helsetjenester nevnt. Aktuelle standarder er at det må finnes skriftlige retningslinjer rettet mot å bedre helseutfall, og inkluderer pasienter, pårørende og personell. Sykehusledelsen må også utarbeide betingelser for å utvikle sykehuset som en sunn arbeidsplass for personalet (Mittelmark et al., 2014, s. 37).

Ansvar for kvaliteten på sykepleiertjenesten, samt medarbeidernes muligheter for utvikling og trivsel, hviler på den administrative sykepleielederen ved avdelingen (Pfeiffer, 2012, s. 4). Et kjennetegn på avdelingslederen er at lederen har et arbeidsgiveransvar. Dette betyr også at det ligger at personalansvar. Avdelingslederen har et tett samarbeid med de øvrige faglige sykepleielederne som kan bidra med

konkrete mål og tiltak til avdelingen fra et faglig ståsted. Avdelingslederen får dermed i oppgave å ta dette til etterretning og se til at avdelingens mål og tiltak er i samsvar med organisasjonens mål, verdier og policy. Ansvarer omhandler også å lage forbedrende strategier for avdelingen og iverksette endringstiltak (Pfeiffer, 2012, s. 11-12). Ledelsen har en viktig funksjon og ansvar for å legge forholdene til rette slik at medarbeiderne får en følelse av livsglede, motivasjon og trivsel i arbeidet de utfører (Renolen, 2015, s. 163).

I lov om helsepersonell (2001) §4, står det “Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”. Videre står det skrevet under §16 at det virksomheten skal organiseres slik at helsepersonell er i stand til å overholde de lovpålagte pliktene.

2.4 Sykepleierens påkjenninger

Å jobbe tett på døende og lidende pasienter, samt deres pårørende krever både faglig dyktighet i tillegg til en evne og vilje til å gi av oss selv. Samtidig er det sentralt at sykepleieren har innsikt i meninger, vurderinger, følelser og reaksjoner som kan utløses i oss i slike situasjoner. Sykepleiere trenger også støtte og omsorg fra de rundt – kollegaer og ledere, slik at den positive og håpefulle innstillingen til liv og død kan bestå (Kalfoss, 2016, s. 477). Selv den mest erfarne sykepleieren kan bli sterkt berørt av opplevelser på jobb. En kan også ta pasientens problemer over seg og med seg i sitt personlige liv (Friedrichsen, 2012, s. 370).

Sykepleiere som ikke får mulighet til å bearbeide sine tanker, meninger og følelser i omsorgen til døende og lidende pasienter kan ha sine negative virkninger. Sykepleieren kan stå i fare for å bli utslitt og utmattet. Sykepleiere som ikke klarer å avgrense seg og vurdere om kravene på arbeidsplassen, eller situasjonen, overgår sine evner til å gi. Disse sykepleierne står i fare for å bli emosjonelt utmattet ved at de over tid gir mer enn de har kapasitet til å gi. Denne overbelastningen kan oppstå når sykepleierens følelser er nedslitt av å stadig befinne seg midt oppi tap, lidelser og død (Kalfoss, 2016, s. 476). Angst, depresjon, skyldfølelse, sinne, fortvilelse, likegyldighet, apati er noen av tegnene på emosjonell overbelastning. Ofte kan sykepleiere bygge opp vegger rundt seg selv for beskyttelse mot andres og sin egen

smerte og sorg. Det er ofte slik at sykepleiere som nærmer seg denne tilstanden, ikke vil være klar over det selv. Men kan heller få følelser og tanker om nederlag og at man ikke er dyktig nok til å være i et slikt arbeid (Kalfoss, 2016, s. 476). Vanskelige følelser kan gi reaksjoner som ikke er forenelige med sykepleie og omsorg, som rigid selvforsvar, tomhet og manglende evne til engasjement.

Store belastninger over tid som ikke mestres på en god måte kan lede til emosjonell utmattelse. Det kan komme til syne som en følelse av tomhet, at man er oppbrukt og ikke har mer å gi andre mennesker. Ofte vil personen distansere seg emosjonelt og bli depersonalisert som en beskyttelse for påkjenningene man utsettes for. Dette vil gi utslag i personens ytelse på jobb og bidra til redusert mestringsfølelse (Renolen, 2015, s. 162).

3.0 Metode

3.1 Definisjon av metode

En metode handler om hvordan en bør gå frem for å oppdrive eller etterprøve kunnskap. Metode er hvilken fremgangsmåte som blir brukt for å enten løse et problem eller komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2013, s. 111). Metoden kan sees på som en vei som fører til det man vil undersøke. Ulike hensikter krever ulike metoder for å best mulig beskrive det som er målet med undersøkelsen.

En grov inndeling av ulike metoder starter med kvalitative og kvantitative metoder. Kvalitativ metode brukes for å gå i dybden i et fenomen for å beskrive mening og opplevelse, som ikke direkte kan måles med tall. Kvantitative metode tar sikte på å beskrive et fenomen ved hjelp et ofte bredere datagrunnlag, og i form av målbare enheter (Dalland, 2013, s. 112-113). Bruk av forskjellige metoder kan sette en problemstilling i ulikt lys, men da på hver sin måte. Forskningsartiklene jeg har valgt å inkludere i denne oppgaven er både kvalitativ, kvantitativ og en systematisk oversiktsartikkel. En systematisk litteraturstudie er en sammenfatning av forskning artikler, og inkluderer da gjerne artikler med ulik metodisk tilnærming. Den systematiske litteraturstudien kan kjennetegnes ved å gå ut fra en tydelig formulert problemstilling, og besvares systematisk ved å identifisere, utvelge, vurdere og analysere eksisterende relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2015, s. 27).

Jeg har forsøkt å benytte forskning med forskjellige metoder for å belyse min oppgave, da ulike metoder dikterer ulikt fokus i studiene og jeg ser på det som en styrke å bruke forskning med ulike metoder. Allikevel baseres mesteparten av forskningsartiklene jeg har inkludert en kvalitativ metode. Noe som er godt egnet til min problemstilling i og med at jeg ønsker å bruke forskning om sykepleierens syn på, følelser, tanker og opplevelser angående temaet.

3.2 Litteraturstudie som metode

Denne bacheloroppgaven er bruker litteraturstudie som metode, og har likhetstrekk med allmenn litteraturstudie (Thideman, 2015, s. 81). En allmenn litteraturstudie har som hensikt å beskrive og analysere utvalgte studier (Forsberg & Wengström, 2015, s. 25). Denne metoden handler altså om å innhente og bruke allerede eksisterende forskning og litteratur, for å best mulig belyse problemstillingen. En systematisk litteraturstudie går ut ifra en problemstilling som er fremstilt tydelig, som besvares systematisk ved å identifisere, utvelge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26-27).

3.3 Forskningsetikk

Etikk gir oss veiledning og styring i måten vi handler på. Forskningsetikk handler på samme måte om hvordan forskningen blir utført. Forskningsetikken omhandler ivaretagelsen av personvernet til de deltakerne som er grunnlaget for forskningen og å sikre at resultatene som kommer frem er troverdige. I medisinsk forskning er mennesker ofte deltakere og forskningens mål skal ikke gå på bekostning eller belastning på disse menneskene (Dalland, 2013, s. 95-96). I empiriske studier må det gjøres etiske overveielser, at den utføres på en etisk forsvarlig måte. Dette omfatter blant annet at de etiske prinsipper blir ivaretatt, som frivillig deltakelse, anonymitet og informert samtykke (Thidemann, 2015, s. 12).

I min litterære oppgave skal jeg ikke bruke empiri, men etikken gjelder også i denne oppgaven i form av at en må undersøke om forskningsartiklene som benyttes har tatt etiske hensyn. Fire av artiklene jeg har brukt er godkjent av ulike etiske komiteer. Artikkelen med litteraturoversikten, har benyttet sjekklister i alle de inkluderte studiene for å kvalitetssikre dem. Den siste artikkelen har ivaretatt i sin utførelse deltakerens autonomi, anonymitet, og gruppediskusjoner ble ansett som konfidensielle.

Opgaven benytter APA-standarden for referansebehandling som HVL har som sin standard. Teoretisk litteratur og resultater fra forskning som er brukt i denne oppgaven er hentet fra andre forfattere. det er dermed viktig å henviser på rett måte både på grunn av respekt for forfattere og min egen kredibilitet med tanke på plagiat

(Dalland, 2013, s. 83). Jeg har tilstrebet å ordlegge meg med egne ord og ikke direkte avskrift når jeg gjengir litteratur skrevet av andre forfattere.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk kan sees på som en fremgangsmåte for å avgjøre om en kilde er sann (Dalland, 2013, s. 67). I oppgaveskriving der man tar i bruk litteratur, må man avgjøre om denne litteraturen er brukbar eller ikke. Kilder må gjennomgå en vurdering om dens kvalitet, og om resultatene som kommer frem er relevant for oppgaven. Kildekritikk innebærer også vurdering av gyldighet (Dalland, 2013 s. 72-74). Den skriftlige litteraturen jeg har benyttet er pensumlitteratur, fagbøker fra HVL Haugesund bibliotek og forskningsartikler fra CINAHL. Jeg har tilstrebet å forholdsvis benytte primærkilder, men dette er ikke konsekvent. Dalland (2013, s. 77) skriver at primærkilder er den opprinnelige utgaven av en tekst. I min vurdering av forskningsartiklene som er benyttet har jeg brukt sjekklister fra Kunnskapssenteret (2014), som det ligger et eksempel på i Vedlegg I. Forskningsartiklene som er benyttet er i hovedsak publisert for maksimalt fem år siden, dvs. fra 2012 eller senere. To av artiklene er fra 2010 og er allikevel inkludert, grunnet høy relevans for oppgaven. Artiklene belyser hver for seg både belastninger og mestringsstrategier. Av ytterligere litteratur er det benyttet den nyeste utgaven, der det har vært mulig.

3.5 Søkeprosess

I mitt litteratursøk har jeg i hovedsak brukt databasen CINAHL for å oppdrive forskningsartikler. CINAHL har jeg brukt fordi jeg har god erfaring med søkemotoren og kan med enkelthet manøvrere i den. CINAHL er en database som inneholder sykepleie og tilgrensede fag og omfatter forskningsartikler, avhandlinger, bokkapitler med mer (Thideman, 2015, s. 85). Jeg har også benyttet Google Scholar som supplement fordi den inneholder en stor mengde artikler som man har tilgang til å lese. Denne motoren ble benyttet med et søk på en spesifikk tittel som jeg ikke fikk lesetilgang på i CINAHL. I søket har jeg brukt visse avgrensningskriterier for å øke relevansen til treffene. Jeg har søkt etter artikler som ikke er publisert tidligere enn 2012 og kun engelsk tekst. I mitt innledende søk benyttet jeg søkeordene: NURS* + STRESS + COMPASSION FATIGUE + DEATH + DYING + COPING + COPING STRATEGIES + BURNOUT + PALLIATIVE. Søkeordene er blitt brukt i ulike kombinasjoner. Et supplementerende søk ble benyttet ved å utvide søkekriteriene med to år, der jeg fant to forskningsartikler.

Etter å ha gått igjennom treffene, satt jeg igjen med et grovutvalg med 20 forskningsartikler basert på tittel og abstrakt. Utvalget ble deretter grundigere analysert. 10 av artiklene omhandlet min problemstilling i et akuttmedisinsk perspektiv eller sykepleie til kreftpasienter dermed ble disse ekskludert. Tre ytterligere artikler ble ekskludert på grunnlag av de ikke hadde like god relevans som jeg først vurderte dem til å ha. I løpet av den siste utvelgelsesprosessen sitter jeg igjen med syv artikler. Disse syv ble undersøkt opp mot sjekkliste fra Kunnskapssenteret for å kritisk vurdere dem. Dette er utført for å forsikre meg om studiene er relevante, gyldige og troverdige. Resultatet ble fem kvalitative, en litteraturstudie og en kvantitativ studie. Den kvantitative studien ble ikke med i resultatdelen da maksimalt antall studier som kan inkluderes er seks. En utfyllende oversikt over søkeprosessen er vedlagt (Vedlegg II).

Jeg har i tillegg gjort ytterligere søk på sykepleien.no. Nettstedet har sine styrker ved at det er skrevet på norsk og har Norge som opprinnelse, men mangler bredde. Dermed fant jeg ingen aktuelle forskningsartikler her som passet mine kriterier.

Databasen PubMed er også brukt uten nevneverdige treff i forhold til min problemstilling.

4.0 Resultat

Presentasjon av hovedfunn som bidrar til å belyse problemstillingen

Professional compassion fatigue: what is the true cost of nurses caring for the dying.

(Melvin, 2012).

Hensikt: Flere studier viser til store byrder som helsepersonell opplever med at pasienter dør kontinuerlig. Studien har til hensikt å undersøke grundigere om forekomsten av Professional Compassion Fatigue (PCF) blant sykepleiere som jobber innenfor hospice og palliasjon. I tillegg gransker den effekten og eventuelle mestringsstrategier som sykepleierne benytter eller tilegner seg.

Metode: Kvalitativ studie, der det er brukt semi-konstruerte intervjuer av seks sykepleiere med lang erfaring.

Resultat: Alle sykepleierne som deltok i studien gjenkjente risikofaktorene for å utvikle PCF, og en av dem hadde tydelige symptomer på dette under intervjuet. Ulike symptomer og tegn på PCF ble identifisert, og strategier for å lindre dette ble diskutert. Alle deltakerne i studien benyttet seg av forskjellige mestringsstrategier som profesjonell grensesetting, samtale og refleksjon med kollegaer, trening og støtte fra overordnede.

Konklusjon: Det er klare fysiske så vel som psykiske konsekvenser for sykepleiere som gir palliativ omsorg over lengre tid. Ytterligere forskning er påkrevd for å undersøke om utbredelsen, spesifikke årsaker og mestringsstrategier.

Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study.

(Pereira, Fonseca & Carvalho, 2012).

Hensikt: Regelmessig kontakt med lidelse, døende og død er sett på som en risiko for utbrenthet hos helsepersonell og spesielt for sykepleiere innenfor palliasjon.

Metode: Det er brukt en metode bestående av et kvalitativt spørreskjema som ble utfyllt av sykepleiere fra ni forskjellige palliative team. I tillegg ble det gjort intervjuer og observasjon.

Resultat: Selv om sykepleierne i studien ble utsatt for risikofaktorer, som overarbeid, disorganisering, problemer innad i arbeidsgruppen samt pårørende av pasienter, kom

det frem at sykepleierne hadde lav risiko for utbrenthet. Resultatene sier noe om de forebyggende faktorene, som omsorgsetikken som sykepleierne utvikler med pasienter, familier og kollegaer, samt strategier for å aktivt forebygge utbrenthet. Strategier som ble benyttet var blant annet at alle samles for lunsj, aktiviteter utenom arbeidstid, team møter og ritualer knyttet til pasienters død.

Konklusjon: De positive aspektene i sykepleiernes rolle hjalp dem til å danne et positivt perspektiv på deres arbeid, som også bidro til deres personlige og profesjonelle utvikling. Dette ble balansert med aktive strategier for å forebygge fysisk og psykisk belastning.

What is so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses experiences.

(Peterson et al., 2010a)

Hensikt: Å gi omsorg til døende pasienter kan være belastende for sykepleiere. Denne studien undersøker hvordan dette temaet oppleves av sykepleierne, samt deres bekymringer omkring omsorg til pasienter som er døende. Bedre forståelse om disse situasjonene kan lede til mer effektiv utdanning og mestringsstøtte for sykepleiere.

Metode: Kvalitativ metode. Studien omfatter 15 sykepleiere og sykepleierstudenter fra USA.

Resultat: Sykepleierne uttrykte flere spesifikke aspekter som var bekymringsverdige i omsorgen til døende pasienter. De var bekymret for tidshåndtering og deres ytelse for enkeltpasienter. Sykepleierne var bekymret for pasienten i tillegg til å tilstrebe mest mulig komfort og informasjonsbehovet ble dekket. En utfordring ble også knyttet til pårørende, og formidlingen mellom pårørende og pasient. Ofte kunne det dreie seg om konflikter internt i familien eller behandlingsbeslutninger.

Konklusjon: Noen av funnene i denne studien samsvarer med tidligere litteratur om temaet. Denne studien kom frem til flere kommunikasjonsmessige belastninger som var primærfordringen til de deltakerne. Sykepleierne uttrykte stor tilfredsstillelse i omsorgen til døende pasienter, men det var utfordringer knyttet til kommunikasjon.

Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying.

(Peterson et al., 2010b)

Hensikt: I sykepleie for pasienter i livets slutfase er det viktig å se opplevelsene fra de som yter omsorg. Denne studien fokuserer på hvilke ressurser sykepleiere benytter seg av for å mestre situasjoner der pasienter dør.

Metode: Kvalitativ metode. Det er gjort intervjuer av deltakerne, samt online spørreskjema. 15 sykepleiere og sykepleierstudenter er inkludert i studien.

Resultat: Det ble rapportert om flere ulike mestringsstrategier i møte med døende pasienter. Strategiene omfattet interne kilder og eksterne kilder for støtte, som kollegaer, religion og familien. Av interne kilder ble det trukket frem at sykepleierne hadde et perspektiv på døden som et ledd eller stadiet i livet, som man ikke kan gjøre noe med. Noen av sykepleierne forsøkte å holde en profesjonell avstand, og separerte sine egne følelser fra behandlingen av pasienten. Av eksterne ressurser var den mest brukte strategien å søke etter støtte hos kollegaer, enten mer erfarne eller de som hadde jobbet med samme pasient. I tillegg benyttet sykepleiere seg av religion, og tanken på at himmelen ventet på pasienten, bønn etc. Pasienten selv og pårørende ble også trukket frem som et støttende aspekt.

Konklusjon: For å effektivt mestre belastende situasjoner som omhandler pasient død, må sykepleiere ha hjelp til å utvikle mestringsstrategier, forberede dem på møte med døende pasienter i tillegg til å gi dem støtte i etterkant av dødsfall. Studien viser til kommunikasjon med pasient, pårørende og kollegaer som en viktig del av prosessen.

Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review.

(Peters et al., 2012)

Hensikt: Sykepleiere i palliativ setting er i risiko for stor belastning på jobb på grunn av hyppig eksponering for død og sorg. Hensikten er å kritisk undersøke litteraturen som omhandler hvor stor belastning, hva som forårsaker den og mestring av disse belastningene hos sykepleiere innenfor palliasjon.

Metode: Studien er lagt frem som en litteraturstudie som omfatter 16 studier med ulike design og metode fra tidsrommet 1990-2010.

Resultat: Det blir presentert tre temaer som resultat av gjennomgangen av studiene:

- Graden av belastninger: det var ulike resultater i studiene angående graden av belastninger, og det kommer frem at palliative sykepleiere led ingen større belastninger enn for eksempel sykepleiere i akuttmottak. Det kan være at sykepleiere innenfor palliasjon har utviklet effektive mestringsstrategier for å håndtere belastningene, samt å unngå utbrenthet.
- Belastningene på jobb: selve miljøet på jobb samt organisasjonen i seg selv ble trukket frem som belastende. Filosofiske forskjeller, tverrfaglig samarbeid og emosjonelle faktorer var ulike former for belastning. Avdelingsledere har en viktig mulighet til å bidra til belastninger, eller å redusere dem. De pårørende kunne også bidra til store belastninger for sykepleierne, enten det var interne uoverensstemmelser i familien, kommunikasjon var uteblitt, pårørende som ikke innså at pasienten skulle dø med mer.
- Løsninger for å redusere belastningene: litteraturen beskriver selvpleie som en konstruktiv mestringsteknikk. Det er også den mest tilgjengelige metoden, og sykepleiere som tok vare på seg selv i form av å holde en profesjonell og emosjonell avstand og holdt arbeidet i perspektiv. Det er også nevnt at palliasjon kan sees på som en reise i sykepleierens egen selvutvikling.

Konklusjon: Organisatoriske, arbeidsmiljøet, pasient og pårørende er faktorer som spiller inn på belastningene hos sykepleieren. Å utvikle mestringsstrategier innen palliasjon er en selv-utviklende prosess, der sykepleierne utvikler en følelse av selvtillit. Det er viktig å bemerke seg at lederne spiller en viktig rolle for sykepleierne.

Caring and coping.

(Harris, 2013)

Hensikt: Studien har som mål å utvide kunnskapen om mestringsprosessen til sykepleiere som jobber i hospice. Hvilke strategier som blir brukt og hvilke muligheter har organisasjonen til å bidra med tilgjengelighet av tilstrekkelige ressurser for sykepleierne.

Metode: Kvalitativ. 19 sykepleiere var med i undersøkelsen, med gjennomsnittserfaring på mer enn 10 år.

Resultat: Det kommer frem tre spesifikke temaer som beskriver hvordan sykepleierne mestrer påkjenningene på jobb. Sosial støtte, humor og bønn/meditasjon var effektive mestringsstrategier. Det kommer også frem at lederen iverksatte tiltak

for å vise at hun anerkjente medarbeiderne. Selv om det var små bemerkelser, ble det satt pris på av sykepleierne.

Konklusjon: Basert på funnene i denne artikkelen kommer det frem at det var mangler i ressurser hos ledelsen angående hjelp til å mestre arbeidssituasjonen. Sykepleierne benyttet seg av ulike personlige mestringsstrategier som åndelighet, sosial støtte og humor.

4.1 Sammendrag av funn

Samtlige av artiklene har påpekt viktigheten av ledelsens og organisasjonens tiltak for å tilrettelegge og gi anerkjennelse for arbeidet til sykepleiere ved palliative avdelinger. Dårlig organisering fører også til redusert mestring og kan være belastende for sykepleierne. Profesjonell avstand kommer igjen i flere av artiklene og ser ut til å være en sentral del for sykepleierne å mestre arbeidssituasjonen. Samtidig blir det belyst at sykepleiere som ikke klarer å holde en profesjonell avstand står i fare for å bli emosjonelt utmattet (PCF). Relasjoner med pårørende kan både være en belastning og en ressurs i sykepleiernes mestring. Samtlige av artiklene bringer også frem viktigheten av den sosiale støtten blant kollegene og kommer med spesifikke tiltak for å fremme helse og redusere risikofaktorer for PCF. Konkrete tiltak er ritualer, team-møter, ulike sammenkomster og kommunikasjon. Det ligger også en essens i artiklene av at sykepleiernes mestring av belastningene i palliativ omsorg vil i tillegg kunne gi bedre behandling av pasientene.

5.0 Drøfting

Dette kapitlet vil ta for seg de mest fremtredende temaene fra de ulike forskningsartiklene. Sykepleierens interne mestringsstrategier, sykepleierens relasjon med pasient og pårørende, samholdet og støtte hos kollegaene og ledelsens betydning. Disse funnene drøftes opp mot utvalgt litteratur for å belyse problemstillingen.

5.1 Sykepleierens interne mestringsstrategier

Sykepleiere er ofte den yrkesgruppen som står pasienten nærmest i livets slutfase. Selv om dette arbeidet kan være svært givende, kan det også føre til at sykepleieren blir fysisk og psykisk utmattet ved at det er en veldig følelsesmessig involverende arena. Sykepleierne er også i en situasjon der en ofte gir veldig mye av seg selv for å tilstrebe best mulig behandling av pasienten. I følge Kalfoss (2016, s. 467) har alle sine individuelle mestringsstrategier som er en del av personligheten deres. Den enkelte sykepleier kan dermed oppfatte, vurdere og mestre møter med døende pasienter på sin unike måte.

I (Peterson et al., 2010a) blir det trukket frem at sykepleierne i studien var bekymret over og klare å opprettholde en profesjonell avstand til den døende pasienten og hans familie og pårørende. Å balansere sympati og empati var ikke alltid like lett, og ofte kunne man finne seg selv veldig medlidende og for sterkt involvert i situasjonen. Kort forklart kan sympati menes som å føle med, og på den andre siden vil empati dreie seg mer om evnen til innlevelse. Profesjonell avstand blir også nevnt som en måte å mestre situasjonen i studiene til både Peterson et al. (2010b) og Melvin (2012). Grensesetting og emosjonell distansering kommer frem som effektive mestringsstrategier benyttet av deltakerne i begge studiene.

Å holde en profesjonell og følelsesmessig avstand kan virke noe paradoksalt i forhold til palliasjon. Problemer kan oppstå når denne avstanden blir for stor. I følge Kalfoss (2016, s. 461) kan for stor distansering bidra til økt belastning på sykepleieren i form av økt tvil på seg selv, skyldfølelse i tillegg til en følelse av personlig og profesjonell utilstrekkelighet. Det er rimelig å anta at dette ikke vil gi sykepleieren noen god tro på sine evner og heller ingen fullgod behandling av pasienten. Mestringsfølelsen i situasjonen kan også tenkes til å bli redusert. Igjen er også distansering og depersonalisering et av symptomene på emosjonell utmattelse.

I en kvantitativ studie fra Canada (Slocum-Gori et al., 2011) er det beskrevet forholdet mellom å utøve empati og tilfredsstillelse med omsorg til døende pasienter. Å utøve medlidenhet og empati i et langtidsperspektiv vil ikke utelukkende lede til negative følger for sykepleieren. Det følger en viss følelse av tilfredsstillelse og opplevelsen av at ”man får noe tilbake”. Tallene i studien viser til at tilfredsstillelsen som oppnås ved utøvelse av empati, ikke har en sammenheng med emosjonell utmattelse. Det kan tolkes slik at tilfredsstillelsen ved en empatisk tilnærming hos sykepleierne kan fungere som en motvekt for emosjonell utmattelse.

Det kan tyde på at sykepleiere som møter pasientene på en empatisk måte og samtidig beholde en viss profesjonell avstand, vil kunne oppleve å få noe tilbake. Akkurat denne tematikken blir nevnt i Pereira et al. (2012). Palliativ pleie til pasienter i livets slutfase ble sett på som en berikelse som ga omsorgsytterne en følelse av positiv anerkjennelse og opplevelsen av å kunne utgjøre en forskjell i noens liv. I forskningen til Melvin (2012) uttrykte alle deltakerne at palliativ omsorg var et privilegium for dem. Dette kan peke på at sykepleiere med en sterk oppfatning av mening i sitt daglige virke kan oppnå en opplevelse av personlig vekst. Gitt at en ikke distanserer seg emosjonelt fra situasjoner, men kanskje heller benytter en god og profesjonell nærhet til pasientene. Selv om dette møte ofte kan være vanskelig eller utfordrende for sykepleieren, står det sentralt i Antonovsky sin teori om salutogenese, at når utfordringer mestres vil en kunne høste erfaring som bidrar til mening, modning og utvikling (Mittelmark et al., 2014, s. 201). Peters et. al. (2012) trekker frem at palliasjon er nærmest en reise med oppturer og nedturer, men personlig berikelse for dem som yter omsorg. Når sykepleierne tilegner seg effektive mestringsstrategier, og benytter disse, kan de bli mer vellykkede omsorgspersoner.

I Antonovsky skriver at den mest sentrale av komponentene i OAS er opplevelse av mening (2012, s. 43). Den positive effekten av å jobbe med døende pasienter beskrives i Pereira et al. (2012) som noe som bringer velvære og glede til utøverne, og vil dermed styrke opplevelsen av mening. Hvor stor opplevelse av mening man har som person vil være med på å bestemme hvorvidt man vil oppleve et press oppover eller nedover. Med det menes det om at personen vil kunne styrke sin OAS, og med det øke sin helse sett i Antonovsky sin teori. Personer med høy begripelighet og håndterbarhet, altså er utfordringene forståelige og man takler dem på en god måte,

finner man i dette tilfellet lite eller ingen mening i det arbeidet man gjør. Det vil kunne oppleves som et press nedover og dermed svak OAS. Samtidig har en person lav begripelighet og håndterbarhet, kombinert med høy opplevelse av mening, få et press oppover ved at man har engasjement og motivasjon og kan vise pågangsmot i å skaffe seg den manglende forståelse og ressurser til å håndtere. Antonovsky (2012, s. 44) skriver videre at motivasjonsfaktoren som ligger i mening-komponenten ser ut til å være mest sentral. Pereira et al. (2012) skriver at anerkjennelse fra pasienter og pårørende, følelse av å utgjøre en forskjell og se effekten av sykepleietiltak var både givende og fremmet velvære for pleierne.

Revurdering og refleksjon ble benyttet av sykepleiere i (Peterson et al., 2010b). Dette var en måte sykepleierne kunne sette døden i et perspektiv. Dermed klarte de å finne mening i situasjonen ved å reflektere over at døden noen ganger er for det bedre for pasienten i livets slutfase, at døden er en del av livet, at pleierne gjorde det de kunne for pasienten og at pasienten døde uten unødige lidelser. Dersom sykepleiere setter opp vegger for slik refleksjon kan egen selverkjennelse, mestring og egen utvikling bli redusert (Kalfoss, 2016, s. 454). Sykepleiere med innsikt i sine følelser, tanker og reaksjoner og andre sider ved å møte døende pasienter, har mulighet til personlig og faglig utvikling, samt forbedret omsorg til pasient og pårørende (Ibid). Antonovsky (2012, s. 158-159) skriver at det er mest sannsynlig at en person med sterk OAS vil definere et stimulus som positivt, som en utfordring som kan overkommes. Videre vil en person med sterk OAS ha mer innsikt i sine egne følelser, har lettere for å sette ord på dem og følelsene oppleves som mindre truende.

Sykepleiere benytter problem og emosjon baserte mestringsstrategier (Kalfoss, 2016, s. 467). Antonovsky (2012, s. 159) beskriver også at selv om mennesket mestrer situasjoner på god måte, vil uansett ha behov for å trekke seg tilbake. Å være på et høyt følelsesmessig spenningsnivå uten å lide overlast kan rett å slett ikke kroppen greie. Det finnes mange forskjellige personlige mestringsstrategier benyttet av sykepleiere, enten det er bevisst eller ubevisst. Til syvende og sist ser det ut til at hver enkelt må utvikle sin personlige mestringsstil. Det er også fremtredende at sykepleieren vil kunne bidra til egen mestring på jobb også utenfor arbeidssituasjon, og omvendt. I følge Antonovsky (2012, s. 130) overføres erfaringer og ferdigheter på jobb direkte til ikke-jobbrelaterte livsområder. Melvin (2012) beskriver at sykepleiere

må lære å leve et balansert liv, ved at den profesjonelle rollen ikke går utover det personlige livet utenfor jobbsammenheng. Å få godt med søvn, ernæring, fysisk trening, avkobling med mer vil muligens gi sykepleierne fremme helse og velvære både i livet generelt og i jobb.

5.2 Relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende

Sykepleieren befinner seg ofte i mellom pasient og pårørende. Dette er et sentralt område for sykepleie i palliativ omsorg. Sykepleie til pårørende omfatter blant annet kommunikasjon, informasjon og støtte (Stensheim, Hjermsstad & Loge, 2016, s. 284). Samtidig kan også dette samarbeidet eller relasjonen til pasientens pårørende være en belastning for sykepleieren i følge funn i litteratursøket. I studien til Peterson et al. (2010a) svarer sykepleierne at de ofte kunne føle stor medlidenhet til de pårørende. Noen ganger kunne de også følte seg mer berørt av pårørendes smerte og sorg, enn pasienten. Det beskriver at sykepleierne bryr seg mye om de pårørende eller etterlatte, samtidig som de har tiltro til sin pleie og omsorg til pasienten. Det blir også påpekt at det kan være vanskelig å tilnærme seg de ulike familiene da alle er på ulike stadier i sorgprosessen. Etableringen av en relasjon kan også være en belastning for sykepleieren hvis det blir etablert en dårlig eller kommunikasjonen mellom partene uteblir (Pereira, 2012). Sykepleiere i palliativ omsorg kan møte på pårørende som er i sorg eller krise, og dermed er det ikke alltid gitt at samarbeidet og relasjonen er optimal. Peterson et al. (2010a) viser til at sykepleierne var utfordrende hvis det var interne stridigheter i familien, enten av økonomisk art eller uoverensstemmelser om hva som er det beste for pasienten. Dette er noe jeg kan relatere til fra praksis, at pårørende kan nærmest fornekte at deres kjære er døende, ønsker mer medisinsk behandling og viser ingen tiltro til pleierne. Altså motsetninger til hverandre samt svekket relasjon og samarbeid. Disse opplevelsene blir også tatt opp i Peters et al. (2012) av sykepleierne i studien. Samtidig er de pårørende i en krise, og har kanskje til og med vært pasientens pleier i en lang stund på forhånd, og dermed får følelsen av tap av kontroll (Stensheim et. al., 2016, s. 279). Enda mer utfordrende blir det hvis sykepleieren befinner seg midt mellom hva pasienten har uttalt han ønsker og hva pårørende ønsker (Peterson et al., 2010a). Sykepleierne i denne studien (Ibid) tilstrebet å gjøre det beste for pasienten.

Samtidig vil ikke relasjon med pårørende gi en utelukkende negativ påvirkning og belastning for sykepleieren, tvert i mot. I to av studiene trekkes det frem av de deltagende sykepleierne at relasjon med pårørende kunne hjelpe dem til å mestre situasjonen bedre Pereira et al. (2012) og Peterson et al. (2010b). Pasienten selv blir også nevnt som en positiv brikke og kunne støtte sykepleiernes mestring. De pårørende kan gi en spesiell form for støtte for sykepleieren på grunn av at de har kunnskap om pasientens tidligere liv og kan dele dette. Noe som kan gi sykepleieren innsikt og et annet perspektiv på hvem pasienten er eller har vært (Peterson et al., 2010b). Relasjonen med pasientens pårørende hadde også en mer direkte form for støtte. Deltakerne i Pereira et al. (2012) fikk erkjennelse for eksempel ved høytider av pårørende via telefon. Videre er det essensielt at det er en form for gjensidig tillit i relasjonen. Med en god relasjon til pårørende fikk sykepleierne ofte se at deres arbeid ga resultater i form av å utgjøre en forskjell i andres liv, som igjen ga tilfredsstillelse og mestringsfølelse.

Relasjon med pårørende er et tema som kan være en stor belastning for sykepleiere. Samtidig ligger det også en helt klar potensiell helsefremmende og mestringsmuligheter for sykepleieren. Selv om resultatene i studien (Peterson et al., 2010a) kan fremstå svært negativt, så er mitt perspektiv det at de negative møtene og relasjonene kan veie tungt. At det er de negative relasjonene som lettere setter seg i sykepleierens samvittighet og tanker. Hvordan pårørende forholder seg i slike tunge situasjoner med mange emosjoner i spill, har ikke sykepleieren kontroll over. Det er hensiktsmessig at sykepleieren er klar over dette. Det ligger en potensiell gevinst med god relasjon med pårørende i og med det kan bidra til sykepleierens eget liv. Å ha fokus på pårørende i palliativ omsorg er sentralt for helhetlig sykepleie. Jeg vil påpeke at etableringen av en god relasjon med pårørende kan i gange sykepleieren på en god måte og igjen bidra til styrkning av mening og økt mestring.

5.3 Samhold og sosial støtte blant kollegaer

I Antonovsky sin teori om salutogenese står OAS sentralt. Generelle motstandsressurser er i tillegg en sentral del av salutogenesen og inkluderer blant annet sosial støtte som faktor for å øke graden av helse (2012, s. 16). I Harris (2013) artikkel poengteres det at mestringsstrategien – eller ressursen for sykepleierne var kollegaene. Å ha fullstendig selvinnsett i hvordan man går inn i omsorgssituasjoner er

det ikke alle som har. Dermed er det viktig å ha muligheter sammen med andre å reflektere over sine egne oppfatninger, granske og fortolke erfaringene. Det kan gjøre sykepleieren i stand til å åpne seg, ha en samhørighet, tilknytning og øke mestringsevnen (Kalfoss, 2016, s. 476). Å kunne lufte tanker og følelser med andre ansatte ble sett på som et veldig godt alternativ, i og med at kollegene hadde dypere felles innsikt i hvilke følelser som kan oppstå i palliativ omsorg. Deltakerne i studien av Harris (2013) beskrev forholdet til kollegaene som noe mer en kun profesjonelt. (Kalfoss, 2016, s. 476) beskriver at å unnlate å snakke med noen om vanskelige hendelser kan være mer skadelig enn selve hendelse. På en annen side kan ulike sykepleiere benytte ulike individuelle mestringsstrategier, så det kan være viktig å ha respektere valget om å ikke uttrykke seg om vanskelige tema. Det kan også være tenkelig at det er gunstig at en tredjepart kan lede en form for gruppesamtale. Funnene i (Melvin, 2012) og (Harris, 2013) påpeker dette, at sykepleierne opplevde det som effektivt å ha en støttegruppe ledet av for eksempel en sosial arbeider eller sosionom. Birgegård (2012, s. 409) argumenterer for at lederen av slike grupper bør være en utenforstående fra arbeidsteamet på grunn av eventuell rollekonflikt. På en annen side blir det dermed viktig å overholde den eventuelle taushetsplikten som er pålagt, slik at pasientsensitiv informasjon ikke blir delt hvis en tredjepart blir involvert (Molven, 2016, s. 201). Det er ikke ment å utestenge lederen helt fra slike samlinger, men heller vurdere å ha noen møter uten og noen med.

I litteraturstudien til Peters et al. (2012) kommer flere av de inkluderte artiklene frem til at sykepleierens følelse av å bli støttet av kollegaer er sentralt i evnen til å mestre belastende situasjoner. Renolen (2015, s. 176) beskriver emosjonell støtte som å sympatisere, akseptere og verdsette og kan styrke opplevelsen av tilhørighet. Dette kan i tillegg forstås som å bidra til sykepleierens egen opplevelse av mening.

I Pereira et al. (2012) er det beskrevet ulike konkrete tiltak ment for å styrke den sosiale tilhørigheten, og dermed øke den kollektive støtten og mestringen til sykepleierne. Å ha en sosial lunsj at alle spiser sammen noe som gir sykepleierne mulighet til å samles å kanskje få tid til å ”koble litt av”. Antonovsky (2012, s.128) har også nevnt viktigheten av grupperitualer fordi det kan forsterke opplevelsen av indre sammenheng. I Harris (2013) blir spesielt humor dratt fram for å bidra til det sosiale, så vel som mestringen i arbeidsdagen. Å ha felles aktiviteter utenom

arbeidstid, regelmessige ansattmøter og ha ritualer ift. Pasientdød blir trukket frem som viktige strategier. Flere av disse tiltakene er det en mulighet for at man ikke tenker så bevisst over at de er et viktig bidrag i mestringen. Som for eksempel å få mulighet til å lufte tankene og følelsene i en rapport under vaktskiftet. I en hektisk hverdag med mange pasienter og få sykepleiere, med økende krav om effektivisering og kvalitetssikring er det en kamp om tiden (Kalfoss, 2016, s. 465). Noe som bidrar til at slike sosiale tiltak faller litt bort, fordi man i veldig stor grad prioriterer pasientene.

Selv om sosial støtte og samhold er noe som bidrar til økt mestring og velvære blant sykepleierne, er det viktig å påpeke at det er sykepleierne selv som legger grunnlaget for at det sosiale klimaet er godt. Det er ikke noe som bare oppstår, det er et ansvar som ligger hos den enkelte å bidra. Birgegård (2012, s. 409) skriver at selv enkle gester kan bety mye for den følelsesmessige belastede kollegaen, samt et åpenhet miljø om eventuelle vanskelige følelser. I følge Antonovksy (2012, s. 124) er noen ganger de uformelle sosiale relasjonene i seg selv viktigere enn våre egne ressurser eller de som den formelle strukturen stiller til rådighet for oss.

5.4 Anerkjennelse og tilrettelegging fra ledelsen

Ledelse og organiseringen av sykepleierne kommer frem som et sentralt tema i forskningsartiklene Peters et al., (2012), Pereira et al., (2012), Harris (2013) og Melvin (2012). Ledelsens påvirkning hos medarbeiderne står frem som sterk. Dårlig organisering av det daglige arbeidet ble sett som en uheldig faktor for sykepleierne i (Pereira et al., 2012). I Antonovskys sin teori om salutogenese er selve grunnlaget at det tar fokus på hva som fremmer god helse, gir individer økt velvære og mestring. Altså er det et nokså løsningsorientert tankesett. Pfeiffer (2012, s. 28) skriver at tradisjonelt sett har ledere benyttet problemløsende fremgangsmåter. Det oppstår et problem, som man må finne årsaken til. Her kan gjerne medarbeiderne ha mange innspill om hva som øker deres helse og velvære på avdelingen. I følge Pfeiffer (2012, s. 31,) er det ofte slik at de som opplever problemet også kjenner til løsningen, men det ligger ikke alltid bevisst hos medarbeiderne. Dette støttes av Høst (2014, s. 225) at organisasjonsutvikling trenger man medarbeiderne sin egenaktivitet og egenforståelse av situasjonen, for å gjøre effektive endringer. På en annen side er det slik at det er visse rammer man må holde seg innenfor, som for eksempel tidsbruk og økonomi. Allikevel kommer det frem i artikkelen til Harris (2013) at selv små tiltak

iverksatt av lederen ble ansett som effektive fremme godt arbeidsmiljø. Tiltak som team-building øvelser og innkjøp av mat til et felles måltid er eksempler på slike positive handlinger. Dette var en måte for lederen å gi anerkjennelse og belønning for det harde arbeidet sykepleierne sto i til daglig. Anerkjennelse kan ofte virke inspirerende for de ansatte (Høst, 2014, s. 110). Det er i tillegg nærliggende å tro at inspirerte sykepleiere finner mening i arbeidet sitt. Lederen er, i tillegg til de litt mer uformelle ressursene som er nevnt, en stor ressurs i seg selv. Ofte har lederen god fartstid og erfaring og kan dermed veilede medarbeidere på en god måte. Noe som også kommer frem i Peterson et al. (2010b).

Begrepet om opplevelsen av sammenheng kan også knyttes til arbeidsplassen og ledelsen. Meningskomponenten kan være relatert til opplevelsen av delta i et fellesskap, motivasjon og den individuelle opplevelsen av å ha en meningsfull jobb. Mening kan også knyttes til muligheter til å bestemme, medvirke eller ha innflytelse over arbeidsoppgaver og utformingen av disse. Håndterbarheten knyttes til kontroll over eget arbeid og tilgjengeligheten av ressurser, som sosial støtte. Det innebærer også kunnskap og ferdigheter, høyere grad av disse gir økt håndterbarhet. Kunnskap og ferdigheter er noe som kan stimuleres i form av å tilrettelegge for etterutdanning, kurs, internopplæring. Begripelighet kan kunne påvirkes ved å få konsistent tilbakemeldinger, for eksempel skryt gjennom medarbeidersamtaler (Antonovsky, 2012, s. 123-136).

Det er krav til sykepleiere å arbeide faglig forsvarlig i følge Helsepersonelloven, dette er hver enkelt sitt ansvar. Videre står det også at det er ledelsen eller virksomheten som skal organisere arbeidet slik at det er mulig for sykepleierne å arbeide faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, 2001). I forskningen til Peterson et al. (2010a) forklarer sykepleierne at det ofte var vanskelig å gi hver enkelt pasient nok av sin tid, når de hadde ansvaret for mange pasienter. Harris (2013) skriver at sykepleierne i studien ønsket at det ble leid inn ekstra personell, for å redusere presset hvis det er stor pasienttyngde. Selv om det kan oppstå situasjoner der det er underbemannet, er det fortsatt lovpålagt at sykepleieren yter omsorgsfull og faglig forsvarlig pleie. Dette kan tenkes å øke belastningene på sykepleieren. Sykepleiere tilstreber som regel å gi optimal pleie, men ofte kan tidspresset redusere tiden sykepleieren har til rådighet til

hver enkelt. Dette tror jeg er noe mange sykepleiere opplever, at de selv får dårlig samvittighet fordi de ikke får gitt pasienter den pleien de ønsker å gi. Det er begrenset mulighet til å effektivisere sykepleie til døende da det faktisk er essensielt med tilstedeværelse.

6.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å øke kunnskapen om hva som bidrar til sykepleierens mestring av påkjenningene som kan oppleves i palliativ omsorg. De fremtredende funnene i forskningen var mestringsstrategier hos sykepleieren, sosial støtte på jobben av de øvrige sykepleierne og tilrettelegging, anerkjennelse og støtte fra ledelsen. I drøftingsdelen kommer jeg frem til at det er nødvendig med en viss profesjonell avstand. De ulike personlige mestringsstrategiene som er benyttet av sykepleierne er akkurat det, de er personlige. Det er individuelt hva som fungerer, men den profesjonelle avstanden bør være der. Det er også en prosess som krever tid å utvikle sin mestringsstrategi, da det ser ut til at sykepleiere med lengre erfaring mestrer situasjoner med døden bedre enn de med lite eller ingen erfaring. Det sosiale miljøet er en ressurs for alle sykepleierne som deltar i det hvis de er basert på åpenhet. At en støtter hverandre i tider preget av glede og sorg.

Det organisatoriske elementet fremstår som essensielt. Selv om sykepleierens interne mestringsstrategier og det sosiale miljøet også er svært viktig, virker det som at de tre aspektene er noe avhengig av hverandre. Men allikevel fremstår organisasjonen som selve rammen eller fundamentet. Har sykepleierne et godt sosialt miljø og gode, helsefremmende mestringsstrategier kan belastningene fortsatt bli store hvis det organisatoriske ikke er ideelt. Samtidig, hvis de organisatoriske rammene er på plass vil det muligens stimulere det sosiale miljøet og dermed også sykepleiernes personlige mestringsstrategier, fordi rammene rundt er gode, åpne og trygge. Ledelse og sykepleiere bør gå sammen der tiltak som stimulerer til økt begripelighet, håndterbarhet og mening står sentralt. Med et fokus på tiltak som fremmer god helse og velvære hos sykepleierne. Det tror jeg vil bidra på en slik måte at sykepleiernes møte med døende pasienter kan bli en berikelse i deres profesjonelle og personlige liv og ikke en uhandterbar byrde.

7.0 Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Arbeidsmiljøloven (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v.*
Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Birgegård, G. (2012). Professionell hållning. I P. Strang & B. Beck- Friis (red.),
Palliativ medicin och vård (s. 396-410). Stockholm: Liber.
- Brenne, A-T., & Dalene, R. (2016) Symptomlindring av den døende pasienten. I S.
Kaasa, & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. Utg. 638-652). Oslo: Gyldendal
Akademisk.
- Dalland (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Folkehelseinstituttet (2016). *Dødsårsaksregisteret – statistikkbanken: D3: dødsfall
etter dødssted*. Hentet 14. Mars 2017 fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*.
Stockholm: Natur & Kultur.
- Friedrichsen, M. (2012). Sjuksköterskans roll – anpassning och balans. I P. Strang, &
B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (s. 366-372). Stockholm:
Liber.
- Helsepersonelloven (2001). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Harris, L. M. (2013). Caring and Coping. *Journal Of Hospice & Palliative Nursing*,
15(8), 446-454. doi:10.1097/NJH.0b013e3182a0de78
- Høst, T. (2014). *Ledelse i helse- og sosialsektoren*. Bergen: Universitetsforlaget.

- Kaasa, S., & Loge, J. H. (2016). Diagnostikk innen palliasjon – en generell innføring. I S. Kaasa, & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. Utg. s. 202-214). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kaasa, S., & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin – en innledning. I S. Kaasa, & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. Utg. s. 34-49). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kalfoss, M. H. (2016). Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I H. Almås, D-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. Utg. s. 453-479). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapssenteret (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Hentet 10. Mars 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. Utg. s. 397-430). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mathisen, J. (2012). Sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, F. N. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (2. Utg. s. 295-330). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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.
- Mittelmark, M., B., Kickbuch, I., Rootman, I., Scriven, A., & Tones, K. (2014). *Helsefremmende arbeid – ideologier og begreper*. I Å. Gammersvik, & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (1. Utg. s. 23-43). Bergen: Fagbokforlaget.

- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Juridisk
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Brosjyre). Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Pereira, S. M., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2012). Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study. *International Journal Of Palliative Nursing*, 18(8), 373-381.
- 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.
- Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P., Kershek, S., & ... Pincon, D. (2010a). What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences. *International Journal Of Palliative Nursing*, 16(4), 181-187.
- Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P., Kershek, S., & ... Pincon, D. (2010b). Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying. *International Journal Of Palliative Nursing*, 16(9), 432-438.
- Renolen, A. (2015). *Forståelse av mennesket – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Pfeiffer, R. (2012). *Sykepleier og leder: Den administrative og den faglige sykepleielederens funksjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Stensheim, H., Hjermsstad, M., J., & Loge, J., H. (2016). Ivaretagelse av pårørende. I S. Kaasa, & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. Utg. s. 274-286). Oslo: Gyldendal Akademisk

Slocum-Gori, S., Hemsworth, D., Chan, W. Y., Carson, A., & Kazanjian, A. (2013). Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative Medicine*, 27(2), 172-178. doi:10.1177/0269216311431311

Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg I: sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning

Vedlegg 1

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

«PROFESSIONAL COMPASSION FATIGUE: WHAT IS THE TRUE COST
OF NURSES CARING FOR THE DYING»

AV: CHRISTINA S MELVIN (2012)

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	<p>Ja</p> <p>⊖</p> <p>Ja, å undersøke prevalensen av PCF blandt Palliative sykepleiere, påvirkning og mestring</p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	<p>Ja</p> <p>⊖</p> <p>Ja, studien beskriver opplevelsen, erfaringer ved et fenomen.</p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	<p>Ja</p> <p>⊖</p> <p>Ja, det er benyttet intervju av sykepleiere innen palliativ omsorg. Deltakerene ble intervjuet. Det ble gjort transkripsjoner av lydopptak fra intervjuet, samt supplementerende notater fra forskeren. Funnene fra opptakene ble dermed kategorisert etter tema</p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	<p>Ja</p> <p>⊖</p> <p>Kommentar:</p> <p>Amerikansk studie. 6 kvinnelige sykepleiere av totalt 20 ved avd. Deltakelse var frivillig, krav om >10 år erfaring. Alle ble rekrutert fra et agency som hadde tilknytning til universitetet forfatteren var tilknyttet til. Ingen av deltakerene ble ink. eller eks. hvis de hadde symptomer på PCF.</p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er metoden som ble valgt god for å belyse 	<p>Ja</p> <p>⊖</p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	<p>Semi-konstruerte intervju gir deltakerene god mulighet til å gå i dybden i svarene de avgir. Det er gitt en intervjuguide, med full oversikt over spr. Intervjuene ble tatt opp på bånd. Settingen var bak lukkede dører i et konferanserom ved avdelingen, hvert intervju varte i ca. 1 time.</p>
---	---

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>Ø</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p> <p>Lyddopptakene ble transkribert, gjennomlest 2 ganger. Funnene ble dermed kodet, kategorisert og sortert etter mønster. Kodene ble så samlet i «clusters» (ansamling, grupper). De ulike kategoriene ble samlet i nye kategorier etter tematikk. Studien inneholder ett eller flere sitat for hvert tema, som har god sammenheng og gir mer innblikk i deltakerenes uttalelser.</p>	Ja	Uklart	Nei	Ø	O	O
Ja	Uklart	Nei					
Ø	O	O					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>O</td> <td>Ø</td> <td>O</td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p> <p>Forfatteren har stillingen som Clinical Associate Professor ved University of Vermont, USA.</p>	Ja	Uklart	Nei	O	Ø	O
Ja	Uklart	Nei					
O	Ø	O					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>Ø</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p> <p>Det blir drøftet i diskusjonsdelen at funnene som er gjort har samsvar med tidligere forskning (flere kilder). Forfatteren knytter opp funn til eksisterende teori om de ulike temaene som blir tatt opp i studien.</p>	Ja	Uklart	Nei	Ø	O	O
Ja	Uklart	Nei					
Ø	O	O					

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p><i>tilfredsstillende.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 																
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? • Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>Ⓜ</td> <td>⓪</td> <td>⓪</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Informert samtykke, taushetsplikt.</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Kommentar:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Ja av Humane Subjects Research Comitee.</td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	Ⓜ	⓪	⓪	Informert samtykke, taushetsplikt.			Kommentar:			Ja av Humane Subjects Research Comitee.		
Ja	Uklart	Nei														
Ⓜ	⓪	⓪														
Informert samtykke, taushetsplikt.																
Kommentar:																
Ja av Humane Subjects Research Comitee.																

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan du oppsummere hovedfunnene? • Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>⓪</td> <td>⓪</td> <td>⓪</td> </tr> <tr> <td colspan="3">En av deltakerene hadde PCF, alle de andre gjenkjente symptomene og at det faktisk er risiko.</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Kommentar:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Risiko for PCF i møte med døende pasienter. Fysiske og psykiske belastninger. Forfatter kommer med anbefalinger til forebyggende tiltak, samt forslag til videre forskning.</td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	⓪	⓪	⓪	En av deltakerene hadde PCF, alle de andre gjenkjente symptomene og at det faktisk er risiko.			Kommentar:			Risiko for PCF i møte med døende pasienter. Fysiske og psykiske belastninger. Forfatter kommer med anbefalinger til forebyggende tiltak, samt forslag til videre forskning.		
Ja	Uklart	Nei														
⓪	⓪	⓪														
En av deltakerene hadde PCF, alle de andre gjenkjente symptomene og at det faktisk er risiko.																
Kommentar:																
Risiko for PCF i møte med døende pasienter. Fysiske og psykiske belastninger. Forfatter kommer med anbefalinger til forebyggende tiltak, samt forslag til videre forskning.																

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? • Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar:</p> <p>Funnene i denne studien anser jeg som nyttig, da den tar for seg hva PCF er, risikofaktorer, flere forskjellige tiltak for å forebygge og fremme helsen til arbeiderne ved avd.</p> <p>Funnene bringer opp temaer jeg ikke har sett belyst tidligere. Blandt annet viktigheten med god ledelse og aktive tiltak. Spesifikke mestringsstrategier hos sykepleierne.</p>
--	---

Vedlegg 2: søketabell.

Oversikt over hvilke søk som ga funn i databasen CINAHL.

Søk	Avgrensning	Søkeord	Resultat	Funn
1	2012-2017, Academic Journal	PALLIATIVE CARE + NURS* + STRESS	6	Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review.
2	2012-2017, Academic Journal	PROFESSION AL COMPASSIO N FATIGUE + NURS*	6	Professional compassion fatigue: what is the true cost of nurses caring for the dying.
3	2012-2017, Academic Journal	STRESS + COPING + PALLIATIVE	540	Caring and coping.
4	2012-2017, Academic Journal	BURNOUT + NURS* + PALLIATIVE	5	Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study.
5	2010-2017, Academic Journal	NURS* + DYING + PATIENT	92	What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences.
6	2010-2017, Academic Journal	COPING + DEATH + DYING	12	Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying.