

# Åndelig omsorg og den eldre palliative pasienten med kreft

”Hvordan kan en sykepleier ivareta eldre palliative  
kreftpasienters behov for åndelig omsorg?”



Kandidatnummer: 1044  
Diakonhjemmet Høgskole  
Bacheloroppgave  
Bachelor i sykepleie  
Kull: 11SYKHEL  
Antall ord: 10960  
13.03.2014

## Sammendrag

Denne oppgaven omhandler temaet åndelig omsorg til eldre pasienter med kreft i palliativ fase. Palliativ pleie til eldre er et felt det har blitt forsket lite på, men er i ferd med å komme mer i fokus. Åndelig omsorg er også et felt som har fått økt fokus i sykepleieforskningen de siste 10-15 årene. Hensikten med oppgaven er å øke min egen og leserens forståelse av dette feltet av sykepleie og viktigheten av åndelig omsorg i den daglige utøvelsen av sykepleie. Problemstillingen for oppgaven er: *"Hvordan kan en sykepleier ivareta eldre palliative kreftpasienters behov for åndelig omsorg"*. I teorien har jeg begynt med definisjon av palliativ pleie fra Verdens helseorganisasjon og fortsatt med beskrivelse av den palliative kulturen, etterfulgt av utøvelse av åndelig omsorg innenfor sykepleie og tilslutt gjør jeg rede for viktige momenter i Kari Martinsens omsorgsteori. Oppgaven bygger på kvalitativ metode og jeg bruker litteraturstudie. Jeg har funnet mine forskningsartikler gjennom Cinahl og brukt biblioteket ved Diakonhjemmet Høyskole og internett for å finne teori. I funnene har jeg kommet frem til fire forskningsartikler jeg mener er relevante og presenterer disse i imrad strukturen. Tilslutt drøfter jeg det jeg mener er viktig for sykepleier å være oppmerksom på i forbindelse med utøvelsen av åndelig omsorg. Deretter har jeg valgt ut to av de åndelige behovene som er kommet frem i litteraturen at er viktige for den eldre pasienten og drøfter disse kort.

Sammendrag .....	2
1.0 Innledning.....	4
1.1 Presentasjon, avgrensning og presisering av problemstilling.....	6
2.0 Teori.....	8
2.1 Kreftforekomst i Norge .....	8
2.2 Palliativ pleie.....	8
2.3 Kjennetegn ved den palliative kulturen .....	9
2.3.1 Tverrfaglig samarbeid.....	9
2.4 Eldre pasienter med kreft og deres behov ved palliativ pleie .....	10
2.5 Åndelig omsorg .....	11
2.5.1 Utøvelsen av åndelig omsorg innenfor sykepleie.....	13
2.5.2 Egenskaper hos sykepleier (helsepersonell).....	14
2.5.3 Eldre og åndelig omsorg .....	16
2.6 Kari Martinsen.....	18
2.6.1 Kari Martinsen og åndelig omsorg.....	18
3.0 Metode.....	21
3.1 Litteraturstudie som metode.....	21
3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode .....	21
3.3 Søkeprosessen.....	21
3.4 Kildekritikk.....	23
4.0 Funn .....	25
4.1 "Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers" .....	25
4.2 Health care staff's opinions about existential issues among patients with cancer .....	26
4.3 Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility .....	28
4.4 "An Explanatory Study of Spiritual Care at the End of Life" .....	30
5.0 Drøfting.....	32
5.1 Tid og relasjon .....	32
5.2 Sykepleierens erfaringer og kunnskap .....	33
5.3 Egenskaper ved sykepleieren.....	35
5.5 Den eldre pasienten og åndelig omsorg .....	36
6.0 Konklusjon.....	38
Kilder .....	39

## 1.0 Innledning

World Health Organization Europa kom i 2004 ut med en oppfordring til bedre palliativ helse i eldreomsorgen. Bakgrunnen for dette var forskning som viste til at eldre pasienter led unødvendig på grunn av undervurdering og underbehandling av deres fysiske og psykiske behov i palliativ fase. Dette var undervurdering av smerte, mangel på informasjon og selvbestemmelse, mangel på palliative tjenester i hjemmesykepleien, mangel på spesialisthelsetjenester og mangel på palliativ kompetanse i kommunehelsetjenesten (Davies, Higginson 2004:6). I mye av dagens forskning blir eldre med kreft ofte ekskludert i studier. Noe av grunnen til det er at man har sett dette som en del av en naturlig prosess at mennesker i denne aldersgruppen nærmer seg døden (Davies, Higginson 2004:8). Ofte er studiene rundt de palliative pasientene begrenset til pasienter under 70 år eller yngre. Med tanke på at 3 av 4 nye krefttilfeller forekommer hos pasienter over 60 år vil dette si at en stor pasientgruppe blir ekskludert i disse studiene (Davies, Higginson 2004:8).

Jeg har både i praksis og i jobbsammenheng hatt kontakt med eldre pasienter i palliativ fase. I samtale med noen av disse pasientene har spørsmål om hva som skjer når man dør, livet etter døden, spørsmål om tro, samtaler om familie og relasjoner eller bare samtaler om livet og de små tingene dukket opp. Disse samtaler har gitt meg mye og har ført til at jeg har reflektert over mine egne tanker rundt de samme temaene. For meg har det også gitt en interesse for dette feltet av sykepleie som ikke kun handler om prosedyrer og stell, men å ta vare på andre deler av pasientens behov.

Jeg hadde i mitt tredje år ved sykepleierutdanningen emnet ”sykepleie til pasienter med behov for medisinsk behandling”. Mens jeg var i praksis i dette emnet møtte jeg mange pasienter med mage/tarm kreft. En stor andel av disse var eldre og i palliativ fase, som var innlagt for videre palliativ oppfølging etter avsluttet diagnostisering eller behandling. Dette var pasienter som kunne være plaget med vanskeligheter med matinntak, smerter eller kvalme. I pensumlitteraturen for dette emnet hadde vi et kapittel fra Kari Martinsens bok ”*Samtalen, skjønnet og evidensen*”. I møtet med dette kapitlet fikk jeg øynene mine opp for hennes tanker om relasjonen mellom sykepleier og pasient og hva som kjennetegner en god relasjon (Martinsen 2005:135). Jeg synes det er interessant å se dette i forhold til pasienter med kreft, palliativ pleie og åndelig omsorg og dette har arbeidet i meg siden jeg leste dette kapitlet. Slik jeg ser det kan den palliative kulturens kjennetegn, slik denne defineres i retningslinjene

for palliativ pleie (Aass m.fl 2013), sammenlignes med Martinsens omsorgsteori om pleie av hele mennesket der menneskets psykiske, fysiske, sosiale og åndelige sider er av betydning (Øyasæter 2003). Hennes syn på hva god sykepleie er og hvordan den gode relasjonen mellom sykepleier og pasient er også noe som har fasinert meg.

## 1.1 Presentasjon, avgrensning og presisering av problemstilling

For meg har det blitt viktig å se på det åndelig aspektet av sykepleien for disse pasientene. Gjennom studiet er det et fokus på helhetlig pleie av pasienten og det å være i stand til å dekke pasientens behov, men det åndelige behovet pasientene har blir ofte gitt lite oppmerksomhet. I praksis har jeg møtt pasienter med åndelige behov og hos noe av disse pasientene har jeg vært usikker på hvordan jeg skal håndtere situasjonen fordi jeg ikke har følt meg forberedt nok. Dette er grunnen til at jeg vil lære mer om temaet.

Problemstillingen jeg har kommet frem til er:

*Hvordan kan en sykepleier ivareta eldre palliative kreftpasienters behov for åndelig omsorg?*

Som en forutsetning for å kunne besvare dette spørsmålet ser jeg det som nødvendig å se på hvilke åndelige behov som kan være aktuelle hos eldre palliative pasienter med kreft.

Samtidig vil jeg sette dette i sammenheng med Kari Martinsens syn på relasjonen mellom sykepleier og pasient.

Jeg har begrenset min oppgave til å omhandle eldre pasienter med kreft i palliativ fase. Med eldre har jeg avgrenset til aldersgruppen fra 60 år og eldre. Denne gruppen er det forsket mest på med tanke på eldre pasienter med kreft. Jeg har valgt å avgrense til pasienter innlagt på sykehus for palliativ behandling, og ekskluderer pasienter med demens og pasienter i delir. I definisjonen av palliativ pleie av Verdens Helseorganisasjon står det: *”Målet med behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og pårørende”* (Aass m.fl 2013). Å se på livskvalitet har jeg valgt å ikke ha med i oppgaven. Jeg er interessert i å se på hvordan sykepleier konkret kan ivareta åndelige behov for den palliative eldre pasienten med kreft, men ser ikke på om dette gir bedre livskvalitet for pasienten. Jeg har også valgt bort det flerkulturelle aspektet med ulike religioner og kulturelle forskjeller på åndelighet. Jeg fokuserer på det tradisjonelle norske samfunnet med kristendom og humanisme som er det dominerende i dag.

Det finnes mange forskjellige definisjoner av åndelig omsorg og jeg har derfor bestemt meg for å bruke Stifoss-Hanssen og Kallenbergs definisjon, som presenteres senere i oppgaven (1998:21).

Det blir i studier vist til at sykepleiere ikke føler seg kompetente nok eller har nok erfaring til å kunne utøve åndelig omsorg (Biro 2012:1008). Jeg vil derfor se på hvilke egenskaper hos sykepleier som er viktige for å kunne utøve åndelig omsorg og ved hjelp av dette vise hvordan sykepleieren kan ivareta pasientens åndelige behov.

## 2.0 Teori

### 2.1 Kreftforekomst i Norge

I 2011 ble det diagnostisert 29 907 nye tilfeller av kreft i Norge. Siden 1950-tallet har kreftdødeligheten holdt et stabilt nivå selv om kreftforekomsten har økt betraktelig. En av grunnene til at kreftdødeligheten har holdt seg stabil kan relateres til den store utviklingen innen behandlingsmuligheter og en tidligere diagnostisering av kreftformer som har gode behandlingsmuligheter, som for eksempel hudkreft (Folkehelseinstituttet 2013).

### 2.2 Palliativ pleie

Den palliative fasen er en prosess som starter når det ikke lenger er mulighet for helbredelse av sykdommen og den avsluttes når pasienten dør. Man kan derfor ikke sette dette i et tidsperspektiv (Aass m.fl 2013). Ved palliativ behandling er målet å lindre plager og ivareta pasientens eksistensielle og psykososiale behov. Palliativ behandling/pleie iverksettes når sykdommen ikke responderer på kurativ behandling (Kaasa 1998:83). Verdens helseorganisasjon har kommet frem til en definisjon av palliasjon som går ut på:

*” Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet.”*

(Aass m.fl 2013)

I 2010 ga helsedirektoratet ut ”*Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*”. Bakgrunnen for å gi nasjonale retningslinjer var å bidra til en kreftomsorg av god kvalitet og en likeverdig behandling for alle pasienter. Målgruppen for handlingsplanen var alt helsepersonell som jobber med pasientgruppen, pasienter og pårørende. Palliativ pleie kan bli tilbudt i hjemmet, på sykehjem, hospice, sykehus og i poliklinisk sammenheng (Aass m.fl 2013).



## 2.3 Kjennetegn ved den palliative kulturen

I følge *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen* finnes det visse kjennetegn på de verdier, holdninger og normer man finner innenfor palliativ behandling som de kaller den palliative kulturen (Aass m.fl 2013). Disse er:

- den har fokus på helhetlig tilnærming til pasienten som er alvorlig syk og døende og pasientens pårørende
- møte pasienten og pårørende med respekt og med fokus på pasientens beste, med forståelse for pasientens og pårørendes situasjon
- en aktiv og målrettet holdning til diagnostikk, forebygging og lindring av symptomer
- planlegger fremover i sykdomsprosessen med tanke på tilrettelegging i forhold til behov og komplikasjoner som kan oppstå
- åpen kommunikasjon og informasjon
- tverrfaglig arbeid
- koordinert og godt samarbeid på tvers av tjenester og ulike nivåer
- godt samarbeid på tvers av fagområder mellom de ulike medisinske fagområdene

### 2.3.1 Tverrfaglig samarbeid

Innenfor palliativ omsorg kan man ha et stort apparat fra mange forskjellige yrker. Dette kan for eksempel være sykepleiere, leger, fysioterapeuter, sosionomer, kliniske ernæringsfysiologer, ergoterapeuter, hjelpepleiere, prester, psykologer osv. Det kan også være ulike fagområder innenfor yrkene, som for eksempel stomisykepleiere, kreftsykepleiere og lungesykepleiere. Disse arbeider sammen i tverrfaglige team ut i fra hvilke behov hver pasient måtte ha. Pasienten og dennes pårørende blir også involvert (Aass m.fl. 2013).

## 2.4 Eldre pasienter med kreft og deres behov ved palliativ pleie

I takt med alder øker også forekomsten av kreft. 3 av 4 nye krefttilfeller rammer pasienter over 60 år. Det er størst andel eldre som dør av kreft og dermed størst andel eldre som trenger palliativ behandling. Med den forestående eldrebølgen og det faktum at vi lever lenger vil man også se en økning av eldre pasienter med kreft generelt (Kreftregisteret 2013).

Eldre med behov for palliativ pleie har ofte et mer komplekst sykdomsbilde enn andre palliative pasienter. Dette kommer av at pasientene kan ha en eller flere alvorlige diagnoser i tillegg til kreft diagnosen, noe som kan påvirke utviklingen i den palliative fasen (Hindle, Coates 2011:254). De eldre pasientenes palliative behov har fått lite oppmerksomhet fordi det har blitt sett på som en del av en naturlig prosess og det har ikke blitt satt i fokus verken i litteraturen eller forskningen på ivaretagelsen av behovene til denne gruppen (Hindle, Coates 2011:245). Det er viktig å huske på at eldre pasienter har de samme behovene som yngre pasienter når det kommer til for eksempel symptomlindring og psykisk og åndelig støtte (Hindle, Coates 2011:245). Smerter, tungpust, obstipasjon og underernæring er vanlige problemområder for disse pasientene (Eliopoulos 2014:523). I en studie fra Sverige ble eldre kreftpasienters behov kartlagt ved bruk av intervju. Her kom det frem at de største behovene hos de eldre var de fysiske som for eksempel smerter, kvalme, fatigue, tungpust og hoste. Under psykiske behov lå angst, usikkerhet, spørsmålene om meningen med livet, ønsket om å fortelle om sine opplevelser, ønsket om å rydde opp i relasjoner og lignende (Wijk, Grimby 2007:107). I denne artikkelen har de kun definert det religiøse, som de beskriver som en tro på en høyere makt, innenfor åndelighet. 1 av 30 pasienter som ble intervjuet svarte at han/hun hadde et primært åndelig behov, mens det var 10 pasienter som svarte at de hadde psykiske behov som primære behov. (Wijk, Grimsby 2007:109).

## 2.5 Åndelig omsorg

I denne oppgaven vil åndelig omsorg være definert som i *Livssyn og helse* (Stifoss-Hanssen, Kallenberg 1998:21)

- *det å være oppmerksom på pasientens eksistensielle spørsmål og ressurser*
- *å lytte til meningen disse har i pasientens livshistorie og*
- *å hjelpe pasienten i hans/hennes arbeid med eksistensielle spørsmål med utgangspunkt i hans/hennes livssyn.*

Begrepene eksistensielle spørsmål, livssyn, livshistorie, åndelig og religion/religiøsitet er viktige i denne sammenhengen. Derfor ser jeg det som viktig å omtale disse begrepene ytterligere for å få en sammenheng i oppgaven.

I følge Stifoss-Hanssen og Kallenberg (1998:27) er livssyn:

- *de teoretiske og vurderingsmessige antakelsene som utgjør eller har avgjørende betydning for et overgripende bilde av mennesket og verden*
- *som danner et sentralt vurderingssystem og*
- *som gir uttrykk for en grunnholdning*

Begrepet livssyn beskriver menneskers arbeid med eksistensielle spørsmål. Eksistensielle spørsmål omhandler mening, rett og galt, skyld, døden og lidelsen (Stifoss-Hanssen, Kallenberg 1998:18, 26). Det er livssynet vårt som til en viss grad bestemmer hvilke svar man finner på de eksistensielle spørsmålene og livssynet vårt er preget av den kulturen og det samfunnet vi lever i. Religion kan derfor ha en stor innflytelse på en persons livssyn, men selv om man kommer fra samme samfunn, kultur og religion vil alle livssyn være individuelle (Kaasa 1998:85).

Åndelig er et begrep som brukes for å dekke helheten av de eksistensielle spørsmålene og svarene, løsninger eller strategier som brukes. Det blir av mange satt som et synonym til religion, og det brukes også i kulturelle og filosofiske aspekter. Man kan si at det åndelige handler om letingen etter meningen med livet, relasjoner, tilknytning til menneskeheten og hvordan man forholder seg til verden og hva som skjer etter døden, og for mange er religion en viktig del av dette (Stifoss-Hanssen, Kallenberg 1998:20). Man skiller mellom religiøs åndelighet og ikke religiøs åndelighet. Religiøs åndelighet inkluderer troen på en transendent Gud og er et institusjonalisert system som forsøker å bringe mennesker i kontakt med den

transendente/hellige dimensjonen av virkeligheten. Dette inkluderer troslære, symboler, fellesskap, ritualer og bønner. Ikke-religiøs åndelighet er en opplevelse av relasjon/tilhørighet til noe større enn seg selv men samtidig uavhengig av en forståelse av en Gud (Marcoen 2005:364).

I likhet med dette deler de nasjonale retningslinjene for palliativ omsorg inn det åndelige i tre hoveddimensjoner som jeg nå vil beskrive.

### 1. Eksistensielle utfordringer og spørsmål

Ofte vil mennesker se tilbake på livet når man vet at slutten nærmer seg, for eksempel ved alvorlig eller livstruende sykdom. Man får et behov for å gjøre opp status, dele sin livshistorie med neste generasjon, rydde opp i relasjoner og å se mot et evighetsperspektiv. Spørsmålene pasientene stiller seg selv dreier seg ofte om identitet og mening, lidelse og død, skyld og skam, frihet og ansvar, glede og livsmot. (Schmidt 2009:10, Aass m.fl 2013). Uløste eksistensielle spørsmål kan føre til mye smerte og utilfredshet hos alvorlig syke (Kaasa 1998:84).

### 2. Verdibestemte vurderinger og utfordringer

Innenfor denne dimensjonen handler det om hva som er viktig og verdifullt for pasienten. Her vil pasienten reflektere over utfordringer i forhold til relasjoner og hvilket forhold man har til seg selv, familie, venner, moralske standarder, ting, arbeid, naturen, kunst, selve livet. Dette kan ofte dukke opp når pasientens liv går mot slutten og pasienten har begrenset med krefter og må prioritere hva de vil bruke de på. (Aass m.fl 2013)

### 3. Religiøse overveielser og forankringer

Her kommer man inn på den delen av det åndelige feltet som handler om tro og søken mot en høyere makt. Vi lever i et multikulturelt samfunn og det er ikke lengre kun den kristne forståelsesrammen man møter blant pasientene, men i Norge er det i størst grad den kristne. I denne dimensjonen handler spørsmålene om tro og tvil, fortapelse og evig liv, tilgivelse og forsoning, Guds nærvær, menneskeverd sett ut i fra det livet man har levd, bønnens plass og mulighet for guddommelig helbredelse. (Aass m.fl 2013) For mange kan en tro på en høyere makt, Gud eller noe utenfor en selv bidra til et fornyet håp (NICE 2011:95)

For å kunne gi åndelig omsorg er det kritisk å skulle vite noe om hvilke behov pasienten har. Et spørsmål som ofte blir reist er hvordan man skal kunne kartlegge åndelige behov. Til forskjell fra religiøse behov som kan være lettere å kartlegge ut i fra behov for gudstjenester, prestetjenester eller lignende er det vanskeligere å kartlegge åndelige behov da disse kan variere stort fra person til person. Noen pasienter kan også være uten åndelige behov i det hele tatt. Det er derfor viktig å få kartlagt dette tidlig i kontakten med pasienten. Praksisen for hvordan dette gjøres varierer fra sted til sted, men det finnes flere kartleggingsskjemaer, men også samtale anbefales (MacKinlay 2008:155).

Som tidligere nevnt kan eksistensielle spørsmål føre til smerter og ubehag for pasienten og de eksistensielle spørsmålene kan derfor falle innenfor sykepleierens arbeidsfelt. Det har vært mye diskutert om sykepleiere har kompetanse til å ta vare på det åndelige fordi det stiller krav til sykepleieren som man nødvendigvis ikke har kompetanse til. Derfor sier mange at dette stiller krav til sykepleieren om å reflektere over sitt eget forhold til det åndelige, noe som jeg nå vil komme mer inn på.

### **2.5.1 Utøvelsen av åndelig omsorg innenfor sykepleie**

Viktigheten av åndelig omsorg innenfor sykepleien ble spesielt understreket i hospice bevegelsen i England fra slutten av 60-tallet. Pioneren, Cicely Saunders, hadde flere ideer for hvordan arbeidet med de eksistensielle sidene av sykdommene som omhandlet for eksempel personalets kvalifikasjoner og innstilling, bemanning og utforming av bygningene (Stifoss-Hanssen, Kallenberg 1998:17).

En viktig del av utøvelsen av åndelig omsorg er å oppdage og forstå de åndelige behovene pasienten har. Dette er viktig å få dokumentert tidlig så man kan begynne kartleggingen allerede i det pasienten blir innlagt. Spørsmål som kan være relevante å starte med er å kartlegge pasientens religion (Stifoss-Hanssen, Kallenberg 1998:91). Det finnes i tillegg modeller for hvordan man kan kartlegge pasientens åndelige og eksistensielle forhold som kan være til god hjelp.

I møte med pasienter hvor man ønsker å finne ut av deres eksistensielle virkelighet er det viktig at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter, gode holdninger, språk og

prioriteringer. Gode kommunikasjonsferdigheter kan være å stille åpne spørsmål, spørsmål om følelsesmessige ting, følge opp svar fra tidligere spørsmål og å vise empati (Stifoss-Hanssen, Kallenberg 1998:92).

Helt konkrete tiltak som kan bli satt i gang der pasienten ytrer behov for det kan være tilrettelegging eller hjelp til åndelige eller religiøse ritualer som bønn, komme seg til gudstjeneste, meditasjon, kontakte prest, lytte til pasientens livshistorie, støtte pasienten og å stille spørsmål til refleksjon ved eksistensielle kriser. Innen familierelasjonen kan sykepleier gi rom for samtale om det åndelige og legge til rette for kontakt med familien. Man kan også legge til rette for de gode samtalene mellom sykepleier og pasient ved å ha god tid når man går inn i samtalene, unngå forstyrrelser og skape en god kommunikasjon som nevnt tidligere (Stifoss-Hanssen, Kallenberg 1998:107).

### **2.5.2 Egenskaper hos sykepleier (helsepersonell)**

Når man arbeider som sykepleier med palliative pasienter har man som ansvar å dekke de åndelige behovene sammen med annet helsepersonell. For å kunne dekke disse behovene er utdanning og praksis viktig og i følge retningslinjene for palliasjon i kreftomsorgen er det viktig at man personlig har reflektert og arbeidet med noen sentrale tema (Aass m.fl 2013).

Disse er som følger:

- Se på sitt eget forhold til tro, åndelighet og død.
- Reflektere over sin evne til empati og innlevelse i forhold til de ulike sidene ved menneskelivet og menneskers individualitet.
- Evne til å tenke helhetlig omkring den alvorlig syke og døendes situasjon og egen evne til å oppdage og respondere på åndelige problemstillinger på en god og reflektert måte.
- Evne til å respektere og gi oppmerksomhet til pasientenes egne åndelige mestringsforsøk
- Ha fagkunnskap om det åndelige og hvordan sykdom og død påvirker det åndelige området
- Evne til å være tilstede og lytte til pasienten i alle situasjoner, selv når man føler seg hjelpeløs og maktesløs

- Evne til å kommunisere på en fleksibel og forståelsesfull måte som forener ærlighet og følsomhet
- Klare å leve med uløste spørsmål hos seg selv og pasienten
- Evne til å dra nytte av veiledning og ”debriefing”
- Evne til å ha fokus på andre og sette seg selv og sine egne problemer til side.

Viktigheten av refleksjon over egne personlige eksistensielle spørsmål, eget livssyn og motiver blir understreket i litteraturen og forskning. Det å bli bevisst sine egne holdninger og bearbeide sine reaksjoner er også viktig. Dette refleksjons- og bevisstgjørende arbeidet er viktig fordi helsepersonellet da blir bedre i stand til å ivareta behovene til pasienten og til de pårørende (Kaasa 1998:86). Igjennom forskning har det blitt vist at sykepleiere av ulike grunner ikke implementerer åndelig omsorg i sin arbeidshverdag (MacKinlay 2008:151). En av grunnene er mangel på forståelse eller refleksjon over de åndelige og eksistensielle temaene, og sykepleierne uttrykker selv at de hadde følt seg trygget på å gi åndelig omsorg om de hadde hatt mer kunnskap og erfaring. MacKinley skriver at om man ikke har noen interesse for det åndelige perspektivet i sitt eget liv vil man heller ikke ha interesse for andres, og man vil av den grunn ikke utøve åndelig omsorg i sykepleien. En annen grunn kan være at sykepleieren ikke anser dette som en del av sitt fagfelt og dermed ikke føler en forpliktelse til å involvere seg i åndelige eller eksistensielle spørsmål. Tidsaspektet er også noe som går igjen i denne diskusjonen hvor det blir sagt at man har mangel på tid. Det blir derfor oppmuntret til å henvise pasienten til for eksempel sykehus prest eller andre pasienten skulle ønske eller ha behov for å snakke med (MacKinlay 2008:151).

### 2.5.3 Eldre og åndelig omsorg

MacKinlay (2006:49) referer til en liste over 14 åndelige behov for eldre beskrevet av Koenig (1994). Selv om disse er 20 år gamle peker fortsatt mye av dagens forskningen på de samme områdene:

1. Behov for mening, hensikt og håp.
2. Behov for å overskride omstendighetene.
3. Behov for støtte til å håndtere tap.
4. Behov for kontinuitet.
5. Behov for validering og støtte for religiøse uttrykk.
6. Behov for å ta del i religiøse ritualer.
7. Behov for personlig verdighet og en følelse av å være verdt noe.
8. Behov for betingelsesløs kjærlighet.
9. Behov for å uttrykke sinne og tvil.
10. Behov for å føle at Gud er på deres side.
11. Behov for å elske og å tjene andre.
12. Behov for å være takknemlig.
13. Behov for å tilgi og å bli tilgitt.
14. Behov for å forberede seg på døden og det å dø.

Forskning som har sett på viktigheten av åndelighet i forhold til alder har sett at åndelighet blir viktigere jo eldre du blir. På grunn av denne gruppens alder og livssituasjon vil de ofte se etter svar på eksistensielle spørsmål fra den kristne troen, siden dette representerer en trygghet fra fortiden i form av barnetro (Kaasa 1998:85). I den norske befolkningen er det fortsatt et stort innslag av mennesker med gudstro og et religiøst livssyn (70-90%). I studier ser man en sammenheng mellom alder og religiøsitet, og at syke er mer religiøse en friske og lavt utdannede er mer religiøse enn høyt utdannede. Det er derfor sannsynlig at helsepersonell er en gruppe av lav religiøsitet siden de ofte er unge, friske og velutdannede (Stifoss-Hanssen, Kallenberg 1998:93). I studier har man sett at pasienter som har en religiøs tro og som får utøve sin åndelighet rapporterer en følelse av mestring. Samtidig viste det seg at pasientene som bruker positive religiøse mestringsstrategier som tilgivelse, retning, hjelp fra andre, søker støtte fra prest, overgir seg til sykdommen og hadde et velvillig syn på religion var mindre utsatt for depresjon, angst og ubehag (Buck, Overcash, McMillan 2009:664).



Et annet tema som står svært sentralt for eldre palliative pasienter er familie og relasjoner, og mange har et behov for å fortelle om sine livshistorier og å summere opp hva de har utrettet i livet (MacKinlay 2008:152). Mange eldre finner meningen med livet gjennom familien og dens relasjoner. Dette fordi de er en del av noe større hvor familiene representerer livets gang hvor verdier, synet på livet og en egen væremåte ble bevart og videreformidlet. Å være en del av en familie gav pasientene en følelse av tilhørighet, mening med livet, sikkerhet og at de tilhørte noe som var større enn seg selv og eksisterte for dem og på grunn av dem og de følte at de hadde skapt noe av verdi. Pasientene la også vekt på kjærlighet, omsorg og vennskap som viktige aspekter i livet og som bare ble viktigere ved livets slutt (Asgeirsdottir m.fl 2013).

## 2.6 Kari Martinsen

Kari Martinsen har ingen klar omsorgsteori, men heller en beskrivelse av hva sykepleie er som baserer seg på at sykepleie er omsorg. Hennes sykepleieteori er i konstant utvikling gjennom hennes forfatterskap, men bygger hele tiden videre på hovedideen om omsorg som sykepleiens fundament (Kirkevold 2005:168).

I hennes arbeid tar hun avstand fra sykepleieteoretikerne som ser på egenomsorg og på hvilke måter pasienten er i stand til å ta vare på seg selv (Kirkevold 2005:137). Med ”formålsrasjonell” sykepleie mener hun at man ikke skal utføre sykepleien med et forhåndsbestemt mål, men at omsorg er et mål i seg selv. For Martinsen er god sykepleie å ta utgangspunkt i pasientens lidelses- og livshistorie og å klare å fremme livsmot hos pasienten, for deretter å utføre omsorg ved konkrete handlinger som er tatt ut i fra en faglig vurdering om hva som er til pasientens beste (Kirkevold 2005:177).

### 2.6.1 Kari Martinsen og åndelig omsorg

Kari Martinsen skriver aldri direkte om åndelig omsorg, men man kan finne mange likheter mellom hennes omsorgsteori og prinsippene for åndelig omsorg, og de forventningene man har til sykepleieren med tanke på å kunne utøve åndelig omsorg (Overgaard 2003:36). Hun er opptatt av forholdet mellom sykepleier og pasient som oppmerksomt lyttende og åpen holdning, noe som gjelder både for pasient og sykepleier (Scmidt 2009: 63).

Martinsen har i sin teori fokus på relasjonen mellom sykepleier og pasient. Hun mener mennesker er avhengige av hverandre og i sykepleien kan dette sees på som det hun forklarer som en generalisert gjensidighet. Med dette mener hun at det ligger en forventning til at man hjelper den andre (pasienten) uten å forvente noe tilbake (Kirkevold 2005:137). Hun ser også på hvordan denne relasjonen formes gjennom fellesskap, solidaritet og gjensidighet uten at det foreligger forventninger om gjenytelser (Kirkevold 2009). I kapitlet *Omsorg i sykepleien - en moralsk utfordring* tar hun opp noen av utfordringene man kan møte i behandlingsprosessen og hvordan en god relasjon skapes (Martinsen 2005:135).

En av disse utfordringene hun skriver om er tid og hun kritiserer moderniseringsprosessen hvor effektivitet og hurtighet er hovedfokuset for alle våre handlinger og miljøet rundt oss.

Hun mener at i vår tids sykepleie blir kvalitet sett på som hastighet og effektivitet. Men dette er en ødeleggende for menneskelig nærvær og den gode samtalen som fordrer at vi gir hverandre tid og tar oss tid. Hun mener det handler om ”*kunsten å være langsom i de korte møtene*” Dette er å ta seg tid selv om tiden man har målt i klokketid ikke er så lang og å utnytte det man har og være tilstede i øyeblikket. (Martinsen 2005:43).

I boken utdyper hun at en faglig dyktig sykepleier kan sin sykepleiekunnskap, men har også en god moral, eller gode sykepleieholdninger. Martinsen advarer mot å se på pasienten med et ovenfra og ned syn eller som et objekt som man skal kartlegge og analysere da dette kan hindre en naturlig kontakt som kan være grunnlaget for en god relasjon (Overgaard 2003:42). Dette kommer til syne i standarden på sykepleierens handlinger som også gjør at sykepleier er verdig pasientens tillit (Martinsen 2005:164). Å bli verdig den andres tillit er derfor en del av det å gi omsorg. For henne er det tillit noe av det viktigste i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Det er tillitt som er fundamentalt og bærende (Martinsen 2005:136). Martinsen skriver at vi møter hverandre med tillit, og mistillit oppstår fra særlige grunner og må begrunnes (Martinsen 2005:142).

I samtalen mellom pasient og sykepleier skal man ha en balanse mellom urørlighetssonen og åpenhet. Noe som forutsetter at man som sykepleier skal vise pasienten at man er engasjert i pasienten, men allikevel ikke trår over urørlighetssonen. På denne måten får man tillitt til hverandre (Martinsen 2005:34). Samtalen handler samtidig om mye mer enn hva som blir sagt i ord. Det kroppslige uttrykket ved gestikulering, ansiktsuttrykk og geberden. *Geberden er uttrykk for en holdning eller bevegethet, en holdning knyttet til situasjoner som en er involvert i med sine følelser* (Martinsen 2005:35).

Martinsen er opptatt av fagkunnskap og hvordan sykepleier bruker sine erfaringer til å utvikle og videreføre sitt arbeid. Gjennom praksis og å søke råd hos andre mer erfarne sykepleiere, blir man en mer faglig dyktig sykepleier. Hun forklarer at det er viktig å ha fagkunnskap, prosedyrer, teknikker og fagets regler, men dette er ikke det som definerer en god sykepleier (Martinsen 2005:164).

Hun beskriver også sanselig sykepleie og sansing som grunnleggende for all forståelse som overgår den begrepsmessige forståelsen. Martinsen mener det er gjennom praktiske ferdigheter og sanselig nærvær at man forstår og det er dette som er sansing. Sykepleieren

møter pasienten med en åpenhet og fornemmer hva som blir forventet av henne fra pasientens side. Her mener hun ikke et konkret ønske eller behov, men en forventning mellom de to, hvor den ene er svakere enn den andre. Sammen med dette skal man som sykepleier være god til å tyde kroppsspråk. Hun mener at erfarne sykepleiere er i stand til å se på pasientens kroppsspråk når noe er galt, både fysisk og psykisk (Overgaard 2003:43).

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Jeg har i min oppgave valgt å bruke litteraturstudie som metode. Jeg mener at jeg ikke har nok erfaring fra praksis til å kunne skape et case som er troverdig nok. Med litteraturstudie menes at man systematiserer kunnskap fra forskjellige skriftlige kilder som for eksempel bøker, fagartikler, forskning, internett osv. Ved å systematisere kunnskap mener man samle inn kunnskap, gå kritisk igjennom denne og sammenfatte den (Magnus, Bakketeig 2000:37). Jeg kommer ikke med nye eller egne funn, men bruker andres litteratur og forskning for å finne svar på min problemstilling.

### 3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

*”Kvalitative metoder handler om å karakterisere. Selve ordet kvalitativ henviser til kvalitetene, det vil si egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomenene”* (Repstad 2007:16). Til forskjell fra kvalitativ metode vil kvantitative metoder i helse- og sosialfaglig sammenheng ikke gi en like dyp kunnskap om et område innenfor faget, da man ikke vet hva som ligger bak tallene og kurvene (Aadland 2011:206). Jeg har derfor valgt ut forskningsartikler som er bygget på kvalitative metoder siden jeg er opptatt av å se på fenomenet åndelig omsorg. Kvalitativ analyse vil kunne besvare problemstillingen og aspekter ved denne som kvantitativ metode ikke vil kunne. Jeg ønsker ikke å finne ut av hvor mange som gir åndelig omsorg eller mottar det, men jeg ønsker å finne ut av hvilke behov pasientene har og hvordan sykepleier kan dekke disse behovene.

### 3.3 Søkeprosessen

Jeg begynte først å lese meg opp på relevant litteratur og forskning. Jeg bestemte meg for å besvare problemstillingen med hjelp fra Kari Martinsens syn på sykepleie og omsorg, og jeg har derfor søkt i bibsys etter bøker skrevet av eller om henne og hennes omsorgsfilosofi. Gjennom bibsys og søkeordene ”Kari”, ”Martinsen” og ”teori” har jeg funnet bøkene *Samtalen, skjønnnet og evidensen* (Martinsen 2005), *Sykepleieteorier- analyse og evaluering* (Kirkevold 2005), *Har du tid til det, da?* (Schmidt 2009) som jeg har brukt i teoridelen. Når

jeg søkte ”Martinsen” og ”åndelig” fant jeg boken *Åndelig omsorg : en lærebog: Kari Martinsen, Katie Eriksson og Joyce Travelbee i nyt lys* (Overgaard 2003) som jeg har brukt mye da denne hadde stor relevans i forhold til Kari Martinsens syn på åndelig omsorg. Stifoss-Hanssen og Kallenbergs bok, *Livssyn og helse*, har vært mye brukt til definisjon av begreper innenfor det åndelige og livssyn, og når det gjelder tiltak i forhold til åndelig omsorg.

Alle bøkene, bortsett fra *Samtalen, skjønnnet og evidensen*, er sekundærkilder. Kari Martinsens teorier er omfattende og hele tiden under utvikling og det gjorde det dermed lettere å få oversikt ved å lese sekundærkilder, selv om disse kan være preget av forfatterens egne meninger og oppfatninger. Disse refererer også til den aktuelle litteraturen de har brukt og eksakte sidetall så man lett kan finne ut hvor stoffet kommer fra.

Jeg har søkt i forskjellige databaser etter relevant forskningslitteratur i forhold til min problemstilling. Først og fremst har jeg brukt Cinahl og PubMed da det er disse databasene jeg har brukt mest tidligere. I Cinahl kan man også begrense søkene sine til fagfelleverderte forskningsartikler, alder, tidspunkt for publikasjon og geografisk område. Dermed har man mange muligheter til å avgrense søket. Gjennom Cinahl har jeg brukt søkeordene ”palliative care”, ”spiritual care”, ”cancer patients”, ”nurse”, ”old patients” og funnet tre relevante forskningsartikler etter å ha gått igjennom søkeresultatene. Alle artiklene funnet ved hjelp av Cinahl er fagfelleverderte, noe som validerer min bruk av disse artiklene. Den siste artikkelen fant jeg ved hjelp av PubMed. At jeg kun har søkt i disse databasene kan sees på som negativt da man ikke vil fange opp all forskning som er gjort på feltet på denne måten, men med tanke på omfanget av oppgaven og tidsaspektet var det mest naturlig å ikke utvide søkeprosessen ytterligere.

Jeg har også korrespondert med førstelektor Sidsel Ellingsen ved Haraldsplass Diakonale Høgskole, som underviser i videreutdanning innenfor palliativ pleie og med Sigrid Helene Kjørven som leder et forskningsprosjekt på nettopp åndelig omsorg til eldre. Fra begge har jeg fått tilsendt relevant litteratur og anbefalinger til litteratur jeg har brukt i oppgaven.

Det har vært et problem å finne forskning som har rettet seg kun mot eldre og palliativ pleie og åndelig omsorg, og jeg har derfor valgt å bruke artikler som ikke har rettet seg kun mot denne pasientgruppen. På studiene har jeg sett etter en variasjonsbredde hvor de over 60 har

blitt inkludert, men det har i tillegg vært pasienter under 60 år inkludert i studien. Dette er kriteriene jeg har brukt i prosessen:

1. Nordisk eller engelsk språk
2. Kvalitative studier
3. Fagfellevurdert
4. Ikke være eldre enn 10 år
5. Relevans i forhold til problemstillingen med positive eller negative funn
6. Innenfor palliasjon, helst kreft spesifikt
7. Aldersgruppen 60-80 år inkludert i studien

Jeg har i tillegg sett på hvor de har blitt publisert og om de har gode referanser/litteraturliste. Jeg har dermed endt opp med 4 forskjellige artikler som jeg omtaler og presenterer i det følgende.

### 3.4 Kildekritikk

Den første var *"Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers"*. Denne studien er skrevet av to sykepleiere med doktorgrader og en sykepleier som var kandidat til doktorgrad, alle ansatt ved høyskole eller universitet i Australia og jeg regner derfor disse artiklene som gode kilder da forskere med doktorgrad har lang erfaring innenfor feltet. Artikkelen er også publisert i *Australian Journal of Advanced Nursing* noe jeg mener underbygger kredibiliteten da dette er et tidsskrift for en gruppe innenfor sykepleieren med høy kompetanse. Det er vanskelig å si noe om de kulturelle forskjellene mellom Australia og Norge og om funnene vil samstemme med norske funn, dette er derfor noe som kan være negativt. For noen av de pårørende i studien er det gått en lengre periode siden de var pårørende til en palliativ pasient med kreft, mellom 2-7 år. Dette er en lang tidsperiode og det er mye som kan ha påvirket deres oppfatninger og tanker i løpet av denne tiden.

Artikkelen *"Health care staff's opinions about existential issues among patients with cancer"* er skrevet og utført av sykepleiere med doktorgrad og de var alle ansatt ved høyskole eller universitet da studien ble skrevet, noe som gir studien kredibilitet. Studien ble utført ved flere forskjellige institusjoner som også var geografisk langt unna hverandre, noe som styrker kredibiliteten. Studien har blitt publisert i fagtidsskriftet *Palliative and Supportive Care*, noe

som styrker kredibiliteten. Studien er gjennomført i Sverige, noe som gir den mer overføringsverdi til Norge da forskjellene er mindre enn til land med en større geografisk avstand. Studien har sett på hva sykepleierne ser på som eksistensielle spørsmål eller problemer hos pasientene i stedet for å gå til primærkilden selv, som er pasientene. Dette er ikke like heldig da sykepleier aldri vil være i stand til å se alle av pasientens behov, før sykepleieren selv er pasient og selv da vil sykepleieren ikke være i stand til dette siden disse aspektene er individuelle.

*"Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility"* ble skrevet av sykepleiere og sosionomer. Alle bortsett fra hovedforfatteren hadde doktorgrader ved tidspunktet for publikasjonen i *Journal of Clinical Nursing*. Hovedforfatteren har en mastergrad innefor sykepleie og studiens medforfatterne har alle doktorgrader. Denne studien ser på sykepleierens rolle i åndelig omsorg fra både pasientens, sykepleierens og sykehusprestens ståsted, noe som gir flere aspekter til forskningen. Studien inkluderer en onkologisk, en kardiologisk og en nevrologisk avdeling ved et sykehus og jeg mener derfor at den er relevant da den inkluderer en onkologisk avdeling.

Den siste og fjerde artikkelen *"An Exploratory Study of Spiritual Care at the End of Life"* ser på hvordan helsepersonell forstår åndelig omsorg og hvordan de utfører denne omsorgen til palliative pasienter og deres familier. Studien er skrevet av medisinere og en sykepleier. Hovedforfatteren er ansatt ved Duke University og er lege med spesialitet på religion, åndelighet og medisin og jeg ser derfor på dette som en pålitelig kilde. Studien ser på helsepersonell generelt og jeg ser derfor en overføringsverdi da sykepleiere også er inkludert. De som er intervjuet er også henvist til studien av pasientene selv som mener at disse er gode eksempler på personer som utøver god åndelig omsorg noe som underbygger validiteten av studien.



## 4.0 Funn

Jeg har valgt å presentere mine funn i imradstruktur. Dette gir en mer oversiktlig presentasjon av funnene og imrad er den metoden vi har brukt til presentasjon av funn tidligere i studiet. Imrad står for innledning, metode, resultat og diskusjon og er den vanligste strukturen som brukes i forskningsartikler for å presentere funnene på en oversiktlig måte og gir i tillegg et oversiktlig innblikk i hvordan studien ble utført og hvordan man har kommet frem til funnene (Nylenna 2009).

### 4.1 "Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers"

(Penman, Oliver og Harrington 2009)

**Innledning:** Formålet med studien var å se på hvilken opplevelser palliative pasienter og deres pårørende hadde av hva åndelighet er og hvordan man gir åndelig omsorg.

**Metode:** De utførte studien ved kvalitative dybde intervju. Intervjuene ble utført i Australia i pasientenes eller pårørendes hjem. Det ble også brukt tolk. Pasientene kunne selv melde seg for studien eller de ble henvist fra forskjellige palliative tjenester. Studien inkluderte 4 palliative pasienter og 10 pårørende/omsorgspersoner som tok vare på eller hadde tatt vare på en nær person i den palliative fasen.

**Resultat:** I denne studien fant de 7 forskjellige hovedtemaer innenfor åndelighet og det å gi åndelig omsorg som var viktige for pasienten og pårørende i den palliative perioden. 4 temaer som var knyttet direkte til hva åndelighet er og betydde for hver enkelt:

- "Gud": Den mest vanlige beskrivelsen som relaterer til en følelse av at noen våker over deg og passer på deg gjennom sykdommen.
- "Mestring": Åndelighet var en viktig del av det å komme seg igjennom en krise i form av at de følte det ga kraft, styrke, mot, mening og oppmuntring til tross for situasjonen.
- "Religion": en religiøs tilknytning gav en følelse av åndelighet ved å kunne gi av seg selv til en religiøs organisasjon, å være bevisst sin egen tro og å være engasjert innenfor noe religiøst.

- ”Relasjoner til andre”: Åndelighet kan være det å tenke på og bry seg om andre.

Og 3 temaer om hvordan den åndelige omsorgen ble utført eller kunne bli utført:

- ”Opprettholde relasjoner”: Innenfor dette temaet snakket deltagerne om det å være intim, vise at man bryr seg, være tilstede, hjelpe hverandre og gi oppmerksomhet og støtte ved for eksempel at noen var der når man trengte det i form av viktige ting som legebesøk eller overnattet på sykehuset for å vise sin støtte.
- ”Kjærlighet”: ved kjærlighet mente deltakerne at relasjonene var bygget på kjærlighet ved å vise en følelse av uselviskhet og medfølelse for hverandre. De små tingene som å gi av sin egen tid, komme på besøk, drikke kaffe, klemme hverandre.
- ”Delta i religiøse handlinger”: Med dette mente de ikke nødvendigvis å gå i kirken, men bare det å be eller å snakke med Gud. Det å be ble av mange oppfattet som kraftfullt, hjelpsomt og oppløftende.

## 4.2 Health care staff's opinions about existential issues among patients with cancer

(Bowall m.fl 2009)

**Innledning:** Målet med studien var å se på sykepleiere og hjelpepleieres meninger rundt hvilke eksistensielle problemstillinger som er viktige for palliative pasienter med kreft, og hva de mente var personalets ansvar når eksistensielle spørsmål ble tatt opp av pasienten.

**Metode:** Brukte kvalitativ metode i form av intervju av fire forskjellige fokusgrupper bestående av helsepersonell hvor en gruppe jobbet ved et hospice, en ved en medisinsk kreftavdeling og en ved en kirurgisk avdeling og en gruppe fra et ambulerende palliativt team. Helsepersonellet kom fra to ulike geografiske områder i Sverige hvor av det ene var i et byområde og det andre i et tynt befolket område. Det ble stilt følgende to hovedspørsmål til deltakerne: 1) Hvilke eksistensielle problemstillinger er viktige for pasientene på din avdeling? 2) hva er helsepersonellens ansvar når eksistensielle problemstillinger blir tatt opp av pasienten på din avdeling?

**Resultat:** Fra det første spørsmålet kom det frem 4 kategorier med 10 underkategorier:

- Livet og døden: Som hadde underkategorien livsglede omhandlet hvordan pasientene satte pris på de små tingene i livet og det som hendte her og nå. At de ønsket å fokusere på noe annet enn døden og det som var forestående. De små tingene som betydde mye kunne være å ta seg et glass vin ved middagen en fredag kveld, eller å snakke om blomster og hagearbeid. Den andre kategorien handlet om tanker rundt døden. De mente det var ulike måter pasientene gikk inn i døden på, men det var sjeldent at pasienter kjempet i mot. Å leve, å dø og å bli skilt fra familiemedlemmene ble sett på som en naturlig del av livet. Det ble også snakket om viktigheten for pasientene om å få avslutte livet et sted de følte seg trygge.
- Mening: Med underkategoriene aksept, hvor noen pasienter var i stand til å snakke om døden og aksepterte at den skulle komme, mens andre ønsket ikke å dø og unngikk å snakke om døden. Reevaluering betydde at de så tilbake på livet og hadde en trang til å fortelle om livet sitt til andre og å summere opp det de hadde gjort til nå. Håp og tro var også to viktige ting. Håp ble ofte brukt, ikke som en form for fornektelse, men for å unnsnippe virkeligheten for et lite øyeblikk ved at man kunne planlegge ting man skulle gjøre eller snakke om ting som skulle skje, for eksempel at våren kom, selv om man visste at man ikke kom til å leve til da. Tro ble også viktig mot slutten og det var mange som fant igjen barnetroen, selv om de tidligere hadde gitt et uttrykk for at de ikke var troende på noen måte.
- Selvbestemmelse: Handlet om ansvar i form av skyld og forsoning. Eksistensielle spørsmål kunne handle om hvorfor dette skjedde med dem og hvilken skyld de hadde i dette. Om dette hadde rammet dem fordi de hadde gjort noe galt mot andre tidligere i livet gikk ofte igjen og det var for noen pasienter viktig med forsoning for å kunne få ro den siste tiden.
- Relasjoner og ensomhet: Viktigheten av åpenhet innenfor familien om eksistensielle spørsmål var også viktig for pasienten, men også fordi det skapte en god atmosfære som også gjorde det lettere for helsepersonellet å snakke om eksistensielle temaer med både pasienten og familien. Det ble også tydelig om pasienten hadde hatt et liv fylt med gode relasjoner eller om de hadde vanskelige relasjoner som de nå ønsket å rydde opp i. Disse relasjonene kunne føre til tristhet i pasientens siste tid. Tap av det man ikke kom til å være en del av ble også snakket mye om av pasienter.

Etter å ha sett på svarene fra spørsmål 2 kom det frem en kategori med tre underkategorier:

- Å oppnå et møte: Det var viktig for sykepleierne at de hadde muligheten til å ha en samtale med pasienten, noe som kunne bli hindret av mangel på tid eller privatliv.

Siden det er vanskelig å sette av tid til å snakke om eksistensielle tema eller spørsmål siden de ofte er spontane var det vanlig at man var tilbøyelige til å kunne ta over hverandres arbeidsoppgaver for å kunne få tid til å snakke med pasientene. Mangel på dokumentasjon om eksistensielle og psykososiale problemstillinger var også en stor hindring for dialog.

- En annen forutsetning for å få til et godt møte med pasienten var helsepersonellens holdninger når det gjaldt å behandle hver pasient som et individ, respektere pasientens integritet og være klar over kulturelle forskjeller. Det var også viktig å inkludere pasientens familie og andre nære personer i relasjonen mellom sykepleier og pasient for å legge til rette for en bedre dialog. Av alle avdelingene var det den kirurgiske avdelingen som uttrykte at de trengte mer kunnskap til å kunne adressere disse spørsmålene.
- Invitasjon og bekreftelse fra helsepersonellens side var også en av forutsetningene for dialog. Man måtte invitere pasientene ved å være åpen for dialog gjennom kroppsspråket og øyekontakt. Man måtte være i stand til å se de små hintene fra pasienten, ta tak i det med en gang og vise at man var interessert og erkjenne at man er villig til å høre på hva pasienten har å si. For å kunne snakke om eksistensielle spørsmål måtte man også ha mot til å kunne sitte i de vanskelige samtalene og å kunne sitte i stillhet.

### 4.3 Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility

(van Leeuwen 2006)

**Innledning:** Målet med studien var å svare på spørsmålet om hvordan sykepleiere er oppmerksomme på aspekter av åndelighet for pasienter innenfor rammen av nederlandsk klinisk somatisk helsehjelp og hva kan bli antatt fra disse dataene med tanke på den profesjonelle rollen til sykepleieren innenfor åndelig omsorg.

**Metode:** Kvalitativ metode ved fokusgruppeintervju. Inkluderingskriteria var: sykepleiere som hadde jobbet i minst fire år i en 50 % stilling eller mer, pasienter som hadde vært innlagt nylig og sykehusprester med minst 5 års erfaring. 25 sykepleiere, 30 pasienter og 12 prester deltok fra kardiologiske, onkologiske og nevrologiske avdelinger. Det var ikke mer enn 5-6 deltakere i hver gruppe og de ble oppdelt etter sykepleier, pasient eller prest og etter hvilket fagfelt de jobbet ved/hadde vært innlagt ved.

**Resultat:** Det ble trukket ut 6 hovedtemaer fra de forskjellige intervjuene med utdypende forklaring på de aktuelle temaene.

- *Hvordan man håndterer sine egne verdier og overbevisninger:* Handlet om hvilke forventninger man hadde til sykepleieren innenfor åndelig omsorg, sykepleierens eget syn på åndelighet, sykepleierens holdninger, sykepleierens følelser. Pasientene forventet at sykepleieren skulle være oppmerksom og være tilstede, men også vise gode ferdigheter i form av fysisk pleie. De ønsket også at sykepleieren skulle vise hvem de var og at de kunne reagere på et personlig nivå. De mente også at de eldre sykepleierne var mer oppmerksomme på åndelig omsorg enn de yngre. Noen sykepleiere var selv usikre på hva deres rolle innenfor åndelig omsorg var. Deres egen åndelighet var påvirket av oppveksten og erfaringer fra tidligere noe som også pasientene hadde lagt merke til. Pasientene mente det var lettere å snakke om åndelighet med religiøse sykepleiere, men de ønsket selv å ta initiativ til åndelige samtaler. Det var negativt om sykepleieren kom for nære på pasientens tro om ikke pasienten selv hadde tatt initiativ til dette. Alle deltakerne var enige i at forholdet mellom pasient og sykepleier var bygget på tillitt.
- *Kommunikasjon med pasienten:* Samtaler om åndelighet ble ofte tatt opp om kvelden eller natten, da sykepleieren hadde mer tid og samtalen startet spontant ut i fra åpenhet både fra pasientens og sykepleierens side. En annen faktor som også spilte inn var om sykepleieren og pasienten hadde samme ideologi og var i stand til å forstå hverandres religiøse språk. Aldersforskjell var også et hinder for kommunikasjon om åndelighet.
- *Kartlegge behovet for pleie:* Handlet om hvordan pasientens åndelige behov ble kartlagt og dokumentert. Det ble funnet at dette sjeldent ble gjort. Spørsmålene som ble stilt pasienten var ofte om de tilhørte noen religiøse samfunn eller om de ønsket å snakke med en prest.
- *Helhetlig omsorg:* Med dette mente de i hvilken grad sykepleieren brukte andre yrkesgrupper og henviste pasientene videre til andre i forbindelse med åndelige problemstillinger. Sykepleierne henviste ofte til prester eller sosionomer innenfor de tverrfaglige teamene når de åndelige problemene ble for vanskelige å ta tak i.
- *Utførelsen og evalueringen av omsorg:* Sykepleiers intervensjoner eller tiltak ved åndelig omsorg kunne være en spontan handling som å be med terminale pasienter. Noen brukte også bilder som hjelp for å kunne snakke om pasientens personlige

historie for å skape mening, tilstedeværelse, fysisk berøring, kontakten og det å ta vare på pårørende. Handlingene eller tiltakene var avhengig av hva sykepleieren selv var komfortabel med. Det var også viktig for sykepleierne å kunne evaluere og ta opp med medarbeidere den omsorgen som ble gitt, for å få innspill og å høre andres erfaringer for at sykepleieren kunne utvikle sin åndelig omsorg videre.

- *Kvaliteten av omsorgen og forbedring av kompetanse:* Viser til at sykepleierens tidligere erfaringer med åndelig omsorg er viktig, men også refleksjon over personlige åndelige verdier. De etterlyste også mer utdanning innenfor åndelige samtalemetoder og hvordan man skal bruke disse i møte med pasienten.

#### 4.4 "An Explanatory Study of Spiritual Care at the End of Life"

(Daaleman m.fl 2008)

**Innledning:** Denne studien så på helsepersonell forståelse og syn på den åndelige omsorgen de selv hadde utøvd til palliative pasienter og deres pårørende.

**Metode:** Studien ble gjennomført i USA. Kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer. Helsepersonellet som deltok hadde blitt henvist av palliative pasientene og deres pårørende på grunnlag av at de mente disse personene hadde utøvd åndelig omsorg. Det ble nominert 66 helsearbeidere hvor det ble plukket ut 8 leger, 2 sykehusprester, 1 sykepleier og 1 jobbet innenfor teknisk/renhold.

**Resultater:** Det ble i denne studien kommet frem til tre hovedtema som var kjernen ved det å gi åndelig omsorg.

1. Tilstedeværelse: Ble beskrevet som et møte eller møter mellom to personer kjennetegnet av en intensjonalitet eller bevissthet om omsorg som gikk utover den medisinske behandlingen og rettet oppmerksomheten mot følelsesmessige, sosial og åndelige behov. Fysisk nærhet var også en viktig komponent som gjorde at helsepersonellet kunne fokusere på pasienten.
2. En oppvåkning: Handlet om hvordan helsepersonellet, ved å forstå pasientens individuelle opplevelse av sin egen sykdom med innspill fra familie og venner, så personen bak sykdommen. Pasientens perspektiv var alltid sentralt, men dette var en toveis prosess hvor både helsepersonell og pasient så det unike mennesket i hverandre.

Dette gjorde det mulig å identifisere ressurser som pasientens trossystem og sosiale nettverk.

3. Samarbeid: Med dette mente deltakerne et samarbeid mellom pasient, pårørende og helsepersonell som førte til en helhetlig pleieplan med fokus på å opprettholde pasientens menneskelighet og verdighet i møte med døden.

De så også på forskjellige faktorer som fremmet og hindret utøvelsen av åndelig omsorg. Det største hinderet var mangel tid, noe de fleste uttrykte, men også mangel på personvern og kontinuitet. Faktorer som fremmet var god tid, effektiv, men god kommunikasjon hvor helsepersonellet lett kunne samle informasjon og helsepersonellens personlige erfaringer og utgangspunkt i forhold til alvorlig sykdom og død.

## 5.0 Drøfting

I denne oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i opplevelser jeg har hatt i praksis med pasienter i palliativ fase som har gitt meg en nysgjerrighet og en lyst til å utforske mer. Jeg ønsket å finne ut av hva som gjorde at de samtalene jeg har hatt med akkurat disse pasientene har hengt ved meg. Min problemstilling ble derfor:

*Hvordan kan en sykepleier ivareta eldre palliative kreftpasienters behov for åndelig omsorg?*

Kari Martinsens omsorgsteori er aktuell i flere tema og hun viser til flere av de samme problemstillingene som sykepleierne i funnene også tar opp. En sykepleiers utøvelse av åndelig omsorg avhenger av flere egenskaper hos sykepleieren, i tillegg til sykepleierens kunnskap og erfaring. Dette er noe jeg vil utdype mer i drøftingen. En forutsetning for åndelig omsorg er en god relasjon, men man får ikke en god relasjon uten å være tilstede, både tidsmessig og i øyeblikket, og jeg vil se på hvordan tidsaspektet påvirker sykepleieprosessen. Jeg har også valgt ut to tema som er viktige for den eldre pasienten når det gjelder åndelighet som jeg går nærmere inn på i drøftingen.

### 5.1 Tid og relasjon

Tid er viktig innenfor åndelig omsorg. Både det å gi av den og det å ha nok av den. I studien utført av Penman, Oliver og Harrington (2009:33) om pasientenes og pårørendes forståelse av det åndelige og det å gi åndelig omsorg viste det seg at det å gi av sin egen tid var en del av det å gi åndelig omsorg, men samtidig tilstedeværelse, når man først hadde tid. Kari Martinsen (2005:161) skriver også: *flyktige og springende relasjoner gir ikke tilliten rom*. Dette underbygger viktigheten av å ha nok tid i møte med pasienten. Hun sier også at man i dagens samfunn, hvor tid er mangelvare, må man lære seg å være langsom i de korte møtene (Martinsen 2005:43). Så hvordan skal sykepleier kunne innrette seg etter dagens effektivisering, men allikevel finne tid til pasienten og dermed tilrettelegge for åndelig omsorg? Som en sykepleier fra en onkologisk avdeling uttrykte måtte man bruke de mulighetene man fikk selv om pasienten på sykehuset kan ha mangel på privatliv og sykepleieren har mangel på tid. Muligheten kan komme i stell, når man hjelper pasienten i dusjen eller på toalettet, eller når nabopasienten er ute av rommet. En samtale om



eksistensielle spørsmål eller livssyn er vanskelig å planlegge og skjer ofte spontant. Det var en stor fordel når pasienten hadde enerom og man ikke kunne bli forstyrret. Da hadde samtaleene lettere for å flyte av seg selv. Eksistensielle eller åndelige behov kan være vanskelig nok å dele med sykepleier om man ikke også må dele de med nabopasienten og dens pårørende i tillegg. En måte å unngå tidsklemma på var å skape tid, ved for eksempel å få medarbeidere til å ta over arbeidsoppgaver som ikke kunne vente når øyeblikket var der (Bowall 2010:64). I en annen studie gav pasientene uttrykk for at de oppfattet det som at sykepleierne ikke gav oppmerksomhet til det åndelige, selv om de hadde tid (van Leeuwen m.fl. 2006:882). Så hva kan være årsaken til dette?

## 5.2 Sykepleierens erfaringer og kunnskap

Tiden er en forutsetning som jeg nevnte i forrige del som kan hjelpe sykepleieren i arbeidet med åndelig omsorg, men når man ikke har nok av den kan gjøre det vanskelig. En annen viktig forutsetning for å ivareta en pasients åndelige og eksistensielle behov er kunnskap. For kan sykepleiere ta tak i et behov man ikke har nok kunnskap om eller erfaringer med? Dette er også noe MacKinlay legger vekt på i litteratur om åndelig omsorg og eldre. En hindring for å gi åndelig omsorg for sykepleiere er nettopp at de ikke vet hva det åndelige området innenfor sykepleie omhandler og har hatt lite undervisning om åndelig omsorg i grunnstudiet (MacKinlay 2008:152). Sykepleierne mente at de med mer utdanning rundt temaene om åndelige samtalemetoder, hvordan man skal bruke samtalemetodene i møte med pasienten, forskjellige religiøse retninger, og i tillegg språket og tradisjonene innenfor religionene, hadde de vært bedre forberedt på å møte eksistensielle eller åndelige behov pasientene måtte ha (van Leeuwen 2006:883). Men det er ikke alltid kunnskap man trenger i noen situasjoner. De palliative retningslinjene har en egen oppsummering om hva helsepersonell må arbeide med i seg selv for å kunne være i stand til å ivareta pasientens åndelige behov. En av disse er at man skal evne å være tilstede og lytte til pasienten i alle situasjoner, selv når man føler seg hjelpeløs og maktesløs. Det er derfor viktig å ta tak i seg selv og sine egne refleksjoner rundt det åndelige (Aass m.fl 2013).

Innenfor erfaring ligger også sykepleierens arbeid med sitt eget livssyn og den åndelige dimensjonen. For noen sykepleiere kan dette være et veldig personlig tema og det er noen som vegrer seg for å utøve åndelig omsorg. Funnene og teorien viser begge til hvor viktig det

er at sykepleier har jobbet med sin egen åndelighet i seg selv for å kunne utøve åndelig omsorg til pasienten (Stifoss-Hanssen, Kallenberg 1998:90, van Leeuwen 2006:882). Noen sykepleiere vil ikke ha en interesse for det åndelige perspektivet i sitt eget liv og vil av den grunn ikke utøve åndelig omsorg i sykepleien (MacKinlay 2008: 151). For hvordan skal en sykepleier som ikke har interesse for det åndelige kunne utøve sykepleie til pasienter som sliter med dette? Det er jo ikke alltid en prest tilgjengelig på hver avdeling som man kan henvise pasienten videre til. Og som tidligere nevnt er åndelige samtaler ofte spontane og begynner når man har god tid, ofte på kvelden eller natten (van Leeuwen 2006:882). Ser man på definisjonen av palliativ behandling, skrevet av Verdens helseorganisasjon, står det: *”Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer”* (Aass m.fl 2013). For meg står det klart hva palliativ behandling innebærer. Og ser man det sammen med retningslinjene for palliasjon i kreftomsorgen, hvor det første kjennetegnet for den palliative kulturen er en helhetlig tilnærming til pasienten som er syk og døende, oppfatter jeg det som at det er en nødvendighet at man som sykepleier innenfor palliativ omsorg har jobbet med disse temaene for å kunne gi pasienten helhetlig pleie (Aass m.fl 2013).

Kari Martinsen skriver om den faglig dyktige sykepleier som får sin dyktighet gjennom praksiserfaring og gjennom å søke råd hos mer erfarne sykepleiere. Et tegn på at erfarne sykepleiere har mer kunnskap om åndelig omsorg fant jeg i en studie av van Leeuwen (2006). Her følte pasientene at eldre sykepleiere var mer opptatt av det åndelige aspektet enn de yngre. Dette ble også understøttet av sykepleierne som ble intervjuet i den samme studien. De mente at med alderen vokste deres personlige og profesjonelle erfaringer og de ble dermed mer opptatt av det åndelige. I studien av Daaleman konkluderer de med at helsepersonellens egne erfaringer rundt sykdom og død var avgjørende for om de tok tak i det åndelige eller ikke. Erfaringene hver enkelt sykepleier har, kan påvirke deres utøvelse av åndelig omsorg (Daaleman 2008:409).

### 5.3 Egenskaper ved sykepleieren

Det er flere ulike egenskaper hos sykepleier som trekkes frem som viktige for å kunne utøve åndelig omsorg. I funnene ble det vist til en rekke egenskaper som de mente burde være en del av en sykepleiers grunnleggende holdning med hensyn til åndelig omsorg. Her fikk man et innblikk i hva pasientene mente var viktige egenskaper hos en sykepleier og som gjorde at pasienten ønsket å snakke om temaer som åndelighet eller livssyn. For pasientene var det viktig at sykepleieren skulle være følsom, menneskelig, varm, tålmodig, omsorgsfull, forsiktig, velinformert og engasjert. Pasientene mente det var viktig at sykepleierne viste dem hvem de var som person og responderte til pasientene også på et personlig nivå (van Leeuwen 2006:878). De palliative retningslinjene sier i likhet med dette at sykepleieren som arbeider med pasienter i palliativ fase skal ha egenskaper som å kommunisere på en fleksibel og forståelsesfull måte som forener ærlighet og følsomhet (Aass 2013). I litteraturen snakker også Stifoss-Hanssen og Kallenberg om gode holdninger. De skriver at uttrykk for empati og å vise pasienten interesse har vist seg å få pasienten til å åpne seg for helsepersonellet (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1998:92). Dette er en viktig del av det å utøve åndelig omsorg, for det kan gjøre det vanskelig for sykepleieren å utøve åndelig omsorg om pasienten ikke vil snakke om sine eksistensielle spørsmål eller sitt livssyn med sykepleieren.

Men det er også andre egenskaper man må ha for å få pasienten i dialog. Bowall m.fl (2010:65) har funnet at det er viktig at sykepleier har grunnleggende kommunikasjonsferdigheter og i litteraturen mener de det er gode kommunikasjonsferdigheter som er viktige for å få pasienten i dialog (Stifoss-Hanssen, Kallenberg 1998:92). I studien beskrev de grunnleggende kommunikasjonsferdigheter med at sykepleieren måtte være åpen for dialog noe de viste med kroppsspråket og øyekontakt til pasienten. I dialog med pasienter må man også være oppmerksom på sitt eget toneleie og blikk da pasienten kan oppfatte små endringer eller handlinger som et tegn på at sykepleieren inviterer til en samtale eller ikke (Bowall m.fl 2010:65). Teorien fokuserer også på kommunikasjonen og det å være bevisst det man spør om. En viktig del av dette er å stille åpne spørsmål, tørre å stille vanskelige spørsmål og å ikke unngå vanskelige temaer tatt opp av pasienten og samt å følge opp svar fra tidligere spørsmål (Stifoss-Hanssen, Kallenberg 1998:92).

Sykepleierens kroppsspråk er viktig, men også pasientens kroppsspråk kan være et hjelpemiddel for å få i gang en dialog mellom sykepleier og pasient. En egenskap de palliative retningslinjene etterlyser hos sykepleier er evnen til å tenke helhetlig omkring den alvorlig

syke, og å oppdage åndelige problemstillinger og respondere på disse på en god og reflektert måte. Funnene viser til at en viktig egenskap hos sykepleier er oppmerksomhet mot pasientens kroppsspråk. Gjennom kroppsspråket og det pasienten sier kan sykepleier fange opp om pasienten ønsker å snakke med sykepleieren, selv om pasienten ikke uttrykker det direkte (Bowall 2010:65). Kari Martinsen ser også på dette, og mener at en erfaren sykepleier skal være i stand til å se på pasientens kroppsspråk når noe er galt fysisk eller psykisk. Dette er en del av den sansende sykepleie, en egenskap sykepleieren har tilegnet seg med erfaringen (Overgaard 2003:43). Sykepleierne i studien mener det er viktig å kunne fange opp dette for å kunne gi pasienten bekreftelse på at noen er tilstede og har interesse av å høre på hva pasienten har å si. Bekreftelse på denne måten kunne være åndelig omsorg i seg selv uttrykte noen sykepleiere. Med bekreftelse mente de at pasienten trengte å føle at de var noe mer enn bare sykdommen og det å kunne snakke om andre temaer var viktig (Bowall 2010:65).

Så hva mener sykepleierne selv er viktige egenskaper en sykepleier bør ha når det kommer til utøvelsen av åndelig omsorg? De mente at det å vise respekt, behandle hver pasient etter individuelle behov, respektere pasientens integritet, og å være oppmerksom på ulike kulturelle eller religiøse forskjeller var viktig. I tillegg mente de at en viktig egenskap var å inkludere familien og de rundt pasienten i det åndelige arbeidet (Bowall 2010:64, van Leeuwen 2006:880).

## **5.5 Den eldre pasienten og åndelig omsorg**

Et stort aspekt av det åndelige er for mange pasienter det religiøse (Aass m.fl 2013. Penman, Oliver, Harrington 2009). I litteraturen blir det henvisning til studier som har forsket på alder og religiøsitet. De viser til at eldre er mer religiøse enn yngre, syke er mer religiøse enn friske og de med lavere utdanning er mer religiøse enn de med høy utdanning (Stifoss-Hanssen, Kallenberg 1998:85). Her kan man i følge litteraturen se en motsetning mellom den eldre og sykepleieren, da sykepleieren ofte er ung, frisk og nyutdannet. Men hvilken betydning har dette for utøvelsen av åndelig omsorg? I funnene kom det frem at pasienten følte det var lettere å snakke med en religiøs sykepleier om det åndelige enn en ikke religiøs sykepleier (van Leeuwen 2006:880). En grunn til dette kan være en av punktene på Koenigs liste over den eldre pasientens behov om at de trenger validering og støtte for religiøse uttrykk og dette er noe de får av en sykepleier med samme tro som dem selv. Dette ble begrunnet med at de da

hadde noe felles, som gjorde at man følte at man kunne forstå hverandre på en annen måte enn med de ikke religiøse. Når det kom til det religiøse var det imidlertid viktig at dette ble tatt opp av pasienten selv, og det kunne for noen pasienter føles negativt om sykepleieren kom for tett på deres tro (van Leeuwen 2006:880). Men er det ikke mulig å utøve åndelig omsorg for det religiøse området på andre måter enn å snakke om det? For pasientene var det like viktig å få være med på, eller være en del av, religiøse ritualer eller handlinger som en del av sin åndelighet (Penman, Oliver, Harrington 2009:33, Mackinlay 2006:49). På denne måten kan en også utøve åndelig omsorg for pasientene ved å tilrettelegge eller assistere religiøse handlinger som å be, synge salmer, meditere eller legge til rette for at de kunne komme seg på gudstjeneste (Stifoss-Hanssen, Kallenberg 1998:107). Det er vist til i studier at pasienter som har en religiøs tro og får utøve sin åndelighet rapporterer en følelse av mestring (Buck, Overcash, McMillan 2009:664). Det var helt opp til den enkelte sykepleier om de ønsket å ta del i dette eller ikke (van Leeuwen 2006: 881).

I forrige drøftingsdel avsluttet jeg med å vise til at en viktig egenskap ved sykepleieren var å inkludere familien og de rundt pasienten i det åndelig arbeidet. For den eldre pasienten viser både teorien og funnene at familien og dens relasjoner er en viktig del av det åndelige. Det er her mange eldre finner meningen med livet og derfor er det viktig at sykepleier er oppmerksom på dette aspektet av det åndelige (Asgeirsdottir m.fl 2013). Innenfor familien ble det vist til at den eldre pasienten følte en tilhørighet til noe større enn seg selv. Familien eksisterte for dem og på grunn av dem, og dette gjorde at de følte at de hadde skapt noe av verdi. De hadde skapt noe som skulle fortsette etter at de ikke lenger eksisterte (Asgeirsdottir m.fl 2013).

Et annet aspekt var at sykepleierne mente at familier med en åpenhet om eksistensielle spørsmål hadde et forhold seg i mellom som positivt påvirket hvordan sykepleier forholdt seg til familien og pleiet pasienten. En åpenhet gjorde at alle involvert følte en større tilfredshet med situasjonen, selv i det vanskelige (Browall m.fl 2010:64). Stifoss-Hanssen og Kallenberg mener at konkrete tiltak kan være å gi rom for samtale om det åndelige og tilrettelegge for kontakt og besøk med familien (1998:107).

## 6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg hatt som problemstilling ”*Hvordan kan en sykepleier ivareta eldre palliative kreftpasienters behov for åndelig omsorg?*” Ved å se på teorien og funnene kommer det frem at det er flere ulike ting som påvirker sykepleierens utøvelse av åndelig omsorg som igjen påvirker ivaretagelsen av de åndelige behovene til pasientene. Dette kan avhenge av sykepleierens erfaringer, alder, livssyn og kommunikasjonsferdigheter. Det legges vekt på at sykepleiers refleksjon og arbeid med sin egen åndelighet er viktig for å kunne utøve åndelig omsorg. Den åndelige omsorgen blir også påvirket av tiden sykepleier har til rådighet og miljøet rundt, som for eksempel om pasienten har enerom eller ikke.

For den eldre pasienten med kreft i palliativ fase er to av de viktige åndelige områdene sykepleier bør være oppmerksom på i utøvelsen av åndelig omsorg: religiøs åndelighet og familie. Den religiøse åndeligheten skaper en følelse av mestring og familien skaper en følelse av tilhørighet.

## Kilder

- Aadland, E.(2011) ”Og eg ser på deg...”: vitenskapsteori i helse- og sosialfag 3 utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aass, N. m.fl (2013) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet: 20.01.14 fra:  
<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/forord>
- Asgeirsdottir, G.H. m.fl ”To Cherish Each Day as it Comes”: a qualitative study of spirituality among persons receiving palliative care. *Support Care Cancer* doi: 10.1007/s00520-012-1690-6
- Biro, A.L. (2012) Creating conditions for good nursing by attending to the spiritual. *Journal of Nursing Management* 20: 1002-1011 doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01444.x
- Bowall, M. m.fl. (2010) Health care staff’s opinions about existential issues among patients with cancer. *Palliative and Supportive Care*. 8: 59-68 doi: 10.1017/S147895150999071X
- Buck, H G. Overcash, J. McMillan, S.C. (2009) The Geriatric Cancer Experience at the End of Life: Testing an Adapted Model *Oncology Nursing Forum*. 36(6): 664-673 doi: 10.1188/09.ONF
- Daaleman, T.P. m.fl (2008) An Exploratory Study of Spiritual Care at the End of Life *Annals of Family Medicine* 6 (5): 406-411 doi: 10.1370/afm.883.
- Davies, E. Higginson, I.J. (2004) *Better Palliative Care for Older People* København: WHO
- Eliopoulos, C. (2014) *Gerontological nursing*. 8.Utg. Philadelphia: Kluwer/Lippincott
- Folkehelseinstituttet (2013) *Fakta om kreft* Hentet 22.01.14 fra:  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6263:0:25,6183&MainContent\\_6263=6464:0:25,6188&List\\_6212=6218:0:25,6185:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6183&MainContent_6263=6464:0:25,6188&List_6212=6218:0:25,6185:1:0:0:::0:0)
- Hindle, A. Coates, A. (2011) *Nursing Care of Older People* Oxford: Oxford University Press
- Kaasa, S. (1998) *Palliativ behandling og pleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kirkevold, M. (2005) *Sykepleieteorier- analyse og evaluering 2*. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk
- Kirkevold, M. (13.02.2009). *Sykepleieteori*. I Store medisinske leksikon. Hentet 20.01.2014. <http://sml.snl.no/sykepleieteori>.

- Kreftregisteret (2013) *Fakta om kreft*. Hentet 22.01.14 fra:  
<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>
- Van Leeuwen, R. m.fl (2006) Spiritual care: implications for nurses' spiritual responsibility. *Journal of Clinical Nursing*. 15 (7): 875-884 doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01615.x
- MacKinlay, E. (2006) *Spiritual growth and Care in the Fourth Age of Life* London: Jessica Kingsley Publishers
- MacKinlay, E. (2008) Practice development in aged care nursing of older people: the perspective of ageing and spiritual care. *International Journal of Older People Nursing*. 3(2): 151-158. Hentet fra Cinahl.
- Magnus, P. Bakketeig, L.S. (2000) *Prosjektarbeid i helsefagene* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Marcoen, A. (2005). Religion, spirituality, and older people. I: M.L. Johnson, P.G. Coleman, T.B.L. Kirkwood *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press
- Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe
- NICE: National Institute for Health and Care Excellence (2011) *Supportive and palliative care: the Manual* Hentet 23.02.2014 fra  
<http://guidance.nice.org.uk/CSGSP/Guidance/pdf/English>
- Nylenna, M. (2009) Vitenskapelige rapporteringsmaler. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 22 doi: 10.4045/tidsskr.09.1099
- Overgaard, A.E. (2003) *Åndelig omsorg- en lærebog* København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Penman, J. Oliver, M. Harrington, A. (2009) Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers. *Australian journal of advanced nursing*. 26 (4): 29-35 Hentet fra Cinahl
- Repstad, P. (2007) *Mellom nærhet og distanse* 4.utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Schmidt, H. (2009) *Har du tid til det, da?* Nesttun: Folio forlag
- Stanworth, R. (2004) *Recognizing spiritual needs in people who are dying*. Oxford: Oxford University Press
- Stifoss-Hanssen, H. og Kallenberg K. (1998) *Livssyn og helse*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Wijk, H. Grimsby, A. (2007) Needs of Elderly Patients in Palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 25 (2): 106-111 doi:



10.1177/1049909107305646

- Øyasæter, L.C (2003). Generell sykepleie: Vil vi at omsorg skal lovreguleres?  
*Sykepleien* 91(10):37-39 doi: 10.4220/sykepleiens.2003.0022