



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Åndelig omsorg til den livstruende syke pasienten
Spiritual care to patients with life-threatening
diseases**

Christy Rogers Inderberg og Magnus S. Brandshaug

Totalt antall sider inkludert forsiden: 70

Molde, 16.11.10



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Åndelig omsorg til den livstruende syke pasienten

Tittel på engelsk: Spiritual care to patients with life-threatening diseases

Forfatter(e): Christy Rogers Inderberg og Magnus S. Brandshaug

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 15

Årstall: 2010

Veileder: Hege Hol

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 20.10.10

Antall ord: 12000

Sammendrag

Bakgrunn: Pasientens åndelige dimensjon blir i sykepleieutdanningen og litteraturen sidestilt med den fysiske og psykososiale dimensjonen som en del av menneskets helhet. Helhetlig sykepleie skal ta hensyn til pasientenes åndelige omsorgsbehov, men hva innebærer dette egentlig?

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleier ivaretar den livstruende syke pasientens åndelige omsorgsbehov, herunder hva omsorgsbehovene inneholder fra et pasientperspektiv, og i hvilken grad sykepleier opplever å imøtekomme omsorgsbehovene.

Metode: Vi har utført et litteraturstudium med tilbakeblikk på eksisterende litteratur, samt søkt etter nyere forskningsartikler som belyser hensikten. Artikler ble analysert og funn ble diskutert opp mot hverandre, praksiserfaringer, eldre forskning og bakgrunns litteratur.

Funn: Sykepleier og pasient anerkjenner menneskets flere dimensjoner, men legger ulikt innhold til den åndelige dimensjonen. Religion og livssyn, samt behovet for mening, håp og mestring går igjen som viktige komponenter i den åndelige dimensjon.

Konklusjon: Sykepleiere som oppga at de ivaretok pasientens åndelige behov mente at aktiv lytting og full tilstedeværelse var de viktigste intervensjonene de iverksatte for å møte disse behovene. Mange sykepleiere uttrykte manglende kunnskap og kompetanse innen åndelig omsorg, og pasientene bekreftet at de ikke opplevde sine åndelige behov tilstrekkelig møtt av sykepleieren.

Nøkkelord: Livstruende sykdom, åndelig omsorg, pasientbehov, helhetlig sykepleie, mening

Abstract

Background: The patient's spiritual dimension is in nursing education and literature described as part of the person's whole, equal to physical and psychosocial needs. Holistic nursing should address the patient's spiritual needs, but what do these needs include?

Aim: To investigate how nurses address spiritual care needs of patients with life-threatening diseases, including the substance of the patients' spiritual needs, and to what extent the nurses meet these needs.

Method: A literature study was conducted. We investigated existing literature and performed searches for recent research on the subject. Research articles were analyzed and findings were compared to each other, to the authors own experiences, and to previous research and literature.

Findings: Both nurses and patients recognize the human beings' multiple dimensions, but have different understandings of what spirituality contains. Religion and view-of-life, and the need for meaning, hope and coping were identified as important components included in spirituality.

Conclusion: Nurses who claimed to address the patients' spiritual needs, emphasized active listening and being present as important key interventions in addressing these needs. Several nurses claimed a lack of knowledge and competence in giving spiritual care. Patients did not recognize the nurses as fulfilling caretakers of their spiritual needs.

Key words: Life-threatening disease, spiritual care, patient needs, holistic nursing, meaning

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Studiens hensikt	2
1.3 Problemstillinger	2
1.4 Begrepsavklaringer	2
1.5 Avgrensninger	3
2.0 Teoribakgrunn	4
2.1 Joyce Travelbee – til hjelp i åndelig omsorg	4
2.1.1 Menneske-til-menneske-forhold	4
2.1.2 Lidelse	5
2.1.3 Håp	6
2.1.4 Å finne håp og mening i lidelsen	6
2.1.5 Sykepleierens forhold til døden	6
2.2 Den livstruende syke pasientens åndelige dimensjon	7
2.2.1 Åndelig omsorg.....	7
2.2.2 Eksistensielle behov og livssyn.....	8
2.3 Kommunikasjon med den livstruende syke pasienten	9
2.3.1 Å lytte aktivt.....	9
2.3.2 Kommunikativt menneskesyn – En del av åndelig omsorg.....	10
2.4 Livstruende sykdom og mestring	10
2.5 Eldre forskning.....	11
3.0 Metode	12
3.1 Presisering av hensikt og problemstillinger for studiet.....	12
3.2 Presisering av inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
3.3 Plan for litteratursøk.....	13
3.4 Avgrensning av forskningsproblemet og hovedtrekk i søkestrategi	14
3.5 Gjennomføring av litteratursøk og innsamling av artikler	14
3.6 Kvalitetsvurdering av artikler	20
3.7 Studiens analyseprosess	21
3.8 Forskningsartiklenes etiske vurderinger og hensyn	21
4.0 Resultat	22
4.1 Pasientens tro – Et åndelig omsorgsbehov	22

4.2 Å finne mening – Et åndelig omsorgsbehov	23
4.3 Mestring – Et åndelig omsorgsbehov	23
4.4 Sykepleieintervensjoner benyttet innen åndelig omsorg	24
4.5 Forekomst av åndelig omsorgsutøvelse og kompetanse	25
5.0 Diskusjon.....	27
5.1 Metodediskusjon	27
5.1.1 Litteratursøk	27
5.1.2 Avgrensninger	29
5.1.3 Kvalitetssikring og analyse av forskningsartikler	30
5.1.4 Teoribakgrunn	31
5.1.5 Forforståelse	31
5.2 Resultatdiskusjon	31
5.2.1 Livstruende syke pasienters behov for tro	31
5.2.2 Livstruende syke pasienters behov for mening og mestring	33
5.2.3 Sykepleierens intervensjoner innen åndelig omsorg	37
5.2.4 Forekomst av sykepleierens åndelige omsorgsutøvelse	38
5.2.5 Ivaretagelse av åndelige omsorgsbehov og kompetanse	39
5.2.6 Våre tanker om pasientbehov og ivaretagelsen av disse	40
6.0 Konklusjon.....	42
6.1 Anbefalinger til videre forskning	42
Litteraturliste:	43

Vedlegg:

Vedlegg I - PIO-skjema

Vedlegg II - Oversiktstabell over inkluderte artiklers innhold og kvalitet

Vedlegg III - Oversiktstabell over litteratursøk

1.0 Innledning

Tema for oppgaven er åndelig omsorg til den livstruende syke pasienten.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Pasientens åndelige dimensjon sidestilles i sykepleieutdanningen med pasientens fysiske, psykiske og sosiale dimensjon. Derimot fremstår de åndelige behovene for oss som mer uklare enn de øvrige. Vi har blitt undervist i betydningen av å ivareta disse pasientbehovene, men hva innebærer de *egentlig*? Åndelig omsorg var et spennende tema vi ønsket å fordype oss i, relatert til pasienter som opplever livstruende sykdom.

Fra praksisperioder og arbeidssituasjoner har vi gjort observasjoner av, og hatt erfaringer med, sykepleie til pasienter med livstruende sykdom. Vi har opplevd at pasientenes uttrykte sykepleiebehov har blitt møtt på ulikt vis, hvor fysiske pleie- og omsorgsbehov blir tilstrekkelig ivaretatt, mens psykososiale og åndelige omsorgsbehov ved flere anledninger ikke har blitt viet like stor oppmerksomhet. Dette har gjort oss mer bevisste på menneskets ulike omsorgsbehov relatert til dets ulike dimensjoner, samt et helhetlig menneskesyn i sykepleien. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere fremhever at pasientens sårbarhet må erkjennes, og at pasientens integritet skal ivaretas med utgangspunkt i den enkeltes opplevde situasjon. Videre fremheves ”retten til en helhetlig omsorg, retten til å være medbesluttende og retten til ikke å bli krenket” (Norsk sykepleierforbund 2001, 5). Også fagplanen for sykepleieutdanningen ved Høgskolen i Molde legger vekt på et helhetlig menneskesyn, da det fremheves at ”mennesket er ukrenkelig og har verdi i kraft av å være menneske. Det er en integrert helhet av fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjoner” (Høgskolen i Molde 2007, 4).

1.2 Studiens hensikt

Med utgangspunkt i vår overnevnte interesse for fagfeltet, samt våre erfaringer fra utdanning, praksis og arbeidsliv, har vi utformet følgende hensikt for bacheloroppgaven:

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hvordan sykepleier ivaretar den livstruende syke pasientens åndelige omsorgsbehov.

1.3 Problemstillinger

Vi ønsket å besvare følgende problemstillinger:

- *Hvilke åndelige omsorgsbehov har den livstruende syke pasienten?*
- *På hvilken måte ivaretar sykepleier disse omsorgsbehovene?*
- *I hvilken grad opplever sykepleier å imøtekomme de åndelige omsorgsbehovene?*

1.4 Begrepsavklaringer

Livstruende sykdom: Vi har benyttet flere kilder for å klargjøre begrepet livstruende sykdom. Da fant vi at begrepet gjerne brukes sammen med alvorlig eller terminal sykdom, uten videre avgrensning. Vår tolkning av begrepet livstruende sykdom er at pasienten har fått en diagnose som kan eller vil føre til døden (Husebø og Husebø 2001). Likevel knyttes begrepet opp mot håpet om en god utgang fra sykdommen (Ingebretsen og Sandsberg 1985).

Sykepleiebehov: Alle behov den syke har, som kan oppfylles av den profesjonelle sykepleieren (Travelbee 1999).

1.5 Avgrensninger

Vi har begrenset oppgavens omfang til å gjelde åndelige omsorgsbehov hos voksne pasienter som lider under livstruende sykdom. De lever i samfunn med kristen statsreligion, ut fra en skandinavisk kulturforståelse, med hensyn til overføringsverdi til norske forhold. Vi har ikke tatt hensyn til fremmedkulturelle eller kulturforskjeller. Både pasient- og sykepleieperspektiv ble inkludert i studien.

2.0 Teoribakgrunn

Vi valgte å bruke sykepleieteoretiker Joyce Travelbee (1999) i bakgrunnsteorien, da hun beskriver betydningen av å etablere en sykepleier-pasient-relasjon. Hun fremhever kommunikasjon som et virkemiddel for å skape relasjonen, og vi valgte derfor også å inkludere kommunikasjonsteori. Vi fant det videre nødvendig å innlemme teori om menneskets åndelige dimensjon for å forstå hva åndelig omsorg bør inkludere, samt kommunikativt menneskesyn, som beskrives som en del av åndelig omsorg. Vi inkluderte også mestringsbegrepet, da Travelbee (1999) påpeker dette som et viktig aspekt ved sykepleie til pasienten.

2.1 Joyce Travelbee – til hjelp i åndelig omsorg

Joyce Travelbee påpeker at sykepleier må etablere god kontakt med pasienten for å lære ham å kjenne, identifisere hans behov og treffe hensiktsmessige sykepleietiltak. Videre hevder hun at sykepleier må etablere et menneske-til-menneske-forhold til den livstruende syke pasienten for også å identifisere hans innerste tanker og behov (Travelbee 1999).

2.1.1 Menneske-til-menneske-forhold

Et menneske-til-menneske-forhold er erfaring(er) som deles av sykepleieren og den hun har omsorg for, som kjennetegnes av at sykepleiebehovene til den syke blir ivaretatt. Dersom behovene oppfylles, hjelper dette den syke til å forebygge eller mestre sin sykdom og lidelse (Travelbee 1999).

Travelbee (1999) skriver at sykepleier må planlegge intervensjoner relatert til den livstruende syke pasientens sykepleiebehov, og evaluere effekten av disse. Er ikke identifiserte behov et sykepleiebehov, må sykepleieren henvise pasienten til andre profesjoner som kan gi nødvendig helsehjelp. Hun hevder videre at enkelte sykepleiere fraskriver seg alt ansvar når de har henvist den syke til andre profesjoner. Særlig gjelder dette den sykes åndelige behov, selv om det legges vekt på sykepleierens viktige funksjon når det gjelder ivaretagelsen av disse (Travelbee 1999).

Menneske-til-menneske-forholdet beskrives av Travelbee (1999) som gjensidig og betydningsfullt for de involverte parter. Forholdet etableres i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Den profesjonelle sykepleieren har ansvar for å etablere og opprettholde dette forholdet, som kjennetegnes av at sykepleier og pasient responderer på hverandre som unike menneskelige individer. For å kunne se hverandre på denne måten, må partene overskride fasadene som sykepleier og pasient. Menneske-til-menneske-forholdet er et virkemiddel som muliggjør oppfyllelsen av sykepleiers mål og hensikt, som er å hjelpe individet med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, samt å finne mening i disse erfaringene. Forholdet må bygges opp, og inntreer først etter at sykepleieren og pasienten har gått gjennom 4 forutgående faser, som består av det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati og til sist sympati og medfølelse. Gjennom disse fasene går pasienten og sykepleieren fra å ha dannet stereotype antakelser og meninger om hverandre, til å etablere en tilknytning hvor deres enestående identiteter vokser frem. Det er nå mulig for sykepleieren å føle empati med pasienten i hans situasjon.

Travelbee (1999) beskriver empati som en erfaring som deles av to eller flere individer. Dette omfatter evnen til å forstå og leve seg inn i den andres psykiske tilstand. Denne forståelsen er til hjelp for å forutsi den andres atferd, men sykepleieren føler ikke nødvendigvis trang til å gjøre noe med kunnskapen. Ettersom forholdet utvikler seg, føler sykepleieren medfølelse og sympati for pasienten. Sykepleieren føler en grunnleggende trang til å lindre den andres lidelser eller plager. Medfølelsen omsettes til konstruktive sykepleietiltak for å lette pasientens lidelser.

Menneske-til-menneske-forholdet er å erfare den andres personlighet som den trer frem, hvilket betyr at man har evnen til å verdsette den andre. Når forholdet kommer til denne fasen blir tilliten, som er et resultat av sympati og medfølelse, avløst av trygghet. Partene kan være spontane i samværet, og trenger ikke veie alle ord og tanker i frykt for hvordan disse blir oppfattet. Denne fasen er en dynamisk prosess, og er en fullkommen enhet av tanker og handlinger mellom partene (Travelbee 1999).

2.1.2 Lidelse

Travelbee (1999) hevder at lidelse er en utholdelse av eller underkastelse under plage, smerte eller tap, altså en tilstand eller opplevelse hos den som lider. Lidelsen kan

forårsakes av sykdom, fysisk eller psykisk smerte, alle former for tap, reelle eller innbilte anslag mot stolthet og selvrespekt, å føle seg avskåret fra andre, og brudd mot egne religiøse overbevisninger forbundet med sterke følelser.

2.1.3 Håp

Håpet er i følge Travelbee (1999) en mental tilstand som karakteriseres av ønsket om å nå frem til eller oppfylle et mål, samtidig som det foreligger en viss forventning til at det som ønskes er oppnåelig. Den håpefulle antar at livet vil bli mer behagelig, meningsfullt eller gi større glede dersom det som ønskes blir realisert. Håpet relateres til andre, til en forventning om at andre kan hjelpe, særlig når egne ressurser ikke er tilstrekkelige. Videre relateres håpet til fremtiden og fremtidig måloppnåelse, samt valgfrihet og mot til å konfrontere problemer og gjøre sitt beste for å mestre situasjonen.

2.1.4 Å finne håp og mening i lidelsen

Travelbee (1999) fremhever at sykepleie til individer som lider av kronisk, invalidiserende eller terminal sykdom har som mål å oppnå helse på høyest mulig nivå. Hun understreker videre at sykepleieren må gå inn for å hjelpe, ikke bare til mestring, men også til å finne mening i disse erfaringene. Profesjonell sykepleie er å hjelpe den lidende til å bevare håpet og unngå håpløshet, samt å gjenvinne håp hos dem som opplever håpløshet. Dette forutsetter at sykepleieren selv tror at sykdommen kan være en selvaktualiserende erfaring, noe som ikke avhenger av muligheten til helbredelse fra sykdommen. Sykepleierens livssyn og åndelige verdier, og grunnsyn på sykdom og lidelse er avgjørende for hvorvidt hun er i stand til å hjelpe syke mennesker med å finne mening (Travelbee 1999).

2.1.5 Sykepleierens forhold til døden

Evnen til omsorg for døende avhenger i stor grad av sykepleierens eget forhold til døden og det å dø, hennes religiøse innstilling og livssyn. Også sykepleierens egen erfaring med døende mennesker, for eksempel familiemedlemmer, er en innvirkende faktor på omsorgsevnen for den døende. Travelbee (1999) påpeker videre at det sykepleieren har lært under utdanningen er en vesentlig faktor, og at utdanningsinstitusjonene har et klart ansvar for å gi studenter mulighet til å diskutere tanker og oppfatninger omkring døden. En sykepleier kan ikke betrakte seg som utdannet dersom hun ikke har fordypet seg i

meningen med lidelse, sykdom, ensomhet og død. Studentene må hjelpes til innsikt og forståelse av hvilken mening de selv tillegger situasjoner som sykdom, smerte, lidelse, angst, fortvilelse, skyldfølelse og død. Den enkeltes åndelige verdier vil i stor grad være bestemmende for hvordan en ser på sykdom.

2.2 Den livstruende syke pasientens åndelige dimensjon

Kristoffersen (1996) hevder at det som sykepleier er naturlig å ta for gitt at alle mennesker har åndelige behov, og at sykepleier har ansvar for å identifisere og imøtekomme disse behovene hos hver enkelt pasient.

Menneskets åndelige dimensjon beskrives på ulike måter. Noen setter likhetstegn mellom den åndelige dimensjonen og religiøs tro, hvor det som gir livet mening og verdi ses i sammenheng med en makt utenfor en selv (Ilkjær 2007a). Andre hevder at livssyn eller religiøs tilhørighet representerer en referanseramme som gir innhold til den enkeltes åndelige dimensjon, men at gudsbegrepet ikke er en forutsetning for denne dimensjonen. Sammen med de fysiske, psykiske og sosiale behovene er åndelige behov med på å skape menneskets helhet og identitet (Kristoffersen 1996).

Måten religiøse mennesker uttrykker religion på, har endret seg i Norge de siste tiårene. Religion anses som privat, og diskuteres derfor lite i det daglige. Dette betyr ikke nødvendigvis at mennesket har forkastet sin religiøse tro, men kan forklare at religion ikke anses som en forutsetning for den åndelige dimensjonen. Utover religion, fokuserer den åndelige dimensjonen på menneskets søken etter mål, verdier og svar på eksistensielle spørsmål. Den åndelige dimensjonen omfatter både tanker, ord, sansning og handling (Ilkjær 2007a).

2.2.1 Åndelig omsorg

Sykepleieren kommer gjennom arbeidet i kontakt med et annet menneske, ikke bare en kropp, men en helhet. Dermed kommer åndelig omsorg til uttrykk gjennom arbeidet sykepleieren utfører (Ilkjær 2007a).

Åndelig omsorg for alvorlig syke pasienter kan forstås som det å oppfatte pasientenes eksistensielle problemer, lytte til disse problemenes mening i pasientens livshistorie, og assistere pasienten i hans/hennes arbeid med problemene med utgangspunkt i hans/hennes eget livssyn (Stifoss-Hanssen 1998, 86).

Innen medisinsk tenkning hersker derimot et dualistisk menneskesyn, hvor kroppen skal heles ved hjelp av avansert teknologi, og det er et tydelig skille mellom kropp og sjel. Den åndelige omsorgen har her blitt en mer eksklusiv virksomhet forbeholdt prester og psykologer (Ilkjær 2007a).

2.2.2 Eksistensielle behov og livssyn

Stifoss-Hanssen definerer det åndelige området som en helhet av de eksistensielle spørsmålene og de svar, løsninger eller strategier som hentes fram. Dette kaller han igjen *livssyn* (Stifoss-Hanssen 1998). Den enkeltes livssyn kan bidra som rammeverk for mening og sammenheng i tilværelsen, og er kanskje særlig aktuelt i nærvær av sykdom og død. Livssynet kan være en ressurs for å mestre livssituasjonen, og være til hjelp i pasientens søken etter mening og håp. Livsforløpet kan også sette menneskets livssyn på prøve, hvor tvil og ubesvarte spørsmål kan oppstå (Ilkjær 2007a, Knutstad og Nielsen 2006).

Stifoss-Hanssen og Kallenberg (Ilkjær 2007a, 651) har beskrevet livssyn som antakelser eller oppfatninger som

- "Udgør eller har afgørende betydning for et overordnet billede af mennesket og verden,
- Som danner et centralt vurderingssystem og
- Som giver udtryk for en grundholdning"

Utgangspunktet for tolkningen av livssyn er en virkelighetsforståelse utover den materielle og konkrete virkeligheten. Mennesket har et individuelt normsystem for godt og vondt, og hva som er verdifullt for den enkelte. Integriteten styrkes av å handle i samsvar med verdier og overbevisninger (Ilkjær 2007a).

Blant livstruende syke sees ofte fellestrekk i form av spørsmål om mening, rett og galt, skyld, døden og lidelse. Disse spørsmålene betegnes felles som eksistensielle spørsmål. Særlig kan pasientene spørre seg om sin egen verdi mens de er syke, hvordan de skal holde ut sykdommens smerter, hvilken verdi livene deres har hatt og hvordan de kan møte døden (Stifoss-Hanssen 1998).

2.3 Kommunikasjon med den livstruende syke pasienten

Kommunikasjon er en prosess hvor meningsfylte tegn utveksles mellom to eller flere parter. Partene står i et påvirknings- og utvekslingsforhold til hverandre. Tegnene som utveksles er enten verbale eller nonverbale (Eide og Eide 2008). At sykepleieren ”har allmenne kommunikative kunnskaper og egenskaper” (Ilkjær 2007a, 661) kan gjøre det enklere for den livstruende syke pasienten å dele sin historie. Dette kan videre hjelpe med å belyse pasientens problemer, samt sette dem i perspektiv. Når pasienten deler sin historie, fremheves hans identitet, og historien kan bidra til å skape mening i situasjonen, samt bidra til struktur og overblikk for sykepleier og pasient (Ilkjær 2007a).

2.3.1 Å lytte aktivt

Aktiv lytting er nødvendig for at sykepleieren skal være i stand til å oppfatte hva pasienten kommuniserer verbalt og nonverbalt (Eide og Eide 2008). Dette gir sykepleieren adgang til pasientens erfaringer. Sykepleieren skal være villig til å lytte, ha kunnskap om og forståelse for den livstruende syke pasientens eksistensielle problemer. Gjennom kunnskap skal sykepleieren kunne oppfatte signaler om at pasienten har åndelige problemer (Ilkjær 2007b).

Nonverbal kommunikasjon gir ofte uttrykk for spontane reaksjoner, noe sykepleieren må være seg bevisst. Hun skal formidle en profesjonell holdning, interesse og vilje til å hjelpe, som er avgjørende for pasientens følelse av trygghet og ivaretagelse. Det nonverbale språket sier noe om begge partene i dialogen, og er et viktig hjelpemiddel for å etablere en relasjon, skape motivasjon og stimulere pasienten til å gjøre best mulig bruk av sine ressurser. Dersom pasienten derimot oppfatter manglende samsvar mellom den verbale og den nonverbale kommunikasjonen hos sykepleieren, vil dette kunne svekke nærhet og tillit, og heller skape mistillit. (Eide og Eide 2008)

Travelbee (1999) mener at kommunikasjon er et virkemiddel som skal tjene til å nå målet for sykepleie, og være til hjelp for å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Det er gjennom persepsjon og kommunikasjon at pasientens verdi som unikt menneske kan tre frem eller glemmes bort. Å bli kjent med pasienten vil si at sykepleier opplever og responderer på det unike ved ham.

2.3.2 Kommunikativt menneskesyn – En del av åndelig omsorg

Menneskesynet til sykepleieren, hennes tolkning av hva det vil si å være menneske, er vesentlig, da dette gjenspeiles i hennes handlinger (Ilkjær 2007a).

Utgangspunktet for det kommunikative menneskesynet er at mennesker lever i samspill med hverandre, og at det eksisterer et gjensidig avhengighetsforhold. Suverene livsytringer, som kjærlighet, håp, tillit og barmhjertighet, stammer fra menneskelig natur og viser hvordan mennesker lever sammen. Det konkrete og sanselige nærværet for medmennesket er en del av den åndelige omsorgen (Ilkjær 2007a).

2.4 Livstruende sykdom og mestring

Stress oppleves ofte hos mennesker som får en livstruende sykdom, og er et sammenbrudd i det man finner meningsfullt. Oppleves sammenbrudd av mening, er mestring det man gjør med situasjonen (Reitan 2006).

Mestring omhandler hvordan mennesker møter eller håndterer livssituasjoner som er belastende. Mestring av utfordringer baseres på opplevelsen av sammenheng i tilværelsen, og krever at man forstår situasjonen, tror det finnes løsninger, og at det er mening i å prøve å finne løsninger. Mestringen er summen av indre og ytre ressurser som tas i bruk i et forsøk på å møte indre og ytre krav for å finne igjen meningen med livet, opprettholde kontroll over vanskeligheter og ivareta selvbildet. Indre ressurser omfatter den enkeltes evner, anlegg, kognitive ferdigheter, kunnskaper, livserfaringer, utviklingsnivå og motivasjon. De ytre ressursene omfatter familie og sosialt nettverk, utdanning, arbeid, økonomi og hobby (Reitan 2006).

Pasientens mestringsevner påvirkes av ulike faktorer som alder, kjønn, personlige forutsetninger og interesser, motstandskraft mot påkjenninger, samt tidligere erfaringer med stress, kriser eller sykdom. Når i livsløpet man rammes av en krise eller motgang, og hvor omfattende denne er, tilhørighet til andre mennesker og sosiale nettverk er også av betydning (Reitan 2006).

2.5 Eldre forskning

Benedicte Strøm (1997) skrev en hovedoppgave ved UiO om åndelig omsorg ved livets slutt, sett fra et sykepleierperspektiv. Hennes forskningsfunn beskriver pasientens åndelige behov, sykepleierens forståelse av behovene, samt sykepleierens kompetanse til å ivareta disse.

Strøm (1997) omtaler sykepleierens funksjons- og ansvarsområde som å omfatte fysiologiske, psykososiale og åndelige komponenter innen helse og sykdom. Videre fokuserer hun på krav til sykepleiers kompetanse over et bredt område for å kunne yte helhetlig omsorg. Hun fant blant annet at 95,3 % av sykepleierne bekreftet å ha fått undervisning i åndelige behov i grunnutdanningen, men at kun 25,6 % følte seg kompetente til å ivareta de terminalt syke pasientenes åndelige behov.

Sykepleierne i studien til Strøm (1997) vektla menneskets behov for mening, fremfor religiøse forhold. Samtidig belyste en stor andel behovet for å tro på noe utenfor seg selv, samt religiøse behov. Noen få deltakere identifiserte også håp som et åndelig behov, i tillegg til behovet for tilbakeblikk. Det kommer videre frem at åndelige behov forstås som et uklart og diffust område, hvor det ikke foreligger en felles definisjon av hva åndelige behov er.

3.0 Metode

Studien er gjennomført som en litteraturstudie. Vi har fordypet oss i relevant selvvalgt bakgrunns litteratur, samt gjennomført søk etter vitenskapelige originalartikler publisert innen siste 5 år, relatert til oppgavens tema. I arbeidsprosessen har vi fulgt Høgskolen i Moldes retningslinjer, samt Goodmans steg for systematisk å søke og bedømme relevant litteratur. Vi presenterer arbeidsprosessen etter Goodmans steg som beskrevet i Willmann, Stoltz og Bahtsevani (2006).

3.1 Presisering av hensikt og problemstillinger for studiet

Vi ønsket først å skrive om terminale pasienter og hvordan sykepleier kan bidra til en opplevelse av en verdig død for pasienten. Prøvesøk ble gjennomført relatert til begrepene ”terminal sykdom” og ”verdig død”, og resulterte i svært mange treff. Vi så at åndelig omsorg var et tema som ofte gikk igjen. Etter en diskusjonsprosess ble tema for oppgaven åndelig omsorg til livstruende syke pasienter. Dalland (2007) beskriver videre forskjellen på problemstilling og tema som at et tema beskrives, mens et problem skal løses. Problemene vi ønsket mer kunnskap om, var den livstruende syke pasientens åndelige omsorgsbehov, samt hvordan og i hvilken grad disse behovene ivaretas av sykepleier.

3.2 Presisering av inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inkluderte forskningsartikler skulle ifølge retningslinjene ikke være eldre enn 5 år, og av høy vitenskapelig kvalitet. Det var også et krav at forskningsartiklene skulle være refereevurderte. Kriteriene ble satt for å oppnå nyeste forskning vedrørende problemstillingene, samt sikre at artiklene holdt tilstrekkelig høy kvalitet til at funnene var troverdige. Likevel har vi utført søk med utvidet krav til publiseringsår når søk har gitt få treff, som resulterte i funn av en artikkel (Taylor 2003) publisert i 2003.

Artikler fra pasient- og sykepleierperspektiv ble inkludert i studien, da vi mente dette var nødvendig for å belyse både pasientens omsorgsbehov og sykepleierens ivaretagelse av disse. Pasientgruppen skulle være voksne kvinner og menn over 18 år som led av livstruende sykdom.

Vi valgte å ekskludere artikler som vektla fysiske smerter eller omsorgsbehov, da vi ikke ønsket å fokusere på pasientens fysiske behov. Videre har vi ekskludert studier utført i land som ikke har kristen statsreligion med hensyn til overføringsverdi. Fremmedkulturelle og kulturkonflikt mellom pasient og pleier er også ekskludert fra studiet grunnet oppgavens omfang. Artikler skrevet på et annet språk enn norsk, svensk, dansk eller engelsk ble ekskludert.

10 kvalitative, 3 kvantitative og en RCT studie med ett kvalitativt spørsmål ble inkludert i litteraturstudien. Av de 14 inkluderte artiklene omhandlet 7 artikler pasientperspektiv, mens resterende 7 omhandlet sykepleierperspektiv.

Kvalitativ forskning har som mål å fange opp mening og opplevelse (Malterud 2003a). De 10 kvalitative artiklene belyste pasientens og sykepleierens opplevelse av pasientens åndelige behov, samt hvilke intervensjoner sykepleier iverksatte for å ivareta disse. Kvantitativ forskning belyste antallet sykepleiere som opplevde at åndelig omsorg ble utført ved deres arbeidsplass, om de opplevde å utføre det selv, og hvorvidt de følte seg kompetente i utførelsen av åndelig omsorg.

3.3 Plan for litteratursøk

For å søke etter relevant forskning som belyste vår hensikt og våre problemstillinger, tok vi utgangspunkt i Willmann, Stoltz og Bahtsevanis (2006) beskrivelse av Goodmans 7 steg for hvordan litteratursøk bør gjennomføres.

Biblioteket ved Høgskolen i Molde abonnerer på ulike databaser som omhandler tema relatert til sykepleie. For å lære oss å søke og benytte databasene effektivt fikk vi veiledning av bibliotekar. Vi fikk veiledning i hvordan å utforme relevante søkeord og organisere disse i PIO-skjema, samt hvordan å utføre selve søket i ulike databaser.

Databaser benyttet til litteratursøk var Ovid Nursing Full Text Plus, Ovid Medline, EMBASE, Science Direct og helsebiblioteket. Disse databasene ble mest benyttet da vi opplevde å få flest relevante treff relatert til problemstillingene her. Penumlitteratur er hovedsaklig benyttet i bakgrunnsteorien, men er også supplert med relevant litteratur funnet i manuelle søk i BIBSYS.

3.4 Avgrensning av forskningsproblemet og hovedtrekk i søkestrategi

De søkeordene vi ble enige om å benytte i artikkelsøkene, ut fra hensikt og problemstillinger, ble strukturert i et PIO-skjema (vedlegg 1). Vi ville identifisere pasientenes åndelige omsorgsbehov, samt identifisere sykepleiernes konkrete tiltak for å ivareta disse behovene. Derfor var PIO-skjema mer hensiktsmessig å benytte enn PICO-skjema. I PIO-skjemaet ble søkeordene nedfelt på norsk og engelsk. Det var lettest for oss å formulere ordene på norsk, mens vi i databasene utførte søkene basert på engelske termer. I databasene ble søkeord kombinert med "AND" og "OR". Hvorvidt begrensning relatert til publiseringsår ble satt, var avhengig av antall treff i gjennomført søk.

Trunkeringstegn ble benyttet på søkeord som forsikring om å inkludere alle former og bøyninger av relevante søkeord. Eksempelvis ble ordet "nurse" skrevet som "nurs*" i de ulike databasene for også å inkludere flertallsformen "nurses" eller andre relevante former av søkeordet.

Søkeord som ble mye brukt var nurs*, patient*, holistic*, terminal*, spiritual*, existential*, dying, death og cancer. I tillegg søkte vi mye på frasene "end of life", "palliative care" og "terminal care". Pasienter med kreftsykdom, eller som behandles med palliative omsorgsintervensjoner, har ofte vært syke over et langt tidsperspektiv, og ofte belyses åndelig omsorg i denne typen forskning.

Søkene ble utført i avansert søk for oversiktlig å kunne kombinere søkeord med hverandre, samt sette begrensninger i form av publikasjonsdato og eventuelt full tekst tilgjengelig. Vi har hovedsaklig benyttet oss av søk i fritekst, da vi ikke har hatt tilstrekkelig forståelse av hvordan å benytte MeSH-termer systematisk i databasesøkene.

3.5 Gjennomføring av litteratursøk og innsamling av artikler

I begynnelsen gjorde vi litteratursøk i databaser sammen, senere har vi jobbet hver for oss. I databasene ble søkeord innskrevet i avansert søk etter modell fra PIO-skjemaet. Ord satt under samme gruppe i skjemaet ble kombinert med "OR", mens de ulike gruppene i skjemaet ble kombinert med "AND". Dette betyr at ett eller flere av begrepene i den ene

gruppen skulle stå sammen med ett eller flere av begrepene i de øvrige gruppene som søkeord for den aktuelle artikkelen.

Hvordan vi kombinerte søkeord, hvordan søkeord ble trunkert, hvilke avgrensninger som ble satt på hvert enkelt søk, hvor mange treff søkene gav, hvor mange abstrakter og artikler som ble lest og hvor mange artikler som ble inkludert i studien, kan leses ut fra tabell 1. Øvrig søkehistorikk ligger i vedlegg (Vedlegg III). Dubletter forekom sjelden i søkene våre ettersom vi søkte i de ulike databasene enkeltvis.

Vi leste sammendragene på de artiklene hvor overskriftene var relevante for tema eller problemstillinger. Interessante artikler ble lest gjennom i sin helhet av oss begge og skrevet ut i full tekst, og funn ble diskutert mot aktuelle problemstillinger. Vi fant alle benyttede artikler i full tekst gjennom høgskolens databaser, og behøvde derfor ikke å bestille noen via BIBSYS. Artikler funnet ved individuelle søk sendte vi til hverandre på e-post. Artiklene ble kvalitetskontrollert opp mot kunnskapssenterets sjekklister for den aktuelle typen artikkel av oss begge. Deretter ble de artiklene vi var enige om at bidro til økt kunnskap relatert til problemstillingene inkludert i studien.

Tabell 1: Inkluderte artikler i litteraturstudiet

Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstracts	Dubletter	Leste artikler	Inkluderte artikler
31.1.10	1. nurse*.mp. 2. attitudes.mp. or Attitude/ 3. 1 and 2 4. Holistic Nursing/ or Holistic Health/ or holistic*.mp. 5. limit 4 to (full text and yr="2004-Current") 6. 3 and 5 7. limit 6 to (ovid full text available and yr="2000-Current")	Ovid Medline	46	5	0	2	Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic Patients' Perceptions of Spirituality and the Nurse as a Spiritual Care Provider
15.02	1. Spirituality/ or Nursing Care/ or "spiritual care".mp. or Holistic Health/ 2. norw*.mp. 3. limit 2 to (full text and yr="2000-Current") 4. 1 and 3	Ovid Medline	7	1	1	2	Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs Good nursing care to ICU patients on the edge of life

Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Dubletter	Leste abstracts	Leste art.	Inkluderte artikler
13.06	1. cancer* or neoplasm* 2. dignity or dignified 3. 1 and 2 4. nurs* or care 5. 3 and 4 6. terminal* or "end of life" 7. limit 6 to yr="2005-Current" 8. 5 and 7 9. spiritual or existencial 10. 8 and 9	Ovid Full Text	348	0	22	4	Spiritual care beliefs and practices of Special care and Oncology RNs at patients' end of life Dignified dying as a nursing phenomenon in the united states
16.06	1. nurs* or caregiver 2. patient* 3. cancer 4. death or dying or "end of life" 5. "spiritual needs" or "existential needs" 6. "qualitative study" 7. holistic 8. 1 and 2 and 3 and 4 and 5 and 6 and 7	Ovid full text	38	0	5	2	Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers

Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstracts	Dubletter	Leste artikler	Inkluderte artikler
06.08	1. Norway 2. Neoplasms 3. Nurs* 4. 1 and 2 and 3 5. limit 4 to (full text and yr="2000 – Current")	Ovid Medline	12	1	0	1	Cancer patients' perception of being or not being confirmed
14.08	1. spiritual care/ 2. nurs*.mp. 3. ("end of life" or dying or death or terminal*).mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer] 4. 1 and 2 and 3 5. caregiver/ 6. 2 or 5 7. 1 and 3 and 6	EMBASE	41	3	0	1	An exploratory study of spiritual care at the end of life

Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstracts	Dubletter	Leste artikler	Inkluderte artikler
14.08	<p>1. nurs* and dignity 2. dying or death or "end of life" 3. existential or spiritual 4. 1 and 2 and 3</p> <p>Ytterligere avgrensninger til bestemte journaler og boktitler, samt overskrifter er vist i vedlegg III</p>	Science Direct	64	7	0	3	Healing connections: On moving from suffering to a sense of well-being
11.09.10	<p>1. nurs* or care* 2. patient*.mp. 3. terminal* or death or dying or "end of life" 4. 1 and 2 and 3 5. spiritual* or existential* 6. 4 and 5 7. cancer or neoplasm* 8. 6 and 7 9.limit 8 to (ovid full text available and yr="2005"-current)</p>	Ovid Full Text	590	14	0	9	<p>Swedish nurses' experiences of caring for dying people: A holistic approach</p> <p>Beyond bad news: Communication skills of nurses in palliative care</p> <p>Psychological reactions to progression of metastatic breast cancer – An interview study*</p> <p>The meaning of spirituality among nonreligious persons with chronic illness</p>

3.6 Kvalitetsvurdering av artikler

Artikler funnet i databasesøk ble etter gjennomlesing kvalitetssikret ved bruk av Kunnskapssenterets sjekklister for RCT-, prevalens- og kvalitative studier (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2008). Etter at sjekklistene var gjennomført ble forskningsartiklene gradert etter vitenskapelig styrke til grad I, II eller III (Willmann, Stoltz og Bahtsevani 2006). Graderingen av vitenskapelig styrke hadde betydning for om forskningsartiklene holdt høy nok kvalitet til å kunne inkluderes i studien. Dette ble gjort ved at artiklene ble gitt 1 poeng for hvert positivt svar i sjekklisten, eller 0 poeng for hvert inadekvat punkt i artikkelen. Vi har valgt å benytte en 3-delt gradering av artiklene:

Grad I	Høy vitenskapelig styrke	80-100 %
Grad II	Middels vitenskapelig styrke	70-79 %
Grad III	Lav vitenskapelig styrke	60-69 %

Denne metoden lot oss se studienes vitenskapelige styrke i forhold til hverandre. En mulig feilkilde her, var vår over- eller undervurdering av faktorer i sjekklisten (Willmann, Stoltz og Bahtsevani 2006). Willmann, Stoltz og Bahtsevani (2006) hevder videre at for å oppnå et sterkt vitenskapelig grunnlag vedrørende et tema, skal temaet omtales av minst to studier med høy vitenskapelig bevisverdi. Et middels vitenskapelig grunnlag skapes av å inkludere en artikkel med høy vitenskapelig verdi, samt to artikler med middels vitenskapelig verdi.

Vi begynte å kvalitetsbedømme den første artikkelen sammen, for en felles forståelse av kvalitetssikringsprosessen. Videre kvalitetsbedømte vi artiklene individuelt, sammenlignet sjekklister og diskuterte oss frem til enighet. Artikler som oppfylte krav til grad I eller II ble inkludert i studien (Vedlegg II).

Gjennom internettsidene til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste fikk vi informasjon om publiseringskanalene til de ulike forskningsartiklene var refereevurderte. Her skrev vi inn tittel eller ISSN for publiseringskanalen til den aktuelle artikkelen, deretter kom vurderingen opp (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste 2010).

3.7 Studiens analyseprosess

Analyseprosessen vi benyttet var sammenfallende med analyseprosessen som beskrives av Malterud (2003b). Prosessen ble også beskrevet i en forelesning av Eva Gjengedal (06.09.10) ved Høgskolen i Molde om hvordan å gjennomføre analyse.

Etter å ha lest grundig gjennom alle inkluderte forskningsartikler, skulle vi sammen hente ut relevante funn relatert til forskningsspørsmålene. Vi begynte med en diskusjon om hvilke temaer vi hadde sett gå igjen i de ulike artiklene, som var relevante for problemstillingene. For de artiklene som ble bekreftet tilstrekkelig relevante og av høy nok kvalitet, ble funn oversatt til norsk. Vi skrev opp hvert tema på et A4-ark, og la arkene ut over gulvet hjemme hos den ene av oss. Deretter nummererte og klippet vi ut relevante funn fra hver enkelt artikkel, og samlet funnene under ulike temaer etter meningsinnhold. Under videre arbeid med funnene fra forskningsartiklene så vi at 4 endelige kategorier pekte seg ut. Disse kategoriene var som følger: religion og livssyn, mening, mestring, samt sykepleierens ivaretagelse av åndelige behov. De 4 endelige kategoriene ble inkludert i oppgavens resultat.

Under hver kategori presenterer vi funn fra ulike artikler samlet. Vi har forsøkt å trekke ut generelle funn som kunne bekreftes av flere studier, for videre å fremheve unike funn som går igjen i færre studier, eventuelt unike enkeltstående funn fra én studie. Vi mener det er grunn for å bruke enkeltstående funn der de samsvarer med personlige erfaringer fra praksis.

For lettere å kunne se tilbake på de enkelte artiklene, laget vi oversiktstabeller over inkluderte artikler med forfatter, publiseringsår, tittel, tidsskrift, land, mål for studien, metode, populasjon, resultat og kvalitetsgrad (Vedlegg II).

3.8 Forskningsartiklenes etiske vurderinger og hensyn

Etiske vurderinger er et punkt på kunnskapssenterets sjekklister for kvalitative forskningsartikler. Vi har også sett etter etiske hensyn og vurderinger i de kvantitative forskningsartiklene. Alle inkluderte artikler omtaler etiske vurderinger eller hensyn.

4.0 Resultat

Forsknings spørsmålene vi ønsket å besvare, var hvilke åndelige behov den livstruende syke pasienten hadde, samt hvordan og i hvilken grad sykepleieren opplevde å ivareta disse behovene. I det følgende presenteres de resultatene våre forskningsartikler har presentert for oss relatert til våre problemstillinger.

4.1 Pasientens tro – Et åndelig omsorgsbehov

Studien til Creel og Tillman (2008), Cavendish, Naradovy, Como og Mitzeliotis (2006), og Mount, Boston og Cohen (2007) fant at pasientene beskrev sin åndelige dimensjon som sitt eget trossystem, og kjernen i hvem de er som personer. Den åndelige dimensjonen ble identifisert som veiledende for handlinger, og hvordan personen har opptrådt som person. Videre viste funn fra studiene at den åndelige dimensjonen ble knyttet til en kraft inni og utenfor seg selv. Religion og åndelighet ble beskrevet som forskjellige men beslektede tema.

Creel og Tillman (2008), Taylor (2003) og Mount, Boston og Cohen (2007) fant videre at sykdomsbildet var en forsterkende faktor i pasientenes reflektive bevissthet relatert til sin åndelige dimensjon. De hadde blitt mer bevisste på sin tro, hvordan denne har ledet livene deres, og sin egen dødelighet. Funn fra undersøkelsen til Taylor (2003) og Nåden og Sæteren (2006) bekrefter at terminale pasienter har behov for gjennomgang av sin tro på en høyere makt, samt å utføre religiøse ritualer, hvilket også bekreftes fra et sykepleieperspektiv i studiet til Wilson, Coenen og Doorenbos (2006).

Funn fra Taylor (2003), Cavendish et al. (2006) og Wilson, Coenen og Doorenbos (2006) viste at regelmessig å gjennomføre åndelige aktiviteter, eventuelt knyttet til tro, hadde en spesiell betydning for pasientene og oppfylte deres åndelige behov. Dette kunne være bønn, meditasjon eller å lytte til pasienten.

Et interessant enkeltstående funn fra Nåden og Sæteren (2006) var at en pasient også uttrykte sine åndelige behov nonverbalt ved å ha bibelen liggende framme på nattbordet ved sykehusavdelingen.

4.2 Å finne mening – Et åndelig omsorgsbehov

Cavendish et al. (2006), Mount, Boston og Cohen (2007), Taylor (2003) og Kvåle (2007) fant at pasientene beskrev et behov for å finne mening i tilværelsen. Pasientene ga uttrykk for at praktisering av den åndelige dimensjonen hadde mening for dem, og at personlige verdier ble relatert til deres åndelige oppfatning. Pasientene uttrykte også en søken etter mening ved å bearbeide sitt forhold til en høyere makt.

Wilson, Coenen og Doorenbos (2006) og Taylor (2003) fant at pasientene bevisst arbeidet med følelsene som de forbandt med en nært forestående død. De hadde behov for å se tilbake på livet og avklare personlige anliggender, herunder å ordne opp i personlige og familiære affærer. Denne prosessen lot pasientene se livet i et større perspektiv, og finne aksept og mening i deres egen død.

I studiene Kvåle (2007), Cavendish et al. (2006), Taylor (2003) og Mount, Boston og Cohen (2007) ble det bekreftet at forholdet til betydningsfulle andre, seg selv, hobbyer, naturen og universet er en viktig kilde til mening hos pasientene. Denne kontakten beskrives som en del av menneskets åndelige dimensjon, hvor dette meningsskapende behovet hjelper den livstruende syke pasienten gjennom vanskelige livssituasjoner. Pasientenes tro på noe større, noe utenfor seg selv og egen oppfattelsesevne, lot dem lettere akseptere at det er en mening med det de går gjennom. Slik benyttet mange seg av sin åndelige dimensjon til mestring.

4.3 Mestring – Et åndelig omsorgsbehov

Kvåle (2007), Cavendish et al. (2006), Svensson, Brandberg, Einbeigi, Hatchek og Ahlberg (2009) og Taylor (2003) avslørte at pasientene var veldig opptatte av å leve her og nå og prøve å oppnå så god livskvalitet som mulig. Kvåle (2007) fant at dette betydde for pasientene å leve så normalt som mulig, samtale om normale ting og holde kontakten med hverdagslivet. Taylor (2003) belyste betydningen av å bearbeide eksistensielle spørsmål, å føle at det er en grunn til at man er i live, samt forsøke å inkludere meningsfulle hendelser i livet.

Mange pasienter i studiene til Cavendish et al. (2006) og Mount, Boston og Cohen (2007) benyttet seg av sin åndelige dimensjon, hva de tror på, til hjelp og mestring gjennom vanskelige livssituasjoner. Pasientene i studien til Mount, Boston og Cohen (2007) hadde ulike evner til mestring, og pasientene som mestret sin situasjon fant flere kilder til mening og oppnådde en følelse av velvære, mens pasientene som ikke mestret sin situasjon var på en evig søken etter mening og var preget av lidelse og kvaler.

Pasientene i studiene til Svensson et al. (2009) og Kvåle (2007) bekreftet at det er viktig for god omsorg med sosial støtte, i tillegg til samtaler om hverdag, familie og interesser i deres søken etter mening for å mestre sin livssituasjon. Studiedeltakerne hos Svensson et al. (2009) oppga også å bruke kollegaer, gå i kirken, andre interesser og hobbyer som mestringsstrategier.

I studien til Kvåle (2007) sa flere pasienter at de ikke ønsket å snakke om sykdom og vanskelige følelser med sykepleier hele tiden, men heller om vanlige ting som holdt dem i kontakt med vanlig liv. De ville bli vurdert som vanlige mennesker med ulike interesser, ikke kun som pasienter.

4.4 Sykepleieintervensjoner benyttet innen åndelig omsorg

Wilson, Coenen og Doorenbos (2006), Lundmark (2006), Iranmanesh et al. (2009) og Daaleman et al. (2008) fant alle at hensyn til helhetlig sykepleie er viktig for å identifisere sykepleieintervensjoner. Artikkene utdyper ikke innholdet i begrepet "helhetlig sykepleie" eller hva dette omfatter av konkrete sykepleietiltak, med unntak av Daaleman et al. (2008), hvor sykepleierne konkretiserte intervensjoner som å gi oppmerksomhet til pasientenes åndelige behov, fysisk nærhet, søke å forstå pasientens perspektiv på hans lidelse, søke å finne hans indre og ytre ressurser, bekrefte hans erfaring med lidelsen og i tillegg utarbeide en holistisk pleieplan i samarbeid med pasienten.

I artiklene til Kvåle (2007), Wilson, Coenen og Doorenbos (2006), Malloy et al. (2010) og Iranmanesh et al. (2009) omtales aktiv lytting og tilstedeværelse som viktige intervensjoner for å ivareta pasientens åndelige behov. Videre fant alle artiklene at aktiv lytting krever sykepleiers fulle tilstedeværelse i pasientens situasjon. Wilson, Coenen og Doorenbos (2006) fant at sykepleierne identifiserte psykososiale, emosjonelle og åndelige

anliggender, til tross for at fysiske behov ble prioritert i omsorgsutøvelsen. Videre kom det frem at sykepleierne benyttet intervensjoner som bønn sammen med pasientene, å inkludere åndelige tradisjoner i pleien, samt å fremme en opplevelse av håp. Et interessant funn fra Malloy et al. (2010) var at sykepleiere med mer enn 30 års erfaring hadde utfordringer med å være stille og bare lytte til pasientenes vanskelige følelser.

Iranmanesh et al. (2009) og Kvåle (2006) understreker at sykepleierne må være tilstede og akseptere vanskelige følelsesmessige situasjoner uten å forsøke å unngå disse. Både Kvåle (2007) og Hov, Hedelin og Athlin (2007) fant at sykepleierne ikke presset pasienten til samtale, hvilket samsvarte med pasientenes ønsker.

Studiene til Murray (2010), Lundmark (2006), Hov, Hedelin og Athlin (2007), Iranmanesh, Häggström, Axelsson og Sävenstedt (2009) og Malloy, Virani, Kelly og Munévar (2010) omtaler sykepleiers kompetansenivå relatert til ivaretagelse av pasientenes åndelige omsorgsbehov.

4.5 Forekomst av åndelig omsorgsutøvelse og kompetanse

Lundmark (2006), Kvåle (2007), Wilson, Coenen og Doorenbos (2006) og Murray (2010) fant i sine studier at sykepleierne oppfattet åndelig omsorg som et sykepleieansvar. Hele 85 % av sykepleierne i Lundmarks studie mente at helhetlig omsorg inkluderer den åndelige dimensjonen, mens kun 50 % mente dette ble utøvd ved deres avdeling. Et interessant funn var at sykepleierne i Murrays (2010) studie understreker at dette omsorgsbehovet ikke bør overlates til andre profesjoner, som prest, religiøse ledere eller pårørende, mens pasientene i Kvåles (2007) studie fremmet betydningen av at sykepleier har kunnskap nok til å identifisere hvem som kan trenge hjelp fra andre profesjonelle grupper.

I Lundmarks (2006) studie svarte 30 % av de registrerte sykepleierne at de har mottatt mye utdanning om åndelig omsorg under utdanningen, mens 45 % av sykepleierne bekreftet å ha mottatt noe utdanning. Lundmark (2007) fant videre at 47,5 % av sykepleierne følte de mestret å yte åndelig omsorg, mens 40 % svarte verken eller. Sykepleierne som deltok i Murrays (2010) studium ytret et ønske om bedre utdanning relatert til åndelig omsorg, særlig økt kunnskap om hvordan å møte pasient og pårørende, for å dekke pasientens

omsorgsbehov. Malloy et al. (2010) gjorde et interessant funn, hvor det kom frem at sykepleiere med mindre enn 10 år erfaring, eller mellom 21-30 års erfaring, opplevde det vanskelig å snakke med pasienter om religiøse eller åndelige emner. Sykepleiere med mellom 11 – 20 års erfaring, eller over 30 års erfaring, fant dette enklere.

En pasient i studiet til Daaleman, Usher, Williams, Rawlings og Hanson (2008) sa at åndelig omsorg på en måte er omsorg for hele pasienten, eller bare det å være klar over at det er mer til mennesket enn bare den fysiske kroppen og dens smerte. Cavendish et al. (2006), Kvåle (2007) og Nåden og Sæteren (2006) fant at det var viktig for pasientene at sykepleier var oppmerksom på, hadde kunnskap om og kompetanse til å identifisere deres åndelige behov for å kunne yte åndelig omsorg. Pasientene i studien til Cavendish et al. (2006) uttalte at de oppfattet pleier som redd for å røre ved den åndelige dimensjonen, og at de ikke opplevde sykepleier som en tilbyder av åndelig omsorg. Videre ble sykepleier oppfattet som mest opptatt av fysiologiske aspekter ved pasientenes lidelser, hvilket også støttes av funnene til Wilson, Coenen og Doorenbos (2006).

5.0 Diskusjon

Dette kapittelet innledes med en metodediskusjon over oppgavens fremgangsmåte. Styrker og svakheter med søkestrategi og analyse diskuteres. Videre fortsetter kapittelet med resultatdiskusjonen, hvor studiens funn diskuteres opp mot våre problemstillinger, teoribakgrunn og relevant forskning. Våre egne praksiserfaringer er tatt med der de er relevante, og disse diskuteres opp mot litteraturstudiens funn.

5.1 Metodediskusjon

Vi fulgte Goodmans steg for å gjennomføre litteratursøk, analysere forskningsartikler og hente ut resultater på en systematisk måte (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Vi vurderte det som en styrke å følge Goodmans steg i prosessen, da vi ikke hadde tidligere erfaringer fra arbeid med forskningsartikler. Parallelt søkte vi etter relevant bakgrunns litteratur, og jobbet med oppgavens bakgrunnsteori.

5.1.1 Litteratursøk

I begynnelsen av arbeidet med denne oppgaven ønsket vi å benytte søkeordene ”verdige død” og ”terminalt syke”. De første litteratursøkene ble utført helt i oppstartsfasen av oppgavearbeidet, og dette medførte litteraturrett skrevet rundt mange ulike tema, med varierende grad av relevans for sykepleie. Å utføre litteratursøk tidlig i arbeidsprosessen gjorde oss oppmerksomme på at tema og problemstillinger var for åpent definert. Gjennom arbeid med artiklene fikk vi overblikk over hvilke tema vi mente var relevante å arbeide videre med og søke etter bakgrunnsteori i forhold til. Etter gjennomføring av seminar I fikk vi veiledning i hvordan å arbeide videre med tilspissing av hensikt og problemstillinger, et arbeid som har pågått helt frem til ferdigstilling av oppgaven.

Vi arbeidet med relevante fritekst-søkeord i PIO-skjema, relatert til manglende kunnskap om bruk av MeSH-termer, men fant det utfordrende å kombinere disse på hensiktsmessig måte i de ulike søkemotorene. At søkeord først ble nedfelt på norsk, deretter på engelsk, i skjemaet mener vi var en styrke for å sikre gode engelske søkeord. Derimot kan våre manglende erfaringer med engelsk fagspråk være en svakhet i utformingen av søkeordene. Det å ikke benytte MeSH-termer kan også være en svakhet, da søkeord formulert av oss,

basert på hva vi mente var relevante søkeord, kan ha medført færre relevante søkeresultater enn bruk av MeSH-termer ville gjort. Søkeordene ble utformet ut fra hva som gikk igjen i artiklers overskrifter, sammendrag, selve artikkelen og nøkkelord, og vi mener likevel å ha gjort relevante søk.

At vi ikke har gjort funn i skandinaviske databaser i litteratursøket kan være en svakhet. Ved å sette oss bedre inn i skandinaviske søkemotorer som SveMed+ og Norart, kunne vi kanskje gjort flere funn av relevante forskningsartikler skrevet i Skandinavia. Vi mener likevel at inkluderte artikler er relevante for temaet, og ble utført i områder med overføringsverdi til norske forhold.

Ut fra studiens problemstillinger har vi ønsket å få et begrep om *kvaliteten* i sykepleien relatert til den livstruende syke pasientens åndelige omsorgsbehov. Kvalitet i mellommenneskelige relasjoner er et begrep som ikke lar seg tallfeste, men bygger på erfaring. Praksisbasert erfaring sier noe om hvordan åndelige behov kan ivaretas på en mest mulig hensiktsmessig måte. I tillegg trengte vi kunnskap om sykepleiers holdninger til å utføre disse omsorgsoppgavene. Vi søkte kunnskap om *opplevelsen* av å få sine omsorgsbehov tilfredsstilt, og hvordan dette virker inn på pasienten. Kvalitative undersøkelser var derfor de eneste undersøkelsene som kunne gi svar på våre forskningsspørsmål (Malterud 2003a). I tillegg ble det naturlig å stille spørsmål om i hvilken grad sykepleier ivaretar pasientens åndelige behov. Derfor har vi endt opp med tre problemstillinger. Vi opplever at dette er en styrke ved oppgaven vår, da opplevde behov hos pasienten, sykepleiers intervensjoner, og i hvilken grad disse iverksettes, henger tett sammen. Vi mener også at problemstillingene er relevante for helsearbeidet i dagens samfunn.

Vi har benyttet 14 forskningsartikler for å belyse våre tre problemstillinger. Noen av disse har resultert i funn under flere av våre kategorier, og forsterker derfor troverdigheten av studiefunnene, eventuelt gjør funn som skaper en fruktbar resultatdiskusjon. Likevel er ikke antallet større enn at vi begge har hatt tid til å bearbeide og kvalitetssikre artiklene, og derfor ha god innsikt i de ulike studienes funn.

De uthentede forskningsartiklene har alle vært skrevet på engelsk. Manglende erfaring med å lese engelskspråklig faglitteratur kan ha påvirket våre oversettelser av resultater, og

den opprinnelige meningen av det innholdet artikkelen har presentert. Likevel har vi jobbet systematisk med alle artikler, og vi mener at funnene er troverdig hentet ut og oversatt.

At vi kun fant to kvalitative forskningsartikler fra sykepleiers perspektiv på hvordan sykepleier ivaretar den alvorlig syke pasientens åndelige omsorgsbehov kan til en viss grad forklares ut fra søkestrategi og erfaring med å utføre litteratursøk. Også eldre studier (Strøm 1997) fant at det er gjort lite kvalitativ forskning sett fra sykepleieperspektiv på ivaretagelse av den livstruende sykes åndelige omsorgsbehov. Likevel har det blitt utført kvantitative studier som belyser hvor godt utdannet sykepleiere føler seg på området, i hvilken grad sykepleierne opplever å imøtekomme omsorgsbehovene, samt hva som er viktige intervensjoner. Det er inkludert tre tverrsnittstudier og en kombinert RCT- og kvalitativ studie blant forskningsartiklene i oppgaven. Vi mener dette var riktig, da studiene belyser forekomst av utført åndelig omsorg og ønske om mer utdanning (Norsk sykepleierforbund 2007). Derfor mener vi å ha belyst sykepleiers perspektiv på pasientens omsorgsbehov over et bredt spekter.

5.1.2 Avgrensninger

Avgrensninger vedrørende pasientgruppe og kulturforståelse ble gjort begrunnet ut fra overføringsverdi til norske forhold. Vi var klare over at dette kunne være en svakhet med oppgaven, da samfunnet i stadig økende grad omhandler flere kulturer og livssyn. Ut fra oppgavens omfang fant vi likevel at dette var nødvendig. Avgrensninger vedrørende pasientens alder begrunnes ut fra at sykepleie til barn stiller andre krav, for eksempel til miljø og kommunikasjon, som også ble for omfattende.

Vi har inkludert én artikkel publisert i 2003, fra et litteratursøk uten begrensninger vedrørende publiseringsår. Tittel og sammendrag virket relevant og artikkelen ble lest i sin helhet. Artikkelen omtalte og underbygde tema som også gikk igjen i annen forskning, og ble ansett som relevant. Vi opplevde artikkelen som en styrke for oppgaven.

Vi erfarte at religion, mening og mestring var gjennomgående tema innenfor den åndelige dimensjonen som var vanskelige å skille fra hverandre. Sent i arbeidsprosessen opplevde vi at den åndelige dimensjon var et vidt begrep relatert til oppgavens omfang, og vi hadde derfor ikke mulighet til å gå grundig i dybden på alle inkluderte kategorier. Kun én

kategori kunne vært omfattende nok for hele oppgaven. Likevel opplever vi å ha besvart oppgavens problemstillinger.

5.1.3 Kvalitetssikring og analyse av forskningsartikler

Vi har kvalitetssikret inkluderte forskningsartikler, gitt artiklene poeng ut fra kvalitetssikringens spørsmål, og satt opp en kvalitetsgradering inkludert i oversiktstabellen over inkluderte artikler. Dette lot oss bedømme artiklenes vitenskapelige styrke opp mot hverandre, som var en styrke når vi sammenfattet forskningsresultater, hvor vi så den vitenskapelige tyngden av de artiklene som omtalte aktuelt tema eller kategori. Å sette forskningsartiklene inn i en kvalitetsgradering utviklet av Willmann, Stoltz og Bahtsevani (2006), ut fra deres sjekklister, kan kritiseres da vi brukte andre sjekklister. Punktene i sjekklistene var likevel langt på vei sammenfallende, og vi mener at vitenskapelig styrke kan bedømmes etter tilsvarende prosentfordeling. Alle inkluderte artikler har blitt referevurdert og publisert i ulike tidsskrifter, som også underbygger studienes vitenskapelige kvalitet. At vi ikke hadde tidligere erfaringer med å kvalitetssikre forskningsartikler kan være en svakhet og kilde til feilbedømming av disse. Likevel har sjekklister vært et viktig verktøy for å sikre kvaliteten på inkluderte artikler, som vi opplever å styrke troverdigheten av våre funn. At alle inkluderte artikler også omtalte etiske hensyn eller vurderinger underbygger artiklenes vitenskapelige troverdighet.

Da vi begynte analyseprosessen med å diskutere tema og kategorier for videre inklusjon i arbeidet, hadde begge en god oversikt over forskningsfunn etter selvstendig gjennomlesing av litteraturen. At vi valgte å klippe ut innhold fra artiklene og plassere disse under tilhørende temaer hjalp å strukturere videre arbeid og få oversikt over relevante funn. En svakhet med metoden var at funnene kunne bli klippet ut fra den sammenhengen de sto i, som kunne medføre endret meningsinnhold. I den videre prosessen med å sammenfatte resultatene har vi derfor jevnlig måttet se tilbake på bearbejdede artikler i sin helhet. Å hente ut resultater ble likevel forenklet da vi visste fra hvilken artikkel de ulike funnene ble gjort. Dette opplevdes lettere enn å benytte komplette artikler til enhver tid, hvor avsnitt og setninger blir oppdelt med for eksempel fargekoder etter meningsinnhold. Vi har forsøkt å samle funn fra artiklene under mer generelle utsagn under de ulike kategoriene, for lettere å kunne diskutere generelle forskningsfunn mot bakgrunnsteorien i resultatdiskusjonen, eventuelt underbygge eller argumentere mot det generelle med enkeltstående funn.

5.1.4 Teoribakgrunn

Vi valgte blant annet å benytte Travelbees sykepleieteori, da hun fremhever betydningen av å skape et forhold mellom pasient og sykepleier, og hvordan dette virker inn på den livstruende sykes mulighet til å finne håp og mening i nåværende livssituasjon (Travelbee 1999). Håp og mening var også tema vi så at gikk igjen i annen bakgrunns litteratur relatert til åndelige behov. Vi mente derfor at å benytte Travelbee som hovedtyngde i bakgrunnsteorien ville være en styrke for videre arbeid med oppgaven.

5.1.5 Forforståelse

Fra før hadde vi oppfatninger av hva forskningsfunn ville bekrefte eller avkrefte vedrørende valgt tema. Herunder kan det stilles spørsmål ved om ønsket om å få egne forutanelser bekreftet har påvirket litteratursøk, valg av søkeord og uthentede forskningsartikler. Vi har forsøkt å forholde oss objektivt til artikler omhandlende utvalgte tema, og mener å ha funnet forskning som omtaler egne forutanelser, både bekreftende og avkreftende.

5.2 Resultatdiskusjon

Kristoffersen (1996) presiserer at sykepleieren skal ta for gitt at alle mennesker har åndelige behov, og at det er sykepleierens ansvar å identifisere og imøtekomme disse hos den enkelte, hvilket Travelbee (1999) også understreker.

5.2.1 Livstruende syke pasienters behov for tro

Menneskets åndelige dimensjon blir hos Creel og Tillman (2008), Cavendish et al. (2006) og Mount, Boston og Cohen (2007) beskrevet som et trossystem, verdisett og normsett som er veiledende for væremåte og handlinger. Det fremheves at pasientene knytter dette til en kraft både inni og utenfor seg selv. Artikkelfunnene understøtter bakgrunns litteraturens beskrivelser av innholdet i menneskets åndelige dimensjon, hvor Stifoss-Hanssen (1998) utdyper innholdet, sammenfatter det og kaller det menneskets livssyn. Kristoffersen (1996) mener at livssynet er med på å skape helhet og identitet, hvilket likestilles med pasientuttalelser i de overnevnte studiene: det er det som gjør dem til den de er.

Pasientene uttrykker at åndelighet kan inneholde et gudsbegrep, men det er ingen forutsetning, hvilket bekrefter teorien til Kristoffersen (1996). Likevel blir gudstro gjentagende nevnt av pasienter og sykepleiere i flere artikler, hvilket tyder på at Gud ofte er en viktig del av den åndelige dimensjonen. Eldre forskningslitteratur presentert i hovedoppgaven til Strøm (1997) viste at over halvparten av sykepleiernes forståelse av menneskets åndelige behov inkluderte en tro på noe utenfor seg selv.

Vi har erfaringer fra praksis hvor pasientene har ytret en tro på Gud, men da hovedsaklig i samhandling med døende pasienter, eller pasienter som har blitt konfrontert med døden grunnet alvorlig sykdom. Våre observasjoner av pasienter som har vendt seg til Gud, eller ”søkt tilbake til sin barnetro”, som en pasient uttalte, samsvarer med funn hos Creel og Tillman (2008), Taylor (2003) og Mount, Boston og Cohen (2007) hvor sykdomsbildet var en forsterkende faktor for pasientene i deres reflekterte bevissthet relatert til sin åndelige dimensjon. Pasientene ble bevisste sin personlige tro, troen som veileder i livet og i forhold til døden.

Vi erfarte i praksis pasienter som ga uttrykk for religiøse behov både verbalt og nonverbalt, eksempelvis ved verbale uttalelser som ” jeg har trodd på Gud hele livet. Nå skal jeg snart dø... Hva hvis troen min ikke var sterk nok til å komme inn i himmelen likevel...?”, og en ikke-religiøs pasients nonverbale uttrykk ved å legge bibelen åpent på kjøkkenbordet. Vi opplevde begge tilfellene som tydelige signaler på religiøse anliggender som opptok pasientene, en kilde til bekymring som antydte at pasientene strevde med eksistensielle spørsmål. Man kan stille spørsmål ved hvorfor ingen av sykepleierne viste interesse eller tok tak i pasientens uttrykte behov og bekymring.

Stifoss-Hanssen (1998) påpeker at mennesker med alvorlig sykdom ofte stiller seg eksistensielle spørsmål vedrørende for eksempel skyld, død eller lidelse. Strøm (1997) fant at kun 6 % av sykepleierne anså tilgivelse knyttet til tilbakeblikk som et åndelig behov. Begge overnevnte praksiserfaringer uttrykte at pasientene opplevde en eksistensiell krise hvor de stilte spørsmål ved egen tro, samt ved tilgivelse for ikke å ha oppfylt krav troen deres stilte og hvilke innvirkninger dette ville ha for forestående død. Pasientene opplevde smerter av eksistensiell karakter.

Pasienten med bibelen fremme på kjøkkenbordet var ikke et enestående tilfelle. En lignende situasjon ble beskrevet i studien til Nåden og Sæteren (2006), hvor en pasient hadde bibelen lett synlig fremme på nattbordet og ønsket at sykepleier skulle oppfatte signalet hun sendte i forsøk på å dekke sitt religiøse behov. Artikkelen til Taylor (2003), Nåden og Sæteren (2006) og Wilson, Coenen og Doorenbos (2006) viste at døende pasienter har et behov for en gjennomgang av sin religiøse trosoppfatning og utføre religiøse ritualer, hvilket støtter våre observasjoner hvor pasienten vendte tilbake til ”barnetroen”, stilte spørsmål ved egen tro, eller fokuserte mer på troen. I et nedslående funn fra Strøm (1997) oppga sykepleierne at de sjelden eller aldri iverksatte tradisjonelle religiøse tiltak, eksempelvis bibellesing eller bønn, hvilket vil si at pasientenes uttrykte religiøse behov ikke blir møtt av sykepleierne, såfremt behovene til pasienten var de samme for noen år tilbake.

Ettersom de religiøse behovene blir tydelig beskrevet som viktige av både studiedeltakere og pasientene vi har møtt under praksis, er det av stor betydning at sykepleiere blir mer observante og oppmerksomme på disse behovene, som ikke nødvendigvis uttrykkes verbalt, men også tydeliggjøres på andre måter. Ilkjær (2007a) bekrefter at pasienten gir mangelfullt uttrykk for behov, og påpeker at religion anses som privat og snakkes derfor lite om. At pasientene ikke nødvendigvis tar initiativ til å snakke om sine behov stiller høye krav til sykepleier om å gi pasienten anledning til å snakke om dem.

5.2.2 Livstruende syke pasienters behov for mening og mestring

Den livstruende syke pasientens åndelige og eksistensielle behov relateres i følge Reitan (2006) til hans opplevelse av mening og håp.

I funnene til Cavendish et al. (2006), Mount, Boston og Cohen (2007), Taylor (2003) og Kvåle (2007) fremheves pasientenes behov for å finne mening i tilværelsen blant annet ved bearbeidelse av eksistensielle spørsmål, samt å inkludere meningsfulle hendelser i livet. Pasientene fant mening i praktisering av den åndelige dimensjonen, og deres personlige verdier ble relatert til deres åndelige oppfatning. Wilson, Coenen og Doorenbos (2006) og Taylor (2003) fant dessuten at pasientene bevisst arbeidet med følelser forbundet med en nært forestående død, og hadde behov for tilbakeblikk og avklaring av personlige anliggender. Pasientene så livet i et større perspektiv, og fant aksept og mening i egen død.

Også Strøm (1997) fant at tilbakeblikk hjalp pasientene med opprettholdelse av håpet og var kilde til mening i livet. Samtidig viste det seg at nesten 80 % av sykepleierne sjelden eller aldri hjalp pasienten med meningssøken i sin sykdom, lidelse og død.

Travelbee (1999) bekrefter betydningen av pasientens behov for mening og sykepleiers assistanse til hjelp i søken etter mening og mestring, hvilket er en av sykepleierens viktigste oppgaver som ikke må utelates. Det forutsettes at sykepleieren selv tror det finnes mening i lidelsen for å kunne hjelpe pasienten.

I flere observerte samhandlingssituasjoner mellom sykepleier og pasient oppfattet vi ovennevnte sykepleieoppgaver utilstrekkelig gjennomført. Opplevelsen er at sykepleiers bidrag til å finne mening og innhold for pasienten ofte uteblir i en hektisk arbeidsdag, og er muligens en oppgave sykepleier ikke er seg bevisst.

Ifølge Ilkjær (2007a) er livssynet med på å skape et rammeverk i tilværelsen og en hjelp i søken etter mening. Mening for den enkelte er subjektivt ettersom det baseres på pasientens grunnholdning, vurderingssystem og er det overordnede bildet av mennesket og verden. Dersom dette er utgangspunktet vil det å hjelpe pasienten med å finne mening være en umulig oppgave dersom man ikke har lært pasienten å kjenne. Strøm (1997) fant at kun 8 % av sykepleierne identifiserte at pasienten uttrykte behov for å finne mening, mens over 70 % av sykepleierne identifiserte åndelige behov primært som et behov for mening. En skulle da anta, dersom dette fremdeles er gyldig, at sykepleiere viet dette behovsområdet stor oppmerksomhet.

Travelbee (1999) understreker at sykepleiens mål og hensikt blant annet er å hjelpe individet til å finne mening i sykdom og lidelse. For å muliggjøre dette må et menneske-til-menneske-forhold etableres slik at sykepleier ser pasienten som et unikt menneske med unike behov. Med andre ord, sykepleier må kjenne pasienten for å identifisere hans behov. Travelbees (1999) teori bekreftes av pasientene i studien til Kvåle (2007), som spesifiserer at de ønsker å bli vurdert som mennesker med ulike interesser, ikke kun som pasienter.

Strøm (1997) fant at sykepleierne anser religiøse behov som kilde til mening for pasientene, hvilket også kom frem i funnene til Cavendish et al. (2006), Mount, Boston og Cohen (2007), Taylor (2003), Kvåle (2007) og Wilson, Coenen og Doorenbos (2006), hvor

pasientene søkte etter mening ved å bearbeide sitt forhold til Gud eller en høyere makt. Dette førte til at de lettere aksepterte meningen med det de gikk gjennom, og slik benyttet mange den åndelige dimensjon til mestring.

Pasientenes meningssøken i religion er som tidligere nevnt noe vi har observert hos flere pasienter, og bekreftes også i teorien til Stifoss-Hanssen (1998) og Ilkjær (2007a). Strøm (1997) viser at religiøse behov kan være en ressurs for å mestre sykdom, lidelse og død og kan hjelpe pasienten å finne mening og opprettholde håpet i en vanskelig situasjon.

Kvåle (2007), Cavendish et al. (2006), Taylor (2003) og Mount, Boston og Cohen (2007) fant at pasientene også fant mening i hobby, natur og betydningsfulle andre, noe som hjalp dem gjennom vanskelige situasjoner. Dette omtales også av Ilkjær (2007a), som beskriver menneskets søken etter mål, verdier og svar på eksistensielle spørsmål ved hjelp av sin åndelige dimensjon.

Vi har også opplevd at pasienter snakket om hverdagslige emner som var betydningsfulle og ga dem mening. Under samtalene viste pasientene glede. Eksempler fra praksis viste at det ikke nødvendigvis var dype samtaler om livssyn og religiøs overbevisning som var til hjelp for å finne mening. Helt ”enkle” hverdagslige samtaler kunne gjøre en forskjell, noe funnene til Svensson et al. (2009) og Kvåle (2007) bekrefter. Funnene viste at det er viktig for god omsorg med sosial støtte, samtaler om hverdag, familie og interesser i pasientenes søken etter mening. Pasientens meningssøken i hverdagslige opplevelser støttes av Reitan (2006), som hevder at kildene til mening, som familie, sosialt nettverk, arbeid og hobby er komponenter i pasientens ytre ressurser til mestring.

Kvåle (2007), Cavendish et al. (2006), Svensson et al. (2009) og Taylor (2003) fant at pasientene var svært opptatte av å leve her og nå og prøve å oppnå best mulig livskvalitet. Kvåle (2007) fant at dette betydde å leve så normalt som mulig, samtale om vanlige ting og holde kontakten med hverdagslivet, hvilket også var vår erfaring. Praksiserfaringene, samt forskningsfunnene understøtter teoriene til Travelbee (1999), Stifoss-Hanssen (1998), Ilkjær (2007a) og Reitan (2006) hvor mening, mestring og håp beskrives i nær sammenheng.

Mange pasienter i studien til Cavendish et al. (2009) og Mount, Boston og Cohen (2007) benyttet sin åndelige dimensjon og tro til hjelp og mestring. Mount, Boston og Cohen (2007) fremhevet dessuten ulike mestringsstrategier hos pasientene, hvor de som mestret situasjonen fant flere kilder til mening og oppnådde en følelse av velvære. Pasientene som ikke mestret sin situasjon var på en evig meningssøken preget av lidelse og kvaler. Strøm (1997) fant at pasientene vurderte håp som viktig for mestringsopplevelsen, noe som også støttes av Reitan (2006), og at sykepleierne ikke opplevde at pasienter ga uttrykk for håpløshet eller trengte hjelp til å finne håp. Pasienter i studien til Svensson et al. (2009) oppga at de brukte arbeidskollegaer og kirken som mestringsstrategier.

Profesjonell sykepleie er i følge Travelbee (1999) å hjelpe pasienten til opprettholdelse, eventuelt gjenvinnelse, av håpet og å unngå håpløshet. Håp er relatert til avhengighet av andre, ønsker, tillit til at andre kommer en til unnsetning når egne ressurser ikke er tilstrekkelige, og at det en håper på er oppnåelig og vil forandre opplevelsen, samt gi mening og større glede. I den forbindelse er det naturlig igjen å påpeke nødvendigheten av menneske-til-menneske-forholdet. Ilkjær (2007a) beskriver innholdet i det kommunikative menneskesynet som at mennesker lever i samspill med hverandre hvor det eksisterer et gjensidig avhengighetsforhold. Suverene livsytringer, som kjærlighet, håp, tillit og barmhjertighet stammer fra menneskelig natur og viser hvordan mennesker lever sammen, samt er en del av den åndelige omsorgen.

For å få fatt i pasientens mulige kilder til mening og håp, og dermed hans ressurser til mestring, forutsettes det at man kjenner den unike pasienten. Hans opplevelser av mening, håp og tilgjengelige ressurser er ikke bare observerbare, de må hentes frem. Reitan (2006) beskriver at mestringsevnen påvirkes av flere faktorer, som personlige forutsetninger og interesser, motstandskraft mot påkjenninger, tidligere erfaringer med stress, kriser og sykdom, tilhørigheten til andre mennesker og det sosiale nettverket. Våre erfaringer sier at disse faktorene ikke alene kan observeres, de må kommuniseres. Samtaler med pasientene om hverdagslige temaer kan være en start på etablering av et menneske-til-menneske-forhold, som videre vil åpne for dypere forståelse, kontakt og tillit. Dette kan hjelpe sykepleiers oppfattelse av behov som ligger under overflaten og kanskje er en kilde til lidelse. "Overflatiske" samtaler omkring tema som opptar pasienten er noe sykepleieren kan gjennomføre uten først å ha etablert et trygghetsforhold.

5.2.3 Sykepleierens intervensjoner innen åndelig omsorg

Wilson, Coenen og Doorenbos (2006), Lundmark (2006), Iranmanesh et al. (2009) og Daaleman et al. (2008) finner alle at hensyn til helhetlig sykepleie er viktig for å identifisere sykepleieintervensjoner, hvor Daaleman et al. (2008) konkretiserer intervensjoner slik som fysisk nærhet, søke forståelse for pasientens perspektiv på sin lidelse og bekrefte hans erfaring med den, finne indre og ytre ressurser og utarbeide en holistisk pleieplan. I artiklene til Kvåle (2007), Wilson, Coenen og Doorenbos (2006), Malloy et al. (2010) og Iranmanesh et al. (2009) omtales aktiv lytting og fullstendig tilstedeværelse som viktige intervensjoner for å ivareta pasientens åndelige behov.

Aktiv lytting og det å være tilgjengelig utdypes også i kommunikasjonsteorien til Eide og Eide (2008), som presiserer at det ikke alltid er samsvar mellom verbale og nonverbale uttrykk. Den profesjonelle sykepleieren må møte pasienten med nonverbale kommunikasjonsferdigheter. Pasientens manglende verbale uttrykk for behov, som tidligere nevnt, kan komme til uttrykk gjennom det nonverbale språket, og aktiv lytting er derfor viktig.

Iranmanesh et al. (2009) og Kvåle (2006) understreker at sykepleierne må være tilstede og akseptere vanskelige følelsesmessige situasjoner uten å forsøke å unngå disse. Både Kvåle (2007) og Hov, Hedelin og Athlin (2007) fant at sykepleierne ikke presset pasienten til samtale. Igjen må betydningen av å gi pasienten anledning til å snakke nevnes. Han bør ikke presses, og må selv få velge å avstå fra samtaler.

Praksiserfaringer viser at pasienter ofte ønsker å snakke om åndelige anliggende, bare de gis mulighet og anledning til det. Inntrykket er at pasientene synes disse anliggende er vanskelige å ta opp på eget initiativ, men de uttrykte *stor* takknemlighet når de ble gitt mulighet til samtale om slikt. Dette stemmer delvis overens med teorien til Ilkjær (2007a) hvor religion, som ofte er et tema pasientene har tatt opp under slike samtaler, blir ansett som privat og derfor diskuteres lite.

Malloy et al. (2010) gjorde et interessant funn, hvor sykepleiere med mindre enn 10 år erfaring, eller mellom 21-30 års erfaring, opplevde det vanskeligere å snakke med pasienter om religiøse eller åndelige emner enn øvrige sykepleiere. Vi har ikke klart å

finne svar på hva dette kunne skyldes, men en kan kanskje anta at det har å gjøre med manglende utdanning, samt innholdsforskjeller i utdanningsprogrammet. Samme studie viste at sykepleiere med mer enn 30 års erfaring hadde utfordringer med å være stille og lytte til pasientenes vanskelige følelser. En kan jo stille spørsmål ved dette funnet, men vi har ikke funnet noen forklaring på dette fenomenet verken i teori eller forskningsartikler.

Travelbee (1999) mener at kommunikasjon tjener som et virkemiddel for å etablere menneske-til-menneske-forholdet, og at gjennom persepsjon og kommunikasjon kan pasientens verdi og unike egenskaper tre frem eller bortgjemmes. Målet med kommunikasjonen er å oppfylle sykepleiers mål og hensikt. Reitan (2006) relaterer dessuten kommunikasjon til mestring, hvor hun hevder at det er grunnleggende å ha tilhørighet og nærhet til andre, samt ha noen å snakke med. Strøm (1997) fant at 34 % av sykepleierne nevnte kommunikasjon som en fremmede faktor for at pasientene kunne gi uttrykk for sine åndelige behov, og dette var den oftest iverksatte intervensjonen for å ivareta disse behovene. Pasientene ønsket også at sykepleier skulle være tilstedeværende og aktivt lyttende.

Intervensjoner sykepleierne tok i bruk for å ivareta pasientens åndelige behov var bønn sammen med pasientene, inkludere åndelige tradisjoner, samt fremme opplevelse av håp (Malloy et al. 2010). Våre praksiserfaringer bekrefter at dette har blitt gjort av enkelte sykepleiere, men har ikke opplevelsen av at dette skjer ofte.

5.2.4 Forekomst av sykepleierens åndelige omsorgsutøvelse

En pasient i studien til Daaleman et al. (2008) sier at åndelig omsorg er omsorg for hele pasienten, eller bare det å være klar over at det er mer til mennesket enn kun den fysiske kroppen og dens smerte. Pasientuttalelsen belyser nettopp det faktum at mennesket består av en helhet av flere dimensjoner, blant annet en åndelig dimensjon hvilket beskrives i teoriene til Reitan (2006), Ilkjær (2007a), Stifoss-Hanssen (1998), Kristoffersen (1996) og Travelbee (1999), som understøttes av Lundmark (2006), Kvåle (2007), Wilson, Coenen og Doorenbos (2006) og Murray (2010). Studiene fant at sykepleierne oppfattet åndelig omsorg som et sykepleieansvar, og at helhetlig omsorg inkluderer den åndelige dimensjonen. Strøm (1997) omtaler også dette, hvor 90 % av sykepleierne mente at det er sykepleieoppgave å ivareta pasientens åndelige behov.

Pasientene i studien til Cavendish et al. (2006) uttalte at de oppfattet sykepleier som redd for å røre ved den åndelige dimensjonen, og at hun ikke var en tilbyder av åndelig omsorg. Kun 50 % av sykepleierne i studien til Lundmark (2006) mente helhetlig omsorg ble utøvd ved deres avdeling. Disse funnene viser at både sykepleiere og pasienter mener det åndelige omsorgsbehovet blir undergravd, hvilket samsvarer med forfatterens praksiserfaringer.

Vi har fra begynnelsen av utdanningen blitt gjort oppmerksomme på helhetlig menneskesyn og snakket om dette med sykepleiere i praksis som også tar begrepet i bruk. Egne observasjoner av sykepleie til livstruende syke pasienter har ført til en oppfatning av at begrepet i all hovedsak omtales, men praktiseres lite. Det er generelt fysiske behov som ivaretas, hvilket Wilson, Coenen og Doorenbos (2006) også fant. Sykepleierne prioriterte fysiske behov hos pasientene, men identifiserte samtidig deres andre dimensjoner, hvilket samsvarer med forfatterens praksiserfaringer.

5.2.5 Ivaretagelse av åndelige omsorgsbehov og kompetanse

Vi stiller spørsmål ved årsaken til manglende utøvelse av åndelig omsorg, ettersom sykepleierne i inkluderte studier generelt erkjente pasientens åndelige dimensjon og sykepleieansvaret relatert til denne.

Studiene til Murray (2010), Lundmark (2006), Hov, Hedelin og Athlin (2007), Iranmanesh et al. (2009) og Malloy et al. (2010) omtaler sykepleierens kompetanse innen åndelig omsorg. Hos Lundmark (2007) hadde henholdsvis 30 % og 45 % mottatt mye eller noe utdanning på dette området, og bare under halvparten følte de mestret å yte åndelig omsorg. Samtlige studiedeltakere ga uttrykk for manglende kompetanse og ønsket bedre utdanning innen åndelig omsorg. Dette samsvarer med forskningsfunnene til Strøm (1997), hvor bare 26 % av deltagerne følte seg kompetente til ivaretagelse av livstruende syke pasienters åndelige behov. På bakgrunn av funnene ser det altså ut til at manglende utøvelse av helhetlig sykepleie kan skyldes manglende kompetanse og utdannelse fremfor antagelsen om sykepleiers manglende interesse og oppmerksomhet relatert til pasientens åndelige behov.

Cavendish et al. (2006), Kvåle (2007) og Nåden og Sæteren (2006) fant at det var viktig for pasientene at sykepleierne var oppmerksomme på, hadde kunnskap om og kompetanse til å identifisere deres åndelige behov for å kunne yte åndelig omsorg. Dette viste tydelig at pasientene ønsket at sykepleier rettet oppmerksomhet mot deres åndelige behov, hvilket utfordrer sykepleierne, og særlig utdanningsinstitusjonene, til å sørge for økt kunnskap og kompetanse for å kunne imøtekomme disse behovene. Travelbee (1999) belyser krav til kompetanse for å kunne yte åndelig omsorg for døende pasienter, og at evnen til å utføre dette avhenger av sykepleiers eget forhold til døden, religiøse innstillinger, samt livssyn. Hun skriver videre at utdannelsen er en vesentlig faktor, og sykepleiestudenter bør konfronteres med egen dødelighet og tanker rundt dette.

Et interessant funn i Murrays (2010) studie understreker at det åndelige omsorgsbehovet ikke skal overlates til andre profesjoner, mens pasientene i Kvåles (2007) studie fremmet betydningen av sykepleiers kunnskap til å identifisere hvem som kan trenge hjelp fra andre profesjonelle grupper. Disse to funnene motsier hverandre noe, som kanskje kan skyldes motsetninger eller usikkerhet i hva de åndelige behovene innebærer. Travelbee (1999) omtaler hvordan enkelte sykepleiere fraskriver seg ansvaret for pasientens behov når pasienten er henvist videre. Dette gjelder særlig pasientens åndelige behov, til tross for sykepleierens viktige funksjon for ivaretagelsen av disse. I følge Ilkjær (2007a) har den åndelige omsorgen innen medisinsk tenkning blitt en mer eksklusiv virksomhet forbeholdt prester og psykologer, hvilket også kan være en mulig årsaksforklaring for den utilfredsstillende omsorgen.

5.2.6 Våre tanker om pasientbehov og ivaretagelsen av disse

Ettersom sykepleiere identifiserer pasientens åndelige behov som et sykepleieområde, men ikke iverksetter tilstrekkelige tiltak, antyder det enten usikkerhet om hva de åndelige behovene innebærer, manglende utdanning på hvordan å praktisere åndelig omsorg, eller livssyn som undergraver betydningene av disse behovene.

Travelbee (1999) påpeker om de ulike fasene i etableringen av menneske-til-menneske-forholdet at forskjellen mellom empati og sympati er trangen til å hjelpe pasienten for å møte hans behov. Dersom sykepleier ikke kommer videre til sympatifasen vil hun heller ikke nødvendigvis føle trang til å avhjelpe situasjonen. Derfor kan manglende etablering

av menneske-til-menneske-forholdet også være en mulig årsak til manglende helhetlig omsorg. Kommunikasjon og tilstedeværelse ble utpekt som viktige intervensjoner for ivaretagelse av åndelige behov, og burde derfor være noe sykepleieren gjør bruk av.

At enkelte funn viste tidvis innlemmelse av religiøse handlinger innen åndelig omsorg kan forklares med ”kulturforskjeller” angående religion. Flere forskningsfunn stammet fra amerikansk sykepleiepraksis, hvor religiøsitet er mindre privat, og de er derfor kanskje ikke direkte overførbare til norske forhold. Dersom pasienten likevel uttrykker ønske om at sykepleieren ber sammen med ham eller liknende, bør dette kunne i møtekommes også av norske sykepleiere. Sykepleieren behøver ikke å dele samme trosoppfatning for å assistere pasienten i disse ønskene. Det bør tilstrebes å finne ut av pasientens konkrete åndelige omsorgsbehov, samt hvordan man kan imøtekomme disse behovene i samarbeid med pasienten.

6.0 Konklusjon

Både sykepleierne og pasientene anerkjente menneskets flere dimensjoner, inkludert en åndelig komponent. Videre var det enighet om at sykepleie må omfatte *hele* mennesket med alle dets unike behov.

Pasientene identifiserte religion og livssyn, samt behov for mening, håp og mestring som viktige komponenter i sin åndelige dimensjon, hvilket også tydeliggjøres i teorien. Dette kom til uttrykk både verbalt og nonverbalt. Komponentene er vanskelige å skille, da de står i nær tilknytning til hverandre, men summen av dem skal føre til mestring. Det viste seg at sykepleier og pasient kan ha ulik forståelse av innholdet i åndelige omsorgsbehov, hvor sykepleier ikke oppfatter pasientens behov. Behovene opplevdes heller ikke tilfredsstillende møtt av pasientene. Sykepleierne mente årsaken var et resultat av manglende kunnskap og kompetanse innen åndelig omsorg, hvilket også bekreftes av funn fra tidligere forskning.

Sykepleiere som oppga at de ivaretok pasientens åndelige behov mente at aktiv lytting og full tilstedeværelse var de viktigste intervensjonene de iverksatte for å møte pasientens åndelige behov. I tillegg nevntes tiltak som innlemmelse av religiøse handlinger og ritualer, å søke forståelse for pasientens lidelse og å finne pasientens indre og ytre ressurser, bekrefte pasientens opplevelse av lidelsen og sammen med pasienten utarbeide en holistisk pleieplan.

6.1 Anbefalinger til videre forskning

Det er av interesse å undersøke hvorvidt sykepleieren faktisk mangler kompetanse innen åndelig omsorg, og i så tilfelle hvorfor, eller om dette kun er noe hun tror, da definisjonen er noe uklar. Samtidig kunne det vært interessant å undersøke hvordan pasientene ønsker å få sine åndelige behov møtt av sykepleier.

Litteraturliste:

- Cavendish, Roberta, Linda Naradovy, June Como og Claudia Mitzeliotis. 2006. Patients' perceptions of spirituality and the nurse as a spiritual care provider. *Holistic Nursing Practice*. 20(1): 41-47.
- Creel, Eileen og Ken Tillman. 2008. The meaning of spirituality among nonreligious persons with chronic illness. *Holistic Nursing Practice*. 22(6): 303-309.
- Daaleman, Timothy P, Barbara M. Usher, Sharon W. Williams, Jim Rawlings og Laura C. Hanson. 2008. An exploratory study of spiritual care at the end of life. *Annals of Family Medicine*. 6(5): 406-411.
- Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hov, Reidun, Birgitta Hedelin og Elsy Athlin. 2007. Good nursing care to ICU patients on the edge of life. *Intensive and critical care nursing*. 23: 331-341.
- Husebø, Bettina Sandgathe og Stein Husebø. 2001. *De siste dager og timer – behandling pleie og omsorg ved livets slutt*. Oslo: MEDLEX Norsk Helseinformasjon.
- Høgskolen i Molde. 2007. *Avdeling for helse- og sosialfag. Bachelor i sykepleie. Fagplan kull SpV 08*. Molde: Høgskolen i Molde.
- Ilkjær, Ingeborg. 2007a. Livssyn, verdier og behov for åndelig omsorg. I *Sykepleieboken 1. Grunnleggende sykepleie*, red. Tone Elin Mekki, 649-670. 3. utg. Oslo: Akribe a.s.
- Ilkjær, Ingeborg. 2007b. Den døende pasienten. Døden som sosialt og sosiologisk-biologisk fenomen. I *Sykepleieboken 1. Grunnleggende sykepleie*, red. Tone Elin Mekki, 671-710. 3. utg. Oslo: Akribe a.s.
- Ingebretsen, Reidun og Sigrid Sandsberg. 1985. *Nær livets grense. Livstruende sykdom, sorg og død*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Iranmanesh, Sedigheh, Terttu Häggström, Karin Axelsson og Stefan Sävenstedt. 2009. Swedish nurses' experiences of caring for dying people: a holistic approach. *Holistic nursing practice*. 23(4): 243-252.
- Knutstad, Unni og Birthe Kamp Nielsen. 2006. *Sykepleieboken 2*. 2. utg. Oslo Akribe as.
- Kristoffersen, Nina Jahren. 1996. *Generell sykepleie 1*, 1 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk AS.

- Kvåle, Kirsti. 2007. Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. *European Journal of Oncology Nursing*. 11: 320-327.
- Lundmark, Mikael. 2006. Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic. *Journal of Clinical Nursing*. 15: 863-874.
- Malloy, Pam, Rose Virani, Kathe Kelly og Carla Munévar. 2010. Beyond bad news: Communication skills of nurses in palliative care. *Journal of Hospice & Palliative nursing*. 12(3): 175-176.
- Malterud, Kirsti. 2003a. Hva er kvalitative metoder? I *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – En innføring*, 31-42. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, Kirsti. 2003b. Analyse av kvalitative data. I *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – En innføring*, 93-113. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mount, Balfour M., Patricia H. Boston og S. Robin Cohen. 2007. Healing connections: On moving from suffering to a sense of well-being. *Journal of Pain and Symptom Management*. 33(4): 372-388.
- Murray, Reinet Powers. 2010. Spiritual care beliefs and practices of Special Care and Oncology RNs at patients' end of life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 12(1): 51-58.
- Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten. 2008. *Tema: Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*, <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms> (Lest 18.02.10)
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. 2010. *Tema: Fagfelleevaluering av publiseringskanaler*, <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler> (Lest 16.08.10)
- Norsk sykepleierforbund. 2001. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert. En arbeidsbok for sykepleiere*, 2. utg. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Nåden, Dagfinn, og Berit Sæteren. 2006. Cancer patients' perception of being or not being confirmed. *Nursing Ethics*. 13(3): 222-235.
- Reitan, Anne Marie. 2006. Mestring. I *Sykepleieboken 2. Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*, red. Unni Knutstad og Birthe Kamp Nielsen, 155-180. 2 utg. Oslo: Akribes AS.

- Stifoss-Hanssen, Hans. 1998. Åndelig omsorg. I *Palliativ behandling og pleie. Nordisk lærebok*, red. Stein Kaasa, 83 – 94. 1 utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Strøm, Benedicte. 1997. *Åndelig omsorg ved livets slutt*. Oslo: Akademika AS.
- Svensson, Helene, Yvonne Brandberg, Zakaria Einbeigi, Thomas Hatschek og Karin Ahlberg. 2009. Psychological reactions to progression of metastatic breast cancer – An interview study. *Cancer Nursing*. 32(1): 55-63.
- Taylor, Elizabeth Johnston. 2003. Spiritual needs of patients with cancer and family Caregivers. *Cancer nursing*. 26(4): 260-266.
- Travelbee, Joyce. 1999. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. 2. utg. Lund: Studentlitteratur AB.
- Wilson, Sarah A., Amy Coenen og Ardith Doorenbos. 2006. Dignified dying as a nursing phenomenon in the United States. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 8(1): 34-41.

Vedlegg I: PIO-skjema

P Populasjon/Problem	I Intervensjon	O Utfall/Effekt
<ul style="list-style-type: none"> -Pasient med kreft -Kreftsyke pasienter -Terminale pasienter -Brystkreft -Terminale kreftpasienter -Kreftpasient på sykehus/institusjon/klinikk -Kvinner -Døende -Norge -Åndelige behov -Eksistensielle behov -Pasient 	<ul style="list-style-type: none"> -Helhetlig sykepleie -Sykepleie -Sykepleie-intervensjoner -Onkologi -Terminal pleie -Palliativ pleie -Omsorgsyter -Dødsforberedelser -Eksistensielle behov -Holistisk pleie -Religion 	<ul style="list-style-type: none"> -Verdig død -Verdighet -Død -Holdninger til døden -Livskvalitet -Ensomhet
<ul style="list-style-type: none"> -Cancer patient -Breast cancer -Neoplasms -Breast neoplasms -Cancer -Women -Terminal -Terminally ill -Dying -Norw* -Spiritual needs -Existential needs -Patient 	<ul style="list-style-type: none"> -Caregiver -Comfort care -Death preparation -Existential - Existential care -Holistic -Holistic health -Holistic nursing -Nurse -Nursing -Nursing care -Nursing interventions -Oncology -Religion -Terminal care -Spiritual care -Palliative -Palliative care -Oncology 	<ul style="list-style-type: none"> -Attitude to death -Attitudes -Closure -Death -Dignity -Dignified death -Dying -End of life -Loneliness -Quality of life

Vedlegg II: Oversiktstabell over inkluderte artiklers innhold og kvalitet

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltagere/ Frafall/ Perspektiv	Hovedfunn	Kvalitet
Kirsti Kvåle, 2007, Norge, European Journal of Oncology	Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs	Å finne ut om pasienter med kreft, innlagt på en kreftavdeling, alltid ønsker å snakke om vanskelige følelser relatert til sykdom og vanskelige følelser.	Kvalitativ metode	20 deltakere, ti kvinner og ti menn. Pasientperspektiv	Pasienter med kreft ønsket ikke alltid å snakke med sykepleierne på avdelingen om sine vanskelige følelser relatert til fremtiden mens de var innlagt. Mestringsstrategier som kognitiv unnavikelse, normalisering, finne mening og leve i nåtiden, samt støtte fra familie og venner belyses. Pasientene opplevde støtte til mening og håp gjennom samtaler om vanlig liv, og må anses som viktige aspekter ved åndelig og følelsesmessig omsorg.	Grad I
Dagfinn Nåden, Berit Sæteren, Norge, 2006, Nursing Ethics	Cancer patients' perception of being or not being confirmed	Å oppnå dybdekunnskap om bekreftende omsorg til pasienter med kreft, fra pasientenes perspektiv	Kvalitativ metode	15 kvinner og menn som mottok potensielt kurativ behandling. Pasientperspektiv	Helsepersonells manglende bekreftelse av pasienten kommer hovedsaklig til uttrykk gjennom at pasientens mentale, åndelige og eksistensielle bekymringer ikke blir tilstrekkelig tatt hensyn til.	Grad I

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltagere/ Frafall/ Perspektiv	Hovedfunn	Kvalitet
Roberta Cavendish, Linda Naradovy, June Como, Claudia Mitzeliotis, USA, 2006, Holistic Nursing Practice	Patients' perceptions of spirituality and the nurse as a spiritual care provider	Å undersøke pasientenes oppfattelse av den åndelige dimensjon, og sykepleier som åndelig omsorgsgerter	Kvalitativ metode	9 voksne, 1 frafall. Pasientperspektiv	Sykepleierne ble oppfattet som snille og omsorgsgivende, men omsorgen ble ikke oppfattet som åndelig omsorg. Studiefunn antyder at pasientene ikke oppfatter åndelig omsorg som en sykepleieoppgave, og derfor ikke delte sine åndelige bekymringer med sykepleierne.	Grad II
Reidun Hov, Birgitta Hedelin, Elsy Athlin, Norge, 2007, Intensive and Critical Care Nursing	Good nursing care to ICU patients on the edge of life	Å oppnå en dypere forståelse av hva god sykepleie innebærer for kritisk syke pasienter innlagt ved intensivavdeling	Kvalitativ metode	14 sykepleiere. Sykepleierperspektiv	God sykepleie til målgruppen var avhengig av flere faktorer, som kontinuitet, kunnskap, kompetanse og samarbeid. Klare behandlingsmål er nødvendig for å gi tilpassede livreddende omsorg eller omsorg ved livets slutt. Verbal kommunikasjon var en hjørnestein i god sykepleie.	Grad I

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltagere/ Frafall/ Perspektiv	Hovedfunn	Kvalitet
Sarah A. Wilson, Amy Coenen, Ardith Doorenbos, USA, 2006	Dignified dying as a nursing phenomenon in the United States	Å evaluere karakteristikk som representerer en verdig død og identifisere sykepleieintervensjoner som fremmer en verdig død.	Kvantitativ metode, RCT. Kvalitativ metode: åpent spørsmål inngikk i studien.	289 sykepleiere. Sykepleierperspektiv	Studien identifiserte kategorier av sykepleieintervensjoner for å fremme en verdig død var, å håndtere symptomer, kommunikasjon, omsorg for familien, håndtere omgivelser og åndelig omsorg.	Grad II
Mikael Lundmark, Sverige, 2006, Journal of Clinical Nursing	Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic	Å identifisere faktorer som kan påvirke holdninger til åndelig omsorg, teste relevansen av disse identifiserte faktorene i en svensk sykepleiesammenheng, og vurdere holdninger til åndelig omsorg i et holistisk perspektiv	Kvantitativ metode, tverrsnittstudie.	93 sykepleiere. Sykepleierperspektiv	Studien finner at holistisk sykepleie er ønskelig, bør inkludere åndelige pasientbehov, og er enda ikke realisert i svensk helsevesen. Faktorene som i høyest grad påvirket holdninger til åndelig omsorg var "ikke-organisert religiøsitet" og "grad av velvære i utføring av åndelig omsorg". Påvirkende faktorer var også "tro på Gud", "tro på livet etter døden", "organisert religiøsitet", "yrke" og "opplevd grad av utdanning innen åndelig omsorg".	Grad I

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltagere/ Frafall/ Perspektiv	Hovedfunn	Kvalitet
Reinette Powers Murray, 2010, USA, Journal of Hospice and Palliative Nursing	Spiritual care beliefs and practices of special care and oncology RNs at patients' end of life	Å undersøke personlige åndelige oppfatninger og praksis blant intensiv- og onkologisykepleiere i pleien for pasienter ved livets slutt.	Kvantitativ metode, tverrsnittstudie	33 intensiv- og onkologisykepleiere. Sykepleierperspektiv	Sykepleierne følte en sterk tro på behovet for å tiltale pasientenes åndelige dimensjon ved slutten av livet. Data viste at det er avvik mellom utførelse av åndelig omsorg og ønsket for mer utdanning på området. Resultatene viste ubetydelige forskjeller blant intensiv- og onkologisykepleierne.	Grad I
Pam Malloy, Rose Virani, Kathe Kelly, Carla Munévar, 2010, Journal of Hospice and Palliative Nursing	Beyond bad news: Communication skills of nurses in palliative care	Å vurdere sykepleiers perspektiv på hva som er mest utfordrende sider ved kommunikasjon i deres arbeid	Kvantitativ metode, tverrsnittstudie	333. Sykepleierperspektiv	Respondentene identifiserte flere områder hvor forbedring er nødvendig relatert til kommunikasjon. Å gi dårlige nyheter, å snakke med lege om palliativ pleie, snakke om åndelige anliggende og å snakke med pasienter fra andre kulturer identifiseres som særlig utfordrende	Grad I

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltagere/ Frafall/ Perspektiv	Hovedfunn	Kvalitet
Eileen Creel, Ken Tillman, 2008, USA, Holistic Nursing Practice	The meaning of spirituality among nonreligious persons with chronic illness	Å avdekke meningen av åndelighet for ikke-religiøse personer med kronisk sykdom.	Kvalitativ metode	11 deltakere, hvorav 7 kvinner og 4 menn. Pasient- perspektiv	Åndelighet ble blant deltakerne avslørt gjennom temaene tro, åndelig oppvekking og åndelig forsterkelse, studiet støtter at hver enkelt person er unik åndelig, med åndelige behov som trenger å ytes omsorg for.	Grad I
Elisabeth Johnston Taylor, 2003, USA, Cancer Nursing	Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers	Å beskrive opplevde åndelige behov under kreftsykdom fra perspektivet til pasienter med kreft og omsorgsgivere innen familien	Kvalitativ metode	23 voksne Pasient- perspektiv	Identifiserte åndelige behov inkluderte behov assosiert med å forholde seg til en ”ultimat annen”, behovet for positivitet, håp og takknemmelighet, behovet for å gi og motta kjærlighet, behovet for å gjennomgå tro, behovet for mening, og behov relatert til religiøsitet og dødsforberedelser. Omsorgsgivere ble observert å ha samme åndelige behov som pasienten.	Grad I

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Instrume nt	Deltagere/ Frafall/ Perspektiv	Hovedfunn	Kvalitet
Timothy P. Daaleman, Barbara M. Usher, Sharon W. Williams, Jim Rawlings, Laura C. Hanson, 2008, USA, Annals of Family Medicine	An exploratory study of spiritual care at the end of life	Å undersøke hvordan klinikere og annet helsepersonell forstår og ser på åndelig omsorg utøvet til døende pasienter og deres familiemedlemmer	Kvalitativ metode	12 klinikere og andre helsearbeidere vurdert som åndelige omsorgsgivere, identifisert av pasienter og deres familiemedlemmer Sykepleierperspektiv	Å være til stede var et dominerende tema, kjennetegnet av fysisk nærhet og vilje til å hjelpe, eller å utføre omsorg utover det medisinske. Pleiegiverne ble oppmerksomme på pasientens livsforløp, og hadde en individuell opplevelse av pasientens sykdom. Samarbeid mellom pleiere, pasient og pårørende ledet til holistisk pleie som fokuserte på å ivareta humanitet og verdighet. Tid innvirket på åndelig omsorg.	Grad I
Balfour M. Mount, Patricia H. Boston, S. Robin Cohen, 2007, Canada, Journal of Pain and Symptom Management	Healing connections: on moving from suffering to a sense of well-being.	Å undersøke relevansen av eksistensielle og åndelige anliggender relatert til lidelse, helbredelse og livskvalitet.	Kvalitativ metode	21 deltakere. Pasientperspektiv	Betydningen av meningsbasert tilpasning til alvorlig sykdom ble støttet. Fire former for ”helbredende tilknytninger” ble støttet; å knytte seg til seg selv, andre, verden og den ultimate mening. Pasienten ble satt i en kontekst større enn seg selv, som ledet til mening og økt livskvalitet.	Grad I

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltagere/ Frafall/ Perspektiv	Hovedfunn	Kvalitet
Sedigheh Iranmanesh, Terttu Häggström, Karin Axelsson, Stefan Sävenstedt, 2009, Sverige, Holistic Nursing Practice	Swedish nurses' experiences of caring for dying people: A holistic approach	Å forklare meningen med sykepleieres erfaringer med omsorg for døende pasienter i hjemmet og i en spesialavdeling ved sykehuset	Kvalitativ metode	8 kvinnelige sykepleiere. Sykepleier- perspektiv	å yte omsorg for pasienter som ventet på livets avslutning, samt pårørende, skapte en situasjon der tilstedeværelsen av den uunngåelige døden krevde at sykepleierne måtte skape nære forhold til hver unik person som var involvert	Grad II
Helene Svensson, Yvonne Brandberg, Zakaria Einbeigi, Thomas Hatschek, 2009, Sverige, Cancer Nursing	Psychological reactions to progression of metastatic breast cancer.	Å undersøke psykiske reaksjoner og mestring av sykdom etter behandling med kjemoterapi, og fortsatt sykdomsprogresjon	Kvalitativ metode	20 pasienter med metastaseren de brystkreft. Pasient- perspektiv	De fleste rapporterte symptomer relatert til sykdom før informasjon om mislykket behandling. De var ikke overrasket. Etterpå oppsto en rekke psykologiske reaksjoner, som tristhet, å være skuffet, manglende tro på helbredelse. Angst og bekymring om fremtiden ble rapportert. Varierende mestringsstrategier ble brukt, som jobb, sosial støtte og kirkedeltakelse. Bekymring var den vanligste følelsesmessige responsen. De fleste kvinnene responderte med aksept.	Grad I

Vedlegg III: Oversiktstabell over litteratursøk

Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstracts	Dubletter	Leste artikler	Inkluderte artikler
22.01.10	"cancer patient" and ("palliative care" or "terminal care") and nurs* and "dignified death". Limit to Ovid full text available	Ovid nursing full text plus: British Nursing Index, EMBASE, Ovid Nursing Database, Ovid Medline, Helsebiblioteket	3	2	0	1	What constitutes a dignified death? The voice of oncology advanced practice nurses
25.01.10	1. "breast cancer".mp. or Breast Neoplasms/ 2. women.mp. or Women/ 3. 1 or 2 4. (terminal* or palliative).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word, unique identifier] 5. 3 and 4 6. (digni* or death or closure or "quality of life").mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word, unique identifier] 7. 5 and 6 8. limit 7 to (full text and yr="2004 -Current")	Ovid nursing full text plus – Medline	105	6		2	Lived experiences of Canadian women with metastatic breast cancer in preparation for their death: a qualitative study. Part I--preparations and consequences Lived experiences of Canadian women with metastatic breast cancer in preparation for their death: a qualitative study. Part II--enabling and inhibiting factors; the paradox of death preparation

Dato	Søkeord	Database	Antal l treff	Leste abstracts	Dubletter	Leste artikler	Inkluderte artikler
26.01.10	1. cancer.mp. or Neoplasms/ 2. Holistic Nursing/ or Holistic Health/ 3. Death/ 4. "Quality of Life"/ 5. Loneliness/ 6. 3 or 4 or 5 7. 1 and 2 and 6 8. limit 7 to yr="2004 -Current"	Ovid nursing full text plus – Medline	34	2	0	0	0
26.01.10	1. "breast cancer".mp. or Breast Neoplasms/ 2. limit 1 to yr="2004 -Current" 3. "palliative care".mp. or Palliative Care/ 4. "terminal care".mp. or Terminal Care/ 5. 3 or 4 6. 2 and 5	Ovid nursing full text plus – Ovid nursing database	37	5	0	0	0

Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstracts	Dubletter	Leste artikler	Inkluderte artikler
26.01.10	1. cancer.mp. or Neoplasms/ 2. Terminal Care/ or Palliative Care/ or palliative.mp. 3. Holistic Nursing/ or Holistic Health/ or holistic.mp. 4. 2 or 3 5. 1 and 4 6. 1 and 3 7. Terminally Ill/ or dying.mp. or Death/ 8. 6 and 7	Ovid nursing full text plus – Medline	33	4		2	The challenge of patients' unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness Patterns of social, psychological, and spiritual decline toward the end of life in lung cancer and heart failure
26.01.10	1. cancer.mp. or Neoplasms/ 2. Terminal Care/ or Palliative Care/ or palliative.mp. 3. Holistic Nursing/ or Holistic Health/ or holistic.mp. 4. 2 or 3 5. 1 and 4 6. 1 and 3 7. Terminally Ill/ or dying.mp. or Death/ 8. 6 and 7 9. limit 8 to ovid full text available	Ovid Medline	1	1	1	1	Educating nurses to care for the dying in Hong Kong: a problem-based learning approach

Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstracts	Dubletter	Leste artikler	Inkluderte artikler
27.01.10	<p>1. cancer.mp. or Neoplasms/ 2. Holistic Nursing/ or Holistic Health/ or holistic.mp. 3. Terminal Care/ or Palliative Care/ or "comfort care".mp. 4. (death or dying).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word, unique identifier] 5. 1 and 2 and 3 and 4 6. Find similar to Spirituality, psychotherapy and music in palliative cancer care: research projects in psycho-oncology at an oncology center in Switzerland. 7. limit 5 to yr="2004 -Current"</p>	Ovid nursing full text plus – Medline	19	4	0	1	Views on dignity of elderly nursing home residents
27.01.10	<p>1. cancer.mp. or Neoplasm/ 2. ("death prepar*" or "preparing to die" or "preparing for death").mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer name] 3.1 and 2</p>	Ovid Medline	8	2	0	0	

Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstracts	Dubletter	Leste artikler	Inkluderte artikler
27.01.10	S1: Cancer S2: Neoplasms S3: Holistic S4: S1 or S2 S5: S4 and S3	SweMed+	7	1	0	1	0
29.01.10	1. Religion/ or religion.mp. 2. Palliative Care/ or Terminal Care/ or "end of life".mp. or "Quality of Life"/ 3. 1 and 2 4. limit 3 to (full text and yr="2004 - Current")	Ovid Medline	31	4	0	4	0
29.01.10	1. Religion/ or religion.mp. 2. Palliative Care/ or Terminal Care/ or "end of life".mp. or "Quality of Life"/ 3. 1 and 2 4. limit 3 to (full text and yr="2004 - Current")	Ovid nursing full text plus – Ovid nursing database	153	3		1	Religion and the quality of life in the last year of life

Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstracts	Dubletter	Leste artikler	Inkluderte artikler
31.01.10	1. nurse*.mp. 2. attitudes.mp. or Attitude/ 3. 1 and 2 4. Holistic Nursing/ or Holistic Health/ or holistic*.mp. 5. limit 4 to (full text and yr="2004 - Current") 6. 3 and 5 7. limit 6 to (ovid full text available and yr="2000 -Current")	Ovid Medline	46	5	0	2	Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic* Patients' Perceptions of Spirituality and the Nurse as a Spiritual Care Provider*
31.01.10	1. ("cancer patient" and ("palliative care" or "terminal care") and (nurs* and "dignified death")).af. 2. limit 1 to full text	Ovid Medline	0				

Dato	Søkeord	Databas e	Antall treff	Leste abstracts	Dubletter	Leste artikler	Inkluderte artikler
15.02.10	1. norw*.mp. 2. Attitude to Death/ or "existential care".mp. 3. 1 and 2 4. limit 3 to (full text and yr="2000 - Current")	Ovid Medline	4	1	1	1	Living with newly diagnosed breast cancer - the meaning of existential issues
15.02.10	1. Spirituality/ or Nursing Care/ or "spiritual care".mp. or Holistic Health/ 2. norw*.mp. 3. limit 2 to (full text and yr="2000 - Current") 4. 1 and 3	Ovid Medline	7	1	1	1	Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs* Good nursing care to ICU patients on the edge of life*

Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
13.06.10	1. cancer* or neoplasm* 2. dignity or dignified 3. 1 and 2 4. nurs* or care 5. 3 and 4 6. terminal* or "end of life" 7. limit 6 to yr="2005-Current" 8. 5 and 7 9. spiritual or existencial 10. 8 and 9	Ovid Full Text	348	22	4	Spiritual care beliefs and practices of Special care and Oncology RNs at patients' end of life Dignified dying as a nursing phenomenon in the united states
16.06.10	1. nurs* or caregiver 2. patient* 3. cancer 4. death or dying or "end of life" 5. "spiritual needs" or "existential needs" 6. "qualitative study" 7. holistic 8. 1 and 2 and 3 and 4 and 5 and 6 and 7	Ovid Full Text	38	5	2	Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers*

Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstracts	Dubletter	Leste artikler	Inkluderte artikler
06.08.10	1. Norway 2. Neoplasms 3. Nurs* 4. 1 and 2 and 3 5. limit 4 to (full text and yr="2000 – Current")	Ovid Medline	12	1	0	1	Cancer patients' perception of being or not being confirmed*
14.08.10	1. spiritual care/ 2. nurs*.mp. 3. ("end of life" or dying or death or terminal*).mp. [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer] 4. 1 and 2 and 3 5. caregiver/ 6. 2 or 5 7. 1 and 3 and 6	EMBASE	41	3	0	1	An exploratory study of spiritual care at the end of life*

Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstracts	Dubletter	Leste artikler	Inkluderte artikler
14.08.10	<p>1. nurs* and dignity 2. dying or death or “end of life” 3. existential or spiritual 4. 1 and 2 and 3</p> <p>Journal/Book Title: Journal of Pain and Symptom Management, European Journal of Oncology Nursing, Nursing Clinics of North America, Journal of Professional Nursing, EXPLORE: The Journal of Science and Healing, International Journal of Nursing Studies, Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, The Journal for Nurse Practitioners</p> <p>Topic: palliative care, oncol nurs, nurse, end-of-life care, holistic nurse, patient, terminally ill, holistic nursing, hospice, hospice care, impending death, neck cancer, nursing, nursing care, nursing practice, palliative medicine, prostate cancer, psycho social, qol, qol instrument</p>	Science Direct	64	7	0	3	Healing connections: On moving from suffering to a sense of well-being*

Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
11.09.10	1. nurs* or care* 2. patient*.mp. 3. terminal* or death or dying or “end of life” 4. 1 and 2 and 3 5. spiritual* or existential* 6. 4 and 5 7. cancer or neoplasm* 8. 6 and 7 9.limit 8 to (ovid full text available and yr=”2005”-current)	Ovid Full Text	590	14	9	Swedish nurses’ experiences of caring for dying people: A holistic approach* Beyond bad news: Communication skills of nurses in palliative care* Psychological reactions to progression of metastatic breast cancer – An interview study* The meaning of spirituality among nonreligious persons with chronic illness*