

Erfarenheter av dödsfall och användningen av copingstrategier inom akutsjukvården

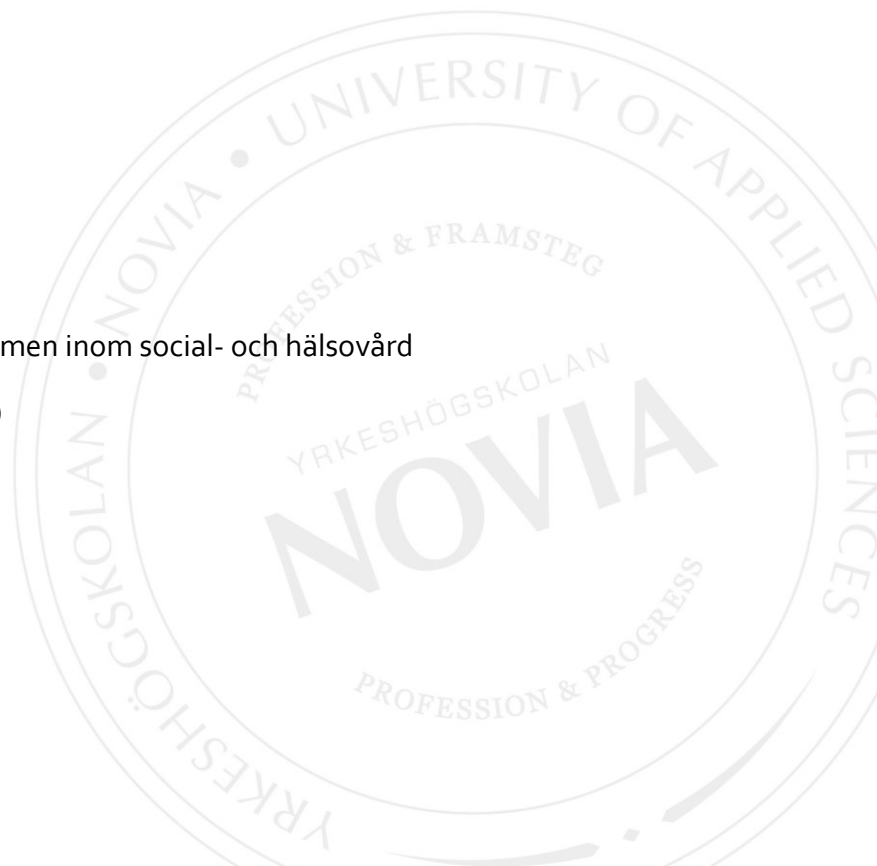
-En systematisk litteraturstudie

Arianna Haag

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2019



EXAMENSARBETE

Författare: Arianna Haag

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Rika Levy-Malmberg

Titel: Erfarenheter av dödsfall och användningen av copingstrategier inom akutsjukvården -en systematisk litteraturstudie

Datum 26.04.2019

Sidantal 40

Bilagor 1

Abstrakt

Syfte för detta examensarbete var att ta reda på vilka erfarenheter sjukskötare har gällande patientdödsfall samt vilka copingstrategier som används inom akutsjukvården. Avsikten med examensarbetet är att få mera kunskap och en bättre förståelse eftersom erfarenheter om dödsfall kan leda till stress och även utbrändhet. Kunskapen kan användas i framtiden av sjukskötare som jobbar inom akutsjukvården för att stödja deras välmående. Frågeställningarna för detta examensarbete är: vilka erfarenheter av patientdödsfall har sjukskötarna inom akutsjukvården haft? Och vilka copingstrategier används inom akutsjukvården?

Metoden som användes var systematisk litteraturstudie. Det insamlade data har analyserats med kvalitativ innehållsanalys. I arbetet finns två teoretiska utgångspunkter, Lazarus & Folkman (1984) *Stress, Appraisal and Coping* och Callista Roys vårdteori, *Roy Adaption Model* (RAM). Dessa teorier stöder och ger ny inblick till begreppen av att hantera dödsfall. I resultatet framkommer 3 teman och 9 underteman gällande erfarenheter av patientdödsfall. Varav de största teman var omgivning och resurser. Akutsjukvården upplevdes som ett fel ställe att dö på samt att tiden och resurserna för vårdandet av döende patienter var bristfälliga. I resultatet framkommer även 3 teman och 4 underteman gällande vilka copingstrategier som används inom akutsjukvården. Varav de två största teman var yttre resurser och typ av copingstrategi. Socialt stöd som yttre resurs och problem- och känslfokuserade copingstrategier som används mest inom akutsjukvården.

Språk: Svenska

Nyckelord: erfarenhet, dödsfall, coping, akutsjukvård

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Arianna Haag

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa

Ohjaaja: Rika Levy-Malmberg

Nimike: Kokemuksia potilaskuolemasta ja hallintakeinojen käyttö akuuttihoitotyössä-
systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Päivämäärä 26.04.2019

Sivumäärä 40

Liitteet 1

Tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää mitä kokemuksia potilaskuolemista sairaanhoitajilla on ja mitä hallintakeinoja käytetään akuutissa hoitotyössä. Tarkoituksena on saada enemmän tietoa ja parempi ymmärrys koska sairaanhoitajien kokemukset potilaan kuolemasta johtavat stressiin ja jopa työuupumukseen. Saatua tietoa pysyvät tulevaisuudessa käyttämään sairaanhoitajat, jotka työskentelevät päivystysoastolla edistääkseen hyvinvointiaan. Tutkimusongelmat ovat: mitä kokemuksia potilaskuolemasta sairaanhoitajilla akuutissa hoitotyössä on? Ja mitä hallintakeinoja käytetään akuutissa sairaanhoidossa?

Metodina käytettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta ja analyysimenetelmänä käytettiin kvalitatiivista sisällönanalyysiä. Opinnäytetyön teoreettisessa lähtökohdassa on käytetty kahta teoriaa, Lazarus and Folkman (1984) *Stress, Appraisal and Coping* ja Callista Roy'n hoitoteoriaa, the *Roy Adaption Model* (RAM). Nämä teoriat tukevat ja antavat uuden käsityksen kuoleman hallintakeinojen käsitteille.

Tuloksessa ilmeni 3 pääteemaa, jotka on jaettu 9 alaluokkaan, jotka käsittelevät kokemuksia potilaskuolemista. Näistä suurimmat teemat olivat ympäristö ja resurssit. Ensisairaanhoito koettiin vääräksi paikaksi kuoleville potilaille sekä aika ja resurssit kuolevien potilaiden hoitoon koettiin puutteellisiksi. Tuloksessa ilmeni myös 3 pääteemaa ja 4 alaluokkaa, jotka käsittelevät mitä hallintakeinoja ensisairaanhoidossa käytetään. Joista suurimmat teemat olivat ulkoiset resurssit ja hallintakeinon tapa. Sosiaalista tukea resurssina sekä ongelma- ja tunnekeskeisiä hallintakeinoja käytetään eniten ensisairaanhoidossa.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: kokemus, potilaskuolema, hallintakeinot, ensisairaanhoito

BACHELOR'S THESIS

Author: Arianna Haag

Degree Programme: Nurse, Vaasa

Supervisor: Rika Levy-Malmberg

Title: Experiences of death and the use of coping strategies in emergency care -a systematic literature review

Date 26.04.2019

Number of pages 40

Appendices 1

Abstract

The aim of this thesis was to find out what experiences of patient death nurses in emergency care face and what coping strategies are used in emergency nursing. The purpose is to get more knowledge and a better understanding since nurses' experience of patient death can lead to stress and even burnout. The knowledge can be used by nurses working in an emergency department in the future for promoting well-being. The questions for this thesis are: what experiences of patient death have the nurses in emergency care faced? And which coping strategies are used in emergency nursing?

The method was a systematic literature study. The collected data have been analyzed with qualitative content analysis. The thesis has used two theories as the theoretical framework, Lazarus and Folkman (1984) *Stress, Appraisal and Coping* and Callista Roy's nursing theory, the *Roy Adaption Model (RAM)*. These theories can support and give new insight to the concepts of coping with death.

The result arrived in 3 themes and 9 subthemes concerning the experiences of patient death. Whereof the biggest themes were environment and resources. Emergency nursing was experienced like the wrong place for patients to die in and the time and resources for caring for dying patients were inadequate. The result also showed 3 themes and 4 subthemes concerning the coping strategies used in emergency nursing. Whereof the biggest themes were extern resources and type of coping strategy. Social support as a resource and problem- and emotion focused coping are used in emergency nursing.

Language: Swedish Key words: experience, patient death, coping, emergency nursing

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
2 Syfte och frågeställningar	2
3 Bakgrund	3
3.1 Dödsfall inom akutsjukvården.....	3
3.1.1 Möte med död och förlust	5
3.1.2 Dödens inverkan på vårdaren.....	6
3.2 Coping inom akutsjukvården	6
3.2.1 Olika begrepp inom coping.....	8
3.2.2 Indelning av copingstrategier.....	8
3.3 Bearbetningsmetoder: defusing och debriefing	10
4 Teoretisk utgångspunkt.....	11
4.1 Lazarus & Folkman	12
4.2 Roy Adaption Model	13
5 Metod	15
5.1 Systematisk litteraturstudie	15
5.2 Urval av artiklar	15
5.2.1 Exklusions- och inklusionskriterier.....	16
5.3 Kvalitativ innehållsanalys	16
5.4 Etiska överväganden	17
6 Resultat	17
6.1 Omgivning.....	18
6.2 Resurser	19
6.3 Upplevelser	21
6.4 Yttre resurser	22
6.5 Inre resurser.....	23
6.6 Typ av copingstrategi.....	23
7 Diskussion	25
7.1 Resultatdiskussion	25
7.2 Metoddiskussion	27
7.3 Slutsats.....	27
9 Källförteckning.....	29

1 Inledning

För sjukskötare är patientdöd en stressfaktor som de utsätts för många gånger under sin karriär. För att kunna klara av denna stressfyllda upplevelse, behöver sjukskötarna strategier som både hjälper dem att utveckla copingstrategier och förbereder dem för att vårda döende patienter, men även resurser som hjälper dem att klara av händelsen efter att den skett. Effektiv coping leder till att den upplevda stressfaktorn inte utvecklas till utbrändhet. Eftersom vård vid livets slutskede blir ett mera framstående problem inom sjukvården är det viktigt att vända sig till sjukskötarnas erfarenheter. (Peterson et al., 2010)

Enligt Inaam et al. (2018) forskning som undersökte sjukskötarnas erfarenheter av sorg efter patientdödsfall, visade resultatet att sjukskötarna upplevde känslor som sorgsenhet, gråt, ilska, chock, förnekande, trohet, rädsla, rädsla över anhörigas reaktion och maktlöshet. Studien betonade vikten av att utveckla copingstrategier för att hjälpa sjukskötarna att på ett positivt sätt klara av sorgen och att detta återspeglas i sjukskötarnas prestationsförmåga.

Enligt Bailey, Murphy och Porock (2011) kvalitativa forskning som undersökte hur sjukskötare inom akutvården hanterar den emotionella effekten av död och döende inom akutvården, kom det fram att sjukskötarna utvecklar kompetens i att vårda patienter vid livets slutskede. Detta sker genom bearbetning som utvecklas i tre olika steg, (1) genom att investera i sig själv i skötare-patient relationen, (2) hantering av den emotionella bördan och (3) utvecklande av emotionell intelligens. Studien gjordes med hjälp av över tolv månaders observation på en akutavdelning, samt utfördes 28 djupintervjuer med personalen, patienter och deras anhöriga. Samma forskningsresultat visade även att de hinder som hindrar sjukskötaren för att utveckla denna kompetens leder till yrkesrelaterad stress och detta kan leda till utbrändhet och frånvaro från jobbet.

Enligt Lu et al. (2015) kunde cheferna visa mera uppmärksamhet till copingstrategier som används av sjukskötarna, strategierna kan ytterligare påverka sjukskötarnas hälsotillstånd samt kvaliteten av patientvården. Att minska arbetsrelaterad stress och förbättra copingstrategier är inte endast viktigt för att uppmuntra sjukskötarna, utan även för den framtida utvecklingen av vården. Arbetsrelaterad stress kommer från stressfaktorerna som akutsjukvården som specialområde, arbetsmängden och tidsfördelningen.

Sjukskötare inom akutsjukvården är rutinmässigt utsatta för arbetsrelaterade traumatiska händelser och hektiska arbetsförhållanden. Flera studier påvisar att det vanligtvis

förekommer PTSD, d.v.s. posttraumatiskt stressymptom hos dessa sjukskötare. Coping och socialt stöd har en viktig roll i utvecklingen av detta. (Adriaenssens, de Gucht & Maes, 2012) Personal inom akutsjukvården rankade döden eller sexuellt övergrepp av ett barn som det mest stressfyllda inom deras arbete (Abraham et al., 2018).

Jag har valt att skriva mitt examensarbete om sjukskötarens erfarenheter av patientdödsfall och om vilka copingstrategier som används inom akutsjukvården. Detta ämne har jag valt för att få mera kunskap och en bättre förståelse i ämnet, eftersom konsekvenserna för obehandlade erfarenheter är stora och för att jag själv vill börja jobba inom akutsjukvården. Jag anser att även andra studerande, och färdiga sjukskötare kan ha nytta av detta examensarbete för att främja sitt egna välmående.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med detta examensarbete är att genom en systematisk litteraturstudie, få reda på vilka erfarenheter av patientdödsfall sjukskötarena inom akutsjukvården haft. Samt att få reda på vilka copingstrategier som används inom akutsjukvården. Studien görs för att få mera kunskap och förståelse i ämnet. Frågeställningar som används i studien är:

1. Vilka erfarenheter av patientdödsfall har sjukskötarena inom akutsjukvården haft?
2. Vilka copingstrategier används inom akutsjukvården?

3 Bakgrund

I detta kapitel går vi igenom vad som är viktigt att veta före, under och efter att man varit med om en patients dödsfall, bland annat går vi igenom begrepp inom coping som är viktiga att veta för att kunna förstå sig på själva studien. Allt som går igenom är skrivet ur sjukskötarens perspektiv.

3.1 Dödsfall inom akutsjukvården

En forskning gjord 2009 visade att 72 % av akutvårdarna hade upplevt en traumatisk händelse åtminstone en gång, och att 64 % av vårdarna upplevt en traumatisk händelse två eller flera gånger under den tid de jobbat inom akutvården. Att uppleva en traumatisk händelse innebär många negativa konsekvenser, synnerligen för den mentala hälsan. Konsekvenser kan vara t.ex. post-traumatiskt stressyndrom, som enligt studien upplevs av 10–17% av akutvårdarna. (Cicognani, Pietrantonio, Palestini & Prati, 2009)

Det som kan göras på förhand är att försöka förbereda sig, d.v.s. att man ökar sin handlingsberedskap. Beredskapen kan ökas genom både förberedning och att få information om det som man kan förväntas möta. Om t.ex. informationen är bristfällig ökar den s.k. ”pretraumastressen”. Erfarna vårdare ökar sin handlingsberedskap genom att inte skapa en för detaljerad bild om t.ex. olyckplatsen och får på så sätt ökar sin handlingsberedskap. (Jonsson 2016, 83)

Alla friska människor reagerar endera fysiskt eller psykiskt, då man råkar ut för något tillräckligt berörande. Någon slags avlastning behövs efter att man varit med om en händelse som överskrider det som anses vara normalt i arbetets vardag. En typisk sådan händelse kan vara då en patient t.ex. ett barn omkommer. (Kuisma, et. al. 2017, 798)

Olyckor som har många skadade är sällan de situationer som är de svåraste för ambulanspersonalen att hantera, eftersom man tack vare rutiner vet vad man skall göra och känslorna är lättare att hålla på avstånd. Dessa rutiner fungerar inte t.ex. i en självmordsituation. I en självmordssituation kan man känna sig utlämnad och ensam. I en situation där en person tagit sitt eget liv finns inte någon så kallad positiv feedback, då kan det kännas svårt att hitta orken att vara emotionellt närvarande. Händelser som involverar barn hör till arbetets vardag, men de är ändå de händelser som upplevs som mest berörande. (Jonsson 2016, 83)

En händelse blir traumatisk då vårdaren måste känna igen sig med patienten eller hans anhöriga. Då identifikationen sker kan inte vårdaren längre distansera sig och får svårigheter med att skilja sina egna upplevelser från patientens upplevelser. Det blir svårt att se meningsfullheten och rättvisan bakom händelsen. Det här kan utlösa sig i existentiella tankar om livets mening och förutsägbarhet. (Jonsson 2016, 83)

I traumatiska händelser kan vårdaren överlastas av så starka känslor att hen måste distrahera sig från dem genom att koncentrera sig på något annat t.ex. göra mekaniska arbetsuppgifter. Ibland kan dock fokuseringen och överklighetskänslorna bli så kraftiga att vårdaren inte klarar av att arbeta över huvud taget. Hen kan vara så fokuserad på att vårda att det vissa gånger kan vara svårt för hen att känna igen och använda sig av sin egen utrustning. Fokuseringen kan t.o.m. bli så stark vårdaren totalt kopplar bort sig från omgivningen, synfältet smalnar av och i efterhand är det omöjligt för hen att komma ihåg händelsens alla detaljer. (Jonsson 2016, 83)

Traumatiska situationer kan orsaka olika slags symptom för de som varit inblandade, det har konstaterats att en del klarar av traumatiska situationer utan symptom och att en del lider av symptom, vilka kräver hjälp och stöd. Tecken kan uppkomma under situationen eller efter den, och kan vara fysiska, kognitiva, emotionella eller beteendemässiga. Exempel är illamående, skakningar, muskelsmärta, förvirring, problem med att komma ihåg, att man drar sig undan och en känsla av hjälplöshet. Hur en situation upplevs är individuellt, och i hur man upplever inverkar bland annat den egna tolkningen av situationen, de tankar och känslor som väcks upp av situationen och de copingmetoder och -strategier som man har till förfogandet. (Kuisma, et. al. 2017, 794)

Personalen inom akutsjukvården kan lida av beständiga stresssymptom på grund av ständig utsatthet. Resultatet av en litteraturstudie visade att brist på socialt stöd, oacceptabla förhållande på arbetsplatsen och individuella faktorer har kopplats ihop med PTSD, det vill säga posttraumatiskt stresssymptom bland ambulanspersonal. (Skogstad, Skorstad, Lie, Conradi & Weisæth, 2013)

Det är möjligt att lämna den traumatiska händelsen bakom sig genom att aktivt försöka hitta stöd i sin omgivning och dela med sig av sin traumatiska erfarenhet med andra. Ett välutvecklat socialt nätverk som består av arbetskamrater, familj och vänner är en förutsättning som krävs för att vårdaren skall kunna hantera sin erfarenhet. Då nätverket är tryggt och stabilt ges möjlighet för att ge uttryck för samvetskval, rädsla, känslor av

misslyckande och sorg. Den meningslösa erfarenheten kan göras meningsfull genom att verbalisera och konfortera sina känslor med andra. Alltid finns det dock inte tid och utrymme för vårdaren att reflektera och detta leder till att hen tar distans till händelsen. Ofta misslyckas distanstagandet eftersom vårdaren jämt påminns om det som hänt genom sina sinnen. Genom diskussion är det möjligt att börja en medveten reflektion som kan leda till internalisering och bearbetning av det som hänt. (Jonsson, 2016, 84)

3.1.1 Möte med död och förlust

Reaktioner till att ha haft att göra med döden och förluster kan vara en känsla av överväldigad rädsla, ilska, ångest, förvirring eller sorg. En av de avgörande faktorerna i att kunna hantera förluster och i att bemöta döden beror på hur erfarenheten upplevs. Hur en person uppfattar påfrestningen i den händelse de varit med om, är en faktor som sannolikt leder till en mera allvarlig stresseffekt samt ökar sannolikheten för behovet av vård. Ett bemötande med döden gör oss även medvetna om vår egen dödlighet. (Raphael & Meldrum 1994, 2–4)

Flera faktorer bidrar till nivån av stress som upplevs vid traumatiska förluster, såsom sårbarhet, nivån av stödet som finns till förfogande och den personliga relationen till offret. Dessa faktorer ökar bördan ytterligare hos de som varit inblandade. Den personliga känslan av förlust som upplevs försvårar förmågan av att kunna hantera situationen. Normalisering och utbildningsaspekten är en viktig del av den tidiga interventionen och anskaffande av terapi är kritiskt för de som blivit utsatta för traumatiska upplevelser. (Raphael & Meldrum 1994, 3–4)

En enkät- och intervjustudie gjord år 2013 undersökte vårdarnas inställning till död och döende samt hur vårdarna uppfattar att de klarar av det i detta i det sitt yrke. I enkätstudien deltog totalt 56 personer och 43 stycken intervjuades, de som deltog var vårdare som jobbade inom akutvården och i den palliativa vården. Resultatet visade att akutvårdarna hade en högre procent i undvikande av döden och märkbart lägre coping kunskaper än vårdarna inom den palliativa vården. Båda yrkesgrupperna rapporterade ett högt godkännande av att döden var verklig, båda hade så att säga ett neutralt godkännande av döden. Resultatet visade även att vårdarna hanterade bättre den döende patienten än patientens anhöriga. (Peters et.al. 2013)

3.1.2 Dödens inverkan på vårdaren

Efter en traumatisk händelse kan det vara svårt för vårdaren att hantera sin erfarenhet, detta kan påverka det vardagliga livet för en kortare eller längre tid. Tecken som kan uppkomma kan vara t.ex. minnesbilder och tankar. För en del av vårdarna blir minnesbilderna så konkreta, att det blir svårt att fungera som yrkesperson på jobbet och som privatperson hemma. Minnesbilder kan dyka upp när som helst och det kan vara svårt att bli fri från dem även om man aktivt anstränger sig för att tänka på något annat. Synintryck av sådant som liknar det man sett på händelseplatsen kan framkalla minnen som leder till att händelsen spelas upp igen. Också vissa dofter, färger m.m. kan göra att vårdaren känner att hen är tillbaka på olycksplatsen. (Jonsson 2016, 84)

Wilson och Kirshbaum (2011) litteraturgranskning undersökte hur döden av en patient inverkar vårdpersonalen. I forskningen granskades engelskspråkig och referensgranskad litteratur ur online databaserna CINAHL, Medline och PsychInfo. Resultatet visade tydliga teman såsom teoretiskt sammanhang, emotionell effekt, effekten av arbetsplatsens kultur, stödet för sorgen som fanns till förfogandet samt personalens personliga situation och tidigare livsupplevelser. Patientens död kan inverka vårdarna både på arbetsplatsen och utanför arbetet samt deras relationer till andra. Utbildning om hur man bearbetar sorgen och stöd från andra, visade vara till stor nytta för att utveckla copingstrategier för att kunna hantera vårdarnas reaktioner då en patient omkommer.

3.2 Coping inom akutsjukvården

Stress är en okontrollerbar, negativ och oftast oförutsägbar upplevelse som är ett resultat av inre och yttre faktorer. Stress leder till att jämvikten i individens liv rubbas. I sådana situationer är det coping som bestämmer ifall en påfrestande händelse kommer att resultera i ångest, depression eller andra psykosomatiska symptom, eller till mänsklig tillväxt och mognad. (Brattberg 2008, 36)

För att klara av att arbeta inom akutvården är det viktigt att ha kunskap om sin egen arbetshälsa, kunna stödja sitt eget orkande. Det är även bra att kunna känna igen för arbetet typiska belastningsfaktorer, eventuella stressreaktioner och strategier för att kontrollera dem. (Kuisma, et. al. 2017, 789)

Då man utsätts för traumatiska- och olyckssituationer i sitt arbete, utsätts arbetarna för en kraftig psykisk påfrestning, utöver de psykiska finns även fysiska och sociala

belastningsfaktorer. Exempel på psykiska belastningsfaktorer är oväntade, snabbt växlande situationer och eventuell brist på information. Exempel på fysiska belastningsfaktorer är krav på vårdarens fysiska funktionsförmåga, alltså bra kondition och styrka, samt expositionen av eventuella smittosamma sjukdomar. Exempel på sociala belastningsfaktorer är dåligt samarbete inom arbetsteamet och uppmärksamhet av medierna. (Kuisma, et. al. 2017, 790)

I en kvalitativ intervju och enkätstudie studerades vilka copingresurser deltagarna använde för att kunna hantera patienternas död. I studien deltog 15 stycken sjukskötare och sjukskötarstuderande. Resultatet visade att det fanns både inre och yttre resurser för stöd. De yttre resurserna som deltagarna använde sig var kamrater, religion samt användes patienten och deras anhöriga för tröst. Den mest använda copingstrategin var att söka stöd och råd från sina kamrater t.ex. andra skötare eller annan personal på sjukhuset. Inre resurser som användes var att se döden som en del av livet, att hålla sig på ett professionellt avstånd genom att hålla sina känslor frångående från vårdandet. Att ha avstånd mellan sina känslor och vårdandet ledde till att vårdarna hade förmågan att klara av händelsen bättre och snabbare, eftersom de inte var fästa till patienten. (Peterson et.al. 2010)

Effekten av en persons coping påverkas av ett antal faktorer så som: antalet, längden och intensiteten av stressfaktorerna, tidigare erfarenheter, stödsystem som finns tillgängliga samt personliga egenskaper hos personen. Ifall längden av stressfaktorn blir förlängd utöver personens coping förmåga, blir personen utmattad och kan utveckla ökad känslighet för problem med sin hälsa. Då en person använder sig av copingstrategier som är ineffektiva kan detta leda till problem på jobbet och en märkbar ökning i att kunna utföra grundläggande mänskliga behov. (Kozier, Berman & Snyder 2012, s.1086)

Ifall coping resurserna är dåliga kan en händelse leda till psykologiska problem och oändligt lidande. I samband med påfrestande händelser i livet är meningen med copingprocesser att minska den fysiska, känslomässiga och psykologiska stressen. Coping innehåller både kognitiva, alltså tankemässiga och beteendemässiga strategier för att kunna hantera stress. (Brattberg 2008, 33)

Enligt Howlett, Doody, Murray, LeBlanc-Duchin och Fraser (2015) kan ineffektiv coping leda till försämrad arbetsförmåga och utbrändhet, med negativa konsekvenser för välmående för både akutmottagningens personal och patienter. Resultatet av deras tvärsnittsstudie med 315 deltagare, som var personal på akutmottagning visade även att uppgiftsfokuserad coping

var ihopkopplad med en mindre risk för utbrändhet, medan känslofokuserad coping kunde kopplas ihop med en ökad risk för utbrändhet.

3.2.1 Olika begrepp inom coping

Copingstrategier i sin tur är ett långsiktigt generellt tillvägagångsätt som vanligtvis består av flera copingmetoder. En person använder sig av copingmetoder då hen behöver hantera en svår situation. Människor använder sig av flera olika copingstrategier i olika kombinationer. Ingen copingstrategi fungerar i alla situationer, man kan inte heller prata om bra eller dålig coping. (Brattberg 2008, 41)

Copingstrategier varierar beroende på personen och är vanligtvis anknutna till personens uppfattning av den stressande händelsen. För att kunna hantera stress finns det tre tillvägagångsätt, att ändra på, anpassa sig till eller undvika stressfaktorn. En persons copingstrategi ändras oftast efter en återbedömning av situationen. En del människor väljer att undvika, andra att bemöta, söka information eller förlitar sig på religionen som ett sätt att kunna hantera en situation. (Kozier, Berman & Snyder 2012, s.1086)

Copingresurser delas in i inre och yttre copingresurser. Till de inre resurserna räknas med till exempel tolkning, personlighetsfaktorer, känslor, problemlösningsförmåga, känsla av sammanhang och tankar. Till de yttre resurserna räknas med bland annat familj och vänner, religion, arbete, ekonomi, kultur och sjukvård. (Brattberg 2008, 34)

Copingmetod är ett systematiskt tillvägagångsätt, som delas in i kognitiva metoder och beteendemetoder. Till de kognitiva metoderna hör resignation, analys, positivt tänkande, nytänkande och skapandet av en förändringsplan. Till beteendemetoderna hör känslomässig avstängning, känslomässig avlastning, känslomässigt skrivande, träning inom mindfulness och att söka hjälp. (Brattberg 2008, 34,41)

3.2.2 Indelning av copingstrategier

Det finns två olika typer av copingstrategier: problemfokuserad och känslofokuserad. Problemfokuserad coping handlar om när man gör insatser för att utveckla en situation genom att ändra eller ingripa på något sätt i situationen. Känslofokuserad coping handlar om tankar och handlingar som underlättar emotionell ångest, denna typ av coping förbättrar inte situationen men får oftast personen i fråga att må bättre. (Kozier, Berman & Snyder 2012, s.1086)

En studie gjord 2011 undersökte sambandet mellan symptom av posttraumatisk stress, coping, subjektiva och biologiska responsen hos akuvårdare som blev utsatta för intensiva stimulerade händelser. I studien deltog 22 stycken akuvårdare. Resultatet visade bland annat att de stimulerade händelserna resulterade i akut ångest och psykologisk stress berodde på vilken typ av copingstrategi personen i fråga hade valt. De deltagare som använde sig av problemfokuserad coping var mindre benägna att uppleva subjektiv ångest. Jämfört med de som använde sig av känslufokuserad coping rapporterade att de upplevde mera ångest. De som använde sig av undvikandestrategier rapporterade en högre nivå i utsöndringen av kortisol då de utsattes för de stimulerade händelserna. (LeBlanc, et.al. 2011)

Man talar om aktiv coping då anpassningen sker medvetet och aktivt. Detta kännetecknas av ett anpassbart, ändamålsenligt, verklighetsanpassat och framåtinriktat beteende. Aktiv coping är konstruktiv, och inkluderar problemlösning samt positivt tänkande. Exempel på denna typ av coping är målfokuserad coping där man försöker minska eller avlägsna stressfaktorn, gör en plan för att hantera eller konsulterar någon för att få hjälp med att hantera stressfaktorn. (Brattberg 2008, 36)

Det är dock vanligare med passiv coping, som sker då när copingprocessen är omedveten. Denna typ av coping är i sin tur destruktiv, och inkluderar undvikande- och katastroftänkande. Exempel på denna typ av coping är att minska på arbetet man gör för att hantera den stressande händelsen, önsketänka, försöka att undvika stressfaktorn, vänta på under, älta eller missbruk. (Brattberg 2008, 36)

I en enkätstudie gjord 2015 studerades relationen mellan återhämtningsförmågan och den post-traumatiska utvecklingen, samt copingstrategiernas centrala roll i detta sammanhang. I studien deltog totalt 80 stycken akuvårdare. Resultatet visade att de mest använda copingstrategier inkluderade aktiv coping och planering. Mindre använda copingstrategier var bland annat användningen av rusmedel och förnekelse. (Ogińska-Bulik & Kobylarczyk, 2015)

Coping kan vara anpassningsbar eller oanpassningsbar. Anpassningsbar coping hjälper en person att effektivt hantera med stressfyllda händelser och minimerar ångesten som är förknippad med händelsen. Oanpassningsbar coping kan resultera i onödig ångest för personen och andra som är inblandade i den stressfyllda situationen. Effektiv coping resulterar i anpassning medan ineffektiv coping inte gör det. (Kozier, Berman & Snyder 2012, s.1086)

Cicognani, Pietrantonio, Palestini och Prati (2009) gjorde en enkätstudie som mätte livskvaliteten hos 764 stycken räddningsarbetare. I undersökningen mättes bland annat utbrändhet och empatitrötthet, deras förhållande till copingstrategier och en del psykosociala faktorer så som känsla av gemenskap, kollektiv förmåga och självförmåga. I resultatet kom de fram till att de copingstrategier som användes mest var aktiv coping och positiv omvärdering, och efter dessa kom stöd och att ventileras. Resultatet visade att mindre använda copingstrategier var självkritik och religion. Och även att användningen av aktiv coping har ett positivt samband med livskvaliteten, speciellt med empatitrötthet. Stöd och att ventileras har också ett positivt samband med både de positiva och negativa delarna i en persons livskvalitet, men speciellt med utbrändheten. Distraction och självkritik var i sin tur positivt associerade med negativa resultat då det handlade om välbefinnandet. De kom också fram till att användningen av copingstrategier som var ineffektiva, som till exempel självkritik och distraction har ett samband med utbrändhet och empatitrötthet.

3.3 Bearbetningsmetoder: defusing och debriefing

Inom akutsjukvården används olika metoder för att kunna hantera de traumatiska situationerna sjuksköterna inom akutsjukvården varit med om. Som bearbetningsmetoder kan användas både defusing och debriefing.

Defusing är en term som används för avlastningssamtal inom akutvården och är en typ av mental förstahjälp. Vanligtvis deltar 6–8 personer och ett samtal räcker mellan 20–45 minuter. Detta borde göras inom åtta timmar efter händelsen. För ett defusing tillfälle passar en neutral omgivning utan distractioner och som ledare kan fungera vem som helst utbildad person. I samtalet framhävs oftast deltagarna egna skuldkänslor. Målet med defusing är att lindra händelsens effekt på de som varit med, försnabba återhämtningen, utvärdera behovet av debriefing och andra tjänster och att minska de kognitiva, emotionella och fysiologiska symptomen. Att ordna dessa diskussionstillfällen borde vara en vardagsrutin, och inte endast ordnas då någon känner att hen behöver det. (Kuisma, et. al. 2017, 796)

Debriefing är en ledd gruppdiskussion som används inom akutsjukvården, som ordnas 24–72 timmar efter händelsen. De symptom som behandlas i debriefing går inte att bearbeta direkt efter händelsen, jämfört med defusing, på grund av chock eller den överkliga känslan som uppstått av händelsen. (Kuisma, et. al. 2017, 796)

Målet med debriefingen är att förhindra efterreaktioner t.ex. posttraumatisk stressreaktion, försnabba den normala dämpningen av efterreaktioner, stimulera sammanhållningen i gruppen. Samt eventuell ventilation av känslor, stöda, upprätthålla och motivera lagandan, understöda ett tankemässigt ”grepp” om situationen, normalisera deltagarnas erfarenheter och säkra att de som behöver får mera hjälp. (Dyregrov 2003, 18)

En enkät- och litteraturstudie gjord år 2013 undersökte totalt 103 stycken läkares och sjukskötares upplevda behov av att använda debriefing efter kritiska incidenter på akuten. Av alla som deltog var 90 stycken sjukskötare och resterande, alltså 13 stycken läkare. Resultatet visade att 84 % av deltagarna betraktade debriefing efter en kritisk incident som viktigt eller mycket viktigt. Trots det så hade 64 % av deltagarna aldrig blivit erbjudna möjligheten i att delta i debriefing och 15 % visste inte om det fanns möjlighet till debriefing på deras arbetsplats. Största delen av deltagarna berättade att debriefing endast ägde rum efter stora olyckshändelser som t.ex. traumatiska dödsfall eller plötslig spädbarnsdöd. Av de som deltog i debriefing, sade 29 % att debriefing ägde rum inom loppet av 24 timmar av händelsen och 10 % berättade att debriefing skedde inom en vecka. (Healy & Tyrrell 2013)

Healy & Tyrrell (2013) poängterade det uppfattade behovet av officiella riktlinjer för debriefing som vårdpersonalen på akuten behöver. Dessa riktlinjer skall verkställas på alla akutmottagningar för att hjälpa personalen med den negativa påverkan som de utsätts för då de är med om stressfyllda händelser. Debriefing sessionerna skall ledas av personer som är utbildade inom detta. Personalen borde också få utbildning och övning om stress för att hjälpa dem att identifiera stresssymptom i sig själva och deras kollegor. Detta skulle förbättra deras emotionella samt fysiska välmående och möjliggöra för dem att fortsätta förse patienterna med vård av högkvalitet.

4 Teoretisk utgångspunkt

I detta examensarbete används två teorier som teoretiska utgångspunkter, Lazarus & Folkman (1984) bok *Stress, Appraisal and Coping*, och som andra teori används Callista Roys vårdteori, The Roy Adaption Model. Två teorier har valts på grund av att få en teori för de viktiga begreppen inom coping och den andra för att få med en teori ur sjukskötarens synvinkel.

4.1 Lazarus & Folkman

Som den första teoretiska utgångspunkten används Lazarus & Folkman (1984) bok *Stress, Appraisal and Coping*. De centrala begreppen i verket är stress, värdering och coping. Denna teori valdes för att den täcker de mest centrala begreppen i detta examensarbete.

Enligt Lazarus & Folkman (1984, 21) betonas definitionen av stress, av relationen mellan individen och omgivningen. Psykologisk stress är en relation mellan individen och omgivningen som är värderad av individen som kräver eller överskrider individens resurser och därmed utgör en risk för individens välmående.

Begreppet om kognitiv värdering enligt Lazarus och Folkman (1984, 52–53) avser de utvärderande kognitiva processerna som infaller mellan mötet och reaktionen. Genom kognitiva värderingsprocesser värderar personen inverkan av det som händer för hans välmående.

Den kognitiva teorin om stress är fenomenologisk. Teorin har två negativa bibetydelser, den första berör trovärdigheten gällande värderingarna. Teorin antar att fastän personlighetsfaktorer såsom t.ex. behov och engagemang påverkar uppfattningen av händelsen, har värderingarna vanligtvis ett samband med verkligheten. Det andra problemet med det fenomenologiska synsättet är att en värdering alltid är en slutsats av det som en person säger. (Lazarus & Folkman 1984, 53)

Lazarus och Folkman (1984, 53) har identifierat tre olika typer av kognitiv värdering vilka är: primär värdering, sekundär värdering och omvärdering. Primär värdering utgörs av hur man uppfattar en händelse, den kan upplevas som betydelselös, positiv eller stressig. Stressiga värderingar kan inta tre former: förlust, hot eller en utmaning. Förlust hänvisar till skadan som personen redan åstadkommit, hot hänvisar till den förutsedda förlusten, och utmaningen hänvisar till händelserna som har möjligheten till kontroll och vinst.

Sekundär värdering är en uppfattning om vad som kanske kunde och kan bli gjort. Det innefattar en utvärdering ifall ett givet coping alternativ åstadkommer det den skall, det att man kan använda en viss copingstrategi eller flera copingstrategier effektivt, och en utvärdering av konsekvenserna av att använda en viss copingstrategi i ett sammanhang av andra yttre och/eller inre krav och begränsningar. (Lazarus & Folkman 1984, 53)

Omvärdering utgörs av en förändrad värdering som baserar sig på ny information från omgivningen och/eller personen. Omvärdering skiljer sig åt från en värdering bara genom

att omvärderingen följer en tidigare värdering. Ibland är omvärderingar ett resultat av kognitiva copingförsök; dessa kallas försvarsvärdingar och är oftast svåra att särskilja från omvärderingar som baserar sig på ny information. (Lazarus & Folkman 1984, 53)

Kognitiva värderingsprocesser är inte nödvändigtvis medvetna, och agendor som formar värderingar är inte heller lätt tillgängliga. Värderingar kan även formas av agendor i personens undermedvetna. (Lazarus & Folkman 1984, 53–54)

Lazarus och Folkman (1984, 178) definierar begreppet coping som ständigt ändrande kognitiva och beteendemässiga ansträngningar för att klara av specifika yttre och/eller inre krav. Dessa krav anses som krävande och kan överskrida personens resurser. Definitionen särskiljer copingförsök från automatiserade adaptiva beteenden, och undviker problemet med att förväxla coping med resultatet genom att definiera coping som alla försök för att hantera något oavsett vad resultatet blir.

4.2 Roy Adaption Model

Den andra teoretiska utgångspunkten är Roy Adaption Model, RAM är utvecklad av Syster Callista Roy. Grunden för RAM är anpassning. Teorin utvecklades då Roy lade märke till barnens motståndskraft och deras förmåga att anpassa sig till stora fysiska och psykiska förändringar. (Phillips 2006, 355). Teorin innehåller många begrepp, de begrepp ur hennes teori är begrepp som förklara människan som ett anpassningsbart system, som bilden nedanför också förklarar.

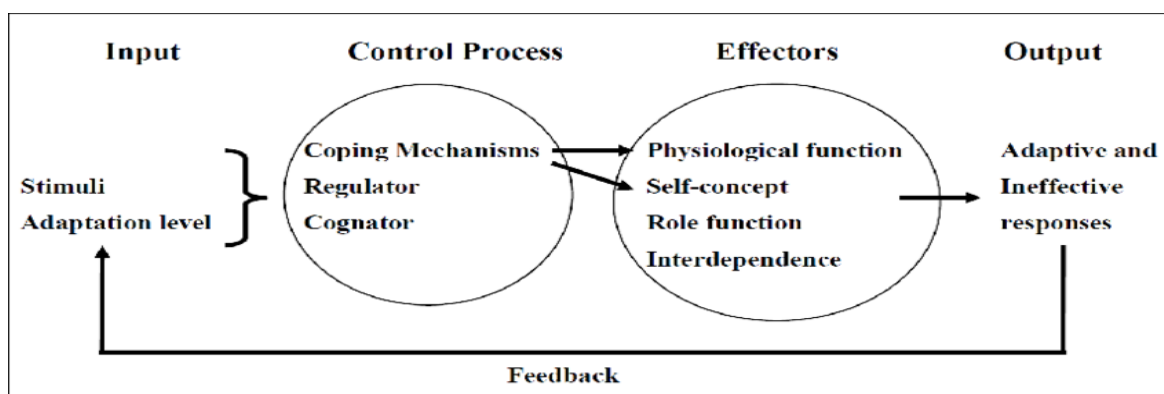


Bild 1. *Person as an adaptive system* (Roy & Andrews 1984)

Stimuli, definieras av Roy som vilken som helst faktor som framkallar en respons, som kan uppstå från endera den inre eller yttre miljön. Anpassningsnivån utgörs från de ihopsamlade effekterna av de tre följande klasserna av stimuli; fokal-, kontextuell-, och residual stimuli. (Phillips 2006, 356)

Anpassningsnivå, beskrivs som en punkt som ändrar hela tiden och är utgjord av fokal, kontextuell och residual stimuli som man reagerar på.

Coping processer, är medfödda eller införskaffade sätt att interagera med den ändrande omgivningen.

Medfödda copingmekanismer, är genetiskt fastställda eller vanliga mekanismer, och ses generellt som automatiska processer.

Införskaffade copingmekanismer, utvecklas genom olika strategier som t.ex. inläring.

Regulator delsystem, är en stor copingprocess som inkluderar det endokrina, neurala och perceptuella funktionerna.

Kognitiva delsystem, en till stor copingprocess som inkluderar känslor, uppfattning, inläring, informations bearbetning och bedömning.

Roy definierar människorna som holistiska anpassningsbara system. Som har interna processer och fungerar för att underhålla anpassningen i de fyra anpassnings tillstånden som är det fysiologiska tillståndet, jaguppfattningen, interaktionen mellan andra människor och rollfunktionen. (Phillips 2006, 362)

Fysiologiska tillståndet, identifierar fem grundbehov som är: syre, näring, utsöndring, aktivitet och vila.

Jaguppfattningen, koncentrerar sig mest på psykosociala och andliga aspekterna i människan. Kan identifieras som en psykisk och andlig integritet eller som behovet att veta vem man är så att man kan vara eller existera. Består av tre komponenter; (1) fysiska jaget, alltså känsla och kroppsbild (2) det personliga jaget, alltså konsistent självbild eller självideal, samt moraliska och andliga jaget (3) gruppidentitet, alltså hur personen uppfattar sig i grupp baserat på feedbacken de får ur omgivningen.

Rollfunktionen, människor utför primära, sekundära och tertiära roller. En roll är en fungerande helhet i ett samhälle som definieras som ett antal av förväntningar hur en person som intagit en viss position betar sig mot en person som intagit en annan position.

Interaktion mellan människor, fokuserar sig på relationer mellan människor, både i grupp- och personligarelationer. Samt deras betydelse, struktur och utveckling. Grundbehovet även här är integritet.

Hälsa definieras enligt Roy som ett resultat av anpassning. Då människor anpassar sig till stimuli, är de fria till att motta andra stimuli. Är copingmekanismerna ineffektiva, resulterar detta i ohälsa. Anpassning är en process som talar om fysisk, psykisk och social integritet. Anpassningen sker då en person besvarar positivt till en förändring i omgivningen, detta främjar integriteten hos personen som i sin tur leder till hälsa. (Phillips 2006, 362)

5 Metod

Metoden som använts i detta examensarbete är systematisk litteraturstudie. Insamlade data, det vill säga artiklarna har analyserats genom kvalitativ innehållsanalys. I följande kapitel går igenom metoden, urvalet av artiklar, kvalitativ innehållsanalys och de etiska övervägandena vid en litteraturstudie.

5.1 Systematisk litteraturstudie

En systematisk litteraturstudie görs för att få en bild av vad som forskats inom området hittills. När en studie av denna typ görs är det viktigt att ha tydliga kriterier för vad som inkluderas i studien samt att ha kvalitetskriterier. Därför ska vissa principer följas för att minska risken för att slumpen eller godtycklighet påverkar slutsatserna. Exempel på dessa principer är noggrant bestämda frågor, systematisk sökning efter all betydelsefull litteratur och granskningen av kvaliteten i de tidigare gjorda studierna. (Rosén 2017, s. 375–377)

5.2 Urval av artiklar

Efter att litteratursökningen gjorts, har de artiklar valts som bedömts kunna svara på syftet. Artiklarna granskas i detalj och sammanfattas i en resumé som läggs till som en bilaga, där det kommer fram följande: referens, frågeställning, metod, urval och resultat. (Rosén 2017, s. 382–384)

Efter att artikelsökning gjorts enligt tabellen nedanför, och avgränsningarna enligt exklusions- och inklusionskriterierna, reducerades antalet artiklar ännu mera baserat på titel. Efter det valdes de artiklar som ansågs passande enligt titeln och därefter reducerades antalet ytterligare efter att abstraktet lästs igenom. Och de artiklar som var kvar efter det här används för analysen.

Tabell 1. Artikelsökning

Databas	Sökord	Träffar	Urval
CINAHL	Coping strategies + emergency nursing	17	2
PubMed	Coping strategies+ emergency nursing	67	2
PubMed	Nurses + death + emergency care	333	5
PubMed	Nurses experience of patient death	15	0

5.2.1 Exklusions- och inklusionskriterier

Dessa kriterier hjälper till för att fatta beslut om vilka artiklar som skall inkluderas i studien. I denna studie har följande exklusions- och inklusionskriterier använts: artiklarna skall vara från de senaste 10 åren, det vill säga från 2009–2019. Språket i artiklarna skall vara engelska, svenska, finska eller norska, för att innehållet skall kunna förstås och analyseras. Alla artiklar skall vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter och vara kvalitetsgranskade. För att granska att de är vetenskapliga har jag granskat satt de är skrivna enligt IMRaD-metoden, det vill säga att artiklarna innehåller introduktion, metod, resultat och diskussion. Som kriterier har också använts att artiklarna skall handla om sjukskötare, inte till exempel läkare och att yrkesområdet skall vara specifikt akutsjukvården.

5.3 Kvalitativ innehållsanalys

Kvalitativ innehållsanalys används då man vill fokusera sig på tolkning av texter, som i det här fallet blir analysering av texten i artiklarna. Som angreppssätt kan väljas endera ett induktivt, deduktivt eller abduktivt sätt. Eftersom induktivt sätt kännetecknas av att söka mönster i materialet och innebär en förutsättningslös analys av texter, har en induktiv ansats valts för detta arbete. (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 219–221)

Analysprocessen i den här typen av innehållsanalys har vissa centrala begrepp: domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori, tolkning och tema. Domän är en del av text som handlar om ett specifikt område till exempel delar av intervjutext som sammanfaller med frågeområden i en intervjuguide. Meningsenhet är den meningsbärande delen av texten, det kan till exempel utgöras av ord, meningar och stycken som hör ihop innehållsmässigt. Kondensering är en process som gör att texten blir kortare och samtidigt mer lätthanterlig. Att abstrahera betyder att man lyfter innehållet till en högre logisk nivå. Kod används som en slags etikett på meningsenheten och beskriver meningsenhetens innehåll. En kategori är flera koder som har likartade innehåll. Då man skapar teman skall det svara på frågan *Vad handlar det här om?* Vid skapande av teman kan underteman användas. (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 224–226)

5.4 Etiska överväganden

Ett krav på alla studier som görs är att etiska överväganden skall göras. Vid systematiska litteraturstudier skall dessa överväganden göras då det gäller urval av artiklar och presentationen av resultatet. Det är väsentligt att: välja studier där noggranna etiska överväganden har gjorts eller de fått tillåtelse från en etisk kommitté, framföra alla artiklar som ingår i litteraturstudien samt att presentera hela resultatet, oberoende om de stöder eller inte stöder hypotesen. Det anses som oetiskt att endast presentera de artiklar som stöder forskarens egna åsikt. (Forsberg & Wengström 2014, s.59)

Då en litteraturstudie görs finns alltid en risk för att man tolkar en artikel fel. Förståelsen för språket som artikeln är skriven på, i detta fall engelska kan vara begränsad. Även begränsningar i de metodologiska kunskaperna för att kunna uppfatta och göra opartiska bedömningar av artiklarna kan vara ett problem. (Kjellström 2017, s. 72–73)

6 Resultat

Resultatet formulerades av totalt nio stycken artiklar. Av artiklarna berörde fyra stycken frågan Vilka erfarenheter av patientdödsfall har sjukskötarna inom akutsjukvården haft? Och fem stycken frågan Vilka copingstrategier används inom akutsjukvården? Alla dessa nio artiklar är publicerade mellan åren 2012–2019.

Resultatet av den kvalitativa innehållsanalysen för frågeställningen gällande sjukskötarens upplevelser om patientdödsfall inom akutsjukvården resulterade i tre teman som är

omgivning, resurser och upplevelser. Dessa teman har underteman som är utmärkts med ***fet, kursiv stil***. Alla teman har en sammanfattning med tillhörande citat från olika artiklar.

Resultatet av den kvalitativa innehållsanalysen för frågeställningen gällande vilka copingstrategier som används inom akutsjukvården resulterade i tre teman som är *yttresurser, innersurser och typ av copingstrategi*. Dessa teman har underteman som är utmärkts med ***fet, kursiv stil***. Alla teman har en sammanfattning med tillhörande citat från olika artiklar.

6.1 Omgivning

Plats

Det centrala i deltagarnas upplevelser var att det inte var idealt för död att uppträda på akuten och det kom även fram att akuten är en olämplig plats för döende (Kongsuwan et al., 2011). Enligt Kongsuwan et al., 2011 studie är förhållandena på akuten olämpliga eftersom det är en väldigt livlig, öppen och dynamisk plats. Kaoset, oljudet och oförutsägbarheten, som är typiskt för flesta akutmottagningar, gjorde platsen för döendet till 'fel ställe att dö' (Wolf et al., 2015).

"I don't think [care of the dying] should be in an emergency department." (Decker et al., 2015)

"It's that it's an inappropriate place to die. It's not quite, it's not private, it's not calm, it's not peaceful, it's not dim lights...It's just the wrong place to die." (Wolf et al., 2015)

Miljö

Miljön på akuten är intensiv och hektisk, vilket gör miljön bristfällig för att ta hand om döende patienter och deras anhöriga (Hogan, Fothergill-Bourbonnais, Brajtman, Phillips & Wilson, 2016). Det ansågs även att miljön gjorde det svårt att uppnå en bra helhet i vårdandet av patienter vid livets slutskede (Kongsuwan et al., 2011). Alla deltagare i Decker et al., 2015 forskning kommenterade på miljöns negativa inverkan på deras förmåga att vårda patienten så att hen upplevde en bra död, samt att miljön inte stöder de nödvändiga faktorerna som försäkrar kvalitetsvård för en döende patient. Men de fanns även deltagare som försökte göra miljön bättre genom att skapa en miljö som var mer privat, tyst och till synes mera fridfull och där patientens värdighet bevarades (Hogan et al., 2011).

” It’s just too busy for patients who are dying. It’s noisy. And there’s too much commotion. It’s not an ideal atmosphere.” (Hogan et al., 2016)

“But they have that horrible pull that they will not be able to provide the kind of supportive palliative care that they know that the patient and family deserve because of where they are.” (Wolf et al., 2015)

6.2 Resurser

Tid och prioriteringar

Sjukskötarna uttryckte frustration på grund av krav, brist på tid och för att de kände att de drogs åt olika håll, tidsbrist upplevdes p.g.a. att sjukskötarna måste vårda både akutsjuka patienter vid sidan om att vårda döende patienter, det fann inte heller tid att åstadkomma relationer med patienterna och deras anhöriga (Hogan et al., 2016). Det ansågs tidskrävande med palliativ vård och policyn på akuten är att patienten skall förflyttas så snabbt som möjligt vidare och att tiden upplevdes väldigt kort och övergående, samt att det inte fanns tid att förse anhöriga med psykologiskt stöd eller att förbereda dem att acceptera patientens död (Kongsuwan et al., 2011).

” ...The family is distressed and you want to do everything you can for them but [you don’t have the time].” (Decker et al., 2015)

“You get them in, you get them out, and the [management] don’t provide the nurse any opportunity really to sit back and be able to spend time with the family because we have a huge patient ratio and it does not matter about acuity: it’s just- it’s volume- that’s how they see it, volume. The patient is dead, that’s it, they’re done.” (Wolf et al., 2015)

“Time duration is controlling us. Caring here is different from caring in a ward. Sometimes, in the ward we can have interaction with a family. In the ER the time (to care) is very short...” (Kongsuwan et al., 2011)

Låg prioritering

De mer akuta situationerna var högre prioriterade än att ta hand om samt förmildra och trösta de döende patienterna (Kongsuwan et al., 2011). Enligt sjukskötarna i Decker et al., 2015 undersökning hade vårdande av döende och palliativa patienter låg prioritet.

“... Well, they’re done-we’re done with that-there’s nothing we can do; let’s go do something for somebody we can do something for...” (Wolf et al., 2015)

“And we can’t prioritise him [the patient at EOL] because we’ve got these others...[resuscitation] patients coming in who need immediate attention” (Decker et al., 2015)

Organisatoriska brister

Wolf et al., 2015, deltagarna i forskningen ansåg att de döende patienterna behövde och förtjänade resurser som tid, utrymme, ändmåsenlig och kunnande personal, och upplevde att resurserna fanns tillgängliga på andra avdelningar på sjukhuset (Wolf et al., 2015). Deltagarna ansåg att både de mänskliga och teknologiska resurserna var dåliga (Kongsuwan et al., 2011).

“A peaceful death in ER, I think can be possible but it needs a period of time and a place When the doctor says to stop resuscitating, there should be a place or a room available where the patient’s family members or relatives can stay and the dying patients can be with them.” (Kongsuwan et al., 2011)

Kompetens och uppfattning

Enligt Kongsuwan et al., 2011 var brist på kompetens både i psykologiska och andliga vård en orsak varför patienternas anhöriga fick bristfälligt stöd, samt uppfattade en del av deltagarna palliativ vård inom akutsjukvården att det gick ut på att försöka rädda patientens liv eller som att 'vänta på att patienten dör'.

- *“We’re going to be implementing a palliative screening tool for the oncology ED, but then we hope to spread it to the main emergency room... so that, you know, the people who have those advanced care plans-end-of-life plans-in the place that can be implemented more quickly instead of being “save the life”; well, let’s preserve that end-of-life experience.”* (Wolf et al., 2015)

“They also spoke to the difficulty of the mental and emotional switch from “fixing” to “providing comfort” and the focus on time management where the expectation for emergency nursing is to “stabilize and move”.” (Wolf et al., 2015)

6.3 Upplevelser

Anhöriga

Enligt Hogan et al., 2016 ansågs dödsfall som en del av arbetet, men att vara vittne till anhörigas stora sorg var en av de svåraste situationerna inom arbetet. Det fanns även en del problematik gällande anhörigas accepterande av att patienten kommer dö samt deras extrema reaktioner så som ilska och bedrövelse, var även situationer som var svåra för sjukskötarna att hantera (Kongsuwan et al., 2011). Sjukskötarna upplevde även brist på stöd för anhöriga till de döende patienterna och tidsbrist för att skapa relationer med anhöriga (Kongsuwan et al., 2011).

“I don’t think you can describe it as good. It’s just a part of the job... Sometimes it’s just better than others.” (Decker et al., 2015)

Känslor

En döende patient på akuten beskrevs som en patient med livshotande sjukdom som sannolikt kommer dö på akuten, men att sjukskötarna fortfarande hade hopp för överlevnad och fortsatt liv samt upplevdes det som ett misslyckande då man inte försökte göra allt för att rädda patientens liv och patienten dog (Kongsuwan et al., 2011). Wolf et al., 2015 upptäckte att de fanns en positiv attityd och övertygelse mot att hand om döende patienter och deras anhöriga, men det var vanligt att uppleva stress och symptom av PTSD. Deltagarna försökte även se något positivt med patientens död, t.ex. organdonering kunde ses som ett positivt utfall i en dålig situation, men även att de var svårt att kontrollera känslor av hjälplöshet p.g.a. att man inte kunde reparera situationen. (Hogan et al., 2016).

“ There’s something about a stigma-about dying in the ER...- it looks like the ER didn’t do their job and they died in the ER kind of thing...” (Wolf et al., 2015)

“Well, because when you do that [emote]... When sometimes put this up, that’s going to touch you at home; you’re sitting there crying or pounding the walls or whatever you might need to do to release that stress.” (Wolf et al., 2015)

Döden, bra och fridfull död och bevaring av upplevelsen

Ifall patientens död blev ‘bra eller dålig’, påverkades ifall den döenden patientens önskemål var kända eller inte, visste man önskemålen var det även lättare för sjukskötarna att acceptera patientens död och en faktor som bidrog till en ’bra död’ var ifall patienten förflyttades vidare till en annan avdelning (Decker et al., 2015).

” ...recalled their experiences of caring for a dying patients...being related to their perception of whether or not the death of the patient was easy or difficult, bad or good.”

(Decker et al., 2015)

“We don’t actually have hardly any deaths... because we transfer a lot of patients out.”

(Decker et al., 2015)

6.4 Yttre resurser

Socialt stöd

Deltagarna ansåg att teamet som bestod av kollegor som varit inblandade i den specifika händelsen var den viktigaste faktor för att kunna släppa stressen. En del av deltagarna uttryckte även att kollegerna var de enda som på riktigt förstod omständigheterna i de olika situationerna, samt att de beaktades som mer kompetenta att ge professionella kommentarer jämfört med specialister och chefer. Det kollegiala stödet ansågs som mera stressupplösande än debriefing sessioner organiserade av chefen, stressfyllda händelser diskuterades, utvärderades och löstes över en kaffekopp i samband med skiftbyten. (Bohström, Carlström & Sjöström, 2017)

En av de mest använda förebyggande copingstrategierna var att få feedback av vänner (Gillespie & Gates, 2013). Även att söka socialt stöd var mycket använt (Isa et al., 2019). Enligt Morrison och Joy (2016), ansågs det som en skyldighet att bry sig om sina kolleger, speciellt efter en traumatisk händelse som t.ex. förlängd återupplivning, samt betydelsen av kollegernas stöd samt förståelse och betydelsen av informell reflektion lyftes fram.

” That is what is all about, a kind of informal stress debriefing conversation: it mean’s everything-one hundred per cent” (Bohström et al., 2017)

“...we try to support each other as colleagues as much as we can. We have a duty of care not only to our patients but to each other after traumatic events” (Morrison & Joy, 2016)

“Shared feelings and experiences under traumatic missions create a special connection”
(Bohström et al., 2017)

6.5 Inre resurser

Personlighets faktorer

Optimism så som förtroende för att svårigheterna på olycksplatsen är övergående, att ha hopp för att man skall överkomma de bemötta svårigheterna på olycksplatsen samt att möta svårigheterna med lätthet och lugn (Ebadi & Froutan, 2017). Samt förmågan att kunna ta avstånd, var en inre resurs som användes (Isa et al., 2019). Enligt Morrison och Joy (2016), diskuterade sjukskötarna inom akutsjukvården inverkan av de individuella skillnaderna i att hantera sekundär traumastress.

” ...traumatic experiences are different for everybody, it could be something that somebody else might not find particularly traumatic, but affects them due to what’s going on in their home life...it might be personal or family circumstances that trigger emotions ” (Morrison & Joy, 2016)

“It is really dependant on how you are outside of your work how you cope with traumatic events. If you feel happy in your home life then when something happens in work you are able to deal with it more easily” (Morrison & Joy, 2016)

6.6 Typ av copingstrategi

De copingstrategier som användes enligt artiklarna, delades in i två underteman beroende på vilken de hör till.

Problemfokuserad coping

Bohström et al. (2017) beskrev att sjukskötarna hade i samband med skiftbytet informella debriefing sessioner över koppkaffe, detta skedde även regelbundet. Enligt Ebadi och Froutan (2017) bearbetades psykologiska trauman genom att sjukskötarna anpassade sig, samt genom att koncentrera och anstränga sig. Gillespie och Gates (2013) redovisar att debriefing med avsikten att behandla sjukskötarens traumatiska stress efter att ha varit med om traumapatientvård, sällan förekom, men att briefingar utfördes för majoriteten (62,8%). Och de mest använda förebyggande copingstrategierna som användes var att planera och att vara en 'person som tog ansvar'. Isa et al (2019) hade också planerade problemfokuserad copingstrategi som den mest använda strategin, och den minst använda var bemötande

coping, denna typ var användes mer av de gifta deltagarna. Enligt Morrison och Joy (2016) har debriefing processen fördelar men används mer anekdotiskt än rutinmässigt.

” In my experience debriefing is definitely beneficial after caring for trauma patients especially when things don’t go well” (Morrison & Joy, 2016)

” ...some of the missions are demanding and difficult...but problems associated with the scenes of an accident are transient...my colleague and I could save the victim’s life with concentration and effort...” (Ebadi & Froutan, 2017)

“I have never been involved in anything like that after trauma but I can see the potential benefits (of debriefing)” (Morrison & Joy, 2016)

Känslofokuserad coping

Då olycksscenen var fylld av stress och påfrestningar, ansträngde sig sjukskötarna för att kontrollera alla de olika stegen av uppdraget och klara av olika hinder som förhindrade vårdandet (Ebadi & Froutan, 2017). Den mest använda känslofokuserade copingstrategi var att ta ansvar, att acceptera och positiv återbedömning. De minst använda var underkommande och undvikande strategier. (Isa et al., 2019) Även humor lyftes fram som ett informellt redskap att hantera sekundär traumastress (Morrison & Joy, 2016).

” When traumatic things happen, you do think about it but there is never time to stop and have a chat about it because there is another standby and then another. Emergency nurses just learn to cope with it” (Morrison & Joy, 2016)

” People were agitated at the scene of the accident... I controlled them with calmness and high self-confidence ...” (Ebadi & Froutan, 2017)

“The way we cope is by moving on to the next thing. You are just expected to move on because you are a nurse and that’s what we do” (Morrison & Joy, 2016)

7 Diskussion

I resultatdiskussionen beskrivs samt förklaras det väsentligaste delarna av resultatet, samt binds den ihop med bakgrunden och teoretiska utgångspunkterna samt jämförs resultatet med aktuell forskning.

I metoddiskussionen diskuteras arbetets styrkor och svagheter gällande den använda designen och metoden. Som hjälp används begrepp som trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet.

7.1 Resultatdiskussion

De största tema gällande erfarenheter av patientdödsfall var **Omgivning** med underteman *plats och miljö*, **Resurser** med underteman *Tid och prioriteringar*.

Akuten som plats och akutens miljö för att ta hand om döende patienterna inom ansågs inte ideal. Samt att miljön på akuten är hektisk, intensiv, bristfällig och det anses vara svårt att nå en bra helhet i vårdandet av döende patienter. Dock fanns det sjukskötare som försökte anpassa sig och förbättra miljön.

Enligt sjukskötarna fanns det inte tid för att vårda döende patienter inom akutsjukvården. Att vårda patienter vid livets slutskede upplevdes tidskrävande, då det egentligen inte från början fanns tid för de döende patienterna och det var vanligt att prioritera de akut sjuka patienterna. Känslor av misslyckande, upplevdes ifall en patient dog.

De största teman gällande vilka copingstrategier som används var **Yttre resurser** med underteman *Socialt stöd och Typ av copingstrategi* med underteman *Problemfokuserad coping* och *känslfokuserad coping*.

Socialt stöd från kollegor och stöd från vänner var de mest använda yttre resurserna av coping. Samt användningen av problemfokuserad coping som debriefing, anpassning och planering användes. Mindre använda var bemötande copingstrategier. Känslfokuserad coping som kontroll, att ta ansvar, att acceptera och återbedömning användes. Mindre använda var underkommande och undvikande strategier.

Enligt Jonsson (2016) är det möjligt att lämna en traumatisk händelse bakom sig genom att aktivt försöka hitta stöd i omgivningen och dela med sig av sin traumatiska erfarenhet med

andra samt att ett välutvecklat socialt nätverk består av t.ex. vänner och kollegor är en förutsättning för att kunna hantera sin erfarenhet.

Resultatet i Peters et al. (2013) visade att sjukskötare inom akutvården hade lägre copingkunskaper än vårdare inom den palliativa vården, vilken är intressant med tanke på att dödsfall sker även inom akutsjukvården. Det kanske är något som borde utvecklas.

Även som det aktuella resultatet visade även Peterson et al. (2010) resultat att de fanns både inre och yttre resurser för stöd, och den mest använda copingstrategin var att söka stöd och råd från vänner. Enligt Oglinska-Bulik och Kobylarczyk (2015) var de mest använda copingstrategierna aktiv coping och planering.

Akutsjukvårdens omgivning och miljö för att ta hand om döende patienter är väldigt krävande, hektisk och inkluderar vård av många patienter, döende patienter men även patienter som kräver akutvård samtidigt. Det är alltså ett samspel mellan individen, alltså sjukskötaren och omgivningen, alltså arbetsplatsen. Lazarus och Folkman (1984) definition av stress, betonar relationen mellan individen och omgivningen. Även Wilson och Kirshbaum (2011) betonade effekten av kulturen och stödet för sorgen som fanns tillförfogande på arbetsplatsen.

Sjukskötarna upplevde att de inte finns tid att vårda patienter vid livets slutskede, det vill säga kraven från omgivningen blir för krävande samt sjukskötarens inre resurser räcker inte till. Lazarus och Folkman (1984) definition av begreppet coping som ständigt ändrande kognitiva och beteendemässiga ansträngningar för att klara av yttre och/eller inre krav. Kraven anses som krävande och kan överskrida personens resurser.

Grunden för Roy Adaption Model är anpassning, vilket kom fram även i examenarbetets resultat då sjukskötarna upplevde att de försökte acceptera, anpassa och förändra situationen de befann sig i. Samt fanns det enligt sjukskötarna brister i resurserna inom akutsjukvården för att ta hand om de döende patienterna, vilket även kräver anpassning av vårdarna att använda sig av de resurser som finns till förfogande och försöka göra sitt bästa.

Då man jämför det aktuella resultatet med systematisk litteraturoversikt gjord av Zheng, Lee och Bloomer (2018) kan man se likheter i användningen av de yttre resurserna gällande sjuksköternas användning av diskussion och debriefing. Annat som deras forskningsresultat visade var användning av inre resurser som t.ex. reflektion, gråtande dagliga rutiner och aktivitet samt andra yttre resurser som t.ex. andlig praxis och utbildning. Olikheterna kan förklaras genom att det antagligen beror på forskningens större urval av artiklar.

7.2 Metoddiskussion

Trovärdighet, innebär giltighet och syftar på i vilken utsträckning det valda ämnet har studerats (Henricson, 2017 s. 412). Som datainsamlingsmetod används systematisk litteraturstudie och analysmetod användes kvalitativ litteraturstudie. Jag tycker att valet av både insamling- och analysmetod passade för arbetets syfte, eftersom jag ville få reda på erfarenheter av patientdödsfall och vilka copingstrategier som används inom akutsjukvården. Resultatet är väldigt tydligt uppbyggt med teman och underteman. Kan även tänka mig att intervju som metod, skulle användas i ett liknande arbete. Trovärdigheten försökte stärkas genom att hitta artiklar från så många databaser som möjligt, men detta blev en aning bristfälligt. Endast kvalitativa studier användes i den analysdelen, vilket även höjer trovärdigheten.

Pålitlighet, påverkas av t.ex. artiklarnas kvalitet som använts i examensarbetet (Henricson, 2017 s. 414). Artiklarnas kvalitet säkrades genom användningen av sökord som besvarade syfte och att artiklarna var referensgranskade. Det fanns dock lite svårigheter att hitta de rätta orden på engelska för artikelsökningen, men efter en tid av artikelsökning tycker jag hittade de rätta sökorden och ett tillräckligt antal av användningsbara artiklar för arbetet. Även exklusions- och inklusionskriterierna hjälpte till att hitta pålitligt data, som t.ex. inte var för gammal.

Överförbarhet, med detta menas ifall resultatet går att överföra till andra sammanhang eller situationer (Henricson, 2017 s. 414). Artiklarna som valdes var från olika länder runt omkring i världen t.ex. USA, Sverige, Iran, och Stor-Britannien. Jag tror att resultatet skulle gå att överföra till t.ex. Finland, eftersom det handlar om erfarenheter och användningen av copingstrategier, vilket jag tror är ganska lika oberoende var i världen man befinner sig, vilket även resultatet visar.

7.3 Slutsats

Enligt min tolkning tycker jag att jag fick svar på mina frågeställningar om vilka erfarenheter sjukskötarna inom akutsjukvården har om patientdödsfall samt om vilka copingstrategier som används inom akutsjukvården. Tycker att det skulle vara både nyttigt och nödvändigt att ta upp vården av en döende patient och hur man kan hantera de egna känslorna som uppkommer i sådana situationer, redan i skolan. För alla reagerar på olika sätt så det skulle vara bra att vara förberedd och veta hur man kan bearbeta sina känslor.

Samt att redan innan man börjar jobba inom vården ha förmågan att kunna diskutera sina egna erfarenheter med andra genom en öppen diskussion. Resultatet som fåtts ur detta examensarbete kan enligt mig användas av alla sjukskötare inom olika områden, hur man upplever och vilka copingstrategier man använder sig av då man tar hand om döende patienter är antagligen samma oberoende om man jobbar inom äldrevården eller akutsjukvården. Jag tycker att det är även viktig att veta vad obearbetade känslor och upplevelser kan leda till. Som vidare forskning skulle det vara intressant att veta hur de döende patienternas anhöriga upplever vården vid livets slutskede inom akutsjukvården.

9 Källförteckning

Abraham, L., Thom, O., Greenslade, J., Wallis, M., Johnston A., Carlström, E., Mills, D. & Crilly, J. (2018). Morale, stress and coping strategies of staff working in the emergency department: A comparison of two different-sized departments. *Emergency Medicine Australasia*, 30:375-381.

Adriaenssens, J., de Gucht, V., & Maes, S. (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses: findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49:1411-1422.

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

Brattberg, G. (2008). *Att hantera det ohanterbara*. Stockholm: Värkstad.

Cicognani, E., Pietrantonio, L., Palestini, L., & Prati, G. (2009). Emergency workers' quality of life: The protective role of sense of community, efficacy beliefs and coping strategies. *Social Indicators Research*, 94(3), 449–463.

Dyregrov, A. (2003). *Psykologisk debriefing*. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4 uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Healy, S., & Tyrrell, M. (2013). Importance of debriefing following critical incidents. *Emergency Nurse*, 20(10), 32–37.

Howlett, M., Doody, K., Murray, J., LeBlanc-Duchin, D. & Fraser, J. (2015). Burnout in emergency department healthcare professionals is associated with coping style: a cross-sectional survey. *Emergency Medicine Journal*, 32 (9), 722–727.

Jonsson, A. (2016). Stress inom ambulanssjukvården. I B-O. Suserud & L. Lundberg (Red.), *Prehospital akutsjukvård*. (s. 80–88) Stockholm: Liber AB.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s.57–80) Lund: Studentlitteratur AB.

- Kozier, B., Berman, A. & Snyder, S. J. (2012). *Kozier & Erb's Fundamentals of nursing: Concepts, process, and nursing* (9. ed.). Upper Saddle River, N. J.: Pearson.
- Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., & Taskinen, T. (2017). *Ensihoito*. (6. uppl.) Helsingfors: Sanoma Pro Oy.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- LeBlanc, V. R., Regehr, C., Birze, A., King, K., Scott, A. K., MacDonald, R., & Tavares, W. (2011). The Association Between Posttraumatic Stress, Coping, and Acute Stress Responses in Paramedics. *Traumatology*, 17(4), 10–16.
- Lu, D-M, Sun, N., Hong, S., Fan, Y-Y., Kong F-Y. & Li Q-J. (2015). Occupational Stress and Coping Strategies Among Emergency Department Nurses of China. *Archives of Psychiatric Nursing*. 29:208:212.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3 uppl., s. 219–234) Lund: Studentlitteratur.
- Ogińska-Bulik N. & Kobylarczyk, M. (2015). Relation between resiliency and post-traumatic growth in a group of paramedics: The mediating role of coping strategies. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28(4), s.707-719.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J., Shimoinaba, K. (2013). Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: a questionnaire survey. *Australasian Emergency Nursing Journal: AENJ*, 16(4), s. 152–159.
- Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P. C., Kershek, S., Scherr, C., Ogi, M., Pincon, D. (2010). Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(9), s. 432-438.
- Phillips, K. D. (2006). Sister Callista Roy: Adaption Model. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Nursing Theorists and Their Work*. (6.ed., p. 355-385). Missouri: Mosby Elsevier.

Raphael, B. & Meldrum, L. (1994). Helping People Cope with Trauma. In D. de L Horne & R. Watts (Eds.), *Coping with trauma: the victim and the helper*. (p. 1-20). Brisbane: Australian Academic Press.

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s.376–389) Lund: Studentlitteratur AB.

Roy & Andrews (1984). Person as an Adaptive System [bild 1]. Hämtad från https://www.researchgate.net/figure/Person-as-an-Adaptive-System-Roy-Andrews-1984_fig1_301731122

Skogstad, M., Skorstad, M., Lie, A., Conradi, H. S., Heir, T. & Weisæth, L. (2013). Work-related post-traumatic stress disorder, *Occupational Medicine*, 63(3), s. 175–182.

Wilson, J., & Kirshbaum, M. (2011). Effects of patient death on nursing staff: a literature review. *British Journal of Nursing*, 20(9), s. 559–563.

Zheng, R., Lee, S.F. & Bloomer, M.J. How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*. 2018; 27: e39– e49.

Bilaga 1.

Referens	Syfte	Metod	Resultat
Bohström, D., Carlström, E. & Sjöström, N. 2017. Managing stress in prehospital care: Strategies used by ambulance nurses. International Emergency Nursing.	Undersöka vilka copingstrategier akutvårdarna använder sig av för att hantera stressen i den prehospitala vården.	Kvalitativ baserat på Critical Incident Tehnique (CIT). Totalt 15 skutvårdare intervjuades.	Resultatet visade att akutvårdarna generellt anser nödsamtal som stressiga. Oklara omständigheter ökar stressnivå, fall som inkluderar barn och förlossning ansågs väldigt stressiga. Noggrann information och assistans från nödcentralen minskade stressen. Att diskutera med arbetskolllegorna direkt efter arbetsuppgiften var i hög grad stress minskande. Avancerat samarbete med kolllegorna ansågs som effektivt medel att sänka stressen, ihop med enkla ritualer att minska stressen så som att ta korta pauser under arbetsdagen. Studien bekräftade tidigare studiers resultat som talar för nyttan av att använda sig av defusing direkt efter en stressreaktion.
Decker, K., Lee, S. & Morphet, J. 2015. The experiences of emergency nurses in providing end-of-life care to patients in the emergency department. Australasian Emergency Nursing Journal. Australia.	Att beskriva erfarenheter som sjukskötarna inom akutsjukvården haft i att vårda patienter vid livets slutskede, d.v.s. vården som patienten får direkt innan hen dör.	Kvalitativ studie med gruppintervjuer och kvalitativ grundad teori användes vid analysen. I studien deltog 25 sjukskötare från akutsjukvården.	Tio kategorier som beskrev den sociala utvecklingen för att hantera död på akutmottagningen uppstod ur insamlade data. Kategorierna betecknades 'att dö på akutmottagning är inte idealt' som beskrev platsen som ett olämpligt ställe för döendet att ske. För att klara av påverkan av omgivningen för vårdandet vid livets slutskede, berättade sjukskötarna om

			strategier som inkluderade att flytta patienten ut ur akutmottagning och ge den bästa möjliga vården de kunde.
Ebadi, A. & Froutan, R. 2017. Positive Coping: A Unique Characteristic to Pre-Hospital Emergency Personnel. Electronic Physician.	Få en bättre förståelse av de positiva copingstrategier som används inom akutsjukvården.	Kvalitativ, semi-strukturerade öppna intervjuer, observation och anteckningar från fältet. Kvalitativ innehållsanalys. 28 stycken deltagare.	Det fick fram fyra huvudkategorier och tio underkategorier. Huvudkategorierna innefattade arbetsengagemang, kompetens, positiv feedback och förberedandet av en kris.
Gillespie, G.L. & Gates D.M. 2013. Using Proactive Coping to Manage the Stress of Trauma Patient Care. Journal Of Trauma Nursing.	Fastställa användningen av förebyggande copingbeteende hos sjukskötare inom akutsjukvården för att förebygga traumatisk stress.	Tvärsnittsstudie med enkät och 137 stycken sjukskötare.	Resultatet visade att sambandet mellan det förebyggande coping värdet och traumatisk stress var betydande. Förebyggande copingstrategier som koncentrerar sig på att planera och förbereda sig på att vårda traumatiskt skadade patienter kan vara effektivt för att förebygga traumatisk stress.
Hogan, K-A., Fothergill-Bourbonnais, F., Brajtman, S., Phillips, S. & Wilson, K. 2016. When someone dies in the emergency department: Perspectives of emergency nurses. Journal of emergency nursing. Canada.	Att beskriva erfarenheter som sjukskötare inom akutmottagningen haft då de vårdat vuxna patienter som dött, för att bättre förstå faktorerna som underlättar eller försvårar vården då de vårdar dessa patienter och deras sörjande familjer.	Kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjuer och djupanalys. I studien deltog 11 sjukskötare från akutmottagningen.	Data resulterade i tre stora teman: 'Det är inte en trevlig plats att dö på', 'Jag ser sorgen' och 'Behovet av att veta att man har gjort sitt bästa'. Resultatet visade att sjuksköterna ansåg att omgivningen var svår för att vårda döende patienter och deras familjer p.g.a. oförutsägbarheten, brådska, oljud, bristen av lugn och ro samt behovet av att ta hand om flera patienter samtidigt. Som väldigt krävande i sjukskötarens roll ansågs

			då sjukskötaren även utsattes för att ta hand om patienternas sörjande anhöriga efter patientens plötsligt dött.
Isa, K.Q., Ibrahim, M.A., Abdul-Manan, H.H., Mohd-Salleh, Z.H., Abdul-Mumin, K.H. & Rahman H.A. 2019. Strategies used to cope with stress by emergency and critical care nurses. British Journal of Nursing.	Identifiera sjuksköterskornas copingstrategier och fastställa relationen mellan copingstrategier och sociodemografiska faktorer.	Deskriptiv tvärsnittsstudie med enkät. Totalt 85 sjukskötare inom intensiv- och akutsjukvården deltog.	Resultatet visade att problemlösning och positiv omvärdering var de mest använda positiva copingstrategier som identifierades. De som jobbade inom intensivvården använde sig av undvikande beteende. Gifta deltagare uppvisade högre nivåer av konfronterande coping beteende.
Kongsuwan, W., Matchim, Y., Nilamat, K., Locsin, R.C, Tanioka, T. & Yasuhara, Y. 2016. Lived experience of caring for dying patients in the emergency room. International Nursing Review.	Beskriva betydelsen av den upplevda erfarenheten av att vårda kritiska och döende patienter på akuten.	Djupintervju, med 12 sjukskötare som deltog. Vid transkription och analys av data användes van Manen's hermeneutiska och fenomenologiska ansats.	Resultatet visade fyra kategorier; att utmana döden; ingen tid för palliativ vård; brist på stöd för anhöriga; och avskildhet för fridfull död.
Morrison, L.E. & Joy, J.P. 2016. Secondary traumatic stress in the emergency department. Journal of Advanced Nursing.	Undersöka förekomsten av sekundär traumastress hos sjuksköterna inom akutsjukvården samt undersöka deras upplevelser.	Mixed metod, kvantitativ enkät och kvalitativ med fokusgrupp. Totalt 200 stycken deltog i enkäten och 10 stycken deltog i fokusgruppen. Alla deltagare var sjukskötare inom akutsjukvården.	Resultatet visade att 75% av deltagarna berättade om att de haft åtminstone ett symptom av sekundär traumastress inom den senaste veckan. Till stressen bidrog akuta yrkesmässiga stressfaktorer såsom återupplivning och död. Strategier som formell debriefing och socialt stöd ansågs som bra verktyg för att kunna

			hantera den sekundära traumastressen. Men som hinder för att ofta använda sig av dessa strategier ansågs tid och erfarenhet.
<p>Wolf, L.A., Delao, A.M., Perhats, C., Clark, P.R., Moon, M.D., Baker, K.M., ... Lenehan, G. 2015. Exploring the management of death: Emergency nurses' perceptions of challenges and facilitators in the provision of end-of-life care in the emergency department. <i>Journal of Emergency Nursing</i>.</p>	<p>Att undersöka sjuksköterskors uppfattning inom akutsjukvården av utmaningar och vad som underlättar patientvården då man vårdar patienten vid livets slutskede.</p>	<p>Mixed metod, kvantitativ enkät med 1879 deltagare och kvalitativ fokusgrupp med 17 deltagare.</p>	<p>Enkäten visade ett stadigt samt genomsnittligt höga positiva attityder och övertygelse mot att vårda döende patienter och deras anhörigas. Analysen av fokusgruppen avslöjade 9 teman, som reflekterade oron omkring välbefinnandet och utmaningarna med vården vid livets slutskede, lämplig utbildning för sjukskötarna, tillgången till resurser för att kunna förse patienten av vård i livets slutskede i en akut omgivning. Resultatet påpekade också skillnaden mellan naturen av arbetet inom akutsjukvården och vården vid livets slutskede.</p>