



# Fordypningsoppgave

**VAK706 Avansert klinisk sykepleie**

**Åndelig omsorg til pasienter i palliativ fase/Spiritual care for patients in the palliative stage.**

**Kristel Skår Synnes**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 57**

**Molde, 16.05.18**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Anita Nilsen

## 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: 16.05.2018

Antall ord: 9815

## Forord

**-et privilegium**

**å få være hjelper**

**å få følge så mange det siste stykke av veien**

**fra livet til døden**

**-et privilegium**

**å få lære om livet**

**om det å leve**

**om å være menneske**

**helt frem**

**-et privilegium**

Refleksjon av Marie Aakre 1987 (Aakre og Langangen 2001, s. 57)

# **Sammendrag**

## **Bakgrunn**

Tema for oppgaven er åndelig omsorg til pasienter i palliativ fase. I 2017 døde til sammen 40 774 personer i Norge. De fleste mennesker har økt behov for pleie og omsorg mot slutten av livet. Ca. 80 % dør på institusjoner. Det betyr at de fleste sykepleiere vil møte palliative og døende pasienter gjennom sin yrkesutøvelse.

## **Hensikt:**

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleiere erfarer å ivareta åndelig omsorg til pasienter i palliativ fase.

## **Metode:**

Litteraturstudie basert på 10 kvalitative forskningsartikler.

## **Resultat:**

Funn gjennom dette litteraturstudiet viser at betydningen av kommunikasjon, der å lytte, å være mottakelig for pasientens signaler og å stille de rette spørsmålene hadde stor betydning for ivaretagelsen av åndelig omsorg. Dette sammen med sykepleiernes erfaring og kunnskap og utvikling av sykepleier -og pasient relasjonen skapte åpning for å avdekke åndelig lidelse. Det kom frem at mangel på tid, kommunikasjonsferdigheter og forståelsen for hvordan å møte de åndelige behovene var hindringer som gjorde at sykepleieren ikke så etter åndelige behov hos sine pasienter.

## **Konklusjon:**

Dette litteraturstudiet viser at ivaretagelsen av åndelig omsorg for pasienter i palliativ fase i stor grad er avhengig av den enkelte sykepleiers kommunikasjonskompetanse og erfaring i å se etter åndelige behov. Dermed blir det tilfeldig om pasientene får dekt sine åndelige behov. Økt fokus på kommunikasjonsferdigheter samt etisk refleksjon rundt åndelige spørsmål, kan hjelpe sykepleierne i å gi åndelig omsorg til pasienter i palliativ fase.

**Nøkkelord:** Palliasjon, terminal, åndelig omsorg, eksistensiell, sykepleier og erfaring.

**Summary**

## **Abstract**

### **Background:**

The theme of this study is spiritual care for patients in the palliative stage. In 2017 the number of fatalities in Norway was 40 774. Most people have increased needs for nursing and care towards the end of their life. About 80% die in institutions. This means that most nurses, throughout their career, will meet palliative and dying patients.

### **Intention:**

The purpose of this literary study was to shed light on how nurses experience and preserve spiritual care for patients in the palliative stage.

**Method:** Literary study based on 10 qualitative research papers.

**Result:** This literary study shows that the importance of communication, listening and being receptive to the patient's signals as well as asking the right questions, played a significant part in maintaining spiritual care. This, together with the nurse's experience and knowledge and the development of a nurse-patient relationship created the possibility of discovering spiritual suffering. It is revealed that a lack of time, communication skills and an understanding of how to approach the spiritual needs were all obstacles that caused the nurse not to look for possible spiritual needs in their patients.

### **Conclusion:**

This literary study shows that the preservation of spiritual care for patients in a palliative stage largely relies on the individual nurse's communication skills and experience in uncovering spiritual needs. As a result, whether the patient's spiritual needs is met or not, is very random. Increased focus on communication skills as well as ethical reflection regarding spiritual questions could help the nurse with exercising comprehensive care for their patients in palliative stage.

**Key word:** Palliative Care, terminal, spiritual care, existential, nurse and experience.

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Studiets hensikt.....	2
1.3	Problemstilling .....	2
<b>2.0</b>	<b>Teoribakgrunn .....</b>	<b>3</b>
2.1	Åndelig omsorg i livets slutfase .....	3
2.2	Palliasjon og pasienter i palliativ fase .....	4
2.3	Livskvalitet og betydningen av kommunikasjon.....	5
2.4	Å lindre lidelse .....	6
2.5	Sykepleieteori .....	6
<b>3.0</b>	<b>Metodebeskrivelse .....</b>	<b>7</b>
3.1	Inklusjons og eksklusjonskriterier .....	7
3.2	Datasamling.....	7
3.2.1	Plan for litteratursøk.....	7
	Skjema 1. Oversikt over søkeord. ....	8
3.2.2	Søkehistorikk .....	8
3.2.3	Kvalitetsvurdering.....	9
3.2.4	Etiske hensyn .....	10
3.2.5	Analyse.....	10
<b>4.0</b>	<b>Resultat .....</b>	<b>12</b>
4.1	Betydningen av kommunikasjon .....	12
4.1.1	Lytting .....	13
4.1.2	Å være mottakelig for pasientens signaler .....	13
4.1.3	Å stille de rette spørsmålene .....	14
4.2	Sykepleiernes erfaringer og kunnskaper .....	15
4.3	Utvikling av sykepleier -og pasient relasjonen .....	16
4.4	Hindringer i utøvelsen av åndelig omsorg.....	17
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>19</b>
5.1	Metodediskusjon .....	19
5.1.1	Søkestrategi .....	19
5.1.2	Kvalitetsvurdering.....	20
5.1.3	Analyse.....	20
5.2	Resultatdiskusjon.....	21

5.2.1	Kommunikasjonens betydning for utøvelsen av åndelig omsorg .....	21
5.2.2	Betydningen av sykepleiernes kompetanse.....	23
5.2.3	Mot til å være ekte og ærlig .....	25
5.2.4	Behov for tid og kommunikasjonsferdigheter.....	27
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>29</b>
6.1	Konsekvenser for praksis og videre forskning .....	29

**Vedlegg 1:** Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

**Vedlegg 2:** Flow diagram som viser utvelgelsesprosessen av artiklene

**Vedlegg 3:** Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler



# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I dette litteraturstudiet har jeg valgt å belyse temaet åndelig omsorg for pasienter i palliativ fase. I følge statistisk sentralbyrå (2018) døde 40 774 personer i Norge i 2017. De fleste mennesker har økt behov for pleie og omsorg mot slutten av livet. Omtrent 80 % dør på institusjoner, noe som betyr at de fleste sykepleiere vil møte pasienter i en palliativ fase gjennom sin yrkesutøvelse (Aakre 2016). Helse -og Omsorgsdepartementet (1999) sier at døende mennesker har rett til å drøfte og gi uttrykk for sine religiøse og/eller åndelige og eksistensielle behov, på lik linje med ivaretagelsen av fysiske behov.

Åndelig omsorg er et tema som opptar meg, men som jeg likevel opplever vanskelig å snakke om. Lindring av pasientenes fysiske plager blir sett på som en viktig og nødvendig del av sykepleierens arbeid. For pasienter i palliativ fase er det viktig med god smertelindring samt lindring av andre ubehagelige fysiske symptomer. Men hva med åndelig omsorg? Doktorgradsavhandlingen til Torskenæs (2017) sier at mangel på kompetanse samt kompleksiteten i forhold til åndelige behov, fører til at mange sykepleiere vegrer seg for å identifisere disse behovene hos sine pasienter. Hun sier at åndelighet betyr helhet og balanse og at åndelighet er noe vi alle trenger for å bli sett og møtt som hele mennesker.

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie står det at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasient sitt behov for helhetlig omsorg (ICN 2011) og European Association for palliative care sier at palliasjon handler om ivaretagelsen av både fysisk, psykisk, sosial og åndelige behov (EPAC 2015-2017). Ut fra disse retningslinjene bør åndelig omsorg være en integrert del av holistisk sykepleie. Jeg er undrende til om denne ivaretagelsen kommer pasientene til gode og ønsker derfor å belyse åndelig omsorg til pasienter i palliativ fase i dette litteraturstudiet.

## **1.2 Studiets hensikt**

Hensikten med litteraturstudiet var å belyse hvordan sykepleiere erfarer å ivareta åndelig omsorg til pasienter i palliativ fase.

## **1.3 Problemstilling**

Hvordan erfarer sykepleiere å ivareta åndelig omsorg til pasienter i palliativ fase?

## 2.0 Teoribakgrunn

På bakgrunn av studiets hensikt vil jeg i dette kapitlet si noe om åndelig omsorg i livets slutfase, palliasjon og pasienter i palliativ fase, kommunikasjon og å lindre lidelse. Til slutt vil jeg si noe om Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Jeg har valgt å bruke begrepet sykepleier, men vil presisere at gjennom dette studiet har jeg utviklet ferdigheter som avansert klinisk sykepleier. Definisjonen på avansert klinisk sykepleier er i henhold til studieplanen en autorisert sykepleier som har tilegnet seg kunnskap på ekspertnivå, ferdigheter i beslutningstaking og klinisk kompetanse. Dette gjelder også ferdigheter i å ivareta eksistensielle og åndelige behov hos pasienter i palliativ fase (Høgskolen i Molde, studieplan 2016).

### 2.1 Åndelig omsorg i livets slutfase

«Åndelig omsorg» som begrep blir i engelskspråklig litteratur omtalt som «spiritual care». Direkte oversatt kan åndelig omsorg stå som en samlebetegnelse for personalets tilnærming og innsats i forhold til eksistensielle og åndelige utfordringer og behov i livets slutfase (Helsedirektoratet 2015).

Begrepet «åndelig» kan skape for snevre assosiasjoner fordi det tradisjonelt har blitt satt likhetstrekk mellom åndelighet og religiøsitet. Jeg vil bruke definisjonen til EAPC Taskforce for spiritual Care in Palliative care for forståelsen av åndelighet i denne oppgaven:

«Spirituality is the dynamic dimension of human life that relates to the way persons experience, express and/or seek meaning, purpose and transcendence, and the way they connect to the moment, to self, to others, to nature, to the significant and/or the sacred» (EAPC 2015-2017).

Definisjonen peker på at mennesket står i et forhold til seg selv, til andre, til naturen og til det betydningsfulle og/eller hellige. I disse fire relasjonene søker, erfarer og uttrykker pasienten både mening, håp, hensikt og transcendens, det vil si noe som er større og utenfor en selv. Åndelig omsorg handler derfor mye om å prøve å finne ut hvordan pasienten har det i disse fire relasjonene (Kaasa og Loge 2016).

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer i palliasjon beskriver tre hoveddimensjoner som går over i hverandre. Det første er eksistensielle utfordringer og tilnærminger som handler om identitet og mening, lidelse og død, skyld og skam, frihet og ansvar og til slutt glede og livsmot. Dette er spørsmål som angår de fleste mennesker. Det andre er verdibestemte vurderinger og holdninger og handler om hva som er viktig og mest verdifullt for den enkelte. Dette innbefatter relasjoner til andre mennesker, forholdet til seg selv, til familie, venner, arbeid, ting, naturen, kunst og kultur. Det siste er religiøse overveielser og forankringer og forutsetter tro på eller søken mot en høyere makt. Her handler det om spørsmål om tro og tvil, fortapelse og evig liv, mulighet for tilgivelse og forsoning i møte med Gud og mennesker, Guds nærvær i lidelsen, menneskeverd med tanke på det livet man har levd/lever, bønnens plass og mulighet for guddommelig helbredelse (Helsedirektoratet 2015).

## **2.2 Palliasjon og pasienter i palliativ fase**

Helsedirektoratet (2015) sier at pasienter er i en palliativ fase når kurativ behandling avsluttes. I noen anbefalinger blir denne fasen avgrenset til pasienter med antatt forventet levetid mindre enn 9-12 måneder. I realiteten er dette en prosess som starter når det erkjennes at pasientens sykdom er uhelbredelig og som avsluttes når pasienten dør. Denne fasen kan da strekke seg fra noen dager til år og fokuset er palliasjon. Verdens helseorganisasjon har definert palliasjon som:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientenes fysiske smerte og andre symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasient og pårørende. Palliativ behandling verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av selve livet (Helsedirektoratet 2015, s. 11)

Tittelen på handlingsprogrammet tilsier at dette handler om kreftpasienter, men det blir påpekt at det gjelder alle palliative pasienter uavhengig av diagnoser.

Respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet er grunnlaget for utøvelsen av sykepleie (ICN 2011). Menneskeverdet knyttes til eksistens og menneskets

ukrenkelighet, og skal ikke påvirkes av livssyn og moraloppfatninger. For sykepleiere betyr respekten for livet også respekt for en verdig død, der målet er å hjelpe pasienten til å fullføre livet i motsetning til å avslutte livet (Rønsen og Jacobsen 2016). Vi må hjelpe pasienten å erkjenne livets sårbarhet for å kunne gi livet verdighet. En del av livets verdighet består i å få hjelp til å forsones seg med levd liv og akseptere døden (Holm og Husebø 2015).

### **2.3 Livskvalitet og betydningen av kommunikasjon**

Kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare*, som betyr «å gjøre felles», noe som gjør at vi kan dele tanker, følelser og meninger med hverandre. Det binder mennesker sammen (Wikipedia, lest 25.02.18). Den overordnede målsettingen for all palliativ behandling og pleie er livskvalitet. Livskvalitet er en subjektiv opplevelse og kan derfor bare kartlegges ved å kommunisere med pasienten. Gode ferdigheter i kommunikasjon blir derfor viktig i møte med pasienter i palliativ fase (Helsedirektoratet 2015). Livskvalitet handler om psykisk velvære, slik den enkelte person opplever det innenfra (Holm og Husebø 2015). Hva som er livskvalitet for en person er derfor ikke nødvendigvis livskvalitet for en annen. Som helsepersonell blir det viktig å lytte til den enkeltes livshistorie for på den måten få tak i hva som er betydningsfylt for den enkelte og støtte dem i deres veivalg (Rønsen og Jacobsen 2016).

For å etablere en god dialog med pasienten er det viktig at helsepersonell har evne til å lytte og respondere på pasientenes verbale -og non verbale kommunikasjon. Kontinuitet over tid er av stor betydning for at pasienten vil ta opp spørsmål som omhandler eksistensielle spørsmål og spørsmål som omhandler relasjoner til sine nærmeste (Helsedirektoratet 2015). Et omfattende forskningsmateriale viser fordelene med kommunikasjon til pasienter med alvorlig sykdom. Blant annet viser den at pasienter som var klar over sin prognose og hadde innfunnet seg med sykdommen, hadde mindre psykisk nød og bedre livskvalitet den siste tiden av livet. Sykepleiernes kommunikasjonsferdigheter hadde stor betydning i denne prosessen (Dahlin og Lynch 2013).

## 2.4 Å lindre lidelse

Lidelsen kan ha mange årsaker, for eksempel sorg over det vi har mistet eller holder på å miste. Det kan være sorg over adskillelsen av de man er glad i og over livet generelt. Lidelse er ofte mer enn et symptom, og det rommer både den fysiske, psykiske, sosiale og åndelige smerte (Rønsen og Jacobsen 2016). Når døden nærmer seg vil forsvarsverket for det åndelige og eksistensielle bli revet bort. Det kan ofte være vanskelig å dele sine tanker om håp, mening, tro og tvil. For hjelperen er det viktig å være klar over at dette er et sårbart område. Vi kan aldri forstå et menneske fullt ut, men vi må våge å anerkjenne lidelsen, tåle å være til stede selv når ordene blir fattige (Carlenius 2008).

## 2.5 Sykepleieteori

I dette litteraturstudiet har jeg valgt å bruke sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (1999), fordi hennes teori vektlegger det unike i hvert enkelt menneske. Hun fremhever viktigheten av å se kommunikasjon som en prosess der sykepleieren utvikler et menneske-til-menneske-forhold til pasienten, og hun understreker betydningen av å bli kjent med pasienten som person. I denne relasjonen oppfatter og responderer både sykepleier og pasient på den andre som individ. Det er viktig at sykepleieren gjennom sine handlinger for individet viser at hun har et ønske om å bistå individet for den de er, og ikke fordi de er rammet av sykdom. Ved å hjelpe individet med å finne mening med sine erfaringer knyttet til sykdom og lidelse, bistår sykepleieren pasienten til å betrakte sykdom som en naturlig del av selve livet (Travelbee 1999). Hun definerer sykepleie slik:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee 1999, 29).

Hun sier også at ingen kan eksponeres for sykdom, lidelse og død uten å forandre seg. Ved at sykepleieren konfronteres med andres sårbarhet stilles hun/han overfor sin egen sårbarhet og må akseptere og erkjenne seg selv som menneske i møte med et annet menneske. Dette sier hun er en forutsetning for å kunne akseptere andre mennesker (Travelbee 1999).

## **3.0 Metodebeskrivelse**

I henhold til retningslinjene for skriving av fordypningsoppgave ved Høgskolen i Molde har jeg i denne oppgaven valgt å benytte litteraturstudie som metode. For å kunne utføre en litteraturstudie må man legge til grunn gode forskningsartikler, basert på tidligere forskning og målet er å gi svar på en tydelig formulert problemstilling (Forsberg og Wengstrøm 2013).

### **3.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier**

Inklusjonskriterier:

- Artiklene må være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk.
- Artikler som har sykepleier perspektiv.
- Voksne over 18 år.
- Ikke andre religioner enn kristendommen.
- Etisk godkjente artikler.
- Originalartikler.
- Kvalitative artikler

Eksklusjonskriterier:

- Reviewartikler.

## **3.2 Datasamling**

### **3.2.1 Plan for litteratursøk**

I følge retningslinjene for en litteraturstudie skal metoden være så godt beskrevet at andre skal kunne gjenta undersøkelsen (Høgskolen i Molde 2016).

Januar 2018 startet jeg å søke etter relevante artikler som kunne svare på min problemstilling. Jeg bestilte time hos bibliotekar 19.01.18 og i forkant satte jeg opp et utkast til PICO-skjema. Sammen med bibliotekar kom vi fram til gode søkeord og jeg fikk hjelp til å komme i gang med søkningen. Dette har vært en lang prosess, og nye søkeord har kommet til underveis i prosessen.

Et PICO-skjema er et verktøy som vi kan bruke for å dele opp problemstillingen slik den blir strukturert på en hensiktsmessig måte. Problemstillingen skal være formulert som et presist spørsmål og bestå av følgende deler: P står for population og beskriver hvilken pasientgruppe eller populasjon man ønsker å undersøke. I står for intervation og her skal man beskrive hvilke tiltak eller hvilken intervensjon man ønsker å vurdere. C står for comparison og her skal man sammenligne to tiltak og O står for outcome og handler om hvilke utfall eller endepunkt vi er interessert i og hvilken effekt av tiltaket vi ønsker å vurdere (Nortvedt et al. 2016). Jeg valgte å utelukke comparison fordi jeg ikke skulle sammenligne et tiltak mot et annet, og dermed ente jeg opp med et PIO-skjema, se skjema 1.

	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>O</b>
<b>Norsk</b>	Palliasjon Slutten på livet Terminal* Død* Dø* Døende	Ånd* Åndelig omsorg Åndelig Åndelig* omsorg* Eksistensiell Åndelighet	Sykepleier Erfaring* Profesjonell Ansvar Sykepleie utfordringer
<b>Engelsk</b>	Palliati* End of life Terminal* Death* Die* Dying	Spirit* Spiritual care Spiritual Spirit* care* Existensial* Spirituality	Nurs* Experienc* Professional Responsibility Nurses Challenges

**Skjema 1. Oversikt over søkeord.**

### 3.2.2 Søkehistorikk

Ovid er en database med forskningsartikler knyttet til medisinske tidsskrifter. Bibliotekar anbefalte meg å bruke denne databasen som inkluderer Medline, PsycINFO og Proquest. I



tillegg gjorde jeg søk i Oria, Cinahl og SveMed+. De fleste søkene ble gjort i Medline. Av boolske operatører brukte jeg kombinasjonsordene AND og OR for å kombinere søkeord fra PIO-skjemaet. OR utvider søket ved å gi treff på artikler som inneholder enten det ene eller det andre søkeordet. AND avgrensner søket ved å kun gi treff på artikler der begge søkeordene er med. Jeg brukte også trunkeringstegnet \* for å få med flest mulig varianter av ordene. Trunkering vil si å søke på stammen av ordet (Nortvedt et al. 2016). Da jeg ikke har erfaring med litteratursøk fra tidligere har jeg brukt mye tid på denne prosessen. Jeg har gjort mange like søk over flere uker, men for meg har det vært en læringsprosess der jeg til slutt endte opp med 8 artikler fra Ovid Medline og to fra Oria. De samme artiklene har dukket opp i mange av søkene, men nye artikler har også dukket opp underveis. Til sammen har jeg lest 92 abstract, 28 artikler og endte til slutt opp med å inkludere 10 artikler i dette litteraturstudiet. En av artiklene som jeg ville se nærmere på etter å ha lest referanselister kom ikke opp via søkeprosessen, dermed ble det gjort ett manuelt søk. Se vedlegg 1 som viser søkehistorikk med søkeord og vedlegg 2 som viser utvelgelsesprosessen av artiklene.

### **3.2.3 Kvalitetsvurdering**

I retningslinjen for litteraturstudiet står det at utvelgelsen av artiklene skal være basert på kvalitetsvurderinger (Høgskolen i Molde 2016). For å få oversikt over artiklene jeg trodde var aktuelle, startet jeg med å lese gjennom den enkelte artikkel for å sjekke at tittel og innhold kunne gi svar på min problemstilling. Allerede her var det noen av artiklene som ble ekskludert. Videre tok jeg i bruk sjekklister for å vurdere om artiklene var innenfor kravet til kvalitativ forskning (Helsebiblioteket 2016). Alle artiklene jeg hadde valgt var kvalitative. Her er det 10 kontroll spørsmål som skal besvares, og svaralternativene var «ja», «nei» og «uavklart». Kvalitativ forskning kan generelt karakteriserast av et utvalg med relativt få informanter, men med et rikt beskrivende datamateriale. Hensikten med kvalitativ forskning er å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser, oppfatninger og holdninger (Nortvedt et al. 2016).

Jeg undersøkte så om artiklene var refereedømt og kvalitetssikret. Dette gjorde jeg ved å sjekke tidsskriftene artiklene er utgitt gjennom. Norsk senter for forskningsdata (NSD 2018) angir nivået for tidsskriftene og nivået må være 1 eller 2, der 2 anses som best. Alle tidsskriftene som jeg har valgt å bruke oppfylte dette kriteriet.

### 3.2.4 Etske hensyn

Forfatterne av artiklene må ta hensyn til etiske vurderinger som anonymisering og taushetsplikt. De må ha godkjenning av studiet fra etisk komite. Dette skal komme tydelig frem i artikkelen som en del av kvalitetssikringen. Artiklene beskriver godt hvordan fremgangsmåten for studiet er gjennomført. Noen av studiene baserer seg på frivillighet der de som ønsker å delta melder seg selv, mens de fleste studiene har gitt både skriftlig og muntlig informasjon. Alle studiene gir deltakerne mulighet til å trekke seg underveis. I arbeidet med denne litteraturstudien har jeg forsøkt å være bevisst min rolle. Det er viktig at jeg ikke lar min forforståelse om temaet påvirke min tolkning av funnene, men møte funnene med et åpent og nøytralt fokus.

### 3.2.5 Analyse

I min litteraturstudie valgte jeg å benytte Evans (2002) fire steg for systematisk å innhente informasjon om artiklene og deretter analysere funnene. Disse fire punktene vil jeg nå beskrive.

Trinn 1: Her skal man samle inn data som skal analyseres (Evans 2002). Jeg startet med å sette opp et pio-skjema, se punkt 3.2.1. Dette brukte jeg i søkeprosessen for å innhente aktuelle forskningsartikler, se vedlegg 1 for søkehistorikk. Videre kvalitetsvurderte jeg artiklene før jeg ekskluderte de som ikke var aktuelle. Jeg fant 28 artikler som jeg leste, der jeg satt igjen med 10 artikler, se vedlegg 3. Artiklene er markert med tall fra 1-10.

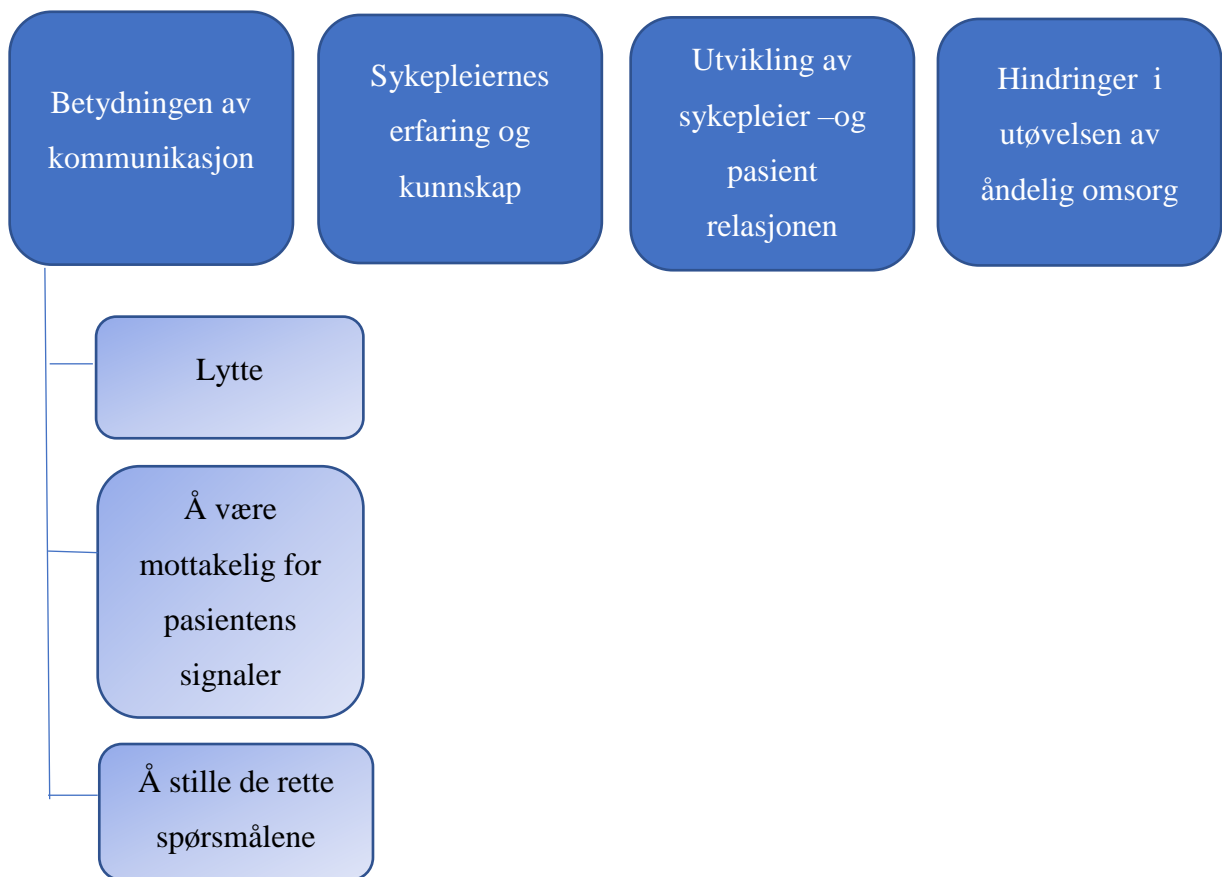
Trinn 2: Her skal funn fra hver artikkel identifiseres (Evans 2002). For at jeg skulle få en helhetlig forståelse for artikler startet jeg med å lese igjen hver enkelt artikkel og ved hjelp av google translate oversette jeg de fleste artiklene ordrett for å være sikker på at innholdet var forstått. Deretter leste jeg igjennom artiklene gjentatte ganger for å sikre at artiklene var relevante og svarte på min problemstilling. Jeg noterte ned hovedfunn underveis og dette ble så lagret på et eget dokument, se vedlegg 3.

Trinn 3: Her skal alle funnene i artiklene knyttes sammen for deretter utarbeide temaer for hovedfunnene (Evans 2002). Jeg valgte å sette hovedfunnene opp i et skjema og arbeidet ut fra det. Funn som var i samme kategori ble samlet da mange av nøkkelfunnene hadde samme betydning.

Trinn 4: Her skal resultatdelen presenteres som hovedtemaer og undertemaer i form av synteser. (Evans 2002). Jeg valgte å bruke de nøkkelordene som gikk igjen flest ganger og laget synteser ut fra det. Hovedtemaer og undertemaer ble dannet av funnene, og ulike sitater ble brukt for å belyse funnen mine. Resultatene blir presentert i resultatdelen.

## 4.0 Resultat

Hensikten med litteraturstudiet var å belyse hvordan sykepleiere erfarer å ivareta åndelig omsorg til pasienter i palliativ fase. Jeg kom fram til fire hovedtemaer og tre undertemaer: 1) Kommunikasjon; Lytting, å være mottakelig for pasientenes signaler og å stille de rette spørsmålene. 2) Sykepleiernes erfaringer og kunnskaper. 3) Utvikling av sykepleier -og pasient relasjonen. 4) Hindringer i utøvelsen av åndelig omsorg. Dette vises i figur 1.



Figur 1: Modell for litteraturstudiets tema med undertema.

### 4.1 Betydningen av kommunikasjon

Alle mine ti inkluderte artikler anså god kommunikasjon som viktig for å avdekke åndelige behov og en av artiklene hevdet at kommunikasjon er hjertet for åndelig omsorg (Walker og Waterworth, 2017). Lytting, sensing og å stille de rette spørsmålene er tre viktige

faktorer som går igjen. Noen av informantene sier at de gjenkjenner åndelig nød på måten pasientene snakket om meningen med livet på og på spørsmålene de stilte til sykepleierne (Walker og Waterworth 2017 og Giske og Cone 2015).

#### **4.1.1 Lytting**

I sju av artiklene blir lytting til pasientene sine følelser vektlagt for å avdekke åndelige behov. (Tornøe et al. 2014, Keall et al. 2014, Walker og Waterworth 2017, Ronaldson et al. 2017, Minton et al. 2017, Nixon et al. 2013 og Browall et al. 2010). Ved å lytte signaliserer sykepleierne at de har tid til å sitte ned og lytte på pasientene sine bekymringer. Denne tilstedeværelsen beskriver informantene som viktig for å avdekke åndelig nød. Dette er en egenskap som krever at sykepleieren både er oppmerksom på det som blir sagt, er nærværende og lyttende (Tornøe et al. 2014, Keall et al. 2014, Walker og Waterworth 2017, Ronaldson et al. 2017, Minton et al. 2017, Giske og Cone 2015 og Browall et al. 2010). En informant sa: «*Just being there, sharing the pain, and letting them talk, if that's what they need, sometimes that's all you can do*» (Tornøe et al. 2014, s. 3).

I følge noen av sykepleierne var de pasientene som fikk anerkjennelse for sine åndelige verdier, bedre rustet til å takle utfordrende helsemessige forhold. På slutten av livet var denne lyttende og bekreftende holdningen svært viktig (Minton et al. 2017).

Å lytte krever mot til å tørre å være i stillheten. Å dele stillheten med pasienten krevde personlig mot. Gjennom stillheten opplevde sykepleierne at de kunne formidle trøst til pasientene, og gjennom stillheten kunne de oppleve at pasientene fant mot til å tørre å åpne opp og snakke om sine følelser (Tornøe et al. 2014, Keall et al. 2014, Browall et al. 2014, Walker og Waterworth 2017, Minton et al. 2017 og Giske og Cone 2015).

#### **4.1.2 Å være mottakelig for pasientens signaler**

I artiklene blir ord som intuisjon, sjå etter tegn, være «in-tunet», zoome inn, sanse og sensitiv brukt for å beskrive viktigheten av fange opp signalene som pasientene sender. (Tornøe et al. 2015, Tornøe et al. 2014, Walker og Waterworth, 2017, Ronaldson et al. 2017, Minton 2017, Nixon 2013, Giske og Cone, 2015 og Browall 2010). Ved å være tilstede i øyeblikket er sykepleierne mer oppmerksom for å fange opp det som plager

pasientene. Det kan være små flyktige øyeblikk der pasienten ønsker å snakke (Tornøe et al. 2015) eller å forstå det som ikke blir sagt med ord, men bare med kroppsspråk. Disse øyeblikkene kunne komme spontant, for eksempel under stell eller i andre settinger der sykepleieren gav utrykk for at hun hadde tid til å lytte. Evnen til å sanse disse øyeblikkene ble sett på som en viktig ferdighet. (Tornøe et al. 2015 og Minton et al. 2017). En av informantene sa: «*Sometimes you might meet someone and just get the sense that they have this overwhelming pain, not a physical pain; a spiritual distress*» (Walker og Waterworth 2017, s.21). Og en annen informant sa: «*He was reasonably physically strong. However it was obvious that beneath a relatively calm extention, he was in great distress – I would say spiritual distress*» (Nixon et al. 2013, s. 5).

Flere av artiklene sier at det kreves erfaring og mot for å sanse signalene som pasientene sender. Den åndelige smerten kunne ofte være skjult bak fysisk smerte, noe som ofte komplisere evnen til å avdekke den åndelige smerten. Pasientene kunne av og til være for trøtt til å snakke, dette krevde også evnen til å sanse at pasienten ønsket ro, kanskje en trøstende berøring eller bare en lydløs tilstedeværelse. (Tornøe et al. 2015, Tornøe et al. 2014, Keall 2014, Browall 2014, Walker og Watherworth 2017, Ronaldson 2017, Nixon 2013 og Giske og Cone 2015).

#### **4.1.3 Å stille de rette spørsmålene**

Sykepleierne opplevde at for å kunne gi god åndelig omsorg måtte de ha evnen til å spørre de rette spørsmålene. Ved å stille de rette spørsmålene viste sykepleierne at de var villig til å gå inn i det ukjente og åpnet opp for samtale med pasientene på pasientene sine premisser. De måtte da være villig til å lytte til det som plaget pasientene. De kunne ikke stille spørsmål for deretter å gå ut av rommet. De måtte da signalisere til pasientene at de hadde tid til å lytte. (Tornøe et al. 2014, Keall et al. 2014, Walker og Waterworth 2017, Ronaldson et al. 2017, Minton et al. 2017, Giske og Cone 2015 og Browall 2010). Ved å stille de rette spørsmålene opplevde sykepleierne ofte at pasientene åpnet opp og delte sin åndelige nød. Noen av spørsmålene som ble brukt var: «Hva bekymrer du deg for»? «Er du redd»? «Hva er mest plagsomt for deg nå»? Ved å stille de rette spørsmålene kunne også sykepleierne hjelpe pasient og pårørende til å snakke sammen (Minton et al. 2017 og Browall et al. 2010). En av informantene sa:

«... coming in and using correct words and phrases in facilitating a discussion with the family, open(ing) it up for dialogue among them where I can just step back and let them have the dialogue.... it takes the patient to verbalize that they are ready to begin these end-of-life discussions... the family all just breathes a big sigh of relief... but someone has to do that.» (Minton et al. 2017 s. 179).

Flere sykepleiere sa det var viktig å bygge tillit før de spurte etter åndelige og eksistensielle behov. Når de følte de hadde skapt tillit til pasientene kunne de være ganske så direkte og opplevde at pasientene åpnet seg (Tornøe et al.2015 og Tornøe et al. 2014). En sykepleier sa hun spurte alltid om lov til å spørre direkte spørsmål, hun sa det slik: «Can I ask you a direct question? If the patient agrees I'll ask question like: How do you feel about dying? Have you spoken with your wife about your situation?» (Tornøe et al. 2015, s. 5).

De rette spørsmålene kunne også hjelpe pasientene til å dele sin livshistorie, og gjennom livshistorien kunne sykepleierne oppleve å få tilgang til pasientenes indre eksistensielle behov (Browall et al.2014).

## **4.2 Sykepleiernes erfaringer og kunnskaper**

I flere av studiene blir erfaring og kunnskap sett på som viktig for å kunne avdekke åndelig nød og lidelse, og på den måten gi åndelig omsorg til pasientene. Personlighet, bakgrunn og modenhet til sykepleieren hadde betydning for hvordan åndelige behov ble ivaretatt. Modenhet, oppnådd gjennom personlig eller profesjonell erfaring, kunne hjelpe sykepleieren til å kjenne seg selv på et dypere plan, dermed var det lettere å åpne opp og tørre å gå inn i de vanskelige samtalene. De eldre sykepleierne ble sett på som mer robuste enn de yngre sykepleierne og det hjalp dem til å tørre å møte den andres lidelse. (Tornøe et al. 2015, Tornøe et al. 2014, Keall et al. 2014, Browall et al. 2014, Walker og Waterworth 2017, Ronaldson et al. 2017, Nixon et al. 2013 og Giske og Cone 2015).

Gode kommunikasjonsferdigheter ble sett som viktig kunnskap for å avdekke åndelig nød. Flere sykepleiere uttrykte en følelse av utilstrekkelighet, avmakt, tristhet og usikkerhet i møte med de åndelige behovene fordi de opplevde mangel på denne kunnskapen. Noen av sykepleierne synes det var spesielt vanskelig å møte pasienter som hadde spørsmål som

gjaldt skyld og straff, (Tornøe et al. 2015, Browall et al. 2014 og Nixon et al. 2013). En informant sier: «*at this point I didn't realise that this poor woman had spiritual needs; I could or should have*» (Nixon et al. 2013, s. 6).

For å gi åndelig omsorg var det en fordel å ha en forståelse for egen tro. En av sykepleierne sa at hun ikke var opptatt av tro og så derfor heller ikke etter åndelig behov hos sine pasienter. Hun sa det slik: «*I think if you aren't comfortable in your spirituality you don't think about it. If you don't think about it, then you don't ask about it*» (Walker og Waterworth 2017, s.22). Det kom frem at de eldste sykepleierne hadde ofte et mer avklart forhold til egen tro, og dermed var de mer villige til å etterspørre og gjenkjenne denne form for lidelse (Tornøe et al. 2015, Tornøe et al. 2014, Keall et al. 2014, Walker og Waterworth 2017, Ronaldson et al. 2017, Nixon et al. 2013 og Giske og Cone 2015).

### **4.3 Utvikling av sykepleier -og pasient relasjonen**

Utvikling av sykepleier-pasient forhold ble sett på som viktig for å avdekke åndelig nød. Ved kontinuitet i omsorgen var det lettere å bygge denne relasjonen. Når sykepleierne opplevde å etablere en forbindelse til pasienten var det lettere å tørre å spørre de vanskelige spørsmålene eller sense forandringer hos pasientene som kunne tyde på åndelig nød eller lidelse (Tornøe et al. 2014, Keall et al. 2014, Browall et al. 2014, Walker og Waterworth 2017, Minton et al. 2017 og Giske og Cone 2015). En informant sa følgende: «*as you build up a relationship with them you might see a particular pattern with the way people are behaving and you might get a sense that it's spiritual distress*» (Walker og Waterworth 2017, s. 21).

Det var viktig for sykepleierne å bygge tillit, gå sammen med, engasjere seg i, være åpen og følelsmessig nær til pasientene. De følte da det var lettere å hjelpe pasientene til å ta imot døden, hjelpe familiemedlemmer til å snakke sammen for å dele sin sorg, få fred både med seg selv, sine kjære og med Gud og hjelp til å ta avskjed (Tornøe et al. 2015, Tornøe et al. 2014, Keall et al. 2014, Browall et al. 2014, Walker og Waterworth 2017 og Ronaldson et al. 2017).

Sykepleierne kunne oppleve denne nære relasjonen som svært krevende fordi de kom i kontakt med sin egen sårbarhet. De opplevde de utfordrende å være «søppelbøtte» for



pasientene, fordi når pasientene følte seg trygge og hadde tillit våget de å åpne opp. Sykepleierne opplevde da at de ikke kunne trekke seg ut, men måtte våge å stå i lidelsen sammen med pasientene (Tornøe et al. 2015, Tornøe et al. 2014 og Giske og Cone 2010). I en artikkel ble bønn ble brukt for å lindre pasienten sin åndelige nød. Sykepleieren hadde da utviklet en nær relasjon til pasienten og våget dermed å bruke bønn. I dette tilfellet hadde pasienten sterke fysiske smerter, men ville ikke ta imot smertestillende. Etter at de hadde bedt sammen tok pasienten imot morfin regelmessig. Pasienten døde smertefri og med fred til Gud. Denne sykepleieren gikk utenfor sin egen komfort sone og våget å hjelpe pasienten (Tornøe et al.2015).

#### **4.4 Hindringer i utøvelsen av åndelig omsorg**

Mangel på tid var en av grunnene som ble brukt for ikke å gi åndelig omsorg. Sykepleierne opplevde det vanskelig å skulle se etter åndelig nød og vite at de ikke hadde mulighet til å hjelpe pasienten i deres nød (Tornøe et al. 2015, Tornøe et al. 2014, Nixon et al. 2013 og Browall et al. 2010). Det kom fram at på akutte avdelinger var det vanskeligere å finne tid enn andre steder. Denne tidsbegrensningen førte igjen til at personalet hadde lite oppmerksomhet på åndelige behov (Nixon et al. 2013), en av sykepleierne formidlet det slik:

I'm sorry, I have no experience of this. I think our area is too acute. From (personal) experience I think my spiritual needs are important at the point of diagnosis or later when the acute phase is past. My it would be better to target the oncology nurse (Nixon et.al. 2013, s. 6).

Flere av sykepleierne beskrev åndelig omsorg som vanskelig fordi de var usikre på hvordan de skulle håndtere de åndelige behovene. Flere følte de manglet gode kommunikasjonsferdigheter for å tørre å møte disse behovene og de følte det var et ukjent område å bevege seg inn. Flere av sykepleierne ønsket å gi åndelig omsorg og følte det var en viktig del av utøvelsen av yrket, men på grunn av usikkerheten våget de ikke (Tornøe et al 2015, Tornøe et al. 2015, Keall et al. 2014, Browall et.al 2014, Ronaldson et al. 2017, Nixon et al. 2013 og Giske og Cone 2015). I en artikkel kommer det frem at de hadde kartleggingsverktøy, men det var kun en sykepleier som brukte det (Walker og Waterworth 2017).

Det kom også fram i flere av artiklene at eldre sykepleiere og sykepleiere som jobbet i palliative settinger hadde større evne til å avdekke åndelig nød. Dette ble forklart med at de hadde mer livserfaring, var tryggere i sin rolle som sykepleier og hadde et avklart forhold til egen tro. Yngre sykepleiere var mindre opptatt av å gi åndelig omsorg fordi det enten var ukjent for dem eller de ikke visste hvordan de skulle håndtere disse spørsmålene (Tornøe et al. 2015, Tornøe et al. 2014, Keall et al. 2014, Browall et al. 2014, Walker og Waterworth 2017, Ronaldson et al. 2017, Nixon et al. 2013 og Giske og Cone 2015).

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Metodediskusjon

Denne delen består av en kritisk drøfting av metodens styrker og svakheter ved søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyse (Høgskolen i Molde 2018).

#### 5.1.1 Søkestrategi

Det anbefales å avgrense søkene til de siste fem år, men kan utvides dersom antall treff er for få (Støren 2013). Jeg valgte å avgrense søkene til 2013, for å innhente den nyeste forskningen. Jeg har gjorde likevel to søk fra 2008, for å se om det fantes eldre forskning som kunne være relevant, og endte opp med en artikkel fra 2010, da den var aktuell for min problemstilling. Jeg vet at manuelle søk er et avvik i forhold til en litteraturstudie, men på grunn av kildehenvisning i en av artiklene endte jeg opp med et manuelt søk. Dette kan være en svakhet, men da de andre inkluderte artiklene er søkt opp via databaser anser jeg det som troverdig med et manuelt søk. Jeg har kun brukt kvalitative artikler, noe som er en styrke i forhold til mine funn.

Søkeprosessen opplevde jeg som vanskelig da dette er helt nytt for meg. Jeg hadde i starten problem med å få tilgang til bibliotekets søkebaser utenfra, så jeg gjorde noen prøvesøk fra Helsebiblioteket. Det var først etter veiledning fra bibliotekar jeg forstod hvordan søkene skulle gjøres. Med god hjelp av bibliotekar fikk jeg gode søkeord. I etterkant ser jeg at mange av søkene er tilnærmet like. Under søkeprosessen opplevde jeg å få mange like søk i de ulike databasene, men da jeg ikke var oppmerksom på at like søk skulle registreres, har jeg dermed ikke oversikt over duplikat som skulle inn i flytskjemaet, se vedlegg 2. Under denne prosessen har jeg brukt unødvendig tid, og muligens kan jeg ha oversett aktuelle artikler.

Mine inklusjons -og eksklusjonskriterier var til god hjelp da jeg søkte etter relevante artikler og til å luke ut artikler som var uaktuell for min problemstilling. En av artiklene (Nixon et al. 2013) omhandlet identifisering av åndelig omsorg til spesifikt nevrokirurgiske pasienter, men ble valgt på grunn av verdifull informasjon i forhold til problemstillingen min.

Alle inkluderte artikler var skrevet på engelsk og dette har vært utfordrende for min del, da jeg ikke behersker engelsk så godt. Jeg har reflektert over at dette kan være en feilkilde da jeg kan ha feiltolket tekstene eller oversett viktige funn. Min personlige tro kan også ha påvirket valg av artikler selv om jeg bevisst har prøvd å legge vekk min forforståelse. Bakgrunnen til en forsker vil bevisst eller ubevisst kunne påvirke resultatene og det er vanskelig å forholde seg nøytral til forskningen (Jacobsen 2005). Dette kan sees på som en mulig svakhet i oppgaven.

### **5.1.2 Kvalitetsvurdering**

I fire av studiene var alderen til sykepleierne mellom 24-67 år, i fire andre artikler var alderen mellom 30-64 år og i to av studiene var alder ikke oppgitt. Dette kan være en svakhet da de fleste informantene har lang både yrkeserfaring og livserfaring, men samtidig en styrke fordi de har nettopp denne erfaringen. En styrke ved studien er at informantene jobber ulike steder innenfor helse, både sykehus, sykehjem, hjembasert omsorg og hospice er representert.

Kvalitativ forskning kjennetegnes ved relativt få informanter men med et rikt beskrivende datamateriale (Nortvedt et al. 2016). To av mine artikler har mange informanter, den ene artikkelen hadde 83 informanter og den andre 42 informanter. Grunnen til at jeg valgte disse to artiklene var at det er brukt spørreskjemaer med åpne spørsmål, der informantene får dele sine erfaringer. Jeg tenker det er viktig å få tak i disse erfaringene da det belyser temaet i min oppgave, likevel ser jeg ikke bort fra at det kan være en feilkilde.

Å kvalitetssikre artiklene ved hjelp av sjekklister var også en utfordring for meg. Da dette er første gang jeg har gjort det på egenhånd kan jeg lett ha oversett mangler i artiklene.

Dette er i så fall ikke en bevisst handling, men heller mangel på erfaring.

Det er kun jeg som har utført denne litteraturstudien, noe som kan gi svekket kvalitet fordi data ikke er sammenliknet med en annens oppfatning.

### **5.1.3 Analyse**

Jeg valgte å bruke Evans analysemodell (2002) for å innhente funn fra de inkluderte artiklene. Dette var til stor hjelp for meg da jeg aldri har gjort en litteraturstudie tidligere. Ved å bruke denne modellen fikk jeg hjelp til å arbeide meg gjennom hver artikkel og trekke ut likheter/ulikheter og til slutt lage min egen syntese av artiklene. Dette har vært en lang, vanskelig og krevende prosess. Jeg ser i ettertid at jeg kunne vært enda mer

systematisk og gått enda mer inn i artiklene, men på grunn av tidsaspektet måtte jeg etter hvert si meg fornøyd med de funnene jeg hadde, for å komme videre i oppgaven. Det har vært læring og feiling underveis i denne prosessen, og jeg har gått tilbake til artiklene flere ganger for å sjekke at jeg har forstått innholdet korrekt. Dette kan være en svakhet i oppgaven.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

Del to består av drøfting av resultat oppimot studiens hensikt, bakgrunnsteori, ny relevant teori eller forskning (Høgskolen i Molde 2016).

### **5.2.1 Kommunikasjonens betydning for utøvelsen av åndelig omsorg**

Litteraturstudiet viser at kommunikasjon er en viktig faktor for å identifisere åndelige behov for pasienter i palliativ fase. Kommunikasjon handler om at alle mennesker lever sine liv i relasjon til andre mennesker. I alle relasjoner foregår det kommunikasjon og hverdagene består av store og små møter mellom mennesker. Både det vi gjør og det vi ikke gjør blir fortolket av noen, vi både forstår og misforstår. Uansett hva mennesket gjør kommer det ikke utenom kommunikasjon med andre. Vi kommuniserer både gjennom ord og setninger samtidig som vi viser interesse eller mangel på interesse ved ansiktsuttrykk, stemme, blick og kroppsspråk (Jensen og Ulleberg 2015).

Hvordan kan da kommunikasjon identifisere åndelige behov? Åndelig omsorg handler om å prøve å forstå hvordan pasientene har det med seg selv, i forhold til andre, til naturen og til en høyere makt, det vil si det gudommelige. I mine funn kommer det fram at å lytte til pasientene og å stille de rette spørsmålene hjelper pasientene til å åpne opp og dele sine bekymringer. Dette er i samsvar med det som står i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer i kreftomsorgen (2015). Her blir behandlerens evne til å lytte og respondere på pasientenes nonverbale kommunikasjon vektlagt. For å etablere en god dialog kreves det evne til å forstå det som ikke blir sagt med ord, men som pasienten likevel ønsker at sykepleieren skal forstå og gripe fatt i. Jeg opplevde nylig å komme inn på et rom der pasienten lå helt på det siste. Pasienten hadde innfunnet seg med døden mens pårørende ikke var klar til å miste mor og kone. Det var en ansent stemning på rommet og pårørende stirret intens på pasienten som pustet svakere og svakere. Jeg formidlet til dem at pasienten kunne høre hva de sa, om de ønsket å si noe. Både mann og sønn kom med kjærlighetserklæringer, gode ord og takket for alt hun hadde gitt dem. Etter noen få

minutter døde pasienten. I etterkant har jeg undret meg over om pasienten ventet på disse ordene for å få fred. Ved å forstå det nonverbale språket til både pasient og pårørende og samtidig sanse atmosfæren i rommet ble de siste minuttene gode til tross for sorgen til pårørende.

Studiet viser at sykepleiere som tar seg tid til å lytte til pasientene sine bekymringer og viser med sin tilstedeværelse at de er interessert og oppmerksom på det som blir sagt, lettere vil avdekke åndelig nød og lidelse hos pasientene. Pasientene er på sin side oppmerksom på sykepleierens kroppsspråk. Ved å sette seg ned på sengekanten eller på en stol ved siden av sengen signaliseres en nærværende og lyttende holdning. Marie Aakre (2007) sier at det ikke er fristende å dele sitt hjerte for løpende føtter, ansiktet må være vendt mot den andre for at det skal åpnes opp for samtale. Som sykepleier er det viktig å lytte til den enkeltes livshistorie. Gjennom denne livshistorien kan vi få innblikk i noe som er av stor betydning for pasienten. Når livet går mot slutten ønsker vi at livet skal være mest mulig fredfullt for pasienten. Da kan pasienten trenge en god samtalepartner som har tid til å lytte og stille de rette spørsmålene. På den måten kan pasienten få hjelp til å forsone seg med ting som har skjedd i livet og hjelp til å ta avskjed med sine nærmeste (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Livskvalitet er en subjektiv opplevelse, og kan bare kartlegges ved å kommunisere med pasienten og hjelpe pasienten til å forsone seg med et levd liv og akseptere døden (Holm og Husebø 2015). Dette samsvarer med det Marie Aakre sier om å hjelpe pasienten til å summere opp livet, rydde opp, forberede seg på sin egen død og til slutt ta farvel med sine nærmeste. Dersom pasientene får hjelp til dette arbeidet kan det fremme livskvalitet og verdighet helt inn i avslutningen av livet (Aakre 2016).

Travelbee (1999) sier at vi må lytte til pasientene sine fortellinger, støtte dem i deres veivalg og etterspørre hva som er viktig for den enkelte pasient. Dette stemmer overens med mine funn som viser betydningen av å stille de rette spørsmålene. Ved å stille de rette spørsmålene opplevde ofte sykepleierne at pasientene åpnet opp og delte sin åndelige nød. Dette krevde at sykepleierne var mottakelig for pasientens signaler. Det kunne være små flyktige øyeblikk i stell situasjon eller et ansiktsuttrykk som formidlet mer enn fysisk smerte. Gjennom mange års yrkeserfaring har jeg opplevd flere ganger at pasienter har åndelig smerte som er skjult bak den fysiske smerten. Dette litteraturstudiet stadfester dette og viser til at den åndelige smerten da lett kan blir oversett. Funnene viser at det kreves

både erfaring og mot for å sanse signalene som pasientene sender. Av og til er det bare en trøstende berøring eller en lydløs tilstedeværelse som skal til for å lindre den åndelige smerten. Likevel er det heller sjelden at pasientene forteller om sine åndelige behov ifølge Kuven og Bjorvatn (2015). De hevder at sykepleiere må øve seg opp til å se etter åndelige uttrykk i pasientene sin verden. Sykepleierne sin oppgave blir å fortolke og stille spørsmål til det de observerer, alt fra symboler, metaforer, humor, stikkord eller et blikk. Jeg har innledet mange samtaler med pasienter når jeg har sett kors rundt halsen, Bibel på nattbordet eller et dikt liggende tilgjengelig. Jeg har aldri blitt avvist av pasienter når jeg har etterspurt hvordan de har det med Gud eller om det er noe som bekymrer dem. Min erfaring er at vi som sykepleiere må etterspørre og være tilgjengelig for samtale, og at pasientene ofte har behov for bare å dele sin historie og sin smerte. Det er ikke alltid jeg behøver å si så mye i disse møtene, men bare være lyttende og ved kroppsspråk signalisere at jeg har tid til å lytte til deres historie.

Stillheten kan ofte utfordre oss som sykepleiere. Litteraturstudiet bekrefter dette. Det å tørre å være i stillheten krever personlig mot, og gjennom stillheten kan pasientene finne mot til å tørre å åpne opp og snakke om sine følelser. Mette Bøe (2010) sier i sin masteravhandling i diakoni at vi som helsepersonell må legge til rette for at mennesker kan uttrykke sine åndelige behov ved blant annet å gi menneskene tid og rom til å dele sine bekymringer. Dette krever ofte at vi tar oss tid til å lytte og bare være tilstede. Dette samsvarer med det Synnes (2012) sier om at det ikke er nok å ha noe å fortelle, en må ha noen å fortelle til. Samtidig sier han at det trengs mot, de rette spørsmålene og en trygg stille. Dette fordrer at sykepleieren tørr å være i stillheten og ta imot det som måtte komme og være oppmerksom på signalene som pasientene sender.

### **5.2.2 Betydningen av sykepleiernes kompetanse**

Å avdekke åndelig lidelse handler også om å hjelpe pasientene til å finne sin identitet og mening i tilstedeværelsen når livet går mot slutten (Helsedirektoratet 2015). Dette kan være krevende oppgaver for en sykepleier. Gjennom dette litteraturstudiet kommer det frem at erfaring og kompetanse om kommunikasjon er viktig for møte pasientene sin åndelige lidelse. Personlighet, bakgrunn og modenhet hos sykepleierne hadde stor betydning for hvordan disse åndelige behovene ble ivaretatt. Sæteren (2006) sier at å møte lidelse i form av angst, sinne, smerte og en følelse av meningsløshet krever mot av

sykepleierne. De må våge å møte sin egen angst og dødskreftene i eget liv, de må være villige til å tenke igjennom sine egne verdier og ståsted slik at de ikke blir truet av pasientene sin lidelse (Sæteren 2006). Litteraturstudiet bekrefter dette ved å si at modenhet oppnådd gjennom personlig -eller profesjonell erfaring hjalp sykepleierne til å kjenne seg selv på et dypere plan. De eldre sykepleierne ble sett på som mer robuste enn de yngre, noe som ofte førte til at de hadde større mot til å møte den andres lidelse. De eldre sykepleierne hadde også et mer avklart forhold til egen tro, og dermed var det lettere for dem å etterspørre og gjenkjenne denne form for lidelse. Travelbee (1999) sier at ingen kan eksponeres for sykdom, lidelse og død uten å bli påvirket. Når sykepleieren konfronteres med andres sårbarhet stilles hun/han overfor sin egen sårbarhet. Egen erfaring samsvarer med dette. Det er lettere å gå inn i de vanskelige samtalene nå enn da jeg var nyutdannet. Livserfaring gjør meg tryggere og det er lettere å våge å være tilstede i lidelsen og hjelpe pasienter til å dele sine bekymringer over levd liv og over forstående død.

I studiet kom det fram at det er vanskelig å etterspørre noe man ikke er opptatt av. Dersom man ikke er opptatt av tro eller åndelig omsorg, så er det også vanskelig å se etter tegn på åndelig nød. Som sykepleier er vi likevel forpliktet både gjennom yrkesetiske retningslinjer (ICN 2011) og de nasjonale retningslinjer i kreftomsorgen (2015) å utøve holistisk sykepleie, der vi respekterer pasientens tro og skikker. Åndelige behov øker ofte med alderen, særlig i møte med alvorlig sykdom og død (Helse -og Omsorgsdepartementet 1999). Når livet går mot slutten har de fleste mennesker behov for å snakke om meningen med livet, hvorfor sykdom rammer og hjelp til å håndtere sin lidelse. De nasjonale retningslinjene i kreftomsorgen (2015) sier at en helhetlig tilnærming og samhandling om åndelig omsorg er viktig for alvorlig syke og døende pasienter. FNs erklæring om den døendes rettigheter (Brenden 2012) slår fast at det er en menneskerett å få drøfte og gi uttrykk for sine religiøse meninger og/eller åndelige opplevelser, uansett om hjelperen har interesse for det eller ikke. Videre står det at individet har rett til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølede og kyndige mennesker som etter beste evne vil prøve å forstå behovene og hjelpe individet til å møte sin egen død. Jeg vil ut fra dette påstå at selv om sykepleiere ikke er opptatt av den åndelige omsorgen er de likevel forpliktet til å kartlegge og etterspørre pasientene sine åndelige behov. Dette betyr at som sykepleier kan vi ikke overs den åndelige nøden til pasienter i palliativ fase. Helse- og omsorgsdepartementet (2015) viser til at alvorlig syke og døende pasienter som får dekket sine åndelige og



eksistensielle behov lettere takler belastningene som sykdom og død fører med seg. Dette i seg selv viser nødvendigheten av god kommunikasjon til denne sårbare gruppen.

Som sykepleiere opplever vi at det ofte ikke er samsvar mellom rettighetene til pasientene og tilbudet de får. I dødspleien blir dette ekstra utfordrende og vi opplever ofte å stå i etiske dilemmaer. Både mangel på kompetanse, bemanningsutfordringer og ikke minst overbehandling er etiske utfordringer sykepleiere står overfor daglig (Aakre 2016). Livets slutfase er ofte preget av lidelse, men det kan også være en god tid. En god dødsprosess fordrer et godt sted å være for pasientene, god og kompetent lindring og moden trøst (Aakre 2016), dette stiller krav til sykepleieren både faglig og menneskelig. Dersom pasientene skal oppleve god helhetlig omsorg må det legges til rette for økt fokus og kompetanse innenfor åndelig omsorg. Kunnskap og kompetanse kan gi trygghet til å stå i og utholde den andres lidelse, selv om sykepleieren ikke har svar på de vanskelige spørsmålene (Sæteren 2006). Videreutdanning gir ikke bare faktakunnskap, men også mer selvtillit og mot til å gå inn i og stå i vanskelige situasjoner sammen med pasientene (Sæteren 2006). For å utvikle ferdigheter og kunnskap i utøvelsen av åndelig omsorg må kanskje politikere og ledere i helsetjenesten sikre at helhetlig omsorg kommer på dagsorden. Dette kan de gjøre ved å sikre faglig kvalitet i helsetjenesten slik at pasientenes åndelige behov både blir sett og imøtekommet (Kuven og Bjorvatn 2015).

### **5.2.3 Mot til å være ekte og ærlig**

I sin sykepleierteori fremhever Travelbee (1999) viktigheten av at sykepleier utvikler et menneske-til-menneske forhold til pasienten, og hun poengterer betydningen av å bli kjent med pasienten som en person. Hun definerer dette samspillet som en mellommenneskelig prosess. Funnene i litteraturstudiet belyser betydningen av denne sykepleier -pasient relasjonen. For å bygge denne relasjonen trengs det kontinuitet over tid, noe som er av stor betydning for om pasienter vil ta opp temaer som omhandler eksistensielle spørsmål og relasjoner til sine nærmeste (Helsedirektoratet 2015). Sykepleierne i studiet sier det var lettere å hjelpe pasientene å ta imot døden, få fred både med seg selv, sine kjære og med Gud og hjelp til å ta avskjed når de hadde etablert tillit og en relasjon til pasientene. I hverdagen til sykepleiere er det ikke alltid lett å skape denne gode relasjonen. Min opplevelse fra praksis på en kreftavdeling gjorde meg undrende. Normalen i avdelingen var underbemanning, stadig nye krav til dokumentasjon og mange pasienter med et komplekst sykdomsbilde gjorde hverdagen hektisk for sykepleierne. De opplevde ikke å ha

tid til å knytte nære relasjoner med pasientene. Pasientene ble et behandlingsobjekt som raskest mulig skulle tilbake til kommunehelsetjenesten. Jeg opplevde ingen som etterspurte åndelige behov hos pasientene, det var heller ikke et samtaletema blant personalet. Jeg har reflektert over dette i ettertid. Hvorfor er det underbemanning på en kreftavdeling der mange pasienter får dødsbudskap og trenger hjelp til å bearbeide sin lidelse? Akkurat på en slik avdeling burde det være tid og rom til å bygge nære relasjoner med pasientene, relasjoner der pasientene sine behov står i fokus, og der det er naturlig å se etter åndelig lidelse. Det er viktig med forutsigbare, gode og trygge forhold på slutten av livet. Dette er like viktig om pasienten er unge eller gammel, om det er sykdom eller naturlig alderdom som er årsak til nær forestående død. Travelbee (1999) sier at det er viktig å bistå individet for den de er, ikke på grunn av sykdommen. Pasientene har krav på samme åndelige omsorg uansett hvor i livsløpet de er når døden nærmer seg.

Aakre (2016) sier at ingen overlever døden. Døden er en naturlig del av livet og livet med døden kan gjøre oss til hele og ekte mennesker. Det kreves mot og kompetanse fra sykepleieren til å våge å snakke åpent og ekte om døden. Temaet er vanskelig og det kreves sykepleiere som er tilstede i pasientens nød. Kuven og Bjorvatn (2015) sier at pasientene søker etter sykepleiere som er medmennesker, ekte og ærlige og som kan møte dem uten fordømmelse. Når pasientene opplever denne ektheten våger de lettere å snakke om eksistensielle temaer. «Å tre inn i forholdet til pasienten er å motta ham åpent, uten å invadere og erobre hans livsrom, men motta ved å respektere hverandres grense» (Kuven og Bjorvatn s.57).

Akre skriver om ansiktets etikk. Hun henviser til Emmanuel Levinas som knytter sin moralfilosofi til ansiktet. Han sier at vi ikke kan kjenne et annet menneske, uten å møtes ansikt til ansikt. I dette møtet kan den andre gjøre krav på oss, prøve ut tillit og stille oss til ansvar. Når vi møtes ansikt til ansikt har vi ingen ting å skjule oss bak og det kan utvikles et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier. Den gode samtalen og gjensidighet bygd på respekt har mulighet til å utvikle seg i slike møter (Aakre 2016). Funn fra litteraturstudien viser at sykepleiere kunne oppleve denne nære relasjonen som svært krevende fordi de kom i kontakt med sin egen sårbarhet. De opplevde at når pasienten var trygge og de hadde knytte en nær relasjon til pasienten, våget pasientene i større grad å åpne opp og dele sin lidelse og nød over å skulle dø fra sine kjære. Sykepleierne kunne av og til føle seg som

«søppelbøtter», som måtte våge å stå i lidelsen sammen med pasientene. Dette var øyeblikk som skapte rom for samtale, nærvær, trøst og lindring.

I dette studiet fortalte en av sykepleierne om bruk av bønn for å lindre pasientens åndelige lidelse. Sykepleieren hadde overtid utviklet en nær relasjon til pasienten og spurte pasienten i forkant om de skulle be sammen. På bakgrunn av denne nære relasjonen opplevde sykepleieren tillit fra pasienten. I dette tilfellet var det bønn som skulle til og sykepleieren gjorde noe hun følte var unaturlig for henne. Hun hadde pasienten i sentrum og våget å gå utenfor sin komfortsone. Dette er det som Buber beskriver som et vågestykke (Eide et al. 2011). Sykepleieren ble berørt av pasientens åndelige lidelse, og våget å stå i det som var vanskelig og famla seg fram i det ukjente terrenget som bønn var for henne. På den andre siden må sykepleieren være oppmerksom og ikke invadere pasientene med sine egne meninger og føringer, men hele tiden ha i tankene hva som er viktig og betydningsfylt for pasienten.

#### **5.2.4 Behov for tid og kommunikasjonsferdigheter**

Mangel på tid var en av grunnene som ble brukt for ikke å gi åndelig omsorg. Sykepleierne sa det var vanskelig å se etter åndelig nød når det visste de ikke hadde tid til å hjelpe pasientene med denne nøden. Tidsaspektet er en kjent hindring generelt i utøvelsen av sykepleieryrket. Ellingsen (2015) skriver at mange sykepleiere føler de er fratatt muligheten til å åpne opp og lytte etter pasientens livshistorie. Dette har sammenheng med at vi lever i et oppgavefokusert helsevesen der timene er styrt av tidsskjema. Samtalen blir dermed ikke anerkjent som nødvendig helsehjelp. Den langsomme tiden som hun beskriver kan åpne opp rom der pasientene får mulighet til å dele sine bekymringer, også åndelige behov. Det kom frem gjennomlitteraturstudiet at på intensive, avdelinger på sykehus hadde de ikke tid til å etterspørre åndelige behov. I slike settinger er kanskje pasienten ekstra oppmerksom på om sykepleieren ser og gjenkjenner åndelig lidelse. Der behandling står i sentrum og kun det som kan måles og telles blir prioritert, blir de sårbare og mest trengende rammet (Aakre 2016.) Pasienter i palliativ fase er akkurat en slik sårbar gruppe. For denne pasientgruppen er tid viktig for å avdekke deres åndelige lidelse. I dagens helsevesen blir ressurser til avansert behandling uberørt, mens bemanning i pleie -og omsorgssektoren blir rammet (Smestad 2010). Sykepleiere sier de ikke har tilstrekkelig tid til å observere pasientene og at sykepleieryrket er blitt mer

oppgavesentrert enn pasientsentrert. Dette gjelder både i sykehus og i kommunale helsetjenester. I en oppgavesentrert praksis blir ikke åndelig lidelse hverken gjenkjent eller lindret (Aakre 2016).

I litteraturstudiet kom det frem at flere sykepleiere opplevde åndelig omsorg som både utfordrende og vanskelig. Flere sykepleiere uttrykte følelser av avmakt, utilstrekkelighet, tristhet og usikkerhet i møte med de åndelige behovene. De forklarte det med mangel på kunnskap både i kommunikasjonsferdigheter og usikkerhet i å håndtere åndelig lidelse. Dette stemmer med det Sæteren (2008) fant i sin forskning, der hun sier at mange sykepleiere synes det er vanskelig å snakke om åndelige behov. Dette hadde sammenheng med travelhet, mangel på tid, usikkerhet og ubearbeidet angst hos sykepleierne selv, i forhold til egen lidelse og død. Men åndelige behov handler ikke bare om religiøse behov, det handler om hvordan hele mennesket har det med seg selv, med andre og med Gud (Kaasa og Loge 2016). Torkenæs (2017) sier at åndelighet er noe vi alle trenger for å bli hele mennesker. Kanskje er det akkurat i livets avslutning der mennesket er mest sårbart, at åndelig omsorg er ekstra viktig. For den enkelte sykepleier har både bakgrunn, personlighet, mot, interesse og hvordan han/hun reflekterer og arbeider med seg selv stor betydning i utøvelsen av helhetlig omsorg. Møte med pasienter i nød krever at vi som sykepleiere har reflektert over eget ståsted, og er tilstede i pasientenes livsverden (Kuven og Bjorvatn 2015).

Aakre (2007 s.62) sier: «Den åndelige og eksistensielle omsorgen er kanskje det mest sårbare og tilfeldige felt i helsetjenesten?» Har dette sammenheng med at sykepleierne føler seg usikre? Det kom frem i studien at flere av sykepleierens ønsket å gi åndelig omsorg, men på grunn av usikkerhet våget de ikke å etterspørre og se etter åndelig lidelse hos sine pasienter. I en av artiklene kom det frem at det fantes kartleggingsverktøy for å avdekke åndelig nød, men kun en av sykepleierne brukte dette verktøyet. Å få dekket sine åndelige og eksistensielle behov kan gi alvorlig, syke og døende pasienter styrke, støtte og ferdigheter til å mestre utfordringene de møter i livets slutfase. Dette fordrer kompetanse i kommunikasjon (NOU 2017) og stiller krav til økt kunnskap og ferdigheter i møte med pasientenes åndelige behov i palliativ fase.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse hvordan sykepleiere erfarer å ivareta åndelig omsorg til pasienter i palliativ fase. Jeg har gjennom dette arbeidet sett at kommunikasjon er hovedtemaet som går igjen. Kommunikasjon er innvevd i alle fire temaene som er drøftet. Det kommer frem at mange av sykepleierne ønsker å hjelpe pasientene med å lindre åndelig smerte, men opplever mangel både på kommunikasjonsferdigheter og erfaring i å håndtere åndelig lidelse. Ivaretakelsen av åndelige behov var i stor grad avhengig av den enkelte sykepleiers kommunikasjonskompetanse og erfaring i å sjå etter åndelige behov. Om pasientene får dekket sine åndelige behov blir da tilfeldig. Det er lett å tenke at åndelige behov er religiøst betinget men det handler om relasjonen til seg selv, til andre og til en høyere makt. Den åndelige omsorgen starter ofte med å se, lytte og være tilstede. Jeg håper ved å ha belyst temaet kan være med å løfte fram betydningen av å se hele mennesket der åndelig omsorg blir en integrert del av den holistiske omsorgen. Som avansert klinisk sykepleier skal vi ha tilegnet oss kunnskap på ekspertnivå, ferdigheter i beslutningstaking og klinisk kompetanse. Denne kompetansen må også brukes til å se etter og lindre pasientenes åndelige lidelse. Som sykepleiere vil vi aldri forstå et menneske fullt ut, men vi må våge å anerkjenne lidelsen og tåle å være tilstede selv når ord blir fattige.

### 6.1 Konsekvenser for praksis og videre forskning

Det er nedfelt i lovverket at pasienter i palliativ fase har rett på helhetlig sykepleie, der åndelig omsorg blir likestilt med fysisk og psykososial omsorg. Fokuset på åndelig omsorg må da løftes frem. Det kom frem i litteraturstudiet at mangel på kommunikasjonsferdigheter og kunnskap i å se etter åndelig lidelse hindrer utøvelsen av åndelig omsorg. Dette må løftes frem både i grunn- og videreutdanning i sykepleie. Kanskje må kartleggingsverktøy løftes frem for å synliggjøre behovet for og å hjelpe sykepleiere i å komme i gang med å identifisere og se etter åndelig lidelse. Det må i tillegg skapes rom på arbeidsplassene for etisk refleksjon der sykepleiere i felleskap kan hjelpe hverandre til å reflektere over eget liv og ståsted i møte med død og lidelse.

Selv om temaet åndelig omsorg er belyst i forskning, anbefaler jeg likevel videre forskning på dette temaet. Et tema som har stor betydning for pasienter i palliativ.

## Litteraturliste

Aakre, Marie. 2016. *Jakten på dømmekraft. Praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten*. Oslo. 1.utg. 1.opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS

Aakre, Marie. 2007. *Skal vi be med pasienten?* Marie Aakre om Helsetilsynets vurdering av åndelig omsorg i sykepleiepraksis. Tidsskriftet Sykepleien nr.07 årgang 95. s.62-63  
<https://static.sykepleien.no/sites/default/files/electronic-issues/pdf/162158>.

Aakre, Marie og Jan Erik Langangen. 2001. *Verdier ved livets slutt*. En antologi. Verdikommisjonen. Utgitt av Verdikommisjonens styringsgruppe.

Brenden, Kai Øivind. 2012. *Hva slags rettigheter har den dødende?* 5.2 FN's erklæring om den døendes rettigheter. Norsk Sykepleierforbund nettside. Lest 08.05.18  
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/816663/12120>

Browall, Maria et al. 2014. «Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care». *European Journal of Oncology Nursing* xxxx:1-9

Browall, Maria et al. 2010. «Health care staff's opinions about existential issues among patients with cancer». *Palliative and Supportive Care* 8:59-68

Bøe, Mette. 2010. *Å møte menneskes åndelige behov – om samarbeid mellom kirken og helse- og omsorgstjenesten*. Masteravhandling i diakoni. Oslo. Diakonova/Det teologiske Menighetsfakultetet. <http://docplayer.me/5685211-A-mote-menneskers-andelige-behov.html>

Carlenius, Susanne. 2008. *Omsorg ved livets slutt. Møter med pasienter og pårørende*. Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Dahlin, Costance M. og Maureen T.Lynch. 2013. *Core Curriculum for the Advanced Practice Hospice and Palliative Registered Nurse*. Second Edition. Volum 1. United State of America. Hospice and Palliative Nurses Associatio

EAPC. 2015-2017. *Taskforce for spiritual Care in Palliativ care*. Lest 25.02.18  
<http://www.eapcnet.eu/Themes/ProjectsTaskforces/EAPCTaskforces/SpiritualCareinPalliativeCare.aspx>.

Eide, Solveig Botnen et al. 2011. *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk*. Bergen. 2.utg. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Ellingsen, Sissel. 2015. *Tiden i livet og livet i tiden – opplevelse av tid ved langkommen og uhelbredelig sykdom. En fenomenologisk studie*. Doktorgradsavhandling. Universitetet i Bergen.

<http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/9915/dr-thesis-2015-Sidsel-Ellingsen.pdf?sequence=1>

Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research. Interpretive data synthesis of processes data. *Australian J of Advanced Nursing*; 20(2), 22-25

Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier*. *Stocholm*: Natur och Kultur.

Helsebiblioteket. 2016. *Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie*.

Kunnskapsbasertpraksis.no

[file:///C:/Users/Eier/Downloads/Sjekkliste%20Kvalitativ%202018%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Eier/Downloads/Sjekkliste%20Kvalitativ%202018%20(2).pdf)

Helsedirektoratet. 2015. *Palliasjon i kreftomsorgen – handlingsprogram. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*.

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen>

Helse- og Omsorgsdepartementet. 2017. *På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Oslo. NOU 2017:16

<https://www.regjeringen.no/contentassets/>

Helse- og Omsorgsdepartementet. 2012-2013. *Morgendagens omsorg*. Oslo. Meld.St. 29

<https://www.regjeringen.no/contentassets/>

Helse- og Omsorgsdepartementet. 2011. *Forskrift om en verdig eldreomsorg. (Verdighetsgarantien). Verdighetsgarantiforskriften.*  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>

Helse- og Omsorgsdepartementet. 1999. *Livshjelp – Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende.* NOU 1999:2  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-2/id141460/>

Holm, Marianne Sætrang og Stein Husebø. 2015. *En verdig alderdom. Omsorg ved livets slutt.* Bergen. Fagbokforlaget.

Høyskolen i Molde. 2016. Avdeling for helse- og sosialfag. *Generelle retningslinjer for fordypningsoppgaven i VAK706. Master del I – Avansert klinisk sykepleie i kommune- og spesialisthelsetjenesten.* Revidert 2017. Molde: Høyskolen i Molde

Høyskolen i Molde. 2016. Avdeling for helse- og sosialfag. *Studieplan. Avansert klinisk sykepleie i kommune- og spesialisthelsetjenesten med valgfri spesialisering i Demensomsorg, Palliativ omsorg eller Omsorg ved komplekse somatiske sykdomstilstander.* Molde: Høyskolen i Molde.

ICN. 2011. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.*  
[https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Jacobsen, Dag Ingvar. 2005. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode.* Kristiansand. Høyskoleforlaget.

Jensen Per og Inger Ulleberg. 2015. *Mellom Ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis.* 1.utg. 4.opplag. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kaasa, Stein og Håvard Loge. 2016. *Palliasjon. Nordisk lærebok.* 2.utgave, 1.opplag. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.



Keall, Robyn et al. 2014. «How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies». *Journal of Clinical Nursing* 23: 3197-3205

Kuven, Britt Moen og Lisa Bjorvatn. 2015. *Åndelig omsorg er en del av sykepleien*. Fagartikkel i *Sykepleien* nr.09 2015  
[https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/andelig\\_omsorg](https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/andelig_omsorg)

Minton, Mary E et al. 2017. «A willingness to go there: Nurses and spiritual care». *Journal of Clinical Nursing* 27:173-181

Nixon, Aline Victoria et al. 2013. «An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective». *BMC Nursing* 12:2

Ronaldson, Susan et al. 2017. «Palliative care nurses' spiritual caring interventions: a conceptual understanding». *International Journal of palliative Nursing* utg. 23, nr. 3

NSD - Norsk senter for forskningsdata. 2018. Register over vitenskapelige publiseringskanaler.  
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Nortvedt, Monica W et al. 2016. *Jobb kunnskapsbasert. En arbeidsbok*. Oslo. Cappelen Damm. 2.utg, 6.opplag

Rønsen, Astrid og Rita Jakobsen. 2016. *Å fullføre et liv. Omsorg for døende og de som står nær*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag

Statistisk Sentralbyrå. Statistics Norway. <https://www.ssb.no> Lest 09.03.2018

Støren, Ingeborg. 2013. *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo. Cappelen Damm Akademiske

Synnes, Oddgeir. 2012. *Forteljing som identitetskonstruksjon ved alvorleg sjukdom. En hermeneutisk analyse av alvorleg sjuke og døydande sine forteljingar*. Doktorgradsavhandling. Oslo. Det Teologiske Menighetsfakultet.

<http://docplayer.me/68108378-Forteljing-som-idenemi-University>.

[Departmenttetskonstruksjon-ved-alvorleg-sjukdo](#)

Sæteren, Berit. 2006. *Kampen for livet i vemodets slør. Å leve i spenningsfeltet mellom livets mulighet og dødens nødvendighet*. Doktorgradsavhandling. Åbo. Åbo Akademi University, Department of Caring Science, Finland

Finland<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/4173/TMP.objres.79.pdf?sequence=2>

Tornøe, Kirsten Anne et al. 2014. «The power of consoling presence – hospice nurse´ lived experience with spiritual and existential care for the dying». *BMC Nursing* 13:25

Tornøe, Kirsten Anne et al. 2015. «The challenge of consolation: nurses´ experiences with spiritual and existential care for the dying-a phenomenological hermeneutical study». *BMC Nursing* 14:62

Torskenæs, Kristina Berg. 2017. «*The Spiritual Dimention in Nursing: A Mixed Metod Study on Patients and Health Professionals*». Doktorgradsavhandling. Oslo. Det teologiske Menighetsfakultetet.

Travelbee, Joyce. 1999. «*Mellommenneskelige forhold i sykepleie*». 1.ut. Oslo. Gyldendal akademiske

Walker, Hannah og Susan Waterworth et al. 2017. «New Zealand palliative care nures experiences of providing spiritual care to patient with life-limiting illnes». *International Journal of Palliative Nursing* utg. 23, nr 1

Wikipedia. <https://no.wikipedia.org/wiki/Kommunikasjon> Lest 25.02.18

## Vedlegg 1. Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
Palliati*	19.01.18	Ovid Medline	109855	0	0	0
Spiritual*	19.01.18	Ovid Medline	14937	0	0	0
Nurs*	19.01.18	Ovid Medline	606659	0	0	0
Palliati* and Spiritual* and Nurs*	19.01.18	Ovid Medline	701	0	0	0
Palliati* or End of life*or Terminal* or Death*or Die*or Dying and Spirit*and Spiritual care and nurs* and experie* Limit to 2013	19.01.18	Ovid Medline	89	7	6	3
Terminal* or end-of-life and spiritual* care* and nurs*or professional and responsibility or experience* Limit to 2013	19.01.18	Ovid Medline	45	3	0	0
Palliat*or End of life or Terminal* and Spirit* care* and Nurs* and Experience* Limit to 2013	22.01.18	Ovid Medline	44	11	3	1

Dying and Nurs and Spiritual* care* Limit to 2013	22.01.18	Ovid Medline	0	0	0	0
Patient* and Spirit* care* And nurs* and Experienc* Limit to 2013	03.02.18	Ovid Medliner	89	31	1	0
Patient or palliatve or end-of-life or death or die or dying and spirit* care* or existential* care* and nurs* Limit to 2013	05.02.18	Ovid Medline	114	3	2	1
Dying patient or End of life and Spirituality or Existential and Nurses challenges Limit to 2008	05.02.18	Ovid Medline	71	2	0	0
Dying patient or End of life and Spiritual or Existential And nurs* Limit to 2013	05.02.18	Ovid Medline	180	4	1	0
Dying and Spiritual care and Nurs experience Limit to 2013	10.02.18	Ovid Medline	8	1	1	0
Terminal* or End-of-life and	17.02.18	Ovid Medline	66	3	1	1

Spiritual* care* and nurs* and Responsibility or Experience* Limit to 2013						
Palliati* or End of life or terminal* or die* or dying or death* og Spirit* or Spiritual care og Nurs* og Experienc* Limit to 2008	21.02.18	Ovid Medline	177	5	5	1
Palliative* or end of life and Spiritual care or Spiritual need and nurs Limit to 2013	24.02.18	Ovid Medline	95	1	1	0
Palliati* eller End of life eller Terminal og Spirit* og Nurs* og Experience* Limit to 2013	25.01.18	Oria	91	4	2	2
Palliati* eller End of life eller Terminal* og Spirit* care* og Nurs*og Experience* Limit to 2013	25.01.18	Oria	9	0	0	0
Dying patient or End of life and Spiritual or Exitential and	05.02.18	PsykINFO	74	5	1	0

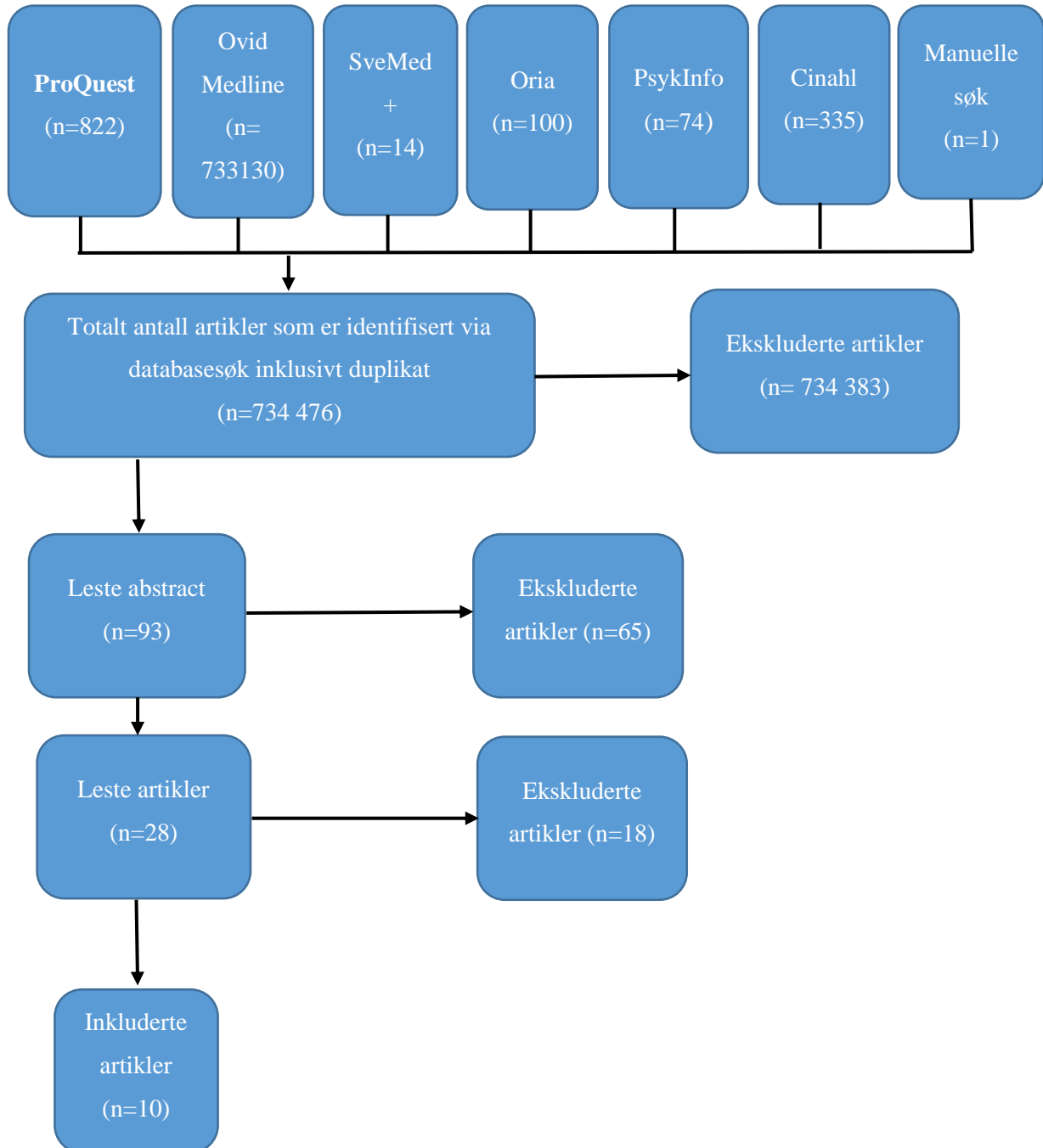
Nurs* Limit to 2013						
Terminal and Spiritual* and Nurs* Limit to 2013	21.02.18	SveMed+	14	1	0	0
Spirituality and Palliative care and nurse and Experience Limit to 2013	25.01.18	ProQuest	786	4	4	0
Palliati* and Spiritual* care* and Nurs* and Experienc* Limit to 2013	25.01.18	ProQuest	36	0	0	0
Palliati* care* or End of life or Terminal* care* and Spiritual* and Nurs* and Experienc* Limit to 2013	30.01.18	Cinahl	162	5	0	0
Palliati* or End of life or Terminal* and Spiritual* care* and Nurs* experienc* Limit to 2013	30.01.18	Cinahl	173	3	0	0
Totalt						9

Ett manuelt søk gjennomført i Ovid Medline:

Nixon, Aline Victoria, Aru Narayanasamy og Vivian Penny. 2013

«An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective. *BMC Nursing* 12:2. Søk 05.02. 2018

## Vedlegg 2: Flow diagram som viser utvelgelsesprosessen av artiklene



### Vedlegg 3. Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

Nr.	Artikkel	Hensikt	Metode	Deltakere	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
1.	<p>Tittel: Existential encounters: Nurses descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care.</p> <p>Forfatter: Browall Maria, Ingela Henoch, Christina Melin-Johansson, Susann Stang og Ella Danielson.</p> <p>År: 2014</p> <p>Land: Sverige</p> <p>Tidsskrift: <i>European Journal of Onkology Nursing xxx: 1-9</i></p>	<p>Hensikten med studiet var å beskrive hvordan sykepleierne erfarte å møte åndelige behov hos pasienter rammet av alvorlig kreft.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Critical Incidents Technique ble brukt, et spørreskjema.</p>	<p>83 sykepleiere.</p> <p>Alle kvinner.</p> <p>24-64 år.</p>	<p>To hovedfunn ble gjort: Sykepleieres erfaring av:</p> <p>1) Å møte eksistensielle smerteopplevelser hos pasienter som skulle dø og som stod overfor tap.</p> <p>2) Å møte pasientenes opplevelser av håp, som balanserte mellom ønsket om ærlighet og lysten til å leve.</p>	<p>Godkjent av Regional etisk komité i Gothenburg.</p> <p>Deltakere fikk muntlig og skriftlig informasjon om studiet og alle gav skriftlig samtykke til å delta.</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Høg kvalitet.</p>



Nr.	Artikkel	Hensikt	Metode	Deltakere	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
2.	<p><b>Tittel:</b> Health care staffs opinions about existential issues among patient with cancer.</p> <p><b>Forfatter:</b> Browall Maria, Christina Melin-Johansson, Susann Strang, Ella Danielson og Ingela Henoch.</p> <p><b>År:</b> 2009</p> <p><b>Land:</b> Sverige</p> <p><b>Tidsskrift:</b> <i>Palliative and Supportive Care</i>, 8, 59-68.</p>	Hensikten med studien var å undersøke helsepersonells meninger om hvilke eksistensielle problemer som er viktige for pasienter med kreft, og personalets ansvar når pasienter tar opp eksistensielle problemer.	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Fokus gruppe intervju.</p>	<p>23 sykepleiere som jobbet ulike steder i helsesektoren.</p> <p>Alder 27-67 år</p>	<p>Funnene ble inndelt i 4 temaer som var:</p> <p>1) Liv og død som baserte seg på gleden over livet samtidig som de måtte ta stilling til døden.</p> <p>2) Betydning av aksept, reevaluering, håp og tro.</p> <p>3) Frihet til å velge i forhold til ansvar og integritet.</p> <p>4) Relasjoner og esomhet som bestod av lindring, avhengighet og tap.</p>	<p>Etisk godkjent av Regional Ethical Review Board in Gothenburg.</p> <p>Både skriftlig og muntlig informasjon.</p> <p>Skriftlig samtykke</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Høg kvalitet.</p>

Nr.	Artikkel	Hensikt	Metode	Deltakere	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
3.	<p><b>Tittel:</b> Discerning the healing path – how nurses assist patient spirituality in diverse health care settings.</p> <p><b>Forfatter:</b> Giske Tove og Pamela H. Cone.</p> <p><b>År:</b> 2015</p> <p><b>Land:</b> Norge</p> <p><b>Tidsskrift:</b> <i>Journal of Clinical Nursing.</i> 24, 2926-2935</p>	<p>Hensikten med dette studiet var å få et innblikk i hvordan sykepleiere utøver palliativ omsorg. Hvordan de gjenkjenner, forstår og praktiserer åndelig omsorg, og hva som trengs for å gjøre det bra.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>6 fokus gruppe intervju.</p>	<p>22 sykepleiere</p> <p>Alder 24-59 år</p>	<p>Deltakernes største bekymring var hvordan de kunne hjelpe å lindre pasientene sin åndelige smerte. Dette gjorde de ved å kjenne til «helbredelsesprosessen», som består av tre trinn:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Møte det åndelige behovet</li> <li>2) Avdekke store bekymringer hos pasientene</li> <li>3) Å legge til rette for helbredelsesprosessen.</li> </ol> <p>Disse trinnene må være ledsaget av villighet til å overvinne egen komfortsone og bygge tillitsfulle forhold.</p>	<p>Prosjektet ble evaluert av Norwegian Data Protection Office.</p> <p>Tillatelse til å invitere doktorgradsstudenter og sykepleiere ble gitt fra universitet og sykehus.</p> <p>Deltakerne ble informert både skriftlig og muntlig.</p>	<p>Nivå 2</p> <p>Høg kvalitet.</p>

Nr.	Artikkel	Hensikt	Metode	Deltakere	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
4.	<p><b>Tittel:</b> How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies.</p> <p><b>Forfatter:</b> Keall Robyn, Josephine M. Clayton og Phyllis Butow.</p> <p><b>År:</b> 2014</p> <p><b>Land:</b> Australia</p> <p><b>Tidsskrift:</b> <i>Journal of Clinical Nursing</i> 23: 3197-3205</p>	Målet med denne studien var å undersøke hvordan Australiske sykepleiere tilrettela, kjente igjen barrierer og la strategier i utøvelsen av eksistensiell og åndelig omsorg til pasienter med livsbegrensende sykdom.	Kvalitativ studie, Semistrukturert intervju.	20 sykepleiere med videreutdanning i palliasjon.	Hovedfunnene i denne artikkelen er viktigheten av utviklingen av sykepleier-pasient forhold, gode kommunikasjonsferdigheter og hvilke spørsmål som kan åpne opp for god omsorg. Barrierer som hindrer dette er mangel på tid, ferdigheter, personvern og frykt for hva som kommer frem, uløste symptomer og ulikheter i kultur og tro. Hovedstrategien var å gjennomføre videreutdanning innen eksistensiell og åndelig omsorg.	Etisk godkjent av the University of Sydney Human Research Ethics committee.  Alle deltakerne ga informert skriftlig samtykke.	Nivå 2  Høg kvalitet.

Nr.	Artikkel	Hensikt	Metode	Deltagere	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
5.	<p><b>Tittel:</b> A willingness to go there: Nurses and spiritual care.</p> <p><b>Forfatter:</b> Minton Mary E, Mary J. Isaacson, Brandon Michael Varilek, Jessica L. Stadick og Shannon O`Connell-Persaud</p> <p><b>År:</b> 2017</p> <p><b>Land:</b> USA. Sør Dakota</p> <p><b>Tidsskrift:</b> <i>Journal of Clinical Nursing</i></p>	<p>Hensikten med studiet var å beskrive hvordan sykepleiernes kommunikasjonsferdigheter var i utøvelsen av åndelig omsorg gitt til pasienter og pårørende i livets slutfase. Sykepleierne jobbet i kommunale og urbane hospice/palliative avdelinger.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Personlig intervju. Deltakerne fikk utdelt tre innledende spørsmål i forkant.</p>	<p>10 sykepleiere</p> <p>Alder 30-60 år.</p>	<p>Hovedtemaet inkluderer evnen til å handle, villighet til å trø inn i det ukjente og evnen til å ha dype meningsfulle samtaler, uavhengig av retning samtalen tok. Undertema omhandlet villighet til å gå dit, være i øyeblikket og visdom.</p>	<p>Etisk godkjenning fra the institutional review boards at Avera Health and South Dakota State University.</p> <p>Deltakerne informert om frivillig deltakelse.</p>	<p>Nivå 2</p> <p>Høg kvalitet.</p>

Nr.	Artikkel	Hensikt	Metode	Deltakere	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
6.	<p><b>Tittel:</b> An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective.</p> <p><b>Forfatter:</b> Nixon Aline Victoria, Aru Narayanasamy og Vivian Penny.</p> <p><b>År:</b> 2013</p> <p><b>Land:</b> England</p> <p><b>Tidsskrift:</b> <i>BMC Nursing</i>. 12:2</p>	Hensikten med denne undersøkelsen var å identifisere hvordan nevrokirurgiske sykepleiere i en britisk nevrokirurgisk avdeling møter de åndelige behovene hos nevro-onkologiske pasienter.	Kvalitativ metode basert på Critical Incident Techniques.	12 nevrokirurgiske sykepleiere.	Pasientene sine åndelige behov ble identifisert som: Behov for å snakke om åndelige bekymringer, vise følsomhet for pasientenes følelser og svare på religiøse behov. Pårørendes åndelige behov ble identifisert som: støtte dem i beslutninger som må avgjøres mot livets slutt, støtte dem når de føler seg tapt og i ubalanse, oppmuntring til å utforske meningen med livet og å gi plass, tid og rom for å snakke.	Etisk godkjent av den tidligere South Yorkshire Health Authoritys Research Ethics Committee og fra sykehuset NHS.	Nivå 1 Høg kvalitet.

Nr.	Artikkel	Hensikt	Metode	Deltakere	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
7.	<p><b>Tittel:</b> Palliative care nurses spiritual caring interventions: a conceptual understanding.</p> <p><b>Forfatter:</b> Ronaldson Susan, Lillian Hayes, Christina Aggar, Jennifer Green og Michele Carey.</p> <p><b>År:</b> 2017</p> <p><b>Land:</b> Australia</p> <p><b>Tidsskrift:</b> <i>International Journal of Palliative Nursing</i>. Vol.23, No.3</p>	Målet med studiet var å undersøke hvordan palliative sykepleiere gir åndelig omsorg og hvordan de gir denne omsorgen.	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Ble brukt spørreskjema som ble analysert tematisk.</p>	42 sykepleiere med videreutdanning i palliasjon.	<p>Fire temaer ble funnet for å gi åndelig omsorg:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Være hos pasientene</li> <li>2) Høre på pasientene</li> <li>3) Tilrettelegging av og</li> <li>4) Engasjere seg i pasientene</li> </ol>	Etisk godkjenning ble innhentet fra institusjonelle etikkomiteer før forskningsprosjektet ble igangsatt.	<p>Nivå 1</p> <p>Høg kvalitet.</p>

Nr.	Artikkel	Hensikt	Metode	Deltakere	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
8.	<p><b>Tittel:</b> The power of consoling presence – Hospice nurses lived experience with spiritual and existential care for dying.</p> <p><b>Forfatter:</b> Tornøe Kirsten Anne, Lars J. Danbolt, Kari Kvige o Venke Sørлие.</p> <p><b>År:</b> 2014</p> <p><b>Land:</b> Norge</p> <p><b>Tidsskrift:</b> <i>BMC Nursing</i></p>	Hensikten med studiet var å beskrive betydningen av hospicsykepleiere sin livserfaring med å lindre døende pasienters åndelige og eksistensielle lidelse.	Kvalitativ fenomenologisk hermeneutisk studie.  Intervju.	8 sykepleiere, alle med videreutdanning. 41-61 år.	Hovedfunnene for å identifisere åndelig og eksistensiell omsorg i denne studien var: Være var og åpne opp, sanse atmosfæren i rommet, være beveget og rørt, gi trøst gjennom stilhet, samtale og religiøs trøst.	Gjennomført i henhold til Helsinki erklæringen. Godkjent fra The Norwegian Social Science Data service (NSD).  Deltakerne gav skriftlig samtykke.	Nivå 1  Høg kvalitet.

Nr.	Artikkel	Hensikt	Metode	Deltakere	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
9.	<p><b>Tittel:</b> The challenge of consolation: nurses experiences with spiritual and existential care for the dying – A phenomenological hermeneutical study.</p> <p><b>Forfatter:</b> Tornøe Kirsten Anne, Lars Johan Danbolt, Kari Kvige og Venke Sørli.</p> <p><b>År:</b> 2015</p> <p><b>Land:</b> Norge</p> <p><b>Tidsskrift:</b> <i>BMC Nursing</i></p>	Hensikten med studiet var å beskrive sykepleiers erfaringer med åndelig og eksistensiell omsorg for pasienter på sykehus.	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Individuelle fortellende intervju.</p>	6 sykepleiere, 4 av disse med videreutdanning. 37-61 år	<p>Sykepleierne følte det var utfordrende å avdekke døende pasienter sin åndelige og eksistensielle lidelse. Den viktigste behandlingen for dem var å legge til rette for en fredfull og harmonisk død.</p> <p>Sykepleierne strevde med å hjelpe pasientene til å akseptere det å skulle dø, ordne praktiske ting og oppnå forsoning med fortiden, med sine kjære og med Gud.</p> <p>Sykepleierne sa det var emosjonelt utfordrende</p>	<p>Gjennomført i henhold til Helsinki erklæringen. Godkjent fra The Norwegian Social Science Data service (NSD).</p> <p>Eget prosjektnummer. Deltakerne gav skriftlig samtykke.</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Høg kvalitet.</p>



	<b>Artikkel</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode</b>	<b>Deltakere</b>	<b>Hovedfunn</b>	<b>Etisk vurdering</b>	<b>Kvalitet</b>
10.	<p><b>Tittel:</b> New Zealand palliative care nurses experiences of providing spiritual care to patients with life-limiting illness.</p> <p><b>Forfatter:</b> Walker Hannah og Susan Waterworth.</p> <p><b>År:</b> 2017</p> <p><b>Land:</b> New Zealand</p> <p><b>Tidsskrift:</b> <i>Journal of Palliative Nursing.</i> Vol. 23, No.1.</p>	<p>Hensikten med studiet var å undersøke hvilke erfaringer palliative sykepleiere har i utøvelsen av åndelig omsorg til pasienter som står overfor livsbegrensende sykdom.</p>	<p>Kvalitativ beskrivende studie.</p> <p>Semi-strukturerte intervju.</p>	<p>9 sykepleiere.</p> <p>39-64 år.</p>	<p>Hovedfunnene i vurdering av åndelige behov er: Anerkjennelse av åndelig nød, gi åndelig omsorg og dokumentasjon av åndelig omsorg.</p>	<p>Godkjent av Northern X Health and Disability etiske komite NTX/12/EXP/129.</p> <p>Skriftlig samtykke ble innhentet fra deltakerne med tillatelse til lydopptak av intervjuene.</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Høg kvalitet.</p>

