

## **SJUKSKÖTERSORS PERSPEKTIV PÅ ATT ARBETA MED EXISTENTIELL SMÄRTA HOS PATIENTER I PALLIATIVT SKEDE**

**En litteraturöversikt**

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning palliativ vård, 60 högskolepoäng  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng  
Avancerad nivå  
Examensdatum: 2019-05-06  
Kurs: Ht17

Författare:  
Bodil Tangstad

Zenitha Wiberg

Handledare:  
Lena Axelsson

Examinator:  
Agneta Wennman-Larsen

## SAMMANFATTNING

Den palliativa vården karaktäriseras av en värdegrund med ledorden empati, närhet, helhet och kunskap. Syftet med värdegrunden är att främja individens livskvalitet, lindra lidande och erbjuda ett existentiellt stöd i livets slut. Grunden för en god personcentrerad vård bygger på att relation mellan vårdare, patient och närstående främjas samt att bli lyssnad på och sedd som person. Existentiell smärta är vanligt förekommande hos patienter i palliativt skede som känslor av ensamhet, isolering, meningslöshet, separation och dödsångest. Patienten ger uttryck av behov att bli bemött med respekt, empati och inte bli övergiven av sin vårdgivare. Flera studier har påvisat brister där sjukvården inte kan definiera och förstå existentiella behov.

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors perspektiv på att arbeta med existentiell smärta hos patienter i palliativt skede.

Metoden som valdes för studien var en litteraturöversikt för att undersöka kunskapsläget inom området. Databaserna CINAHL complete, PubMed, PsycINFO samt SweMed+ genomfördes systematiskt med valda sökord vilket resulterade i att 16 artiklar identifierades som svarade mot studiens syfte utifrån valda urvalskriterium.

Resultatet visade att sjuksköterskor såg ett ansvar för att skapa en god relation och kommunikation till patient och närstående, i arbetet med existentiell smärta hos patienter i palliativt skede. Viktiga komponenter för en fördjupad relation var tid, tajming, närvaro och visad empati. Lyhördhet hos sjuksköterskan sågs som viktigt för att kunna tolka och lindra patientens existentiella smärta. Många sjuksköterskor såg arbetet som meningsfullt i de situationer då de kände att de lindrade patientens existentiella smärta. Arbetet innebar känslomässig involvering och i en del situationer var balansen mellan distans och närvaro svårt att identifiera. Arbetet öppnade även upp för reflektion kring livet och döden. En del sjuksköterskor beskrev arbetet med existentiell smärta hos patienten som för mödosamt och såg det inte som deras uppgift att sitta ner och prata om döden. Sjuksköterskorna saknade verktyg för att kunna handla och hantera i olika situationer med existentiell smärta hos patienten.

Slutsatsen i föreliggande studie var sjuksköterskors möten med patienter med existentiell smärta i palliativt skede ser olika ut då varje människa är unik med olika behov och resurser. Arbetet med existentiell smärta hos patienter involverade sjuksköterskan känslomässigt och balansen mellan närvaro och distans var svår att identifiera. Mer utbildning, diskussion och träning i att bemöta existentiell smärta behövs för att stärka sjuksköterskor i deras arbete med patienten i palliativt skede.

**Nyckelord:** Existentiell smärta, Existentiell lidande, Omvårdnad, Palliativ vård, Sjuksköterska.

## **ABSTRACT**

Palliative care is characterized by a foundation of values with the catchwords empathy, holism and knowledge. The purpose of the values is to promote the individual's quality of life, alleviate suffering and offer an existential support in the end of life. The foundation for a good person-centered care is based on the relationship between caregiver, patient and next of kin are being promoted and being listened to and seen as a person. Existential pain is common in patients in palliative phase such as loneliness, isolation, meaninglessness, separation and death anxiety. The patient gives the expression of needs to be met with respect, empathy and not be abandoned by his caregiver. Several studies have demonstrated the gaps where the health care system can't define and understand the existential needs.

The aim of the study was to describe the nurses' perspectives on working with existential pain in patients in the palliative phase.

The method chosen for the study was a literature review to examine the state of knowledge in the field. The databases CINAHL complete, PubMed, PsycINFO and SweMed+ were systematically searched with selected keywords, which resulted in 16 articles being identified which corresponded to the study's aim based on the chosen selection criteria.

The result showed that nurses saw a responsibility to create a good relationship and communication with the patient and next of kin, in the work with existential pain in patients in the palliative phase. Important components for a deeper relationship were time, timing, attendance and shown empathy. Responsiveness of the nurse was seen as important to be able to interpret and alleviate the patient's existential pain. Many nurses saw the work as meaningful in the situations which they felt that they alleviated the patient's existential pain. The work involved emotional involvement and in some situations where the balance between distance and presence was difficult to identify. The work also opened up for reflection on life and death. Some nurses described the work with existential pain of the patient as too laborious and did not see it as their duty to sit down and talk about death. Some nurses described that they missing tools to be able to act and handle in different situations with existential pain in the patient.

Conclusion in this study, the nurses' meetings with patients with existential pain in palliative stage is different as each person is unique with different needs and resources. The work of existential pain in patients involved the nurse emotionally and the balance between the presence and distance were difficult to identify. More education, discussion and training in addressing existential pain are needed to strengthen nurses in their work with the patient in palliative phase.

**Keywords:** Existential pain, existential suffering, Nurse', Nursing, Palliative care.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Palliativ vård.....	1
Palliativt förhållningssätt .....	2
Tidig och sen fas inom palliativ vård.....	2
Allmän och specialiserad palliativ vård .....	3
Symtom och symtomlindring inom den palliativa vården .....	3
Olika dimensioner av smärta .....	4
Personcentrerad vård som teoretisk utgångspunkt .....	6
Specialistsjuksköterskans professionella ansvar .....	7
Problemformulering.....	8
Syfte .....	8
METOD.....	8
Design .....	8
Urval .....	9
Datainsamling .....	9
Manuell sökning .....	10
Granskning av artiklarnas kvalitet .....	10
Dataanalys.....	11
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	11
RESULTAT .....	12
Sjuksköterskors perspektiv på sin ansvarsroll i arbetet nära patienter med existentiell smärta i palliativt skede .....	12
Relationens och kommunikationens betydelse .....	12
Sjuksköterskors perspektiv på tillfredsställelser och utmaningar i arbetet nära patienter med existentiell smärta .....	13
Hinder och redskap som påverkar det patientnära arbetet med patienter i palliativt skede som upplever existentiella smärta .....	15
DISKUSSION .....	16
Metoddiskussion .....	16
Resultatdiskussion .....	19
Slutsats.....	22
Klinisk tillämpbarhet.....	22
REFERENSER .....	24

**Bilaga A-** Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

**Bilaga B-** Tabell 2. Sökresultat av databassökning.

**Bilaga C-** Tabell 3. Artikelmatris.

## **INLEDNING**

Oavsett diagnos så är det vanligaste symtomet i palliativt skede smärta, enligt Socialstyrelsen (2013), som uppskattar att 50 - 100 procent har smärta i palliativt skede och att den är oftast underbehandlad. Att ha smärta har en negativ inverkan på livskvaliteten och välbefinnandet för alla, både patient och närstående blir påverkade, och teamet runt om blir frustrerade när inget verkar hjälpa (Socialstyrelsen, 2013). Vidare beskriver Socialstyrelsen (2013) att alla symtom som fysiska, psykiska, existentiella och sociala behov ska tillgodoses, samtidigt beakta patientens autonomi och integritet.

## **BAKGRUND**

### **Palliativ vård**

Palliativ vård erbjuds till patienter med en progressiv, obotlig sjukdom eller skada. Palliativ vård i livets slutskede betyder att det finns en mycket begränsad tid kvar i livet, det kan röra sig om timmar, dagar, veckor eller månader. Patientens allmäntillstånd är i detta skede nedsatt och fortsatt behandling av grundsjukdom bedöms inte kunna förbättra tillståndet. Den fortsatta behandlingen inriktar sig på att främja livskvaliteten och har i syfte att vara symtomlindrande och inte livsförlängande (Socialstyrelsen, 2018). Palliativ vård ska erbjudas till alla patienter oavsett diagnos. I den palliativa vårdens slutskede är cancerdiagnos vanligt förekommande. Två andra stora diagnosgrupper är långt framskriden hjärtsvikt och kronisk obstruktiv lungsjukdom. Andra diagnoser med livshotande karaktär och palliativa behov som kan ses inom den palliativa vårdens slutskede är, lever- och njursvikt i livets slutskede, aids och neurologiska sjukdomar som exempelvis Parkinson, multipel skleros och amyotrofisk lateral skleros (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2016b).

Den palliativa vården inkluderar patient och närstående och har i syfte att lindra lidande, erbjuda stöd och främja livskvaliteten (Socialstyrelsen, 2013). Vidare beskriver Socialstyrelsen (2013) att den palliativa vården ska vara likvärdig, oberoende var eller av vem individen vårdas. Palliativ vård syftar även till att främja individens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov och erbjuda ett organiserat stöd till närstående (Socialstyrelsen, 2013: Strang, 2012). Ofta dras likheten av palliativ vård med vård i livets slut, terminal vård och hospicevård, och misstas oftast för att vara vård i absoluta slutskedet i livet, istället handlar palliativ vård om behandling, och förebygga lidande hos patienter med en progredierande eller livsbegränsande sjukdom eller skada, men som inte nödvändigtvis är döende (Kirkpatrick, Cantrell & Smeltzer, 2017).

Palliativ vård utgår från de fyra hörnstenarna och grundar sig i människovärdesprincipen och världshälsoorganisationens (WHO) definition av palliativ vård och har formulerats av socialstyrelsen i skriften *Döden angår oss alla – Värdig vård vid livets slut* (SOU 2001:6). De fyra olika hörnstenarna är symtomlindring, kommunikation och relation, samarbete och närståendestöd (Socialstyrelsen, 2013).

Palliativ vård definieras enligt WHO som följande:

Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom. Palliativ vård förebygger och lindrar lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling

av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem  
[WHO, 2019]

### **Palliativt förhållningssätt**

Ett palliativt förhållningssätt karaktäriseras av en helhetssyn på människan, vilket innebär att fram till livet slut, stödja och främja individens värdighet och livskvalitet, oberoende av ålder och diagnos (Socialstyrelsen, 2013: Regionalt Cancercentrum i samverkan, 2016a).

Palliativ vård bygger på ett multiprofessionellt samarbete och syftar till symtomlindrande behandling, med fokus på att tidigt upptäcka, analysera och behandla symtom av fysisk, psykisk, social och/eller existentiell karaktär samt förebygga och lindra lidande (Regionalt Cancercentrum i samverkan, 2016a).

Den palliativa vården bygger på en värdegrund med ledorden *empati, närhet, helhet* och *kunskap*. Syftet med värdegrunden är att främja individens livskvalitet, lindra lidande och erbjuda ett existentiellt stöd i livets slutskede. *Empati* handlar om att främja ett professionellt förhållningssätt, visa omtanke och förmågan att känna in individens situation. *Närhet* handlar om att se döden som en naturlig process och beakta individens behov av stöd och närvaro under denna process. Patienten beskrivs som en social varelse och har olika behov av närhet från exempelvis närstående och vårdpersonal. Närhet skapar förutsättning för att lyssna in önskemål, behov och erbjuda stöd (Regionalt Cancercentrum i samverkan, 2016a). Vidare lyfter Regionalt Cancercentrum i samverkan (2016) fram att *helhet* handlar om att den palliativa vården bygger på samverkan mellan olika yrkesprofessioner för att beakta individens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. Ledordet *kunskap* syftar till att personal inom den palliativa vården ges förutsättningar för att verka för att främja patientens livskvalitet då hälsan inte kan återställas genom medicinska åtgärder. Kunskap innebär även att personal inom den palliativa vården får utbildning, fortbildning och att förutsättningar prioriteras för att personal själva ska bidra med forskning inom området (Regionalt Cancercentrum i samverkan, 2016a).

### **Tidig och sen fas inom palliativ vård**

Inom den palliativa vården lyfter Regionala Cancercentrum i samverkan (2016a) fram begreppen tidig och sen palliativ fas. Vårt att beakta i den palliativa vården är att det är patienten som bär på kunskap om sin kropp och hälsa och där delaktighet är en förutsättning i vården. Därav är det viktigt att patienten och närstående inkluderas i den vård och behandling som utförs (William, 2013). Den tidiga palliativa fasen startar när patienten får sin diagnos och fasens existens kan vara under en lång tid. I denna fas syftar den palliativa vården och behandlingen till att bromsa sjukdomsförloppet och vara livsförlängande. Målet med vården och behandlingen är att främja patientens livskvalitet och verka för en god symtomlindring (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2016a; Socialstyrelsen, 2013). I den sena palliativa fasen går det att identifiera att patienten inte gagnas av den sjukdomsbromsande vården och behandlingen och det går det inte att bortse från att sjukdomen fortskrider. Den palliativa vården och behandlingen går från att syfta till att vara livsförlängande till att vara lindrande. Det går inte att urskilja en tydlig gräns mellan tidig och sen palliativa fasen, övergången sker successivt. Varaktigheten för den sena palliativa fasen står i relation till patientens sjukdomsförlopp och kan innefatta dagar till någon månad (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2016a; Socialstyrelsen, 2013).

## **Allmän och specialiserad palliativ vård**

Den palliativa vården delas in i två olika vårdnivåer som inkluderas av olika kriterium utifrån att patientens situation och behov kan se olika ut (Regionalt Cancercentrum i samverkan, 2016a). Den ena vårdnivån är allmän palliativ vård som inkluderar patienter med en stillsam sjukdom, symtombild och de palliativa vårdbehoven är få. De symtom och behov som kan förekomma hos patienter allmän palliativ vården ska kunna lindras och tillgodoses av personal med grundläggande kompetens och kunskap inom palliativ vård. Allmän palliativ vård ska kunna erbjudas och ges överallt, i hemmet, på kommunal vård och omsorgsboenden och på akutsjukhus (Regionalt Cancercentrum i samverkan, 2016a). Den specialiserade palliativa vården är den andra vårdnivån som inkluderar patienter med särskilda behov eller där situationen och problem är komplicerade och behov av specialiserad palliativ vård går att identifiera. Den specialiserade palliativa vården ges av personal med särskild kompetens och kunskap inom palliativ medicin och vård. I ett specialiserat palliativ team samarbetar olika yrkesprofessioner och sammansättningen kan se olika ut. Teamet kan bestå av undersökterska, sjuksköterska, läkare, kurator, dietist, arbetsterapeut och fysioterapeut (Regionalt Cancercentrum i samverkan, 2016a). Socialstyrelsen (2013) beskriver att den specialiserade palliativa vården ska erbjudas och ges i hemmet med stöd av palliativ team och hemsjukvården, på kommunal vård och omsorgsboenden, inom slutenvården, på hospice eller palliativa vårdavdelningen. För att främja en god palliativ vård är det beaktansvärt olika vårdnivåer samverkar (Socialstyrelsen, 2013).

## **Symtom och symtomlindring inom den palliativa vården**

Regionala Cancercentrum i samverkan (2016a) och Socialstyrelsen (2013) belyser att vårdpersonalens uppgift i den palliativa vården är att främja patientens livskvalitet och välbefinnande och verka för en god symtomlindring. Det är vanligt förekommande att patienter inom den palliativa vården har symtom med komplex karaktär, det kan vara flera olika och svåra symtom samtidigt. För att förebygga och lindra symtom är det av stor vikt att vårdpersonal bär en medvetenhet för vikten av att tidigt upptäcka, göra en utförlig analys av symtom, behandla symtom och utvärdera behandlingen (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2016a; Socialstyrelsen, 2013). Fitch, Fliedner och O'Connor (2015) beskriver att en betydande kärna i den palliativa vården är att vårdpersonal har kunskap om vården för att i ett tidigt skede kunna bemöta och bedöma patientens symtombild med en helhetssyn för patient och närståendes behov. Nunn (2014) beskriver att för att uppnå kontroll av symtom krävs det en holistisk och omfattande bedömning av patientens symtombild och en god kommunikation bland de yrkesprofessioner som samverkar runt patienten. En god samverkan och kommunikation med patient och närståendes är en central del för att främja symtomkontroll.

Vanligt förekommande symtom inom den palliativa vården är smärta, vilket har en negativ inverkan på patientens livskvalitet och känsla av välbefinnande (Karlsson, 2013; Nunn, 2014; Iwase et al., 2015). Andra besvärande symtom som patienten kan lida av är trötthet, matleda, illamående, kräkningar och förstoppning. Även oro, ångest, andfåddhet och andnöd kan patienten lida av (Karlsson, 2013; Nunn, 2014). Det är även vanligt förekommande att patienter i den palliativa vården besväras av flera symtom samtidigt såsom depression-fatigue-smärta. Hoekstra, Vernooij-Dassen, de Vos och Bindels (2006) har studerat området och presenterade att mer än hälften av patienterna hade tre eller flera besvärande symtom samtidigt. Begreppet symtomkluster beskriver Aktas, Walsh och Rybicki (2010) uppstår när patienten lider av flera symtom samtidigt och är vanligt förekommande vid cancersjukdom. Smärtans olika dimensioner kan förekomma i olika varianter och olika kombinationer och förändras under patientens sjukdomstid. Därav är en betydande del i behandlingen av symtom

att sträva efter att arbeta systematiskt med patientens symtombild för att kunna lindra den totala smärtan (Reid & Mc Cormark, 2005; O'Brien & Kane, 2014). Henoch (2013) och Reid och Mc Cormark (2005) lyfter fram att vårdpersonal har en tendens att fokusera på de fysiska symtomen och sjukdomen istället för att vända sig till patienten och lyssna in dennes upplevelser utifrån smärtans olika dimensioner.

### **Olika dimensioner av smärta**

Smärta enligt ISAP (International Association for the Study of Pain) är en emotionell och/eller sensorisk obehaglig upplevelse, som är subjektiv och endast kan förklaras av den som upplever smärtan. Smärtan tolkas känslomässigt av hjärnan utifrån förväntningar och tidigare erfarenheter, och oro/ångest kan förstärka smärta, medan smärtan minskar i en trygg och lugn situation (Regionalt Cancercentrum, 2016a). Det framkommer i studierna av Maree och Wright (2008), O'Brien och Kane (2014) och Pidgeon et al. (2015) att smärta är det främst förekommande symtomet inom den palliativa vården. Patienter med långt framskriden cancersjukdom förekommer smärta i 50-100 procent av fallen (Regionalt Cancercentrum, 2016). Vid cancersjukdom som spridit sig beskriver Strang (2012) att ungefär 70 procent av patienterna besväras av smärta. Hos patienter som vårdas i livets slutskede är det vanligt att smärta förekommer och om smärtan inte beaktas och behandlas i tid kan orsaka att andra symtom uppstår (Rome, Luminais, Bourgeois & Blais, 2011).

I den palliativa vården är en viktig del att använda sig av ett tvärprofessionellt team för att genom ett helhetsperspektiv identifiera smärtan och dess olika dimensioner (Rome et al., 2011). Vilket kan främja att den totala smärtan och dess bakomliggande orsak beaktas för att främja en optimal smärtlindring (Rome et al., 2011). Vidare lyfter Svensk sjuksköterskeförening (2008) att sjuksköterskan inom den palliativa vården har i uppgift att hens arbete grundar sig i att helheten beaktas för att kunna möta patientens olika behov och därefter vidta lämpliga åtgärder. Strang, Strang och Ternstedt (2002) påvisade att sjuksköterskor har väldigt lite teoretisk kunskap om existentiell smärta.

### Total Pain

Redan på 50-talet utvecklades smärt konceptet, forskningen kom fram till att den kroniska smärtan påverkar livet och att smärta inte bara är fysisk. Cicely Saunders som grundade hospicerörelsen funderade kring begreppet smärta. Hon beskriver i sin artikel Into the valley of the shadow of death - A personal therapeutic journey (1996), hur hon började sin karriär som frivillig sjuksköterska och 1948 arbetade hon på ett hem för cancerpatienter i terminalt skede, där hon upplevde att smärtlindring var svårt. Hon läste sedan vidare till läkare mellan åren 1951-1957 och började arbeta på ett hospice 1958 där hennes intresse för smärtlindring fördjupas. Saunders insåg tidigt att varje död var individuell och att patientens livserfarenheter reflekteras i den palliativa fasen. Det var så begreppet total pain kom till och bestod av en komplexitet av det fysiska, psykiska, sociala och det existentiella/andliga delarna (Saunders, 1996). Hela upplevelsen för patienten inkluderas av oro, depression, rädsla och oro för familjen som blir berövade och ofta måste hitta en djupare mening i situationen att förhålla sig till och lita på (Saunders, 1996).

### Fysisk smärta

Den fysiska dimensionen av smärta berör patientens subjektiva upplevelse av symtom. Vid fysisk smärta kan kroppsliga begränsningar förekomma, förlust av fysiska funktioner och funktionskontroller (Henock, 2013). Vidare beskriver Lundh och Malmquist (2009) att fysisk smärta uppstår vid början till eller vid faktisk vävnadsskada och är en upplevelse med



sensorisk och/eller emotionell karaktär. Den fysiska smärtan kan vara av nociceptiv och/eller neuropatisk karaktär. Vid cancersjukdom med spridning kan destruktion eller skada av vävnad framkomma och då kan nociceptiv smärta uppstå. Den nociceptiv smärta inkluderar en visceral och en somatisk del. Den visceral delen bottenar i nociceptiv smärta i vävnaden i hjärt- och lungsjäck eller bukhålan. Den somatiska delen kan härledas till nociceptiv smärta i leden, muskler och/eller skelett (Strang, 2012). Neuropatisk smärta uppstår vid skada eller destruktion av det centrala nervsystemet, nerver eller nervrötter. Vid cancersjukdom kan inflammationsprocesser och/eller tumör trycka på nerver eller orsaka skada eller destruktion av nerver, nervrötter eller centrala nervsystemet. Vilket kan vara en bakomliggande orsak till att neuropatisk smärta uppstår (Strang, 2012).

### Psykologisk smärta

Den psykologiska dimensionen av smärta grundar sig i patientens psykiska och själsliga tillstånd (Lundh & Malmqvist, 2009). Psykologisk smärta kan uppstå när patientens psykologiska funktioner sviktar vilket kan orsaka upplevelser av sviktande personlighet, ångest, maktlöshet och hjälplöshet (Strang, 2012; Sand, Strang & Milberg, 2008; Panikulam, 2011). I en studie av Panikulam (2011) framkom det att patienten kan drabbas av psykisk smärta i form av symtom som rädsla och ångest när patienten upplever att den egna kroppskontrollen sviktar då förluster av fysiska och kognitiva funktioner uppstått. Vid sjukdom kan lidande och känslan av förluster uppstå, vilket patienten kan uttrycka genom känslomässiga reaktioner som skapar psykisk smärta (Henock, 2013). Vidare lyfter Bergh (2009) fram att känsloreaktioner vid sorg, skuld, rädsla, oro, ilska och vrede kan ligga till grund för den psykiska smärtan.

### Social smärta

Sociala problem kring ekonomi, arbete och familj kan orsaka lidande och framkalla smärta som berör den sociala dimensionen (Eckerdal & Thulesius, 2015; Sand et al., 2008). Den sociala smärtan kan även bottena i känsla av ensamhet och utanförskap, vilket kan uppstå vid sjukdom (Sand et al., 2008; Strang, 2012). År 1998 genomförde Strang en studie som visade att hos de 97 deltagande patienterna upplevde 17-37 procent social smärta. Den sociala smärtan gick att härleda till att olika sociala aktiviteter, intressen och sociala relationer blir lidande. En cancersjukdom kan medföra olika sociala förluster som ger upphov till att patienten upplever smärta. Det finns flertal sociala förluster som patienten kan uppleva till exempel upplevelser av förlorad hälsa, förlust av energi och förlust av vänner. Vilket kan leda till ett social smärta och lidande som har en negativ inverkan på patientens livskvalitet (Sand et al., 2008). Trots sjukdom ska patienten kunna uppleva autonomi och värdighet fram tills att döendet och döden inte går att bortse från. Dock finns det risk att patienten upplever förlust av sin autonomi och värdighet när smärtan inte är kontrollerad (Strang, 1998).

### Existentiell smärta

Begreppet existentiell smärta benämndes först i Sverige år 1989 av smärtläkaren Inge Dahn och bottenade i att patienter beskrev att de upplevde fysisk smärta utan att fysisk orsak kunde identifieras. Dock framkom det att patienterna uttryckte känsla av meningslöshet och bar på frågeställningar med existentiell karaktär (Dahn, 1983). Redan under 80-talet lyfte Yalom (1980) inom den existentiella psykologi fram att känslan av maktlöshet kunde uppstå i de situationer då människor kommer i kontakt med döden och ställs inför krav som upplevs som oöverstigliga, vilket kan skapa en djup känsla av förlust och maktlöshet och därmed skapa ett existentiellt lidande.

I en studie av Strang, Strang, Hultborn och Arnér (2004) studerades begreppet existentiell smärta och läkare inom palliativ vård, smärtläkare och sjukhuspräst förfrågades hur de

definierade begreppet. Det framkom att en tredjedel av deltagarna beskrev begreppet som existentiellt lidande utan relation till fysisk smärta. Övriga deltagare beskrev dels att begreppet gick att härleda till en fysisk smärta som skapar ett existentiellt lidande och leder till att den fysiska smärtan förstärks. Begreppet sattes även i relation till att ett existentiellt lidande kan orsaka fysisk smärta (Strang et al., 2004).

Det är ett svårdefinierat begrepp. Den existentiella smärtan har patienter i en studie av Strang et al. (2004) och i en debattartikel av Kissane (2000) satt i relation till känslan av ensamhet, isolering, separation, meningslöshet och dödsångest.

Existentiell smärta är ett stort problem för många personer nära livets slutskede, speciellt hos personer med en dödlig sjukdom och troligtvis tidig död (LeMay & Wilson, 2008). I en tidigare studie beskrev patienter att de upplevde en inre stress då deras situation innebar en individuell konfrontation med sin egen död och därmed uppstod känslor av maktlöshet, hopplöshet, meningslöshet, ånger, dödsångest och känsla av förlorad identitet (Kissane, 2000). I en studie med totalt 103 deltagande patienter inom den palliativa vården, rapporterade 16 procent att de upplevde existentiell smärta i form av att de dagligen eller vid flera tillfällen per vecka upplevde maktlöshet och hopplöshet (Sand et al., 2008). Inom den palliativa vården är existentiell smärta vanligt och det har identifierats ett tydligt samband mellan nedstämdhet och ångest (Teunissen & Haes, 2007). Strang et al. (2002) kom fram till att sjukvården vill uppmärksamma existentiell smärta men har en okunskap hur man ska kunna vårda och hjälpa. Många inom sjukvården har svårt att definiera och förstå existentiella behov och därför blir de inte behandlade och lindrade (Boston, P., Bruce, A., & Schreiber, R. 2011). Patienter i den palliativa vården har uttryckt hur viktigt det är med medlidande, respekt, självkänedom, empati och inte bli övergiven av sina vårdgivare, men att det tyvärr brister i många avseenden (Boston et al., 2011). Patienter har uttryckt att de litar på sina läkare för de medicinska frågorna, men inte andra behov som existentiella (Melhem & Daneault, 2017). Enligt Strang et al. (2002) så tyckte 87 procent att det var viktigt att uppmärksamma existentiella behov hos patienterna, men bara 42 procent uppgav att man faktiskt rapporterade dessa behov hos sina patienter. Sjuksköterskors stressnivå över att bemöta patienter i livets slut fick dem att tänka på sin egen död och vågade inte lyssna till patientens oro och avslutade samtalet ofta genom att lägga locket på (Boston et al., 2011). Existentiell ångest påverkar inte bara patienten och familjens existentiella smärta utan innebär flera utmaningar för vårdpersonalen i vårdandet av patienter i livets slutskede (Breitbart, Gibson & Poppito, 2004; Kissane, 2000; Rousseau 2000). Begreppet existentiell ensamhet karaktäriseras av osäkerhet och att patienten drar sig undan efter besked om dödlig sjukdom. Osäkerheten bottenar i oron att exponera sina känslor och skapa lidande hos närstående och därför drar sig patienten undan diskussioner med familjen (Syrén, Saveman & Benzein, 2006).

Vården som respekt och betrakta en känsla för patientens integritet, behov, övertygelse och deras rätt att själva vara med och påverka och besluta för sin egen vård är starkt betonade, och det är inte accepterat att hota eller förolämpa en annan person eller förlöjliga deras önskan. Patientens frihet att välja vilken livsstil och väg de vill ta måste respekteras (Strang et al., 2002).

### **Personcentrerad vård som teoretisk utgångspunkt**

Den personcentrerade vården kan beskrivas som en relation mellan patient, närstående och vårdpersonalen. Där alla parter bär ett eget ansvar för att verka för en god kommunikation och främja en ömsesidig respekt och beakta och ta tillvara på varandras kunskaper (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2013; Ekman & Norberg, 2013). Att bemötas med värdighet och kunna känna sig fri som patient är utgångspunkten för personcentrerad vård. Begreppet personcentrerad vård innebär ömsesidig interaktion och kommunikation (Ekman & Norberg,

2013). Att bli lyssnad på som patient och känna sig sedd, och vikten av en god relation mellan vårdare, patient och närstående lägger grunden för en bra personcentrerad vård. Patientberättelsen är utgångspunkten för att kunna förstå hur sjukdomen påverkar vardagen med smärta, ångest eller andra symtom, som sedan utmynnar i en gemensamt utformad vårdplan med mål och planerad uppföljning som dokumenteras i patientens journal. Målen ska vara både långsiktiga och kortsiktiga (Ekman & Norberg, 2013). Existentiell smärta kan förekomma hos patienter i den palliativa vården och kan böttna i känslan av ensamhet, isolering, separation, meningslöshet och dödsångest (Strang, Strang, Hultborn & Arnér, 2004; Kissane, 2000). Patientens egen berättelse är utgångspunkten för personcentrerad vård vilket är en betydande del i mötet med patienter med existentiell smärta. I patientberättelsen kan betydande information om hur sjukdomen påverkar patientens ur ett existentiellt perspektiv, vilket kan skapa en förståelse för om existentiell smärta förekommer och hur den påverkar patienten (Ekman & Norberg, 2013). I den palliativa vården har patienter uttryckt hur värdefullt det är att vårdgivare visar medlidande, respekt, självkänedom, empati och inte överger sina patienter, men att det tyvärr brister i många avseenden (Boston et al., 2011). Utgår vårdgivaren från ett personcentrerat perspektiv, i den palliativa vården beaktas patientens behov och resurser. Vilket kan förebygga att vårdgivaren brister i visad respekt, empati och självkänedom (Ekman & Norberg, 2013). Med det ökade makt förhållandet och ansvaret för patienten i personcentrerad vård så är specialistsjuksköterskor en resurs för både vårdteamet och patienten med sin kunskap (Ekman & Norberg, 2013). I en studie av Ross, Todd och Clarke (2015) beskrivs sjuksköterskan i sitt dagliga arbete bära en förståelse för vad personcentrerad vård är. Då sjuksköterskan kan ha förmågan att uppmärksamma patientens behov och identifiera de olika detaljerna kring patienten som tydliggör vårdens ramar. Svensk sjuksköterskeförening (2016) menar att det är hur och vad sjuksköterskan gör som har en avgörande betydelse för om vården av patienten ska blir personcentrerad eller sjukdomsinriktad.

### **Specialistsjuksköterskans professionella ansvar**

Inom den palliativa vården är ett palliativt förhållningssätt ett grundläggande krav hos alla yrkesprofessioner som arbetar med patienter med obotlig sjukdom i livets slutskede. Det palliativa förhållningssättet syftar till att stödja, beakta och respektera patientens värdighet och främja patientens livskvalitet tills livets slut (Socialstyrelsen, 2018). Sjuksköterskans arbete består av fyra grundläggande ansvarsområden, vilka är att främja och återställa hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande (ICN:s etiska Kod för sjuksköterskor, 2014). Den vård som sjuksköterskan bedriver ska värna om personens värdighet och respekt. Omvårdnaden ska även genomsyras av att personen och familjens mänskliga rättigheter, värderingar, kulturella och etniska bakgrunder och traditioner respekteras (ICN:s etiska Kod för sjuksköterskor, 2014). I sjuksköterskans professionella ansvar inkluderas även medverkan till att omvårdnadens värdegrund främjas och utvecklas, En etisk organisationskultur bär även sjuksköterskan ett ansvar för att den beaktas. Vidare bär sjuksköterskan ett ansvar i att bedriva och sprida forskningsbaserad kunskap, som beskriver relationen mellan kontinuerligt lärande och kompetens (ICN:s etiska Kod för sjuksköterskor, 2014). Sjuksköterskan kan möta patienter som är svårt sjuka och döende inom olika sjukvårdsformer, i sjukhusmiljön, hemmet, hospice och palliativ vårdavdelning. I dessa möten ställs sjuksköterskan inför situationer kopplade till lidande, döendet och döden (Karlsson, Kasén & Wärnå-Furu, 2017). Sjuksköterskan har en central roll i att stödja patienten i övergången mellan de olika palliativa faserna. Inom den palliativa vården bär även sjuksköterskan ett ansvar för att samverka för patientens bästa och utbilda (Lewis, 2013). Kirkpatrick et al. (2017) beskriver att specialiserade sjuksköterskor främsta mål, inom palliativ omvårdnad, ska vara att lindra lidande fysiskt, psykosocialt och existentiellt, samt

främja en god livskvalitet till alla patienter med en progredierande livsförkortande tillstånd och deras familjer, oavsett vårdbehov.

### **Problemformulering**

Inom den palliativa vården är existentiell smärta vanligt och det har identifierats ett tydligt samband mellan nedstämdhet och ångest samt att existentiellt lidande kan orsaka fysisk smärta. Tidigare forskning har beskrivit att patienter har satt den existentiella smärtan i relation till känslan av ensamhet, isolering, separation, meningslöshet och dödsångest. Det framkommer även att sjukvården vill uppmärksamma existentiellt smärta men saknar verktyg och kunskap för hur man ska kunna vårda och hjälpa. Det finns en risk att patienters existentiella behov inte blir behandlade och lindrande då många inom sjukvården har svårt att definiera och förstå existentiella behov. Patienter i den palliativa vården har uttryckt hur viktigt det är med medlidande, respekt, självkänedom, empati och inte bli övergiven av sina vårdgivare, men att det tyvärr brister i många avseenden. Med kunskaper om sjuksköterskors perspektiv kan sjuksköterskor få fler verktyg i arbetet för att identifiera, lindra och behandla existentiell smärta hos patienten.

### **Syfte**

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors perspektiv på att arbeta med existentiell smärta hos patienter i palliativt skede.

## **METOD**

### **Design**

Inom forskning finns det olika metoder som forskare kan utgå ifrån när verkligheten ska studeras då kunskapen bottenar i olika antaganden. Vetenskapens primära uppgift är att forskaren redovisar objektiva fakta inom valt område. Forskarens forskningsfråga, perspektiv, erfarenhet och kunskapssyn styr vilken design som forskaren väljer. Möjligheterna för att kunna genomföra studien bör även beaktas, genom att identifiera studiens resurser och underlag vid val av metod (Forsberg & Wengström, 2013).

Den metoden som valdes för studien var en allmän litteraturoversikt med avsikt att sammanställa och kritiskt granska tidigare forskning och presentera det nutida kunskapsläget (Polit & Beck, 2017). För att beskriva kunskapsläge till denna studie valde författarna att söka material systematiskt och kritiskt granska de vetenskapliga artiklarna som inkluderades.

Val av arbetsprocess för analys av insamlad data var inspirerad av Whitemore och Knafl (2005) som lyfter fram olika steg i arbetsprocessen. Steg ett innebär för forskaren att identifiera ett problem och därefter formulera ett syfte baserat på studiens område, med avsikt att ändamålet tydligt beskrivs. Steg två handlar om att forskaren gör en uttömmande litteratursökning. I arbetsprocessens tredje steg ska insamlad data utvärderas, vilket innefattar att vetenskapliga artiklar lästes och deras vetenskapliga kvalitet granskas. Data analyseras i steg fyra, vilket handlar om att text som svarade mot syftet först delas upp, därefter kodas, kategoriseras och till slut summeras till sammanställningar. Steg fem innebär att forskaren presenterar resultatet av data baserat på analysens process (Whitemore & Knafl, 2005).

## **Urval**

För att avgränsa sökningen till relevant kunskap med hänsyn till studiens syfte och för att främja studiens kvalitet utformades nedan nämnda inklusions- och exklusionskriterier (Friberg, 2017). Artiklar med demografiska skillnader inkluderades. Polit och Beck (2017) beskriver att det finns en poäng i att inkludera artiklar med demografiska skillnader då det kan vara intressant att fånga och skildra likheter och olikheter i de studier som inkluderades.

### Inklusionskriterier

Artiklar med kvalitativ ansats inkluderades för att beskriva sjuksköterskors perspektiv av att arbeta nära existentiell smärta. De vetenskapliga artiklar som inkluderades skulle svara mot litteraturöversiktens syfte. Studier med Sjuksköterskorna med lägsta utbildningsnivå som grundutbildade och vårdar patienter över arton år i palliativt skede i den allmänna och/eller specialiserade palliativa vården inkluderades.

Originalartiklar som var peer reviewed och etiskt granskade inkluderades. Artiklar skrivna på svenska och/eller engelska med publiceringsdatum från januari 2009 till år 2019, och efter granskning hade medel och hög kvalitet inkluderades.

### Exklusionskriterier

Exklusionskriterier var översiktsartiklar, då risk föreligger med ett felaktigt resultat relaterat till att forskaren kan haft begränsad tillgång till relevant forskning, det kan vara selektivt utvalda artiklar/studier som stödjer forskarens hypotes men inte påvisar nackdelar.

## **Datainsamling**

Datainsamlingen inleddes med en provsökning med olika sökord i olika kombinationer, utifrån inklusionskriterier, för att utforska status på tillgången med material inom litteraturöversiktens valda område. Provsökningen resulterade i att flera artiklar rörande sjuksköterskors perspektiv att arbeta nära existentiell smärta hos patienten, i palliativt skede. Provsökningen talade för att det fanns aktuella artiklar som svarar mot studiens syfte och en litteraturöversikt ansågs vara möjlig att utföra.

De databaserna som systematiskt genomsöktes var PubMed som innehåller artiklar om medicin, omvårdnad och odontologi, CINAHL Complete som koncentrerar sig på omvårdnad och närliggande områden, Swemed+ som samlat skandinaviskt material med främst medicinskt innehåll, och PsycINFO där beteendevetenskap blandas med psykologi, sociologi och psykiatri (Karlsson, 2017). Författarna till denna studie ansåg att dessa databaser kan innehålla material med förankring i omvårdnadsvetenskap och som svarar på syftet. Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016) beskriver att en systematisk litteraturöversikt bygger på att data samlas in från flera olika databaser och författarna till denna studie valde att utnyttja sina kunskaper för att identifiera aktuella databaser. För att samla in data togs även hjälp av en bibliotekarie på Sophiahemmet Högskolas Bibliotek, som har en erfarenhet av indexeringssätt och struktur på de olika databaserna (Forsberg & Wengström, 2017). Booleska operatörerna AND och OR användes, vilket enligt Forsberg och Wengström (2017) kan bidra till att sökningen utifrån syftet breddas eller smalnas av. Polit och Beck (2017) beskriver att val av söktermer har stor betydelse i slutresultatet och därav vikten av att begränsa söktermerna. Används för många sökord kan avgränsa för mycket och resultera i begränsat sökresultat. Val av sökord baserades på litteraturöversiktens syfte (Karlsson, 2017). Sökorden spiritual pain, spiritual suffering, palliative, palliative care, palliative nurse, nurse och nursing användes i olika kombinationer, MeSH-termer används i PubMed och består av förbestämda begrepp som har i uppgift att utmärka artiklarna med nyckelord.

MeSH-termerna kan därav användas för att söka artiklar inom området. I databasen Cinahl complete finns samma funktion men benämns som Cinahl headings.

Författarna till studien utförde sökningarna på var sitt håll under datainsamlingen, då de var bosatta på olika bostadsorter och möjligheten för fysiskt möte var mycket begränsat. En regelbunden diskussion fördes, via telefon och videomöten. Sökningarna utfördes under januari 2019 och redovisas tabell 2. Sökningarna uppdaterades under perioden januari till mars 2019 för att utesluta att missa nytillkommen forskning (Rosén, 2017). De uppdaterade sökningarna och sökningarna i databasen SweMed+ resulterade inte i att någon nytillkommen forskning identifierades och redovisades inte. Totalt identifierades 107 stycken titlar som resulterade i att totalt 43 stycken artiklar lästes i sin helhet, 40 stycken artiklar identifierades genom databassökning och tre stycken genom manuell sökning. Av de artiklar som lästes i sin helhet exkluderades 26 stycken artiklar och 16 stycken inkluderades.

Först lästes de 107 stycken titlar som identifierades och sågs som potentiellt relevanta artiklar och därefter lästes abstrakten igenom var för sig av båda författarna. Efter en gemensam diskussion sparades de abstract som ansågs besvara litteraturöversiktens syfte. Därefter sorterades och exkluderades abstrakt som inte svarade mot litteraturöversiktens syfte, inte uppfyllde urvalskriterier och var dubletter. De artiklar som valdes ut lästes enskilt i sin helhet och laddades upp i ett delbart dokument i Google-drive som båda författarna till denna studie kunde använda. Via dokumenten kunde författarna diskutera aktuella artiklar och bedöma vilka som svarade mot litteraturöversiktens syfte, utifrån aktuella urvalskriterier. Artiklar som inte svarade mot litteraturöversiktens syfte och urvalskriterierna sorterades bort och exkluderades. Totalt inkluderades 16 artiklar som presenterades i en artikelmatris (bilaga C). Matrisen ger en översiktsbild av artiklarna där, författare, ursprungsland, publiceringsår, syfte, metod, urval och resultat presenteras.

### **Manuell sökning**

Manuell sökning utfördes i intressanta artiklars referenslista och resulterade i att en artikel av Vachon, Fillion och Achille (2012) lästes i sin helhet och granskades av båda författarna till denna studie. Under sökningarna i databasen PubMed presenterades förslag på liknande artiklar och resulterade i att två artiklar, en av Johansson och Lindahl (2011) samt en av Keall, Clayton och Butow (2014a) lästes i sin helhet och granskades av båda författarna till denna studie. Totalt inkluderades tre vetenskaplig artikel i studien efter manuell sökning genomförts.

### **Granskning av artiklarnas kvalitet**

Polit och Beck (2017) beskriver att ett protokoll för litteraturgranskning kan användas för att underlätta och för att lättare kunna utvärdera kvaliteten på artikeln. De vetenskapliga artiklar som svarade mot studiens syfte utifrån inklusions- och exklusionskriterier valde författarna att gemensamt granskas utifrån Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg et al. (1999) och Willman et al. (2011), se bilaga A.

Bedömningsunderlaget för granskning kan ses som ett stöd för forskaren i att kritiskt granska och bedöma artikelns vetenskapliga kvalitet. Resultatet av granskningen kategoriserar artikeln med låg kvalitet (I), medel kvalitet (II) eller hög kvalitet (III). Artikelns vetenskapliga kvalitet uppnår hög kvalitet (III) när kontext är klart beskrivet och urval är motiverat. Vid hög kvalitet ska även studiens urvalsprocess, metod för datainsamling, analysmetod och processen vid transkribering vara välskrivna. Studien ska även innehålla visat hänsynstagande av tillförlitlighet. Vidare ska studien påvisa interaktionen mellan data och tolkning och studien ska innehålla metodkritik. Vid låg kvalitet (I) är studiens frågeställning dålig/vagt formulerad. Otillräcklig beskrivning av deltagare (patient/deltagargrupp) i studien. Ytterligare kriterium vid låg kvalitet är bristfällig beskrivning av metod, analys och resultatredovisning. Vid medel

kvalitet (II) uppfyller studien några av kriterierna ur I och studien uppnår inte hög kvalitet men artikelns vetenskapliga kvalitet bedöms högre än III (Berg et al., 1999; Willman et al., 2011), se bilaga C. Granskningen av artiklarna resulterade i att tio stycken artiklar gav hög (III) kvalitet och sex stycken artiklar gav medel (II) kvalitet. Totalt granskades 16 stycken artiklar som uppfyllde medel (II) eller hög (III) kvalitet och samtliga inkluderades i föreliggande litteraturöversikt.

Vid granskning av artiklarna är det att föredra att båda författarna medverkar (Rosén, 2017; Willman et al., 2016). Därav valde författarna till denna studie att börja med att granska artiklarna på varsitt håll och sedan diskutera och gemensamt göra en slutlig granskning avseende kvalitet och innehåll. Diskussion av artiklarna förde författarna till studien via telefonsamtal och via dokumenten med artiklarna i Google-drive.

### **Dataanalys**

De vetenskapliga artiklar som inkluderades i litteraturöversikten numrerades så att författarna kunde återgå till ursprungs artikel under hela analysprocessen. Författarna till litteraturöversikten hade i syfte att systematiskt analysera text bestående av ord, meningar och stycken för att identifiera ett gemensamt sammanhang (Polit & Beck, 2017; Whittemore & Knafls, 2005). Syftet med analysen var även att identifiera mönster, likheter och olikheter. Artiklarnas innehåll analyserades utifrån Whittemore och Knafls (2005) arbetsprocess som även bygger på att forskaren strävar efter att utföra en opartisk tolkning, vilket har eftersträvas i litteraturöversikten.

Artiklarna lästes av båda författarna och för att kontrollera och säkerställa att aktuellt material inkluderats lästes artiklarna upprepade gånger. För att skapa en förståelse för innehållet och skapa en helhetsbild bearbetades även artiklarnas innehåll flera gånger. Engelska ord som författarna upplevde svåra översattes via engelskt-svenskt lexikon för att underlätta förståelsen. En gemensam diskussion fördes om de inkluderade artiklarnas resultat för att förebygga att författarnas förståelse, tolkningar och/eller värderingar skulle skapa bias. Bärande text som svarade mot litteraturöversiktens syfte markerades. Därefter sammanställdes de bärande text enheterna med referering så att rätt text gick att spåra till aktuell artikel. Efter en gemensam diskussion sammanfördes resultatet till kategorier och rubriker identifierades för att tydligt dela upp och beskriva de mönster, likheter och olikheter som identifierats under analysen av de inkluderade artiklarnas resultat.

### **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

I en vetenskaplig studie bör god forskningsetik uppvisas. När ny kunskap inhämtas ska intresset alltid vägas mot kravet att skydda individerna som deltar (Forsberg & Wengström, 2017). Eftersom författarna till denna studie valt att göra en litteraturöversikt över tidigare forskning inom ämnet bedöms det inte föreligga någon risk för att den enskilda individen tar skada då det rör sig om redan publicerat material.

Enligt Polit och Beck (2017) får forskaren inte ändra eller utelämna data eller snedvrinda resultat så att resultaten förvanskas. Olsson och Sörensen (2011) nämner att god etik inom forskning hör ihop med trovärdighet. Citat och referenser ska anges korrekt och plagiering är inte tillåtet. Författarna till denna studie har eftersträvat att tydligt hänvisa till litteraturens källa och att återge innehållet utan att det förvanskas på något sätt.

Enligt Forsberg och Wengström (2017) är det även viktigt att artiklarna/studierna som väljs ut har fått tillstånd av en etisk kommitté eller att det har gjorts noggranna etiska överväganden.

Det är också viktigt att presentera alla resultat även om resultaten inte stödjer forskarens egna åsikt. Vidare ska forskaren redovisa alla artiklar/studier som ingår i litteraturöversikten (Forsberg och Wengström, 2017). Därav har författarna till denna studie vid genomgång av vald forskning inkluderat artiklar som har genomgått en etisk prövning eller att det har gjorts etiska överväganden. Författarna i denna studie har även strävat efter att inkludera de artiklar/studier som både stödjer och inte stödjer våra egna tankar/åsikter. Enligt Forsberg och Wengström (2017) har forskaren många gånger en förförståelse inom området som det ska forskas om och bör ta ställning till det. Det är också ett krav inom kvalitativ forskning att forskaren redovisar den förförståelse som kan finnas genom personliga erfarenheter inom området. Eftersom författarna till denna studie båda arbetar kliniskt med patienter som har ett palliativt vårdbehov både i hemmet och på avdelning kan det föreligga en ökad risk att inte hålla sig opartiska och sanningsenliga med resultatet, detta har beaktas och författarna har burit en medvetenhet över detta och förhöll sig opartisk till vid insamling och analys av litteraturöversikten data.

## **RESULTAT**

Resultatet bygger på 16 vetenskapliga artiklar med kvalitativ design för att besvara studiens syfte. Sju studier var utförda i Sverige, tre studier i Norge, tre studier i Australien, samt vardera en studie från Kanada, Irland och Taiwan. Analysen resulterade i tre kategorier och åtta underkategorier.

### **Sjuksköterskors perspektiv på sin ansvarsroll i arbetet nära patienter med existentiell smärta i palliativt skede**

#### Relationens och kommunikationens betydelse

Sjuksköterskor upplevde att arbetet med existentiell smärta hos patienter i den palliativa vården byggde på att skapa en relation (Bailey, Moran & Graham, 2009; Browall, Melin-Johansson, Strang, Danielson & Henoch, 2010; Browall, Henoch, Melin-Johansson, Strang & Danielson, 2014; Keall et al., 2014a; Keall, Clayton & Butow, 2014b; Strang, Henoch, Danielson, Browall & Melin-Johansson, 2014; Tornøe, Danbolt, Kvigne & Sørлие, 2014; Tornøe, Danbolt, Kvigne & Sørлие, 2015a; Tornøe, Danbolt, Kvigne & Sørлие, 2015b; Udo, Danielson & Melin-Johansson, 2012). Sjuksköterskor beskrev att tid, tajming, lyhördhet, närvara och visad empati var viktiga komponenter för att etablera en fördjupad relation och främja relationerna inom hela familjen (Bailey et al., 2009; Browall et al., 2010; Browall et al., 2014; Keall et al., 2014a; Keall et al., 2014b; Strang et al., 2014; Tornøe et al., 2014; Tornøe et al., 2015a; Tornøe et al., 2015b; Udo et al., 2012).

I flera studier beskrev sjuksköterskor att de upplevde att deras uppgift för att etablera en dialog rörande existentiell smärta, var att ge patienten tid och skapa utrymme (Browall et al., 2010; Browall et al., 2014; Keall et al., 2014b; Pennbrant, Tomaszewska & Penttilä, 2015; Strang et al., 2014; Tornøe et al., 2014; Tornøe et al., 2015a; Tornøe et al., 2015b; Udo et al., 2012). Vidare beskrev sjuksköterskor att en viktig bit i deras arbete med existentiell smärta var att prata om annat än besvärande symtom med patienten (Browall et al., 2010; Browall et al., 2014; Keall et al., 2014b). Frågor till patienten om deras liv ingav sjuksköterskan en bättre förståelse för vilka individer patienterna var innan diagnos (Keall et al., 2014a). Att inspirera hopp upplevde även sjuksköterskor ett ansvar över för att lindra patientens existentiella smärta (Browall et al., 2014).



I mötet med existentiell smärta hos patienter upplevde sjuksköterskor att deras uppgift var att visa en human/genuin sida och ha insikt i sina begränsningar och svagheter (Browall et al., 2014; Keall et al., 2014b; Pennbrant et al., 2015). Vidare beskrev sjuksköterskor att ett holistiskt perspektiv sågs som nödvändigt i det själsliga vårdandet av patienten (Pennbrant et al., 2015). Sjuksköterskor beskrev även ett ansvar över att visa förståelse för patienten och hela familjens extensionella smärta (Browall et al., 2010; Strang et al., 2014; Tornøe et al., 2014; Tornøe et al. 2015a; Tornøe et al., 2015b; Udo et al., 2012).

Att känna igen och tolka patientens komplexa existentiella behov anses vara 75 procent av sjuksköterskans arbete enligt Bailey et al. (2009) studie, och det finns inget bra sätt att mäta den existentiella smärtan, och 80 procent av de intervjuade sjuksköterskorna upplevde inte att den skulle mätas. I de situationer då patienten hade obehandlade symtom som var besvärande som exempelvis fysisk smärta upplevde sjuksköterskor kunde skapa en existentiell smärta. De upplevde deras arbete med symtomlindring som viktigt för att förebygga existentiell smärta (Keall et al., 2014b; Udo et al., 2012).

#### Sjuksköterskors varierande syn på sin uppgift

En del sjuksköterskor beskrev att patienter hade sin egen bild av livet och döden vilket sågs som viktigt att ha och visa en förståelse för (Browall et al., 2010; Udo et al., 2012). Vidare beskrev sjuksköterskor att en del patienter upplevde döendet som en kamp som gav mening och en del trodde på högre makter, vilket sjuksköterskan bör beakta (Browall et al., 2010) Vikten av att lyssna till patientens existentiella smärta utan att döma ansåg sjuksköterskor som betydelsefullt i deras arbete nära patientens existentiella smärta (Keall et al., 2014b).

I två studier beskrev sjuksköterskor att bristande förståelse för patientens tro hade en negativ inverkan i arbetet med existentiell smärta hos patienten (Keall et al., 2014b; Vachon, Fillion & Achille, 2012). Sjuksköterskor beskrev även att de kunde bemöta patienter olika, en del patienter var det lättare att etablera en relation med och andra situationer kunde de ogilla patienten, de var medvetna om att personliga värderingar inte bör förekomma (Pennbrant et al., 2015; Strang et al., 2014).

Sjuksköterskor upplevde att konfronteras med döden och meningen med döden hade sin egna mening och syfte och såg det som en naturlig del av livet. Vidare beskrev en del sjuksköterskor att de såg lidandet som en del av livet och att det fanns en mening med det. Andra sjuksköterskor värderade lidandet med hopplöshet, ett krigande och frustration utan mening (Vachon et al., 2012). I en studie framkom det att sjuksköterskor upplevde att det inte var deras uppgift att sitta ner och prata om döden. Arbetet nära den existentiella smärtan hos patienten upplevdes för intensivt och mödosamt för att kunna hantera (Udo et al., 2012).

### **Sjuksköterskors perspektiv på tillfredsställelser och utmaningar i arbetet nära patienter med existentiell smärta**

#### Känsla av meningsfullhet och personlig utveckling

Sjuksköterskor upplevde en känsla av meningsfullhet då deras insatser bidragit till att patienten blottat sin existentiella smärta (Browall et al., 2010; Browall et al., 2014; Pennbrant et al., 2015; Strang et al., 2014; Tornøe et al., 2015a; Tornøe et al., 2015b; Udo et al., 2012; Vachon et al., 2012). Sjuksköterskor upplevde att en del patienter ville berätta sin livshistoria, för att sjuksköterskorna skulle se dem som en verklig person och för att bli ihågkommen, och få dela med sig av visdom och erfarenheter de fått genom livet (Keall et al., 2014a). I en studie gjord av Huang, Chen och Chiang (2016) upplevde sjuksköterskorna att de fick mer energi från patienternas tacksamhet och uppskattning, genom att det fick en kram eller ett leende. Sjuksköterskor beskrev även att arbeta nära existentiell smärta skapade en isolerad

samhörighet med patienten. Vilket bidrog till känslan att de fick mycket tillbaka som kunde föras vidare i relationer och skapade en djup samhörighet i relation med vänner, familj och patient (Browall et al., 2014; Vachon et al., 2012).

#### Känslomässig involvering och distanstagande

Att arbeta med existentiella frågor och palliativa patienter är ett känslomässigt arbete som kräver sjuksköterskans uppmärksamhet på sina egna känslor och erkänna sina svagheter (Huang et al., 2016; Udo et al., 2012). Sjuksköterskor beskrev att arbetet med patienter med existentiell smärta inom den palliativa vården berörde dem känslomässigt. Vidare beskrev sjuksköterskor att patienters existentiella frågor, orealistiska hopp, rädslor, och skuld-känslor låg till grund för känslomässig involvering (Browall et al., 2014; Strang et al., 2014; Udo et al., 2012; Udo, Melin-Johansson & Danielson, 2011). Sjuksköterskor beskrev även att arbetet nära existentiell smärta upplevde som komplex och utmanande. Den känslomässiga involveringen stod i relation till patienten och familjen unika situation, deras sociala nätverk och psykiska och mentala kondition (Browall et al., 2014; Tornøe et al., 2015a; Tornøe et al., 2015b; Udo et al., 2012).

En del sjuksköterskor upplevde sig tvingade att möta patientens existentiella smärta i form av ångest, oro, rädsla, agitation och förnekelse. Vilket skapade en känslomässig involvering trots att de var medvetna om att patienten existentiella uttryck inte var personligt riktade (Strang et al., 2014; Tornøe et al., 2015a; Udo et al., 2012). Sjuksköterskor beskrev även en känsla av maktlöshet inför döden då de upplever det svårt att veta i vilken grad de skulle bekräfta och relatera till patientens situation. Balansen mellan känslomässig involvering och distanstagande var svår att förhålla sig till. Vidare lyfte sjuksköterskor fram att de ofta kunde tänka på patienten efter döden och analysera situationen (Browall et al., 2014).

Lära sig bli professionell i yrket upplevde sjuksköterskor handla om att hitta en balans mellan närhet och distans i det själsliga vårdandet (Bailey et al., 2009; Pennbrant et al., 2015; Strang et al., 2014; Tornøe et al., 2015a; Tornøe et al., 2015b; Udo et al., 2012; Udo et al., 2011). I flera studier beskrev sjuksköterskor att hitta en balans mellan närhet och distans var lättare efter några år i yrket (Bailey et al., 2009; Croxon, Deravin & Anderson, 2017; Pennbrant et al., 2015; Strang et al., 2014; Tornøe et al., 2015a). I flera studier kunde sjuksköterskor beskriva att de kunde uppleva en frustration i mötet med yngre patienters existentiella smärta och behov. Likaså framkom det att sjuksköterskor berördes extra av att möta barn till döende föräldrar, i dessa situationer handlar det om att försöka att inte bli emotionellt uppäten (Browall et al., 2014; Pennbrant et al., 2015; Strang et al., 2014; Tornøe et al., 2015a; Tornøe et al., 2015b; Udo et al., 2012).

#### Reflektioner över det egna livet

Sjuksköterskor beskrev att arbetet med existentiell smärta hos patienter i den palliativa vården öppna upp för egna existentiella funderingar kring sin egen död (Huang et al., 2016; Pennbrant et al., 2015; Johansson & Lindahl., 2011; Tornøe et al., 2015a; Tornøe et al., 2015b; Vachon et al., 2012). Vidare beskrev sjuksköterskor att genom deras arbete och mötet med existentiell smärta skapade en ödmjukhet inför livet och värdet av att värdera det som är viktigt i livet (Johansson & Lindahl., 2011; Strang et al., 2014; Udo et al., 2012; Vachon et al., 2012). Även rädslan att förlora en familjemedlem gav ett emotionellt lidande för sjuksköterskan, men ökade även förståelsen för patientens och närståendes lidande (Huang et al., 2016). Att patienter och närstående uttrycker tacksamhet och ger positiv respons stärker sjuksköterskornas självförtroende (Pennbrant et al., 2015).

Bristande avskildhet mellan arbete och privatliv och mellan familj eller arbetskollegor upplevde sjuksköterskor påverkade privatlivet negativt (Keall et al., 2014b). Sjuksköterskorna

antog copingstrategier som lugnade patienterna eller som hjälpte patienter till insikt om ouppfyllda önskingar för att bättre ta hand om sig själva (Huang et al., 2016). Tröst, vårda och vara snäll mot sig själv gav en lugnande effekt och hjälpte till att reglera den känslomässiga bördan hos sjuksköterskorna att arbeta med existentiella frågor och patienter i livets slut (Huang et al., 2016). Privatlivet var också en tillgång för att tanka energi, speciellt en hobby eller fritidsaktivitet, sjuksköterskorna menade att det blir svårt att bara ge och ge utan att få något tillbaka som booster din energi (Pennbrant et al., 2015).

## **Hinder och redskap som påverkar det patientnära arbetet med patienter i palliativt skede som upplever existentiella smärta**

### Brist på kunskap och kompetens

I flera studier beskrev sjuksköterskor att de upplevde en professionell osäkerhet i arbetet med existentiell smärta (Croxon et al., 2017; Johansson & Lindahl., 2011; Udo et al., 2012; Udo et al., 2011). Vilket hade en negativ inverkan på deras personliga identitet (Johansson & Lindahl., 2011). Sjuksköterskorna upplevde inte att de hade rätta verktyg för hur de skulle hantera och handla i mötet med patienter med existentiell smärta (Croxon et al., 2017; Johansson & Lindahl., 2011; Keall et al., 2014b; Udo et al., 2012; Udo et al., 2011). I en studie gjord av Pennbrant et al. (2015) påpekar sjuksköterskorna att sökandet efter ny kunskap måste ständigt fortgå. Vad det gäller det själsliga lidandet upplevde en del sjuksköterskor att det låg utanför deras professionella kunskapsområde och att det var svårt att kunna hjälpa (Bailey et al., 2009).

Kunskap och kompetens i kommunikation både via träning och teori såg sjuksköterskor som en viktig del i arbetet för att kunna bemöta och tillfredsställa patientens existentiella smärta och behov. Vidare beskrev sjuksköterskor att ett viktigt kommunikationsverktyg var ett aktivt lyssnande och förmågan att ställa öppna frågor (Strang et al., 2014; Keall et al., 2014a). En del sjuksköterskor önskade sig utbildning i psykologi för att kunna läsa patienters och närståendes behov bättre (Pennbrant et al., 2015).

### Arbetsmiljöns betydelse

Otillräckligt med tid för samtal med patienten, en icke tillfredsställande miljö med brist på avskildhet och då telefon kunde bidra till avbrott skapade stress hos sjuksköterskor och hade en negativ inverkan på arbetet (Strang et al., 2014; Tornøe et al., 2015a; Tornøe et al., 2015b; Udo et al., 2012). Vidare beskrev sjuksköterskor att en god arbetsmiljö och relation till kollegor var viktiga delar i arbetet med existentiell smärta hos patienter i den palliativa vården. Möjlighet för att reflektera med kollegor sågs som betydelsefullt för att ventileras och diskutera situationer och beslut som känts svåra (Pennbrant et al., 2015; Udo et al., 2012).

En viktig del för att sjuksköterskor skulle bemästra arbetet med existentiell smärta hos patient i den palliativa vården behövs andrum och avbrott (Browall et al., 2010; Johansson & Lindahl., 2011; Pennbrant et al., 2015; Strang et al., 2014; Udo et al., 2012; Udo et al., 2011; Vachon et al., 2012). En del sjuksköterskor använder argumenten att tidsbrist, otillräckligt med personal och att de var upptagna för att undvika att prata om andlig och extensionell smärta (Tornøe et al., 2015a).

I flera studier beskrev sjuksköterskor att en värdefull strategi för att bemästra arbetet med existentiell smärta hos patienten var att ha realistiska förväntningar av vad du som sjuksköterska kan hjälpa till med (Keall et al., 2014b; Pennbrant et al., 2015; Strang et al., 2014; Vachon et al., 2012). Ett professionellt självförtroende och stöd av kollegor och andra professioner hjälper sjuksköterskan att skilja på arbete och privatliv samt få tid för reflektion och få sätta ord på sina känslor innan skiftet slutar för dagen (Pennbrant et al., 2015).

## Svårigheter i kommunikation

I flera studier beskrev sjuksköterskor att en känsla av bristande meningsfullhet, maktlöshet, isolering och känslan av förtvivlan kunde uppstå i de situationer då de inte nådde fram till patienten och svårigheter i kommunikationen om existentiell smärta uppstod. I dessa situationer upplevde sjuksköterskor patienten existentiellt isolerad och det var svårt att skilja på om patienten accepterat döden eller givit upp (Browall et al., 2010; Browall et al., 2014; Udo et al., 2012; Vachon et al., 2012). Om en patient var arg och bitter var det svårare med kommunikationen (Bailey et al., 2009).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Litteraturoversikt som vald metod ansågs lämplig då studiens syfte var att belysa sjuksköterskors perspektiv. En styrka med litteraturoversikt som design var att flera sjuksköterskors upplevelser kunde fångas in vilket bidrog till att flera upplevelser och situationer kunde sammanställas och beskrivas, vilket inte hade framkommit ur egna intervjuer. Polit och Beck (2017) beskriver att en litteraturoversikt kan bidra med att aktuell kunskap inom forskningsområdet presenteras, kunskapsglapp eller motsägelser i forskningen kan identifieras och öppna upp för ny forskning eller interventioner i ämnet. En litteraturoversikt som metod har i syfte att sammanställa och kritiskt bedöma tidigare forskning och presentera det nutida kunskapsläget. Vilket ytterligare styrker litteraturoversikt som vald design.

Efter inspiration av Whitemore och Knafl (2005) påbörjade författarna arbetsprocessen med att söka material rörande sjuksköterskors upplevelser av existentiell smärta hos patienten i den specialiserade palliativa vården. Ett första steg i arbetsprocessen innebär för forskaren att identifiera ett problem och därefter formulera ett syfte, baserat på studiens område (Whitemore & Knafl., 2005). Författarna utförde detta steg genom att studera området i litteratur och vetenskapliga artiklar och successivt utformades en problemformulering och därefter växte syftet fram. Under detta steg i arbetsprocessen identifierade författarna att syftet var för smalt och behövde breddas. Det vetenskapliga underlaget för att beskriva sjuksköterskors perspektiv, som arbetade inom den specialiserade palliativa vården, ansågs för litet för att kunna genomföra en litteraturoversikt. Därav breddades syftet till att beskriva sjuksköterskors perspektiv och arbetade med patienter i palliativt skede. William et al. (2016) lyfter fram att studiens inklusionskriterier bör vara beskrivna innan studiens datainsamling påbörjas. Vid modifiering av inklusionskriterium efter att datainsamlingen påbörjats kan påverka sökningens validitet. Modifiering av litteraturoversiktens inklusionskriterier utfördes efter att datainsamlingen genomförts, vilket kan ses som en svaghet. Dock utfördes inga begränsningar under datainsamlingen och sökningarna, utifrån inklusionskriterierna. Artiklar som inte uppfyllde inklusionskriterierna exkluderades först efter genomläsning.

Författarna till denna studie anser att adekvata inklusions- och exklusionskriterier samt att artiklarna var max 10 år, vilket gav den senaste forskningen i resultatet, vilket ger studien en styrka enligt Polit och Beck (2017). För att svara på syftet användes artiklar med kvalitativ forskningsmetod som grundar sig i att förstå och tolka människors känslor och upplevelser (Forsberg & Wengström, 2013), vilket i denna studie är sjuksköterskors perspektiv. Studier där sjuksköterskor med lägsta utbildningsnivå som legitimerade, på engelska Registered Nurse som vårdar patienter i palliativt skede i den allmänna och/eller

specialiserade palliativa vården inkluderades. Vilket kunde skapa möjlighet för att skildra och beskriva om sjuksköterskors perspektiv var beroende av antal verksamma år i yrket och/eller vilken kontext hen var yrkesverksam inom. Vad det gäller den demografiska spridningen så var nästan hälften av studierna gjorda i Sverige och övriga i flera olika världsdelar, vilket kändes viktigt att titta på om det framkom några större skillnader. Men de olika studierna kom fram till liknande resultat, vilket stärker validiteten (Patel & Davidson, 2011), som kan generaliseras till föreliggande studies författares verksamheter och liknande verksamheter världen över. Vården av minderåriga i palliativt skede kan innebära andra förutsättningar och särskilda utmaningar, därav inkluderades studier där patienterna i den allmänna och specialiserade palliativa vården var över arton år.

För att säkerställa kvaliteten för litteraturöversikten inkluderades vetenskapliga originalartiklar som var peer reviewed och etiskt granskade (Friberg, 2017; Polit & Beck, 2017). Ytterligare ett steg för att säkerställa kvaliteten för litteraturöversikten var att inkludera artiklar med medel och hög kvalitet utifrån Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg et al. (1999) och Willman et al. (2011), se bilaga A. Bedömningsunderlaget för granskning gav möjlighet för att på ett strukturerat sätt kunna bedöma artiklarnas innehåll och vetenskapliga kvalitet samt användes i syfte att redovisa ett tillförlitligt resultat. Bedömningsunderlaget för granskning sågs som ett stöd i bedömningen av artiklarnas innehåll och kvalitet. En svaghet med granskningen var att den utgår från ett subjektivt perspektiv. Rosén (2017) lyfter fram att det är en fördel om båda författarna medverkar vid granskning. Därav valde författarna att börja med att göra en individuell granskning och sedan diskutera artiklarnas innehåll och kvalitet och slutligen göra en gemensam granskning med Berg et al. (1999) och Willman et al. (2006) protokoll som underlag, se bilaga A.

Forsberg och Wengström (2013) beskriver att det inte finns några tydliga regler för hur många studier en litteraturöversikt bör baseras på. Men för att sammanställa och presentera den totala evidensen inom området rekommenderas det att all relevant forskning för inkluderas. I föreliggande studie identifierades 16 stycken artiklar som svarade mot syftet utifrån urvalskriterier.

Artiklarna i denna studie identifierades via olika sökvägar. Sökmotorerna Cinahl Complete, SweMed+ och Pubmed och PsycINFO användes och under manuell sökning identifierades även några artiklar. Karlsson (2017) beskriver att CINAHL Complete koncentrerar sig på omvårdnad och närliggande områden, Swemed+ som samlat skandinaviskt material med främst medicinskt innehåll, och PsycINFO där beteendevetenskap blandas med psykologi, sociologi och psykiatri. De databaser som användes ansågs innehålla material med förankring i omvårdnadsvetenskap och kunde besvara studiens syfte. Hade sökningar i fler databaser utförts hade troligtvis fler artiklar uppmärksammats, dock kunde detta inte utföras då tiden för studiens genomförande var begränsad. Sökord användes i olika kombinationer för att fånga artiklar som besvarade studiens syfte. Det fanns dock inte MESH-termer för alla sökord, så olika kombinationer av ord tillsammans med MESH-termer sattes ihop för att specificera sökresultatet mot syftet. En svaghet som identifierades var att relevanta artiklar kan ha förbisetts utifrån de sökord och i de olika kombinationerna sökorden användes. Validiteten för studiens sökningar förstärktes med hjälp av en bibliotekarie från Sophiahemmets högskola med erfarenhet av indexeringsätt och struktur på de olika databaserna (Karlsson, 2017; Patel & Davidson, 2011).

För att utesluta att ytterligare forskning inte skulle missas valde författarna att uppdatera sökningarna under studiens gång, vilket styrker förutsättningen för att beskriva det aktuella och nutida kunskapsläget (Polit & Beck, 2017).

I studien utförd av Udo et al. (2011) deltog sju sjuksköterskor och en läkare för att genom intervjuer beskriva deras upplevelser av att arbeta med existentiell smärta hos patienter med cancer. Denna artikel frångick litteraturstudiens inklusionskriterier då även en läkares upplevelser beskrevs i studien. Författarna valde att inkludera denna artikel då den innehöll rik kunskap om sjuksköterskors perspektiv på att arbeta med existentiell smärta hos patienter, i palliativt skede. Ytterligare en studie av Udo et al. (2012) inkluderades trots att urvalet av aktuella deltagare beskrivs vagt och troligtvis inte uppfyller litteraturöversiktens uppsatta inklusionskriterier. Fem registrerade sjuksköterskor och fem assisterade sjuksköterskor, med minst sex månaders yrkeserfarenhet som sjuksköterska deltog i studien av Udo et al. (2012). Dock är författarna till denna studie ovetande om vad innebörden av att vara assisterande sjuksköterska med minst sex månaders yrkeserfarenhet som sjuksköterska. Artikelns rik kunskap om sjuksköterskors upplevelser av existentiellt vårdande situationer och svarade mot litteraturöversiktens syfte, därav inkluderades den.

I fyra av de artiklar som inkluderades återfanns samtliga fem författare och i ytterligare tre artiklar återfanns samtliga fyra författare. I denna litteraturöversikt inkluderades dessa då syftet med studierna var olika och val av metod för att besvara forskningsfrågan skiljde sig åt. Vetenskapsrådet (2011) beskriver att om forskaren lägger stort fokus på ett fåtal författare ökar även forskarens fokus för deras förståelse om ämnet, vilket kan påverka studiens reliabilitet.

I denna litteraturöversikt har författarna eftersträvat att tydligt beskriva hur datainsamling och dataanalys utförts, vilket bidrar till att studien kan upprepas och dess trovärdighet förstärks (Polit & Beck, 2017).

Författarna behärskar det engelska språket väl dock kan inga garantier lämnas för att översättningarna som utfördes från engelska till svenska är korrekta. Vilket kan ses som en svaghet i analysprocessen. Då det engelska språket behärskas tillräckligt väl och att lexikon med engelsk-svensk översättning användes, bidrog till att förståelsen för artiklarnas titlar och abstract inte påverkades och att en första tillfredsställande bedömning kunde utföras. Författarna har oberoende av varandra granskats och analyserats de inkluderade artiklarna, under hela analysprocessen, därefter fördes en gemensam diskussion om artiklarna och resultat diskuterades jämfördes.

Analysen av insamlad data var inspirerad efter Whittemore och Knafl (2005) steg fyra och fem, som beskriver arbetsprocessen vid dataanalys. Steg fyra innebär att text först delas upp, därefter kodas, kategoriseras och till slut summeras till sammanställningar. Steg fem innebär att forskaren presenterar resultatet av data baserat på analysens process. Författarna hade i syfte med analysen att identifiera mönster, likheter och olikheter, vilket författarna till denna studie eftersträvade under analysprocessen och anser uppnåddes. Genom att analysera data inspirerad av Whittemore och Knafl (2005) steg har författarna till denna studie kunnat eftersträva systematisk vid analys av insamlad data, vilket stärker analysens trovärdighet och genomförbarhet. Författarna använde systematik genom att stegvis analysera insamlad data. Systematiken identifieras med att författarna påbörjade analysen med att numrera de vetenskapliga artiklarna för att genom hela analysprocessen och arbetsprocessen kunna återgå till ursprungsartikeln. Därefter lästes artiklarna flera gånger av båda författarna för att tydliggöra förståelsen för deras innehåll, bärande textenheter markerades. Sedan sammanställdes de bärande text enheterna med referering så att rätt text gick att spåra till

aktuell artikel. Efter en gemensam diskussion sammanfördes resultatet till slutsatser och rubriker identifierades för att tydligt dela upp och beskriva de mönster, likheter och olikheter som identifierats under analysen av de inkluderade artiklarnas resultat. Whittemore och Knafli (2005) beskriver även att under analysprocessen ska forskaren sträva efter att utföra en opartisk tolkning, vilket har eftersträvas i litteraturöversikten och ses som en styrka.

Forskaren ska inte ändra eller utelämna data eller snedvrída resultat så att resultaten förvanskas (Polit & Beck, 2017). Vidare beskriver Olsson och Sörensen (2011) att god etik inom forskning hör ihop med trovärdighet. Citat och referenser ska anges korrekt och plagiering är inte tillåtet. Under arbetsprocessens gång beaktades detta genom att författarna till denna studie har eftersträvat att tydligt hänvisa till litteraturens källa och att återge innehållet utan att det förvanskas på något sätt. För att främja litteraturöversiktens forskningsetiska kvalitet inkluderades vetenskapliga artiklar som hade genomgått en etisk prövning eller att de hade gjorts etiska överväganden förutom en studie. Johansson et al (2010) beskriver i sin metod att ett etiskt godkännande inte var nödvändigt då studien berörde personal som gett sitt informerade samtycke. Forsberg och Wengström (2017) styrker vikten av att välja ut studier som fått tillstånd av en etisk kommitté eller att det har gjorts noggranna etiska överväganden. Forskningsetisk hänsyn har även tagits över att presentera alla resultat även om resultatet inte har kunnat stödjas av författarna till denna studie åsikter. Opartiskhet har eftersträvas under arbetsprocessens gång, vid datainsamling, analys och presentation av resultat. Forsberg och Wengström (2017) bekräftar att forskaren bör beakta etiken genom att redovisa alla resultat, både de som stödjer och inte stödjer forskarens åsikter och redovisa alla artiklar/studier som ingår i litteraturöversikten.

Under arbetsprocessens gång har författarnas förförståelse kring perspektiv på arbetet nära existentiell smärta hos patienten, följt en råd tråd under hela processen. Genom att bära en medvetenhet och använda sin förförståelse genom forskningsprocessen ansåg författarna att möjligheten för att identifiera ny kunskap och etablera en djupare förståelse (Polit & Beck, 2017).

## **Resultatdiskussion**

Att studera och försöka beskriva sjuksköterskors perspektiv på att arbeta med existentiell smärta hos patienter i palliativt skede var intressant och utmynnade i tre kategorier. Sjuksköterskors perspektiv på sin ansvarsroll i arbetet nära patienter med existentiell smärta i palliativt skede, sjuksköterskors perspektiv på tillfredsställelser och utmaningar i arbetet nära patienter med existentiell smärta och hinder och redskap som påverkar det patientnära arbetet med patienter i palliativt skede som upplever existentiella smärta.

Av resultatet framkom att sjuksköterskor upplevde det betydelsefullt att skapa en relation och kommunikation i arbetet med existentiell smärta hos patienter i palliativt skede. Tid, tajming, lyhördhet, närvaro, empati och att inkludera hela familjen i vården sågs som viktiga komponenter för att etablera och främja en relation och dialog. Vidare lyfte sjuksköterskor fram situationer då patienten upplevdes emotionellt isolerad, och svårigheter i kommunikationen kunde uppstå, vilket sjuksköterskor upplevde hindrade etableringen för en kommunikation och skapandet av en relation. Sjuksköterskor beskrev att en känsla av bristande meningsfullhet, maktlöshet, isolering och känslan av förtvivlan kunde uppstå i de situationer då de inte nådde fram till patienten och svårigheter i kommunikationen om existentiell smärta uppstod.

Etablera en relation har även en betydande roll vid vård av patient i palliativt skede för att förebygga och lindra symtom genom att tidigt upptäcka, göra en utförlig analys av symtom, behandla symtom och utvärdera behandlingen (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2016a; Socialstyrelsen, 2013). Därav är det betydelsefullt att sjuksköterskor bär kunskap om betydelsen av att i ett tidigt skede kunna bemöta och bedöma patientens symtombild med en helhetssyn för patient och närståendes behov (Fitch, Flidner & O'Connor, 2015). Resultatet talar för att sjuksköterskor i arbetet nära patienter med existentiell smärta har en förståelse över den personcentrerade vården innebörd och betydelse i vården, då den personcentrerad vård handlar om att skapa en vårdande relation och främja en god kommunikation, vilket styrks av Ekman och Norberg (2013). Personcentrerad vård bygger även på att patienten verkligen känner sig sedd och att sjuksköterskan verkligen lyssnar till patienten (Ekman & Norberg, 2013) och patienten får ett värde som människa och inte bara vara ett symtom eller en sjukdom (SSF, 2016). I tidigare forskning har det framkommit att patienter i palliativt skede upplevt existentiellt lidande när den personcentrerade vården brustit, vilket patienter beskrev kunde uppstå i situationer då de upplevt förlorad kontroll, när sjukvårdspersonal pratat över deras huvud och vid känslan av att de inte existerar (Sand et al., 2008).

Författarna har erfarenhet av att möta patienter med existentiell smärta och betydelsen av att skapa en relation och kommunikation för att kunna lindra den existentiella smärtan. Författarna delar sjuksköterskors upplevelser av att närvaro, tid, tajming, empati och lyhördhet är betydande faktorer för att skapa en relation och kommunikation men även att personkemin bör beaktas. Författarna har även erfarenhet av situationer då relation och kommunikation brustit vilket hindrat arbetet med att lindra patientens existentiella smärta.

Ur resultat i föreliggande studie framkom det att sjuksköterskor upplevde att det inte tillhörde deras sjuksköterskeprofession att samtala om existentiella frågor. En del sjuksköterskor upplevde arbetet för mödosamt och intensivt för att hantera. Om det står för okunskap eller osäkerhet är oklart, men ur resultatet kom det fram att sjuksköterskan upplevde sig inte ha de rätta verktygen för att hantera och bemöta patienter med existentiell smärta. Enligt kompetensbeskrivning för både allmänsjuksköterska och specialiserad sjuksköterska framkommer det tydligt att sjuksköterskan ska identifiera och lindra existentiellt lidande hos patienter i palliativt skede (Svensk sjuksköterskeförening, 2008; Svensk sjuksköterskeförening, 2019)

Den palliativa vårdens värdegrund grundar sig i ledorden empati, närhet, helhet och kunskap. Syftet är att främja individens livskvalitet, lindra lidande och erbjuda ett existentiellt stöd i livets slutskede (Regionalt Cancercentrum i samverkan, 2016a). Vidare beskriver författaren att ledorden bygger på att visa omtanke och förståelse för individens situation. Döden bör beaktas som en naturlig process och förmågan att se individens behov av stöd och närvaro under denna process. Samt bör patientens behov av närhet beaktas av exempelvis närstående och vårdpersonal. Närhet skapar förutsättning för att lyssna in önskemål, behov och erbjuda stöd (Regionalt Cancercentrum i samverkan, 2016a).

Författarna kan känna igen sig i sjuksköterskors upplevelse av att sakna rätta verktyg för att kunna bemöta och hantera patientens existentiella smärta. I dessa situationer har författarna erfarenhet av att diskutera situationen med kollegor och vid behov andra yrkesprofessioner vilket kan resultera i att verktyg identifieras för att kunna bemöta och hantera situationen.

Ur resultatet framkom det att sjuksköterskor kunde uppleva en känsla av meningsfullhet i att arbetet med existentiell smärta hos patienter i palliativt skede. Flera sjuksköterskor beskrev att arbetet skapade en djup samhörighet med patienterna och att de fick så mycket tillbaka som



kunde föras vidare i relationer och skapade en djup samhörighet i relation med vänner, familj och patient. Författarna kan relatera till sjuksköterskors beskrivelse av att känna meningsfullhet. I de vårdande relationerna där våra insatser bidragit till att patientens och närståendes existentiella smärta lindras har vi upplevt meningsfullhet. Att våra vårdande insatser har en betydande mening för patienten och närstående upplever författarna till denna studie ger kraft för att arbeta med existentiell smärta hos patienter i palliativt skede som beskrivs av Breitbart et al. (2004), Kissane (2000) och Rousseau (2000) som komplext och utmanande.

I föreliggande studie beskrev sjuksköterskor att arbetet med existentiella smärta hos patienter i palliativt skede involverar sjuksköterskor känslomässigt och kräver sjuksköterskans uppmärksamhet på sina egna känslor och erkänna sina svagheter genom att vara sann mot sig själv. Existentiell och andlig smärta påverkar inte bara patienten och familjens lidande utan innebär en flera utmaningar för vårdpersonalen i vårdandet av patienter i livets slutskede (Breitbart et al., 2004; Kissane, 2000; Rousseau, 2000). Sjuksköterskor beskrev att den känslomässiga involveringen stod i relation till patienten och familjen unika situation, deras sociala nätverk och psykiska och mentala kondition. En del sjuksköterskor belyste även att yrkeserfarenhet underlättade balansen mellan känslomässig involvering och distanstagande.

Sjuksköterskan ska respektera patientens val och inte moralisera utefter eget tycke, samt visa patienten respekt, vilket styrk av SSF (2016). Ett av de fyra ledorden som karaktäriserar ett palliativt förhållningssätt är kunskap, vilket handlar om personal inom den palliativa vården bör berikas med utbildning, fortbildning och att förutsättningarna för att vårdpersonal ska bidra med egen forskning prioriteras (Regionalt Cancercentrum i samverkan, 2016a).

Författarna har erfarenhet av att arbetet med existentiell smärta hos patienter i palliativt skede skapar en känslomässig involvering som bär många olika sidor. Flera faktorer, som personkemi, patientens situation som helhet och sin egna situation och erfarenheter, kan påverka den känslomässiga involveringen och distanstagande. Författarna kan relatera till betydelsen av att i arbetet med existentiell smärta uppmärksamma den känslomässiga involveringen.

I föreliggande studies resultat framkom det att sjuksköterskor upplevde en professionell osäkerhet i arbetet med existentiell smärta, vilket hade en negativ inverkan på deras personliga identitet. Sjuksköterskorna upplevde inte att de hade rätta verktyg för hur de skulle hantera och handla i mötet med patienter med existentiell smärta. Sjuksköterskor betonade betydelsen av kunskap och kompetens i kommunikation både via träning och teori för att kunna bemöta och tillfredsställa patientens existentiella smärta och behov.

Kunskap och färdighet i kommunikation ses som en betydande del för vårdens kvalite och att sjuksköterskor förses med emotionellt stöd då arbetet kan innefatta situationer med svåra samtal (Charon, 2013; Malloy et al., 2010; & Regionalt cancercentrum i samverkan, 2016a). Författarna till denna studie vill lyfta fram betydelsen för att sjuksköterskor tillgodogör sig med kunskap och verktyg i kommunikation och samtalsteknik, både i grundutbildningen och vidareutbildningar. Författarna anser även att kunskap och färdighet är en pågående process som ständigt behöver utvecklas och sjuksköterskor behöver under sina yrkesverksamma år tillgodogör sig med fortlöpande kunskap i kommunikation och samtalsteknik. Vilket styrks av Regionalt Cancercentrum i samverkan (2016a) som betonar ledordet kunskap, som inkluderas i den palliativa vårdens värdegrund, vilket syftar till att personal inom den palliativa vården förses med utbildning, fortbildning och att förutsättningar prioriteras för att personal själva ska bidra med forskning inom området. Vilket kan bidra till att goda förutsättningar skapas för att personal inom den palliativa vården kan verka för att främja patientens livskvalitet.

Enligt Socialstyrelsen (2013) så ska sjuksköterskan förebygga och lindra lidande av existentiella problem i samarbete med ett team genom att analyser och upptäcka problemen förhoppningsvist på en tidig nivå. I en studie av Henoch et al. (2013) framkom det att sjuksköterskor såg det som en viktig del att få kunskap och kompetens både praktiskt, via litteratur och forskning för att kunna bemöta dessa patienter med existentiella behov. Kommunikation är en grundläggande del i sjuksköterskans arbete och i den palliativa vården, och att få träning är viktigt för vården kring den palliativa patienten (Henoch et al., 2013). Att få träna på svåra samtal med existentiella frågor ökade självförtroendet signifikant i Henoch et al., (2013) studie, där de hade gjort en träningsintervention med en kontrollgrupp. En viktig del är att skapa en god relation och kommunikation med både patient och närstående (Socialstyrelsen, 2013). Det kan finnas många orsaker till att det inte fungerar vilket framkommer tydligt i denna studie, men också tips på vad som fungerar och hur sjuksköterskan ska arbeta för att nå patienten och närstående.

### **Slutsats**

Syftet med föreliggande studie var att beskriva sjuksköterskors perspektiv på arbetet med existentiell smärta hos patienter i palliativt skede. Slutsatsen i föreliggande studie var att sjuksköterskors möten med patienter med existentiell smärta i palliativt skede ser olika ut då varje människa är unik med olika behov och resurser. Sjuksköterskor berördes av arbetet men utvecklades även, både professionellt och personligt. Arbetet med existentiell smärta hos patienter involverade sjuksköterskan känslomässigt och balansen mellan närvaro och distans var svår att identifiera och stod i relation till patienten och familjen unika situation, deras sociala nätverk och psykiska och mentala kondition.

En god relation och kommunikation såg sjuksköterskors låg till grund för att främja arbetet med existentiell smärta hos patienter och empati, närvaro, lyhördhet, tid och tajming var betydelsefulla komponenter för att etablera en fördjupa relation och kommunikation.

Resultaten tyder på att för att upptäcka och lindra patientens existentiella smärta är det av största vikt att sjuksköterskor får stöd och kunskap via utbildning och arbetsgivare för att minska osäkerheten och förebygga arbetsrelaterade problem som kan uppstå. Mer utbildning, diskussion och träning i att bemöta existentiell smärta behövs för att stärka sjuksköterskor i deras arbete med patienter i palliativt skede.

### **Klinisk tillämpbarhet**

I föreliggande studie redovisas en sammanställning av sjuksköterskors perspektiv på att arbeta med existentiell smärta hos patienter i palliativt skede. Resultatet ger en ökad förståelse för sjuksköterskors perspektiv på vilka hinder och förutsättningar som finns och utmanande situationer som uppstår, vilket kan ligga till grund för att identifiera aktuella utbildningsbehov och utveckla utbildning, vid högskola och arbetsgivare. Genom att beskriva utmanande situationer som kan uppstå hos sjuksköterskan i arbetet med existentiell smärta hos patienter i palliativt skede kan introduktion på arbetsplatsen utformas för att minska att osäkerhet uppstår hos nyanställda sjuksköterskor och nyexaminerade sjuksköterskor. Samt kan sammanställningen av sjuksköterskors perspektiv ligga till grund för att synliggöra behovet av att handledning på arbetsplatser där patienter i palliativt skede vårdas.

### Förslag på framtida studier

Ytterligare forskning för att beskriva hur sjuksköterskors hanterar utmanande situationer som kan uppstå i arbetet med existentiell smärta hos patienter ses som värdefullt för att stödja sjuksköterskan i sitt arbete med existentiell smärta. Forskning gällande sjuksköterskans

perspektiv på att hantera utmanande situationer kan även användas för att förebygga arbetsrelaterade problem. Ytterligare ett forskningsområde som identifieras är att se över om och i så fall på vilket sätt sjuksköterskans osäkerhet i arbetet med existentiell smärta hos patienten påverkar patient och närstående. Även interventionsforskning kring utbildning gällande verktyg för att genomföra samtal innefattande existentiell smärta vore av värde att studera närmare. Vilket skulle kunna bidra till att aktuella utbildningsbehov identifieras i ämnet och kan resultera i att verktyg för samtal innefattande existentiell smärta inplaneras på arbetsplatser och kan stödja i genomförandet av samtal.

## REFERENSER

Aktas, A., Walsh, D., & Rybicki, L. (2010). Symptom clusters: Myth or reality?. *Palliative Medicine*, 24(4), 373–385. doi: 10.1177/0269216310367842

\* Bailey, M.E., Moran, S., & Graham, M. (2009). Creating a spiritual tapestry: nurses' experiences of delivering spiritual care to patients in an Irish hospice. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(1), 42-48. doi: 10.12968/ijpn.2009.15.1.37952.

Bergh, I. (2009). Smärta. I A. K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (s. 489-508). Lund: Studentlitteratur

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Boston, P., Bruce, A., & Schreiber, R. (2011). Existential Suffering in the Palliative Care Setting: An Integrated Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(3), 604-618. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.05.010

\* Browall, M., Henoch, I., Melin-Johansson, C., Strang, S., & Danielson, E. (2014). Existential encounters: Nurses descriptions of critical incidents in end of life cancer care. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 636-644. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2014.06.001>

\* Browall, M., Melin-Johansson, C., Strang, S., Danielson, E. Och Henoch, I. (2010). Health care staff's opinions about existential issues among patients with cancer. *Palliative and Supportive Care*, 8(2010), 59-68. doi.org/10.1017/S147895150999071X

Breitbart, W., Gibson, C., & Poppito, S-R. (2004). Psychotherapeutic interventions at the end of life: a focus on meaning and spirituality. *Can J Psychiatry*, 49(6), 366-372. doi: [10.1177/070674370404900605](https://doi.org/10.1177/070674370404900605)

Carlström, E., Kvarnström, S. & Sandberg, H. (2013). Teamarbete i vården. I A.-K. Edberg, A. Ehrenborg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom specialistsjuksköterskans specialistområde*. Lund: Studentlitteratur AB

Charon, R. (2001). Narrative Medicine a model for Empathy, Reflection, Profession and Trust. *Journal of American Medical Association*, 286(15), 1897-1902.

\* Croxon, L., Deravin, L., & Anderson, J. (2017). Dealing with end of life - New graduated nurse experience. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 337-344. doi: 10.1111/jocn.13907.

Dan, I. (1983). *Patienter med existentiell smärta: en utmaning för läkare och samhälle*. Läkartidningen 81: 2041-2043, 1884.

Eckerdal, G., & Thulesius, H. (2015). *Palliativ vård*. Hämtad 22 December, 2018, från : Läkemedelsboken: [https://lakemedelsboken.se/kapitel/smarta/palliativ\\_vard.html#q2\\_22](https://lakemedelsboken.se/kapitel/smarta/palliativ_vard.html#q2_22)

Ekman, I., Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. I A-K. Edberg., A. Ehrenborg., F. Friberg., L. Wallin., H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom specialistsjuksköterskans specialtområde* (ss 29-61). Lund: Studentlitteratur.

Fitch, M.I., Fliedner, M.C., & O'Connor, M. (2015). Nursing perspectives on palliative care 2015, *Annals of palliative medicine*, 4,(3), 150-155. doi: 10.3978/j.issn.2224-5820.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (4. uppl.). Stockholm: Natur & kultur.

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB

Henoch, I., Danielson, E., Strang, S., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2013). Training Intervention for Health Care Staff in the Provision of Existential Support to Patients With Cancer: A Randomized, Controlled Study. *Journal of Pain and Symptom Management* 46(6). 785-794. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.01.013>.

Henoch, I. (2013). Den totala smärtan. I B. Andershed, B.-M. Ternstedt & C. Håkansson (Red.), *Palliativ vård. Begrepp & perspektiv i teori och praktik* (s. 129-136). Lund: Studentlitteratur

Hoekstra, J., Vernooij-Dassen, M. J., de Vos, R., & Bindels, P. J. (2006). The added value of assessing the 'most troublesome' symptom among patients with cancer in the palliative phase. *Patient Education and Counseling*, 65(2), 223-229. doi:10.1016/j.pec.2006.08.001

\* Huang, C-C., Chen, J-Y., & Chiang, H-H. (2016). The Transformation Process in Nurses Caring for Dying Patients. *The Journal of Nursing Research* 24(2). 109-117. doi: 10.1097/jnr.000000000000160.

International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska Kod för sjuksköterskor*. Hämtad 12 December, 2018, från Svensk sjuksköterskeförening: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas-etiska-kod-2017.pdf>

Iwase, S., Kawaguchi, T., Tokoro, A., Yamada, K., Kanai, Y., Matsuda, Y., Kashiwaya, Y., Okuma, K., Inada, S., Ariyoshi, K., Miyaji, T., Azuma, K., Ishiki, H., Unezaki, S., & Yamaguchi, T. (2015). Assessment of Cancer-Related Fatigue, Pain, and Quality of Life in Cancer Patients at Palliative Care Team Referral: A Multicenter Observational Study (JORTC PAL-09). *PLoS One*, 10(8), 1-11. doi: 10.1371/journal.pone.0134022

\* Johansson, K., & Lindahl B. (2011). Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), 2034-2043. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03952.x

Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2:1 uppl., ss. 81-97). Lund: Studentlitteratur AB.

Karlsson, M. (2013). Hantering av svåra symtom. I B. Andershed., B-M. Ternestedt & C. Håkansson (Red.), *Palliativ vård-begrepp & perspektiv i teori och praktik* (ss. 405-416). Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, M., Kasén, A., & Wärnå-Furu, C. (2017). Reflecting on one's own death: The existential questions that nurses face during end-of-life care. *Palliative & Supportive Care*, 15(2), 158-167. doi:10.1017/S1478951516000468

\* Keall, R., Clayton, J. M., & Butow, P. (2014a). Australian palliative care nurses' reflections on existential/ spiritual interventions. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, (16)2, 105-112. doi: 10.1097/NJH.0000000000000047

\* Keall, R., Clayton, J. M., & Butow, P. (2014b). How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(21/22), 3197-3205. doi:10.1111/jocn.12566.

Kirkpatrick, A., Cantrell, M. A., & Smeltzer, S. (2017). A concept analysis of palliative care nursing: advancing nursing theory. *Advances in Nursing Science*, 40(4), 356-369. doi: 10.1097/ANS.0000000000000187.

Kissane, D-W. (2000). Psychospiritual and existential distress. The challenge for palliative care. *Aust Fam Physician*, 29(11), 1022-1025.

LeMay., & Wilson, K-G. (2008). Treatment of existential distress in life threatening illness: a review of manualized interventions. *Clin Psychol Rev*, 28(3), 472-493. doi: [10.1016/j.cpr.2007.07.013](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.013)

Lewis, K. (2013). How nurses can help ease patient transitions to end of life care. *Nursing Older People*, 25(8), 22-26. doi:10.7748/nop2013.10.25.8.22.e479.

Lundh, B., & Malmquist, J. (2009). *Medicinska ord*. Lund: Studentlitteratur

Malloy, P., Virani, R., Kelly, K., & Munévar, C. (2010). Beyond Bad News Communication Skills of Nurses in Palliative Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 12(3), 166-174.

Maree, JE., & Wright, SCD. (2008). Palliative Care: A Positive Outcome for Cancer Patients? *Curationis June*, 31(2), 43-49.

Melhem, D., & Daneault, S. (2017). Needs of cancer patients in palliative care during medical visits: Qualitative study. *Canadian Family Physician* 63(12), 536-542. PMID: 29237650

Nunn, C. (2014). It's not just about pain: Symptom management in palliative care. *Nurse Prescribing*, 12(7), 338-344. doi.org/10.12968/npre.2014.12.7.338.

O'Brien, T., & Kane, C. (2014). Pain services and palliative medicine –an integrated approach to pain management in the cancer patient. *The British pain society*, 8(4), 163-171. doi: 10.1177/2049463714548768

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

Panikulam, A. (2011). Total pain management. *Indian Journal Of Palliative Care*, 17(Suppl), 68–69. doi:10.4103/0973-1075.76246

Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

\* Pennbrant, S., Tomaszewska, M., & Lorentzson Penttilä, G. (2014). Nurses' experience of caring palliative-stage patients in a hospital setting in Sweden. *Clinical Nursing Studies*, 3(2), 97-108. doi: <https://doi.org/10.5430/cns.v3n2p97>

Pidgeon, T., Johnson, C.E., Currow, D., Yates, P., Banfield, M., Lester, L., Allingham, S., Bird, S., & Eager, K. (2015). A survey of patients' experience of pain and other symptoms while receiving care from palliative care services. *BMJ Support Palliat Care*, 5(2). doi:10.1136/bmjspcare-2014-000748

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Regionalt Cancercentrum i samverkan. (2016a). *Palliativ vård i livets slutskede Nationellt vårdprogram*. Stockholm Gotland: Regionalt Cancercentrum.

Regionalt Cancercentrum i samverkan. (2016b). *Gällande vårdprogram palliativ vård - Behovet av palliativ vård, epidemiologi*. Hämtad 10 Maj, 2019, från Regionala Cancercentrum: <https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/palliativ-var/vardprogram/gallande-varldprogram/9.-behovet-av-palliativ-vard---epidemiologi#9.1-befolkningen-2014>

Reid, N., & Mc Cormack, P. (2005). Symptom management. I J. Lugton & R. McIntyre (Eds.) *Palliative care: The nursing role* (2nd ed.). Edinburgh: Elsevier.

Rome, R. B., Luminais, H. H., Bourgeois, D. A., & Blais, C. M. (2011). The Role of Palliative Care at the End of Life. *The Ochsner Journal*, 11(4), 348–352. doi:10.1111/jocn.13912

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl., ss. 375-387) Lund: Studentlitteratur

Ross, H., Tod, A.M., & Clarke, A. (2015). Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9/10)1223-1233. doi: [10.1111/jocn.12662](https://doi.org/10.1111/jocn.12662)

Rousseau, P. (2000). Spirituality and the dying patient. *J Clin Oncol*, 18(9), 2000-2002. doi: [10.1200/JCO.2000.18.9.2000](https://doi.org/10.1200/JCO.2000.18.9.2000)

Sand, L., Strang, P., & Milberg A. (2008). Dying cancer patients' experience of powerlessness and helplessness. *Support Care Cancer*, 16(7), 853-862. doi: 10.1007/s00520-007-0359-z

Saunders, C. (1996). Into the valley of the shadow of death - A personal therapeutic journey. *BMJ*, 1996, dec 21(313), 1599-1601. PMID: PMC2359110.

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede – Vägledning, rekommendationer och indikatorer*. Stöd för styrning och ledning. Västerås: Edita Västra Aros

Socialstyrelsen. (2018). *Palliativ vård - Förtydligande och konkretisering av begrepp*. Hämtad 8 december, 2018, från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21059/2018-8-6.pdf>

SOU 2001:6 Döden angår oss alla - Värdig vård vid livets slut. Hämtad 12 Januari, 2019, från Riksdagen: <https://data.riksdagen.se/fil/7C8E38D7-3180-46FC-80F6-92926BE6F6D6>

Svensk sjuksköterskeförening. (2008). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialisering inom palliativ omvårdnad. Stockholm: SSF. Hämtad 9 januari, 2019, från Svensk sjuksköterskeförening: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/palliativkompetensbeskr.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). Personcentrerad vård. Stockholm: Hämtad 5 mars, 2019, från Svensk sjuksköterskeförening: [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om\\_personcentrerad\\_vard\\_oktober\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2019). Sjuksköterskor för palliativ omvårdnad. Kompetensbeskrivning avancerad nivå. Specialistsjuksköterska med inriktning palliativ vård. Stockholm: SSF. Hämtad 10 april, 2019, från swenurse.se: <https://www.swenurse.se/globalassets/kompetensbeskrivning-palliativ-vacc8ard-2019-klar-focc88r-webb.pdf>

Strang, P. (1997). Existential consequences of unrelieved cancer pain. *Palliative Medicine*, 11(4), 299-305. doi: 10.1177/026921639701100406

Strang, P. (2012). *Cancerrelaterad smärta. Onkologiska och palliativa aspekter*. Lund: Studentlitteratur

\* Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., Browall, M. & Melin-Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death-nurses reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23, 562-568. doi: 10.1002/pon.3456.

Strang, P., Strang, S. (2012). Existentiell smärta - ett sjukvårdsperspektiv. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (ss. 144-151). Stockholm: Liber AB.

Strang, P., Strang, S., Hultborn, R., & Arnér, S. (2004). Existential pain—An entity, a provocation or a challenge. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(3), 241–250. doi:10.1016/j.painsymman.2003.07.003

Strang, S., Strang, P., & Ternstedt, B-M. (2002). Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2002), 48-57. PMID: 11845755



Syrén, S., Saveman, B-M., & Benzein, E. (2006). Being a family in the midst of living and dying. *Journal of Palliative Care* 22(1), 26-32. PMID: 16689412

Teunissen, G., & Haes, J. (2007). Are Anxiety and Depressed Mood Related to Pshycial Symtom Burden? Astudyin Hospitalized Advanced Cancer Patients. *Palliative Medicine*, 21, 341-346. doi: [10.1177/0269216307079067](https://doi.org/10.1177/0269216307079067)

\* Tornøe, K.A., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sørлие, V. (2014). The power of consoling presence -hospice nurses lived experience with spiritual and extential care for the dying. *BMC Nursing*, 13(25), 1-8. doi: 10.1186/1472-6955-13-25.

\* Tornøe, K.A., Danbolt, L. J. Kvigne, K. & Sørлие, V. (2015a). A mobile hospice nurse teaching team´s experience: training care workers in spiritual and existential care for the dying – a qualitative study. *BMC Palliative Care* 14(43), 1-9. doi: 10.1186/s12904-015-0042-y.

\* Tornøe, K.A., Danbolt, L. J. Kvigne, K. & Sørлие, V. (2015b). The challange of consolation: nures´ experience with spirual and existential care for the dying – a phenomenological hermeneutical study. *BMC Nursing*, 14(62), 1-12. doi: 10.1186/s12912-015-0114-6.

\* Udo, C., Melin-Johansson, C., & Danielson, E. (2011). Existential issues among health care staff in surgical cancer care - Discussions in supervision sessions. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 447-453. doi: 10.1016/j.ejon.2010.11.010.

\* Udo, C., Melin-Johansson, C., & Danielson, E. (2012). Existential issues among nurses in surgical care - a hermeneutical study of critical incidents. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), 567-577. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06032.x

\* Vachon, M., Fillion, L., & Achille, M. (2012). Death Confrontation, Spirual-Existantial Experience and caring Attitudes in Palliative Care Nurses: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 9(15), 151-172. doi: <https://doi.org/10.1080/14780881003663424>

WHO (2019). WHO Definition of Palliative Care. Hämtad 16 januari, 2019, från WHO: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The interative review: update methodology. *Journal of Advance Nursing*. 54(5), 546-553. doi: [10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x)

William, A. (2013). Kompetens och utbildning-grundförutsättningar för vårdens kvalitet. I B. Andershed., B-M. Ternestedt & C. Håkansson (Red.), *Palliativ vård-begrepp & perspektiv i teori och praktik* (ss.501-506). Lund: Studentlitteratur

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

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016).

*Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet.* Lund: Studentlitteratur.

Yalom, I. (1980). *Existential psychotherapy.* BasicBooks, New York.

**Tabell 1.** Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II =Medel	III = Låg kvalitet
<b>Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
<b>Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial ( CCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Icke- kontrollerad studie (P)</b> är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Retrospektiv studie (R)</b> är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Kvalitativ studie (K)</b> är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

\* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Tabell 2. Sökresultat av databassökning

BILAGA B

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkl. artiklar
CINAHL 190107	"Existential pain"OR "Existential suffering"	63	0	0	0	0
-"-	"Existential pain"OR "Existential suffering" AND Palliative	41	41	8	4	2
CINAHL 190110	"Existential pain" OR "existential suffering" OR Existential issues AND Palliative care	84	84	6	2	0
CINAHL 190110	"Existential pain" OR "existential suffering" OR Existential issues AND Palliative nurse	63	63	4	2	0
CINAHL 190110	Nurse experience AND Palliative care	82	82	3	2	0

CINAHL 190110	Nurse experience AND Palliative care AND Existential	6	6	1	0	0
PubMed 190108	“Existential pain” OR “Existential suffering”	147				
PubMed 190108	Palliative	88932	0	0	0	0
PubMed 190108	“Existential pain” OR “Existential suffering” AND Palliative	55	55	25	14	3
PubMed 190108	“Spiritual pain” OR “Spiritual suffering”	71	71	0	0	0
PubMed 190108	“Spiritual pain” OR “Spiritual suffering” AND Palliative	49	49	25	6	3

PubMed 190109	"Existential pain"OR "Existential suffering"	96				
-"-	"Existential pain"OR "Existential suffering" AND Palliative	56	56	6	1	0
PubMed 190109	"Existential pain"OR "Existential suffering" AND Palliative AND Nursing	42 -"-	42	5	2	1
PubMed 190109	"Existential pain" OR "existential suffering" AND Nurse Experience	10	10	2	1	1
PubMed 190110	Nurse experience AND "Existential pain" OR "existential suffering" AND Palliative nursing	15	15	2	1	0
PubMed 190110	End of life care palliative AND Nurse Experience AND "Existential pain" OR "existential suffering" OR "existential issues"	197  (engelska, publ.datum)				2

PubMed 190110	Nurse experience AND Palliative care AND Existential issues	9	9	2	1	1
PsycINFO 190110	"Existential pain"OR "Existential suffering	51	51	6	0	0
-"-	"Existential pain"OR "Existential suffering AND Palliative	28	28	4	1	0
PsycINFO 190109	"Existential pain"OR "Existential suffering AND Nursing	19	19	2	0	0

**Tabell 3. Artikelmatris**

<b>Författare År Land</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Deltagare (bortfall)</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet/ Typ</b>
<p>Bailey, MF., Moran, S., Graham, MM.</p> <p>År: 2009</p> <p>Land: Irland</p> <p>(Tidskrift:International journal of palliative nursing)</p>	<p>Creating a spiritual tapestry: nurses' experiences of delivering spiritual care to patients in an Irish hospice.</p>	<p>Syfte: att beskriva och identifiera palliative sjuksköterskor upplevelser av att ge spirituellt vård I ett Irländskt sammanhang</p>	<p>En kvalitativ intervjustudie.</p>	<p>Urval: 22 Stycken sjuksköterskor med minst 12 månaders erfarenhet deltog i studien.</p>	<p>Det var svårt när det upplevde att patienterna uppgav att det var i ett själsligt lidande, för sjuksköterskan tyckte det låg utanför hennes professionella kunskapsområde.</p> <p>Det var viktigt att skapa en personlig relation till patienten med förtroende.</p> <p>Det var svårt att veta hur långt man skulle gå i det själsliga vårdandet utan att gå för lång, men många upplevde att erfarenheten kommer med åren i yrket.</p> <p>Mycket handlar om timing och omdöme, att veta när man bara skulle vara tyst och invänta patienten.</p> <p>Om man kunde skapa en relation med en patient som var arg och bitter och tala om att det är okej att känna så, så var det enklare för patienterna att våga öppna sig senare.</p>	<p>Hög kvalitet</p>



					<p>Att våga vara tyst och bara lyssna istället för att komma med råd och lösningar som inte kommer fungera.</p> <p>Att bara finnas där och hålla handen kl. 04 på morgonen.</p>	
<p>Browall,M., Henoch, I., Melin- Johansson,C., Strang,S .,&amp; Danielson,E.</p> <p>År: 2014</p> <p>Land: Sverige.</p> <p>(Tidskrift: Sverige. European Journal of Oncology Nursing)</p>	<p>Titel: Existential encounters: Nurses descriptions of critical incidents in end of life cancer care.</p>	<p>Existentiella möten och sjuksköterskors beskrivning av kritiska händelser i slutet av livet inom cancervård</p>	<p>Metod: Kvalitativ studie. Data samlades in med Kritisk Incident Teknik (CIT), med frågor till stöd för berättelserna.</p>	<p>Urval: 83 legitimerade sjuksköterskor som jobbar med palliativ vård på hospice, onkologklinik och kirurgisk klinik och i palliativt team.</p>	<p>Sjuksköterskor upplevde att möta patienter med existentiell smärta byggde på att skapa en relation och dialog.</p> <p>Tid, tajming, lyhördhet, närvara och visad empati var viktiga komponenter för att etablera en fördjupad relation och dialog.</p> <p>Prata om annat än besvärande symtom med patienten, sågs som viktigt.</p> <p>Att inspirera hopp upplevde även sjuksköterskor ett ansvar över för att lindra patientens existentiella smärta.</p> <p>Sjuksköterskans uppgift var att visa en human/genuin sida och ha insikt i sina begränsningar och svagheter.</p> <p>Känsla av meningsfullhet uppstod då deras insatser bidragit till att patienten blottat sin existentiella smärta.</p> <p>Arbetet skapade en isolerad</p>	<p>Hög kvalitet</p>

					<p>samhörighet med patienten.</p> <p>Sjuksköterskorna fick mycket tillbaka som kunde föras vidare i relationer och skapade en djup samhörighet i relation med vänner, familj och patient.</p> <p>Arbetet berörde dem känslomässigt som stod i relation till patienten och familjen unika situation.</p> <p>Balansen mellan känslomässig involvering och distanstagande var svår att förhålla sig till.</p> <p>Känsla av bristande meningsfullhet, maktlöshet, isolering och känslan av förtvivlan kunde uppstå i de situationer då de inte nådde fram till patienten och svårigheter i kommunikationen om existentiell smärta uppstod.</p>	
<p>Browall, M., Melin-Johansson, C., Strang, S., Danielson, E. Och Henoch, I.</p> <p>År:2010</p> <p>Land: Sverige</p> <p>(Tidskrift: Palliative and Supportive Care.)</p>	<p>Titel: Health care staff's opinions about existential issues among patients with cancer.</p>	<p>Beskriva hälso- och sjukvårdspersonals syn på existentiell lidande hos patienter med cancer.</p>	<p>Metod: Kvalitativ studie. Intervjuer med fyra fokusgrupper.</p>	<p>Urval: 23 sjuksköterskor som arbetar med palliativ vård på hospice, onkologisk- och kirurgisk avdelning och i palliativt team</p>	<p>Sjuksköterskor upplevde ett ansvar över att prata om annat än besvärande symtom med patienten. Samt ett ansvar över att visa förståelse för patientens och hela familjens existentiella smärta.</p> <p>En del sjuksköterskor upplevde att patienter hade sin egen bild av livet och döden vilket sågs som</p>	<p>Medel kvalitet</p>

					<p>viktigt att ha och visa en förståelse för.</p> <p>Sjuksköterskor upplevde en känsla av meningsfullhet då deras insatser bidragit till att patienten blottat sin existentiella smärta.</p> <p>Förtvivlan, bristande meningsfullhet, maktlöshet, och isolering kunde sjuksköterskor uppleva i de situationer då de inte nådde fram till patienten och svårigheter i kommunikationen om existentiell smärta uppstod.</p> <p>Sjuksköterskor upplevde det viktigt att det fanns tid för existentiella samtal och så att patienter gavs möjlighet för att få summera sitt liv.</p> <p>En del sjuksköterskor upplevde att det fick bära patientens känslor av skuld, skam, oro och ångest.</p> <p>I en del situationer upplevde sjuksköterskor att det var svårt att nå fram till patienten.</p>	
<p>Croxon, L., Deravin, L. &amp; Anderson, J.</p> <p>År: 2017</p> <p>Land: Australien</p>	<p>Dealing with end of life - New graduated nurse experiences.</p>	<p>Beskriva nyutexaminerade sjuksköterskors uppfattningar under deras praktiska beredskap när de</p>	<p>Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Urval: Sju nyutexaminera de sjuksköterskor.</p>	<p>I resultatet framkommer det att nyutexaminerade sjuksköterskor upplever en osäkerhet för hur det skulle förhålla sig till och hantera olika arbetssituationer nära patientens existentiella smärta.</p>	<p>Hög kvalitet</p>

(Tidskrift: Journal of Clinical Nursing).		möter döden och döendet på deras arbete på hospice och i kommunal vård.			<p>Sjuksköterskorna saknade arbetsverktyg för hur de skulle hantera och handla i mötet med patienter med existentiell smärta</p> <p>Sjuksköterskor upplevde för att det var lättare efter några år i yrket att hitta en balans mellan närhet och distans</p>	
<p>Huang, C-C., Chen, J-Y., &amp; Chiang, H-H.</p> <p>År: 2016</p> <p>Land: Taiwan</p> <p>(Tidskrift: The Journal of Nursing Research)</p>	The Transformation Process in Nurses Caring for Dying Patients.	Syfte: En studie om den transformativa processen som förekommer hos sjuksköterskor som arbetar med patienten med andliga/existentiella lidanden och konflikter i vården av döende patienter.	En kvalitativ studie. Semistrukturerad intervju med öppna frågor.	Urval: 8 st. sjuksköterskor som arbetar på ett hospis.	<p>Några upplevde det svårt när patienten nekade vård även fast sjuksköterskan försökte hjälpa till.</p> <p>I arbetet med döende reflekterade sjuksköterskorna ofta över känslan att förlora en egen familjemedlem, och att det gav mycket emotionellt lidande för dem själva, men ökade också förståelsen för patientens och närståendes lidande.</p> <p>Sjuksköterskor upplevde det viktigt att i patientmötet visa stabilitet och lugn.</p> <p>Arbetet med existentiella frågor och palliativa patienter sågs som ett känslomässigt arbete som kräver sjuksköterskans uppmärksamhet på sina egna känslor och erkänna sina svagheter genom att vara sann mot sig själv</p>	Medel kvalitet

					<p>Sjuksköterskor upplevde att arbetet nära patientens existentiella smärta öppna upp för egna existentiella funderingar kring sin egna död.</p> <p>Sjuksköterskorna upplevde även att de fick energi från patienternas tacksamhet och uppskattning, de kunde få en kram eller ett leende från en patient.</p> <p>Sjuksköterskorna antog copingstrategier som lugnade patienterna eller som hjälpte patienter till insikt om ouppfyllda önskningar för att bättre ta hand om sig själva.</p>	
<p>Johansson, K. &amp; Lindahl B.</p> <p>År: 2011</p> <p>Land: Sverige</p> <p>(Tidskrift: Journal of Clinical Nursing)</p>	<p>Titel: Moving between rooms – moving between life and death: nurses' experiences of caring for terminally ill patients in hospitals.</p>	<p>Beskriva allmän registrerade sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter palliativt på allmän sjukhusavdelning.</p>	<p>Metod: Kvalitativ studie. Intervjuer.</p>	<p>Urval: Åtta Sjuksköterskor som arbetar inom palliativ vård på en kirurgisk- och medicinsk akutvårdsavdelning.</p>	<p>Att möta existentiell smärta väckte frågor om sin egen död, hos sjuksköterskorna. Gjorde dem ödmjuka inför livet och värdet av att värdera det viktiga i livet.</p> <p>En osäkerhet kunde uppstå för hur de ska agera vid existentiellt smärta. Gav känslan av professionell osäkerhet. Vilket hade en negativ inverkan på deras personliga identitet.</p> <p>Sjuksköterskorna upplevde inte att de hade rätta verktyg för hur de skulle hantera och handla i mötet med patienter med</p>	<p>Medel kvalitet</p>

					<p>existentiell smärta</p> <p>Att arbeta med existentiell smärta kostade mycket energi upplevde sjuksköterskor, viktigt med avbrott och andrum.</p>	
<p>Keall,R., Clayton, J.M. &amp; Buttow, P.</p> <p>År:2014a</p> <p>Land: Australien</p> <p>(Tidskrift: Journal of Hospice &amp; Palliative Nursing)</p>	<p>Titel: Australian palliative care nurses' reflections on existential/ spiritual interventions.</p>	<p>Syftet med denna studie var att förstå australiska sjuksköterskor i palliativ vårds erfarenhet av existentiella / andliga interventioner och deras kritiska bedömning av utsikterna</p>	<p>Metod: En kvalitativ intervjustudie för att få deras synpunkter på interventionen</p>	<p>Urval: 20 sjuksköterskor rekryterades under en 4 månaders-period som arbetar i palliativ vård.. Sjuksköterskor na fick inbjudan via mail och intresserade sjuksköterskor ombads kontakta forskningskoordinator</p>	<p>Sjuksköterskor upplevde att möta patienter med existentiell smärta byggde på att skapa en relation och dialog. Tid, tajming, lyhördhet, närvara och visad empati var viktiga komponenter för att etablera en fördjupad relation och dialog.</p> <p>Sjuksköterskorna frågade ofta patienterna om deras liv för att lära känna dem bättre och få deras förtroende och bättre kunna förstå vilka individer patienterna var innan de fick sin diagnos. Frågor som: Vad har du gjort? och vilka intressen har du? Var bra att öppna med för att sedan kunna fördjupa sig i existentiella frågor.</p> <p>Sjuksköterskor upplevde att en del patienter ville berätta sin livshistoria, för att sjuksköterskorna skulle se dem som en verklig person och för att bli ihågkommen, och få dela med sig av visdom och erfarenheter de fått genom livet.</p>	<p>Hög kvalitet</p>

					<p>Sjuksköterskor såg kunskap och kompetens i kommunikation via träning och teori som en viktig del i arbetet för att kunna bemöta och tillfredsställa patientens existentiella smärta och behov.</p> <p>Ett viktigt kommunikationsverktyg var ett aktivt lyssnande och förmågan att ställa öppna frågor</p>	
<p>Keall,R., Clayton, J.M. &amp; Buttow, P. År:2014b Land: Australien (Tidskrift: Australian Journal of Clinical Nursing)</p>	<p>Titel: How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies</p>	<p>Att undersöka de hinder och strategier vilka australienska sjuksköterskor identifierat genom att erbjuda existentiell och spirituellt vård för patienter med obotliga sjukdomar.</p>	<p>Metod: Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Urval: 20 sjuksköterskor i Australien med erfarenhet i palliativ vård med blandad religiös uppfattning.</p>	<p>Sjuksköterskorna upplevde att relationen och dialogen mellan patient och sjuksköterskan var viktig för att kunna etablera ett förtroende.</p> <p>Prata med patienten om annat än besvärande symtom sågs som viktigt.</p> <p>I mötet med existentiell smärta hos patienter upplevde sjuksköterskor att deras uppgift var att visa en human/genuin sida och ha insikt i sina begränsningar och svagheter.</p> <p>Sjuksköterskor upplevde att obehandlade symtom som var besvärande patienten, som exempelvis fysisk smärta kunde skapa en existentiell smärta.</p>	<p>Hög kvalitet</p>

					<p>De upplevde deras arbete med symtomlindring som viktigt för att förebygga existentiell smärta.</p> <p>Verktyg för god kommunikation och kunskap i existentiella samtal upplevde sjuksköterskorna som betydelsefullt för att kunna skapa öppningar i samtal och förebygga att professionell osäkerhet skulle uppstå.</p> <p>En värdefull strategi för att bemästra arbetet med existentiell smärta hos patienten var att ha realistiska förväntningar av vad du som sjuksköterska kan hjälpa till med.</p> <p>Hinder som sjuksköterskor identifierade för att kunna möta patienter och närståendes existentiella funderingar var, bristande tid, bristande avskildhet, olika kulturell tro förekom.</p> <p>Om patienten hade obehandlade symtom sågs även som ett hinder i arbetet.</p> <p>En del sjuksköterskor upplevde rädsla för vilka känslor de kunde framkalla.</p>	



<p>Pennbrant, S., Tomaszewska, M. Och Lorentzson Penttilä, G.</p> <p>År: 2015.</p> <p>Land: Sverige.</p> <p>(Tidskrift: Clinical Nursing Studies)</p>	<p>Titel: Nurses´experience of caring palliative-stage patients in a hospital setting in Sweden.</p>	<p>Beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter i palliativ fas på ett sjukhus.</p>	<p>Metod: Kvalitativ studie. Intervjuer.</p>	<p>Urval: Sex sjuksköterskor som arbetade med palliativ vård på onkologisk avdelning.</p>	<p>Sjuksköterskor upplevde ett ansvar över att vara emotionellt närvarande, ge patienten tid och vara lyhörd.</p> <p>Ge patienten tid och skapa utrymme såg sjuksköterskor som viktigt för att etablera en dialog rörande existentiell smärta.</p> <p>Sjuksköterskor upplevde det viktigt att skapa ett professionellt självförtroende för att möta patientens existentiella upplevelser och ha insikt i sina begränsningar och svagheter.</p> <p>Ett holistiskt perspektiv sågs som nödvändigt i det själsliga vårdandet av patienten.</p> <p>Sjuksköterskor beskrev att de kunde bemöta patienter olika, en del patienter var det lättare att etablera en relation med och i andra situationer kunde de ogilla patienten. Men de var medvetna om att personliga värderingar inte bör förekomma.</p> <p>I de situationer där sjuksköterskans insatser bidragit till att patienten blottat sin existentiella smärta, kunde känslan av meningsfullhet infinna sig.</p> <p>Flera år i yrket bidrog till att</p>	<p>Hög kvalitet</p>
---	--	--	--	---	---	-------------------------

				<p>sjuusköterskor kände sig trygga i mötet med andlig och existentiellt smärta. Vilket sågs som viktigt för att hitta balans mellan närhet och distans i det själsliga vårdande.</p> <p>Frustration kunde upplevas i mötet med yngre patienters existentiella smärta. Sjuusköterskor berördes extra av att möta barn till döende föräldrar.</p> <p>Arbetet med existentiell smärta hos patienter öppna upp för egna existentiella funderingar kring sin egen död.</p> <p>Sjuusköterskors självförtroende stärktes när patienter och närstående uttrycker tacksamhet och ger positiv respons.</p> <p>En del sjuusköterskor önskade sig utbildning i psykologi för att kunna läsa patienters och närståendes existentiella behov bättre.</p> <p>Det sågs även som viktigt att skilja på jobb och privatliv. Avbrott och andrum sågs som viktigt.</p> <p>En god arbetsmiljö och relation till kollegor sågs som viktiga delar i arbetet med existentiell</p>	
--	--	--	--	---	--

					<p>smärta hos patienter.</p> <p>Reflektion med kollegor sågs som betydelsefullt för att ventilera och diskutera situationer och beslut som känts svåra.</p>	
<p>Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., Browall, M. &amp; Melin -Johansson, C. År: 2014</p> <p>Land: Sverige.</p> <p>(Tidskrift: Psycho-Oncology)</p>	<p>Titel: Communication about existential issues with patients close to death-nurses reflections on content, process and meaning</p>	<p>Att beskriva sjuksköterskors existentiella reflektioner i samtalet med patienter i livets slut.</p>	<p>Metod: Kvalitativ studie. Data insamlades under en övning där sjuksköterskornas reflektioner till övningen spelades in.</p>	<p>Urval: 98 sjuksköterskor som arbetade i palliativ vård på hospice, onkologavdelning eller i palliativa team.</p>	<p>Sjuksköterskor upplevde att möta patienter med existentiell smärta byggde på att ge patienten tid och utrymme för att skapa en relation och dialog. Tid, tajming, lyhördhet, närvara och visad empati var viktiga komponenter för att etablera en fördjupad relation och dialog.</p> <p>Sjuksköterskor upplevde att deras uppgift var att ha insikt i sina begränsningar och svagheter och visa en human/genuin sida. Sjuksköterskor beskrev även ett ansvar över att visa förståelse för patienten och hela familjens existentiella smärta.</p> <p>Sjuksköterskor beskrev även att de kunde bemöta patienter olika, en del patienter var det lättare att etablera en relation med och i andra situationer kunde de ogilla patienten. Men de var medvetna om att personliga värderingar inte bör förekomma.</p> <p>Sjuksköterskans kunde uppleva meningsfullhet när deras insats</p>	<p>Medel kvalitet</p>

					<p>bidragit till att patienten blottat sin existentiella smärta.</p> <p>Patienters existentiella frågor, orealistiska hopp, rädslor, och skuld känslor berörde sjuksköterskorna känslomässigt.</p> <p>Lära sig bli professionell i yrket upplevde sjuksköterskor handla om att hitta en balans mellan närhet och distans i det själsliga vårdandet, vilket erhöles efter några år i yrket.</p> <p>Frustration upplevdes vid möten med yngre patienters existentiella smärta. Sjuksköterskor berördes extra av att möta barn till döende föräldrar.</p> <p>Arbetet skapade en ödmjukhet inför livet och värdet av att värdera det som är viktigt i livet.</p> <p>Kunskap och kompetens i kommunikation såg som en viktig del i arbetet för att kunna bemöta och tillfredsställa patientens existentiella smärta och behov. Ett viktigt kommunikationsverktyg var ett aktivt lyssnande och förmågan att ställa öppna frågor.</p> <p>Hinder i arbetet var otillräckligt med tid för samtal med patienten, en icke tillfredsställande miljö</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					med brist på avskildhet.	
<p>Tornøe, K.A., Danbolt, L. J. Kvigne, K. &amp; Sørli, V.</p> <p>År:2014</p> <p>Land: Norge.</p> <p>(Tidskrift: BMC Nursing)</p>	<p>Titel: The power of consoling presence -hospice nurses´ lived experience with spiritual and existential care for the dying.</p>	<p>Att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av att lindra existentiell/andlig smärta hos döende patienter.</p>	<p>Metod: Kvalitativ studie. Intervjuer.</p>	<p>Urval: Åtta sjuksköterskor med minst åtta års erfarenhet av att vårda obotligt sjuka patienter.</p>	<p>Resultatet visade att sjuksköterskor upplevde att arbetet med existentiell smärta hos patienter byggde på att skapa en relation och dialog.</p> <p>Viktiga komponenter för att etablera en relation och dialog var tid, tajming, lyhördhet, närvara och visad empati. Samt upplevdes det betydelsefullt att patienten fick tid och utrymme.</p> <p>Sjuksköterskor upplevde ett ansvar över att visa förståelse för patienten och hela familjens existentiella smärta.</p>	<p>Hög Kvalitet</p>
<p>Tornoe, K., A., Danbolt, L., J., Kvigne K. &amp; Sorlie, V.</p> <p>År: 2015</p> <p>Land: Norge.</p> <p>(Tidskrift: BMC Nursing).</p>	<p>Titel: The challenge of consolation: nures´ experience with spirual and existential care for the dying – a phenomenological hermeneutical study.</p>	<p>Beskriva sjuksköterskans upplevelser av andlig och existentiell vård av döende.</p>	<p>Metod: Kvalitativ studie. Intervjuer.</p>	<p>Urval: Sex sjuksköterskor som arbetar med palliativ vård på sjukhus.</p>	<p>Sjuksköterskor upplevde att visad empati var viktigt i arbetet med existentiell smärta hos patienten.</p> <p>Sjuksköterskorna upplevde ett ansvar för att utrymme gavs för ett aktivt lyssnande och att de vara tillgänglig och närvara i vården. Även ansvar för att fånga in små tecken och involvera hela familjen i vården.</p> <p>Etablera en relation och dialog sågs som en förutsättning i arbetet.</p>	<p>Hög kvalitet</p>

					<p>Arbetet kunde upplevas komplext och utmanande. Den känslomässiga involveringen stod i relation till patienten och familjen unika situation. Men arbetet gav även känsla av att de gjorde gott och hade ett meningsfullt jobb.</p> <p>Hitta en professionell balans mellan närhet och distans i det själsliga vårdandet kunde ta några år i yrket.</p> <p>Frustration kunde uppstå i mötet med existentiella smärta hos yngre patienter. Sjuksköterskor berördes extra av att möta barn till döende föräldrar. Arbetet öppna upp för egna existentiella funderingar kring sin egen död.</p> <p>Hinder i arbetet var otillräckligt med tid för samtal med patienten, en icke tillfredsställande miljö med brist på avskildhet.</p>	
<p>Tornøe, K.A., Danbolt, L. J. Kvigne, K. &amp; Sørli, V.</p> <p>År: 2015</p> <p>Land: Norge</p>	<p>A mobile hospice nurse teaching team´s experience: training care workers in spiritual and existential care for the dying – a qualitative study.</p>	<p>Syftet var att belysa en banbrytande utbildningsinsats och erfarenheten med att utbilda och träna vårdpersonal I existentiell och spirituellt vård av den</p>	<p>Metod: en Kvalitativ studie. Fokusgruppsintervjuer.</p>	<p>Urval: Norges första och enda mobila spirituella och existentiella vård utbildningsteam i livets slut.</p>	<p>Resultatet visade att sjuksköterskor upplevde att visad empati, lyhördhet och närvaro i vården var viktiga komponenter för att etablera en relation och dialog med patienten.</p> <p>För att skapa en dialog rörande</p>	<p>Hög kvalitet</p>

<p>(Tidskrift: BMC Palliative Care)</p>		<p>döende i hemmet och på vårdhem.</p>			<p>existentiella smärta behövde patienten tid och utrymme.</p> <p>Sjuksköterskor kände ett ansvar över att visa förståelse för patienten och hela familjens existentiella smärta.</p> <p>Arbetet upplevdes meningsfullt då sjuksköterskans insatser bidragit till att patienten blottat sin existentiella smärta. Arbetet nära existentiell smärta upplevdes som komplex och utmanande.</p> <p>Sjuksköterskor berördes känslomässigt vilket stod i relation till patienten och familjen unika situation.</p> <p>Frustration kunde upplevas i mötet med yngre patienter med existentiella smärta och mötet med barn till döende föräldrar.</p> <p>Sjuksköterskor upplevde att de efter några år i yrket hade hittat en balans mellan distans och närvaro och kunde känna sig professionella i det själsliga vårdandet.</p> <p>Arbetet öppna upp för egna existentiella funderingar kring sin egen död.</p>	
---	--	--	--	--	---	--

					Hinder i arbetet var otillräckligt med tid för samtal med patienten, en icke tillfredsställande miljö med brist på avskildhet. .	
Udo, C., Danielson, E. & Melin-Johansson, C.  År: 2012  Land: Sverige  (Tidskrift: Journal of Advanced Nursing)	Titel: Existential issues among nurses in surgical care - a hermeneutical study of critical incidents.	Syfte: Bidra med en djupare förståelse av kirurgiska sjuksköterskors upplevelser av existentiella vårdande situationer.	Metod: Kvalitativ intervjustudie.	Urval: Tio stycken sjuksköterskor, fem registrerade sjuksköterskor och 5 assisterande sjuksköterskor med minst sex månaders erfarenhet av kirurgisk vård.	Resultatet beskriver att sjuksköterskor upplevde att arbetet nära existentiell smärta hos patienter skapade en känslomässig involvering.  Sjuksköterskor beskrev även att de kände ett ansvar för att skapa en vårdrelation, lyssna in patienten och familjen signaler, vilket krävde ett öppet sinne och tid för dialog och närvaro.  Upplevde ett ansvar över att visa förståelse för patienten och hela familjens existentiella smärta.  Arbetet med symtomlindring sågs som viktigt för att förebygga existentiell smärta.  Även att visa förståelse för patientens egen bild av livet och döden.  Sjuksköterskor upplevde arbetet meningsfullt då deras insatser bidragit till att patienten fått uttrycka sin existentiella smärta.  Arbetet bidrog till en ödmjukhet	Medel kvalitet



					<p>inför livet och värdet av att värdera det som är viktigt i livet.</p> <p>En del sjuksköterskor upplevde att det inte var deras uppgift att sitta ner och prata om döden.</p> <p>De upplevde arbetet för intensivt och mödosamt för att kunna hantera.</p> <p>Känslomässigt arbete som kräver sjuksköterskans uppmärksamhet på sina egna känslor och erkänna sina svagheter.</p> <p>Arbetet upplevdes som komplex och utmanande.</p> <p>Den känslomässiga involveringen stod i relation till patienten och familjen unika situation.</p> <p>Andrum och avbrott sågs som betydelsefullt.</p> <p>Saknade rätta verktyg för hur de skulle hantera och handla i mötet med patienter med existentiell smärta.</p> <p>Hinder i arbetet var tillräcklig med tid för samtal med patienten, brist på avskildhet och störande moment i arbetsmiljön.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

<p>Udo, C., Melin-Johansson, C. &amp; Danielson, E.</p> <p>År: 2011</p> <p>Land: Sverige</p> <p>(Tidskrift: European Journal of Oncology Nursing)</p>	<p>Titel: Existential issues among health care staff insurgical cancer care - Discussions in supervision sessions.</p>	<p>Syfte: Beskriva hälso- och sjukvårdspersonal inom kirurgisk vård diskussion om extensionell lidande vid vård av patienter med cancer.</p>	<p>Metod: Kvalitativ intervjustudie.</p>	<p>Urval: Sju sjuksköterskor och en läkare.</p>	<p>Resultatet presenterar att sjuksköterskor upplever att arbetet nära existentiell smärta hos patienter skapade en känsla av maktlöshet och många situationer dränerade dem på energi.</p> <p>Andrum och avbrott från arbetet sågs som viktigt.</p> <p>Känslan av förtvivlan och isolering kunde även framkallas i de situationer då de inte kunde nå fram till patienten och hans existentiella smärta.</p> <p>I många situationer kände sig sjuksköterskorna sig känslomässigt involverade och de kunde ofta identifiera sig i olika vårdande situationer.</p> <p>Sjuksköterskor upplevde en professionell osäkerhet i arbetet med existentiell smärta. Professionella i yrket kunde de uppleva när de hittat balansen mellan närhet och distans i det själsliga vårdandet.</p> <p>Bristande kunskap i strategier för att hantera patientens existentiella smärta, upplevde end le sjuksköterskor.</p>	<p>Hög kvalitet</p>
---	--	--	--	---	---	---------------------

<p>Vachon, M., Fillion, L och Achille, M.</p> <p>År; 2012. Land: Canada.</p> <p>(Tidskrift: Qualitative Research in Psychology)</p>	<p>Titel: Death Confrontation, Spirual-Existential Experience and caring Attitudes in Palliative Care Nurses: An Interpretative Phenomenological Analysis.</p>	<p>Syfte: 1. Att bättre förstå hur sjuksköterskors inom palliativ vård hanterar anslutningen till döden. 2. Beskriva deras subjektiva andliga och existentiella upplevelser. 3. Beskriva hur sjuksköterskors upplevelser av den potentiella länken mellan mötet med döden och den andliga och existentiella konfrontationen</p>	<p>Metod: Kvalitativ studie. Djupa-semistrukturerade intervjuer</p>	<p>Urval: 11 Sjuksköterskor som arbetade med palliativ vård i palliativ team, hospice och onkologisk avdelning</p>	<p>Såg värdet i att ha realistiska förväntningar av vad du som sjuksköterska kan hjälpa till med för att bemästra arbetet med existentiell smärta hos patienten.</p> <p>Bristande förståelse för patientens tro hade en negativ inverkan i arbetet med existentiell smärta hos patienten.</p> <p>Sjuksköterskor upplevde att arbetet bidrog till att de konfronteras med döden, vilket skapade existentiella reflektioner. En del sjuksköterskor såg döden som en naturlig del av livet och andra förknippade den med lidande.</p> <p>Arbetet upplevdes meningsfullhet då deras insatser bidragit till att patienten fått uttrycka sin existentiella smärta.</p> <p>Sjuksköterskor upplevde att arbeta nära existentiell smärta skapade en isolerad samhörighet med patienten. De fick mycket tillbaka som kunde föras vidare i relationer och skapade en djup samhörighet i relation med vänner, familj och patient.</p> <p>Arbetet med existentiell smärta hos patienter i den palliativa vården öppna upp för egna existentiella funderingar kring</p>	<p>Hög kvalitet</p>
---	--	---	---	--	---	---------------------

					<p>sin egna död.</p> <p>I de situationer då sjuksköterskan upplevde att hen inte nådde fram till patienten och svårigheter i kommunikationen om existentiell smärta uppstod. Kunde känsla av bristande meningsfullhet, maktlöshet, isolering och känslan av förtvivlan framkallas.</p> <p>Andrum och att skilja på fritid och arbete såg som viktigt.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

Källa. Willman, Stoltz & Bahsevani (2006, sid 84). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.