



Diakonhjemmet Høgskole

Åndelig omsorg i praksis

Kandidatnummer: 1061

Bacheloroppgave

Bachelor i Sykepleie

Kull: 11SYKHEL

Antall ord: 10 853

13.03.14 kl. 10.00

*Hvordan kan sykepleieren gi åndelig omsorg som kan styrke håp
og mening hos pasienter med kronisk sykdom?*

Sammendrag

- Tittel:** Åndelig omsorg i praksis
- Problemstilling:** Hvordan kan sykepleieren gi åndelig omsorg som kan styrke håp og mening hos pasienter med kronisk sykdom?
- Hensikt:** Å belyse sykepleierens mulige tilnærminger til pasienters åndelig behov, og å drøfte utfordringer knyttet til åndelig omsorg i praksis.
- Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie.
- Funn:** Det mangler en felles definisjon av åndelighet og et teoretisk rammeverk for å praktisere åndelig omsorg. Mye av forskningen er kvalitativ. Relasjon er nødvendig for å utøve åndelig omsorg, og bidrar i seg selv til å styrke håp og mening. Pasienter med kronisk sykdom har generelt et ønske om åndelig omsorg. Sykepleiere trenger kunnskap om behovet for å utøve omsorgen, og veiledningsbasert erfaring er å foretrekke.
- Konklusjon:** Åndelig omsorg er å inngå en relasjon med pasienten, være helt tilstede i møtet med pasienten, tilby og informere og dele av seg selv personlig.
- Nøkkelord:** Åndelig behov, omsorg, håp, mening, sykepleie

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Innledning..... | 5 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema..... | 5 |
| 1.2 | Presentasjon og avgrensning av problemstillingen..... | 6 |
| 1.3 | Definisjon av sentrale begrep..... | 7 |
| 1.3.1 | Åndelig behov og åndelig omsorg..... | 7 |
| 1.3.2 | Livssyn..... | 8 |
| 1.3.3 | Pasienten med kronisk sykdom..... | 8 |
| 1.4 | Oppgavens disposisjon..... | 9 |
| 2 | Teori..... | 10 |
| 2.1 | Håp..... | 10 |
| 2.2 | Mening..... | 11 |
| 2.3 | Hva er en god sykepleier?..... | 13 |
| 2.4 | Florence Nightingale..... | 14 |
| 2.5 | Kari Martinsen..... | 15 |
| 2.6 | Sykepleierens oppgaver..... | 18 |
| 2.7 | Sykepleie til pasienter med kronisk sykdom..... | 19 |
| 2.8 | Sykepleierens holdninger og signaler..... | 19 |
| 3 | Metode..... | 20 |
| 3.1 | Valg av metode..... | 20 |
| 3.2 | Søkemethodikk..... | 20 |
| 3.3 | Litteratur- og kildekritikk..... | 22 |
| 3.4 | Analyse..... | 23 |
| 3.5 | Etiske overveielser..... | 23 |
| 4 | Funn..... | 24 |
| 5 | Drøfting..... | 30 |
| 5.1 | Sykepleierens oppgave..... | 30 |
| 5.1.1 | Gi rødt lys..... | 30 |
| 5.1.2 | Gi gult lys..... | 31 |
| 5.1.3 | Gi grønt lys..... | 31 |
| 5.2 | Sykepleierens forutsetninger og erfaring..... | 33 |

| | | |
|-----|----------------------------------|----|
| 5.3 | Sykepleierens behov | 34 |
| 5.4 | Sykepleierens utfordringer | 35 |
| 6 | Konklusjon | 36 |
| | Litteraturliste | 38 |

1 Innledning

Pasientens behov for sykepleie er utgangspunktet for all sykepleieutøvelse. I møte med en pasient, er det viktig å stille seg spørsmålet ”Hva er det som gjør at denne pasienten har behov for sykepleie?” (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011:21). Det behøver ikke være åpenbart ved første øyekast og kan være et komplekst og sammensatt bilde. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere formulerer det slik:

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert (Norsk sykepleierforbund 2011).

Sykepleie har et særegent fokus med sitt helhetlige menneskesyn. Sykepleierens funksjon er å ivareta pasientens grunnleggende behov; de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behovene (Aadland 2004:115). Ifølge de yrkesetiske retningslinjer skal sykepleiere ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, og understøtte håp, mestring og livsmot. Utøvd sykepleie skal bidra til å fremme helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleierforbund 2011).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sykepleiere møter mennesker i ulike situasjoner, ofte i sårbare og utsatte situasjoner. Når et menneske blir utsatt for sykdom, stiller ofte mennesker spørsmål om ”hvorfors” og for noen blir de store åndelige og eksistensielle spørsmålene mer vektlagt enn tidligere (Tveit 2012:154). ”Hvorfor må akkurat jeg ha det vondt?” ”Vil noen merke at jeg er borte?” ”Finnes du Gud?”

Åndelig omsorg har i århundrer vært en anerkjent og integrert del av sykepleiens yrkesutøvelse (Burkhart og Hogan 2008). Men den sykepleiefaglige forståelsen har også endret seg etter hvert som den medisinske utviklingen startet å prege helsevesenet på begynnelsen av 1900-tallet. Fra å vokse frem som et yrke og fag med sterk tilknytning til kristne bevegelser og et diakonalt fundament i barmhjertighetsprinsippet, ble denne forståelsen snevret inn på bekostning av de tekniske og medisinske områdene ved faget (Tveit 2012:156). På tross av denne utviklingen har det de siste tiårene vært en økende oppmerksomhet rundt åndelighet og åndelig omsorg. Sykepleiefaget bygger nettopp på et menneskesyn som innebærer at mennesket har en åndelig dimensjon. Mennesker søker alltid

etter mening med livet, håp, at livet skal ha en hensikt, vilje etter å leve, tro og et livssyn (Sørbye og Undheim 2012:167).

Studier viser både at pasienter kan oppleve det vanskelig å uttrykke dette behovet (Lie 2002:103) og at sykepleiere ofte nøler med å bringe frem temaet til sine pasienter (Molzahn og Shields 2008). Basert på disse resultatene sammen med mine egne observasjoner fra praksis, har dette temaet fanget min interesse og jeg ønsker å fordype meg i det. Jeg synes det er spennende, aktuelt og relevant for sykepleierutdannelsen. Temaet mitt har jeg kalt ”åndelig omsorg i praksis”.

1.2 Presentasjon og avgrensning av problemstillingen

Når et menneske blir utsatt for kronisk sykdom vil mange oppleve tap, for eksempel tap av roller, selvfølelse, funksjonsnivå, kontroll og sikkerhet (Rustøen 2001:65). Jeg har valgt å fokusere på pasienten med kronisk sykdom fordi disse pasientene ofte får en diagnose de må leve med resten av livet. Derfor er ikke bare selve behandlingen av sykdom, men også omsorg til mennesker som lever med sykdom, viktig. De søker gjerne svar på eksistensielle spørsmål som gjelder fremtid, håp om et godt liv og mening med sykdom og livet (Greenstreet 2006). Håp er nært knyttet til omsorg (Rustøen 2001:65), og håp er en viktig faktor som bidrar til å finne mening med både livet og lidelse.

Derfor har jeg valgt å rette fokuset på håp og mening i problemstillingen, både i forbindelse med livet og lidelsen som følger med sykdommen. Som nevnt er det mange faktorer som er viktig for mennesket, ikke bare håp og mening. Jeg kommer til å benytte andre begrep, for eksempel livskvalitet, mestring, hensikt og tro for å illustrere ulike poeng i relasjon til åndelig omsorg, håp og mening.

Kronisk sykdom står for 48% av funksjonshemming globalt og hele 60% av alle dødsfall på verdensbasis er forårsaket av kronisk sykdom (Edward 2013). Slike sykdommer rammer både unge og gamle, hvor minst en fjerdedel av dødsfallene rammer de under 60 år (ibid). Det sier seg derfor selv at denne gruppen pasienter representerer mange sykdommer og et stort antall mennesker. Derfor ser jeg det nødvendig å avgrense oppgaven ytterligere. Når et menneske blir utsatt for kronisk sykdom, berører det ikke bare dette mennesket, men også pårørende,

familie, slekt, venner og kollegaer. Sykepleier skal også ivareta deres behov (Norsk sykepleierforbund 2011), men i denne oppgaven vil jeg konsentrere meg om pasientens opplevelse av situasjonen. Jeg har utelatt pasienter med psykiske sykdommer og pasienter i palliativ og terminal fase. Før jeg startet på oppgaven hadde jeg inntrykk av at de fleste studier på åndelig omsorg sentrerte seg rundt pasienter i palliativ og terminal fase, og nettopp derfor ønsket jeg i min studie å rette fokuset på pasienter med kronisk sykdom og undersøke hvilken forskning som er gjort på denne pasientgruppen. Når jeg omtaler ”pasienten” forutsetter jeg at pasienten er klar og orientert og har normale kognitive funksjoner. Selv om pasienter med demens også har åndelige behov, gir dette andre utfordringer til sykepleiere i praksis enn hos pasienter uten kognitiv svikt (Jolley og Moreland 2011).

På bakgrunn av dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleieren gi åndelig omsorg som kan styrke håp og mening hos pasienter med kronisk sykdom?”

1.3 Definisjon av sentrale begrep

1.3.1 Åndelig behov og åndelig omsorg

Begrepet ”åndelig” kan gi ulike assosiasjoner og kan i en kulturell kontekst føre til misforståelser om hva det innebærer. Stifoss-Hansen og Kallenberg forklarer det åndelige som en ”allmennmenneskelig søken etter å finne mening” (1998). Saursaunet siterer Simsens definisjon av det åndelige som ”den del hos mennesket som dreier seg om de evige spørsmål, om tilværelsens egentlige mening og om menneskets forhold til det som går utover det materielle” (1997:10). Begrepet ”åndelig” kan også anvendes som synonym til kulturell, eksistensiell eller religiøs, ifølge Barbosa da Silva og Eriksson (Saursaunet 1997:10). Jeg har valgt å bruke begrepet ”åndelig” og inkluderer ut ifra definisjonene både det religiøse, det eksistensielle, tro og livssyn.

I litteraturen eksisterer det ikke en felles forståelse av hva åndelige *behov* er (Strøm 1997), men mange filosofer og teoretikere har gjennom tidene definert dette på ulike måter. Åndelige behov kan ifølge Grasaas (2005) forstås som en lengsel etter tilhørighet og spørsmål av

religiøs og eksistensiell karakter. Åndelig *omsorg* er nært knyttet opp til åndelige behov. Ordet omsorg blir beskrevet av Martinsen som det å hjelpe, ta hånd om, ha nestekjærlighet for hverandre og handle mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss. Omsorg er følelsen av å stå en annen nær (Martinsen 2003a:14).

Åndelig omsorg kan forstås som:

- det å være oppmerksom på pasientens eksistensielle spørsmål og ressurser.
- å lytte til den mening disse har i pasientens livshistorie.
- å assistere pasienten i hans arbeid med eksistensielle spørsmål, med utgangspunkt i hans eget livssyn (Stifoss-Hanssen og Kallenberg 1998:21).

1.3.2 Livssyn

Livssyn kan være knyttet til en bestemt religion eller ideologi, en oppfatning av virkeligheten, av verdier og syn på menneskeverdet (Lie 2002:21).

1.3.3 Pasienten med kronisk sykdom

Når et menneske blir rammet av en kronisk sykdom endrer livet seg. Mange nye og ukjente utfordringer må møtes og en av dem er blant annet møtet med helsevesenet. Helsepersonell blir med ett en del av pasientens nye tilværelse (Gjengedal og Hanestad 2001:9). Det er vanskelig å klart definere hva kronisk sykdom er, men jeg har valgt en definisjon av Curtin og Lubkin fordi den retter fokuset mot mennesket som en helhet og er derfor relevant for min oppgave:

Kronisk sykdom er en irreversibel konstant, tiltagende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på det hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt (referert fra Gjengedal og Hanestad 2001:12).

Da det er problematisk å finne en definisjon som dekker alle kroniske sykdommer, sier det seg selv at det er vanskelig å vite omfanget av dem. Men statistikker viser at det stadig er et økende antall kroniske diagnoser og selvrappoteringer (Gjengedal og Hanestad 2001:13). Store medisinske leksikon definerer en pasient som en ”person som er syk, og som er under behandling i helsevesenet” (Bruusgaard 2009).

Definisjonen av pasient blir i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3, formulert som:

En pasient er en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle (1999).

For å gjøre det enkelt bruker jeg ”hun” når jeg omtaler sykepleieren og ”han” om pasienten.

1.4 Oppgavens disposisjon

I innledningen har jeg definert sentrale begrep i oppgaven, og videre i teorikapittelet utdyper jeg temaene håp og mening og presenterer Florence Nightingale og Kari Martinsens sykepleieteori. I metodekapittelet beskriver jeg søkeprosessen underveis hvor jeg har søkt og bearbeidet litteratur og data. Funnene jeg har samlet har jeg hentet fra forskningsartikler som jeg vil oppsummere i et skjema og kort presentere hovedfunnene. Til slutt vil jeg drøfte funnene i lys av teorien og andre relevante artikler, før jeg oppsummerer oppgaven i en konklusjon.

2 Teori

I teorikapittelet vil jeg utdype begrepene håp og mening og vise til ulike definisjoner av begrepene. Deretter vil jeg presentere tanker fra Florence Nightingale og Kari Martinsen i lys av åndelig omsorg og begrepene håp og mening. Martinsen har jeg valgt blant annet fordi hun i sitt forfatterskap i stor grad har fokusert på omsorgen til mennesker med kronisk sykdom og de som er varig hjelpetrengende av ulike grunner, og gapet mellom teori og praksis (Schmidt 2009:62). Nightingales perspektiv på åndelig omsorg har jeg inkludert for å få frem at den åndelige omsorgen allerede på hennes tid har vært en viktig del av sykepleien. Det er ikke en fullstendig presentasjon av Nightingale og Martinsens sykepleiefilosofi, men jeg har trukket ut poeng og prinsipper som er relevant for temaet. Jeg vil også trekke inn andre sykepleieteoretikere underveis i kapittelet.

2.1 Håp

Dufault og Martocchio beskriver håp som en flerdimensjonal og dynamisk livskraft som karakteriseres ved en visshet, men også usikker forventning om å oppnå en lys fremtid, som for det håpende mennesket er realistisk og av personlig betydning (referert fra Rustøen 2001:66).

Videre skiller Dufault og Martocchio mellom universelt håp og spesifisert håp. Universelt håp defineres som tro på fremtiden som i seg selv beskytter mot fortvilelse og hjelper den enkelte å se positivt på livet. Spesifisert håp er knyttet seg til et objekt og håper på noe bestemt. Når dette håpet er truet, kan det universelle håpet hjelpe mennesket til å ikke gi opp. Kronisk sykdom og lidelse kan virke inn på begge typene av håp (Rustøen 2001:65).

Rustøen (2001:67) trekker frem likhetstrekk fra studier som har sett på strategier for å opprettholde og samtidig fremme håp i ulike situasjoner. Alle studiene konkluderte med at de relasjonelle, åndelige og kognitive forhold var viktige. Til og med sykepleieren var en viktig kilde til håp.

Travelbee (1999) definerer håp som en fremtidsorientering, hvor håpet peker frem mot en tid der livet er mer meningsfullt. Travelbee påpeker også at mennesker ikke kan være åndelig

”friske” uten håp. Behovet for hjelp fra noen utenfra er nødvendig, enten fra andre mennesker, en Gud eller en høyere makt.

Ifølge Lie (2002:136) dreier håp seg først og fremst om å ha en visshet om at det i fremtiden er hjelp tilgjengelig dersom man eventuelt skulle få behov for det. Håp bør være realistisk og oppnåelig og innenfor et rimelig tidsperspektiv for å være og ha en motiverende effekt for mennesket (ibid).

Håp kan også være en del av menneskets utvikling, en kilde til mening i livet og integrert i begrepet omsorg. Håp er også en faktor i bearbeidelsen av det å ha en kronisk sykdom (Saurset 1997:24). Ut ifra disse definisjonene ser vi hvordan de ulike begrepene er avhengige av hverandre og bruker hverandre for å beskrive og definere ”seg selv”.

Martinsen bruker ikke begrepet håp, men snakker heller om livsmot. Ved å styrke livsmotet hos mennesker som lider, mener hun at man kan bidra til å forløse positive erfaringer i et annet menneskes lidelse. Sykepleieren kan gjøre dette ved å bruke sitt faglige skjønn, med sitt blikk, hørsel og følsomme ord, som er nødvendig for å kunne forstå andre mennesker og deres ulike sider (Martinsen 2003b:143).

Mange pasienter med kronisk sykdom gir uttrykk for å ha et sterkt håp (Rustøyen 2001:65). Det skjer en endring etter at man får en sykdom hvor mennesker gjør en redefinering av egne verdier. Det hevdes at virkeligheten hos alvorlig syke mennesker endres etter at sykdommen trer inn og derfor kan kontrasten mellom virkelighetsoppfatningen til et sykt og et friskt menneske være stor. De eksistensielle spørsmålene som ofte blir mer aktuelle ved sykdom enn de var tidligere, kan være en årsak som bidrar til at håpet styrkes ved å gjennomgå sykdom (ibid).

2.2 Mening

Det finnes ingen universell forståelse verken av livet, lidelse eller død som kilde til mening. Men å reflektere over livet som er levd, kan hjelpe pasienter å huske at livet har vært meningsfullt. Å snakke om ting som er verdifullt for pasienten kan gi dagene som er igjen å leve mening. Et mål å se frem til, gir mening til nåtiden. Mening kan være at pasienten merker

eller oppdager at han betyr noe for andre, noe som igjen kan gi mening til livet (Lie 2002:137).

Finnes det en mening med alt? Har livet mening? Er det en mening med lidelse? Disse spørsmålene kan alle mennesker stille seg selv, uavhengig av geografiske forhold eller kulturelle forskjeller. Når mennesker opplever lidelse, er det mange som stiller seg spørsmålet omkring meningen med livet. Meningen med lidelse er nært knyttet til meningen med livet. Vi mennesker tolker ordet ”mening” ulikt. Våre ulike virkelighetsoppfatninger, gudsbilder og menneskesyn har en klar sammenheng med de ulike tolkningene av mening (Tornøe 1996:19).

Barbosa da Silva hevder at ”lidelsen har ingen mening om ikke livet har noen mening.” Han tar i bruk begrepene mål og verdi, for å beskrive hvordan meningen med livet kan ”måles”. At det enkelte menneske selv opplever at livet er verdifullt og at livet har et mål, kan beskrive hvordan et liv subjektivt kan inneholde mening (referert fra Tornøe 1996:19).

Barbosa da Silva skiller videre mellom livets mening på kort og på lang sikt. På *lang* sikt kan livet ha en instrumentell verdi og et bestemt og endelig mål, som det enkelte mennesket strever mot. Dette målet kan eksistere uavhengig av om mennesket er klar over meningen eller ikke. Spørsmålet som stilles er: har livet en ”ytterste” mening? Den ”ytterste mening” er derfor en objektiv forståelse, en visshet, ikke nødvendigvis en følelse. Meningen er i denne sammenhengen ikke noe som er tenkt ut eller skapt av mennesker (referert fra Tornøe 1996:21).

Livets mening på *kort* sikt hvert enkelt menneskes opplevelse av at livet har mening og er verdt å leve. De to typene av mening kan, ifølge Barbosa da Silva, eksistere uavhengig av hverandre. Har det menneskelige livet mening på lang sikt, uten at det enkelte mennesket vet det, hjelper det lite dersom man ikke erfarer meningen. Mennesket må da selv finne meningen på kort sikt. Det enkelte individets tro eller viten om at livet har mening på lang sikt kan derimot påvirke individets egen opplevelse av meningen på kort sikt. Barbosa da Silva trekker frem et eksempel. Mennesket som tror at livets langsiktige, endelige mål er å gjenforenes med Gud etter døden, kan gjennom sin tro få mening i sitt liv på kort sikt.

Etter å ha forsøkt å definere begrepet ”mening” viser det seg at det er en utfordring å finne konkrete svar på *hvorfor*. Ut ifra min definisjon av åndelig omsorg, ser jeg det som relevant å presentere begrepene håp og mening også innenfor det religiøse, og jeg velger å ta utgangspunkt i kristendommens Gud.

Ifølge Fish og Shelly (1982:30) er det en utfordring å finne mening i livet og spesielt livet med sykdom og lidelse. Nietzsche påstår at ”den som vet *hvorfor*, kan leve med et nesten hvilket som helst *hvordan*” (referert fra Fish og Shelly 1982:27). Men dersom mennesker har tro på en Gud, kan det i seg selv gi en dypere mening til livet. Hvem Gud er, er et stort og komplekst tema i seg selv, da det finnes uendelige definisjoner og gudsbilder fra person til person, og vil ikke utdypes ytterligere her. Men det kan også finnes et *hvem* i bildet, og ikke bare *hvorfor* og *hvordan*. Dette gir rom for en Gud, som ifølge kristendommen, har den endelige kontrollen, og gir mening og hensikt til enhver situasjon. Å ha et personlig forhold til Gud kan føre til en tillit om at Gud hjelper mennesker midt i vanskelighetene og lidelsen, og forholdet i seg selv kan gi hensikt og mening til livet. Videre hevder Fish og Shelly (1982:30) at mennesker trenger å vite at det også er en mening med fremtiden. Dersom man tror på en Gud, kan håpet om evig fellesskap med Gud etter døden gi mening til livet selv om ytre faktorer svikter.

2.3 Hva er en god sykepleier?

Ifølge Nightingale er sykepleierens ABC å kunne tolke hver forandring i ansiktet til sin pasient, forstå endringer i kroppsholdningen og i stemmen, og slik unngå at han må slite med å formidle hva han føler. Hun bør studere disse signalene slik at hun kan påstå at ingen andre forstår pasienten like godt. Hun kan ta feil, men med et slikt mål, har hun startet utviklingen til å bli en god sykepleier (Nightingale 1997:179). Noen vil påpeke at alle syke mennesker misliker å bli iaktatt. En dyktig sykepleier er derfor en som klarer å kjenne og forstå sine pasienter uten at de er klar over at de er blitt iaktatt. De små tingene en observant sykepleier må vite, blir ikke observert ved å stirre på pasienten (Nightingale 1997:180).

Martinsen argumenterer for den praktiske kunnskapens betydning i sykepleien. Hun legger vekt på det faglige skjønnet som uttrykker kunnskapen gjennom naturlige sanser. Omsorgen i seg selv kan utvikle seg i motsatt retning av hva den opprinnelig vokste frem av, og bli synlig

i form av likegyldighet og overse omsorgsbehov. Ved å bruke et faglig skjønn får skjønnnet en politisk side og hjelper oss å balansere. Ved å ha en åpen holdning til sansene åpner det opp for at sykepleiere kan tolke og strukturere inntrykk fra pasientene. På denne måten kan holdningene til sykepleieren bidra til at situasjonen oppleves god for pasienten (Martinsen 2003b:143).

2.4 Florence Nightingale

Florence Nightingale regnes som grunnleggeren av den moderne sykepleien (Nightingale 2009). Bøker og notater hun har skrevet vektlegger hvor viktig de basale tiltakene er for helsen. Enkle ting, at en pasient får se ut av vinduet, kan være viktigere enn friske mennesker kan forestille seg. For at sykepleiere skal kunne forstå syke mennesker bedre beskriver hun at ”trangen til variasjon hos et utsultet øye, er like sterk som trangen til mat i en utsultet mage.” (Nightingale 1997:100).

Nightingale inkluderer åndelig omsorg, ved å ha fokus på faktorer som påvirker menneskelig velvære, livskvalitet og mening med livet. Syke mennesker lider ikke bare av fysisk smerte, men også av sjelelig smerte. Hun påpeker at de negative tankesirklene et menneske er utsatt for ved sykdom er en av de tyngste belastningene ved sykdom (Nightingale 1997:99).

De som har en relasjon til et sykt menneske, må huske å fortelle han om hva som gleder dem. Et sykt menneske har stor glede av å høre gode nyheter og få del i andres positive erfaringer fra hverdagen. Det kan være til større inspirasjon enn gode råd (Nightingale 1997:146). Kjæledyr kan være godt selskap for pasienter med kronisk sykdom som oppholder seg mye i ett og samme rom. Dersom pasienten er i stand til å mate dyret og holde det rent, kan dette bidra til både trøst, mestring og mening. Et sitat av Nightingale viser tydelig og klart at tilstedeværelse uten ord, kan ha stor betydning for pasientens velvære. ”Et lite barn som legges på sykesengen, vil gjøre den syke som har det vondt, mer godt en all mulig veltalenhet fra din side. En god nyhet har samme virkning.” (ibid). Hun presiserer også at mennesker som har kronisk sykdom mangler proporsjoner over det som skjer, slik som barn. Derfor er det viktig å fortelle dem hva som skjer i verden. Deres intense lidelse på grunn av mangel på vennlighet og sympati kan miste fokus fordi deres fornyede interesse i begivenhetene i den store verden utenfor har fått oppmerksomheten. Nightingale presiserer at det er viktig å

fortelle om ordentlige ting som de kan interessere seg for og ikke sladder (Nightingale 1997:146). Hun kommer ikke med noe konkret eksempel her, men det er sannsynlig at hun hentydet til eksistensielle samtaleemner.

Sykepleier må tilstrebe å forstå den reelle lidelsen som er forbundet med kronisk sykdom. Nightingale uttrykker eksplisitt at livet til et sykt menneske er svært ulikt livet til mennesker med god helse (Nightingale 1997:144). Pasienter seg imellom har også egne særtrekk, som sykepleieren må forholde seg til. Én pasient ønsker å lide i stillhet og nesten ikke bli lagt merke til, mens en annen foretrekker mye oppmerksomhet, medlidenhet og selskap (ibid:159).

I sine notater tar Nightingale fatt i sykepleieres holdninger til å bygge opp håpet hos pasienter. Hun bekrefter at det er liv så lenge det er håp, og så lenge det er håp er det liv. Men håpet kan også bli misbrukt. Sykepleieren må være forsiktig slik at ikke pasienten opplever et mas om håp. Dersom sykdommen blir bagatellisert og muligheten for bedring blir overdrevet, kan det oppleves slik og dette vil ikke virke positivt inn på relasjonen mellom pasient og sykepleier (Nightingale 1997:140).

”God sykepleie består ganske enkelt i å ta hensyn til de små tingene som er felles for alle syke, og til de tingene som er spesielle for hvert enkelt sykt menneske.” (Nightingale 1997:159).

2.5 Kari Martinsen

Kari Martinsen er en norsk sykepleier, født i 1943, og har bidratt til å definere selve sykepleiefagets kjerne innenfor sykepleietenkning i Norden. Hun baserer mye av sin filosofi rundt omsorgsbegrepet og sykepleie i forhold til omsorg. Mye av hennes litteratur er basert på K.E. Løgstrup, en dansk teolog (Tveit 2012:160).

Martinsen og omsorgsfilosofi

I hele sitt forfatterskap har hun vært opptatt av sykepleiens verdigrunnlag og av omsorgsbegrepet.

Omsorgen er uekte (...) hvis jeg griper inn for å forandre den andres situasjon uten å anerkjenne vedkommende. Forholder jeg meg likegyldig til den andre, er også omsorgen uekte (Martinsen 2003a:71).

Martinsen skiller mellom vekstomsorg og vedlikeholdsomsorg. Hun mener at sykepleien generelt har hatt et langt større fokus på pasientgrupper som har god prognose til å oppnå uavhengighet og bedret funksjonsevne, enn på pasienter som er pleietrengende og ikke kan gjenvinne selvstendigheten (Kristoffersen 2011:252).

Martinsen hevder at omsorgen i sitt vesen er universell og ubegrunnet. Videre mener hun at omsorgen ikke er knyttet til kjønn, alder eller kultur. Derimot kan omsorgens empiriske uttrykk begrunnes og er avhengig av både kjønn-, klasse- og kultur (Martinsen 2003a:69).

Martinsen og relasjon

Martinsen legger stor vekt på relasjoner mellom mennesker. Vi er avhengige av hverandre og hun understreker at relasjoner er helt grunnleggende og fundamentale i menneskelivet (Martinsen 2005:135). ”Det er gjennom avhengighetsforhold at mennesket utvikler sin selvstendighet.” (ibid:137). Livene våre er bundet til hverandre og det kommer tydelig frem når vi er i behov av hjelp, enten vi er syke eller friske. For å inngå en relasjon er tillit nødvendig, og Martinsen (2005:143) skildrer tillit som det å utlevere seg selv og stole på å bli imøtekommet. Dette gjelder også i enhver samtale.

Ut ifra tanken om at mennesker er grunnleggende avhengig av hverandre har også sykepleieren, ifølge Martinsen (2005:138), et ansvar om å skape en relasjon med pasienten for å kunne forstå pasienten og møte han i hans lidelse. Å møte et annet menneskes lidelse kan være en krevende oppgave, å bli konfrontert med sin egen maktesløshet i møtet med et lidende menneske krever mye av en selv (Tornøe 1996:11). Men det er nettopp dette sårbare møtet som ofte defineres som åndelig omsorg, og selv om Martinsen ikke bruker begrepet ”åndelig omsorg” er definisjonen i denne oppgaven i samsvar med Martinsens tanke om sykepleiens omsorgsoppgave.

Martinsens livssyn

For å forstå Martinsens fagforståelse og argumentasjon er det sentralt å forstå hennes livssyn. Lidelse er et begrep hun bruker i stor grad, og må derfor utdypes. Lidelse og livet går hånd i

hånd. Å leve et helt liv, innebærer å ”integrere lidelsen” som en naturlig og gitt del av livet (Martinsen 2003b:135). Når mennesket aksepterer tilværelsen som inkluderer lidelse, sårbarhet og utsatthet kan man se hele livet som meningsfylt. Enten mennesker er syke eller friske opplever vi lidelse bare ved å velge å leve. Martinsen mener ikke at vi skal underkaste oss hver lidelse vi utsettes for, men å akseptere at lidelse er en del av livet. Først da kan livsmotet, håpet, som også er en del av livet, synliggjøres. Livsmotet er helt nødvendig for at lidelsen skal eksistere, for det er først når du har noe å miste at lidelse og tap er relevant (ibid).

Hun skriver at skapelsestanken først og fremst har å gjøre med at det er noe i vår måte å forholde oss på som vi ikke selv frembringer, skaper eller presterer. Tilliten, kjærligheten til nesten, at vi kan åpne oss for verden, at vi tør å utlevere oss eller det at noen er glade i oss er ikke noe vi selv presterer. Ifølge Løgstrup er disse fenomenene gitt oss. Hans skapelsestanke viser oss at vi kun kan ha et mottakende forhold til tilliten og kjærligheten til nesten. Det naturlige forholdet til livet er derfor det mottakende forhold. Det naturlige er å ta imot tilværelsen, medmennesker og naturen som skjenket, gitt, som en gave (Martinsen 2003b:54).

Martinsen og evidens

Vitenskapelige metoder, teknisk rasjonell handling og instrumentell problemløsning dominerer praksisfeltet i dag, og Martinsen arbeider målrettet for at sykepleiefagets identitet, der omsorg er en grunnleggende faktor for all utøvende sykepleie, ikke skal gå tapt (Tveit 2012:160).

Positivismen, som Martinsen tar et kritisk oppgjør med, er en vitenskapsteoretisk retning som har hatt stor innflytelse på den moderne vitenskapen, og i neste rekke også sykepleievitenskapen (Aadland 2004:126) Den arbeider med å forklare verden og ulike fenomener ved å dele de opp i mindre enheter. Disse studeres i detalj hver for seg, for å få full oversikt og kontroll over det hele. Til slutt settes enhetene sammen til en helhet hvor alle trådene samles og en konklusjon kan trekkes (Aadland 2004:130,134). Påvirkningen fra denne vitenskapsteoretiske retningen til sykepleieprofesjonen er det Martinsen (2003b:38) mener truer sykepleiens identitet.

2.6 Sykepleierens oppgaver

Å utøve åndelig omsorg kan være så mangt. Å møte en pasient sitt åndelige behov i en samtale hvor eksistensielle spørsmål blir bragt på banen, er én form for åndelig omsorg. Men sykepleier kan, ifølge Schmidt (2009:51), også utøve åndelig omsorg ved å formidle kontakt, enten til familie eller prest, det å bare være tilstede hos pasienten uten å bruke ord, berøring, eller sang. Å identifisere og kartlegge behov er i første omgang viktig for å kunne iverksette videre tiltak (ibid:84). Tiltak som å ta initiativ til utflukter, spille musikk som pasienten liker og legge til rette for ulike ritualer eller tradisjoner er bare noen eksempler som sykepleiere skal dokumentere og iverksette (Schmidt 2009:116).

I noen tilfeller kan pasienter beskrive og fortelle om seg selv i tredje person. Ikke alle pasienter synes det er naturlig å snakke om sensitive og personlige følelser, og derfor er det lettere å stille spørsmål dersom sykepleier ikke skjønner at de snakker om seg selv (Lie 2002:121). I slike tilfeller kan sykepleieren ufarliggjøre temaet ved å stille direkte spørsmål som gir pasienten mulighet til å snakke åpent om det han lurte på. Slik viser også sykepleieren at hun har tid til å lytte. Når en slik samtale finner sted, er det gitt at sykepleieren har kunnskap om ulike kommunikasjonsteknikker (Lie 2002:122, Schmidt 2009:88). Strukturen og oppbygningen av samtalen bør, ifølge Lie (2002:142), gå ut ifra en mal som tilpasses den enkelte utover i samtalen, ettersom vi mennesker har forskjellige personlighetstyper.

Dersom tro og livssyn blir et tema under slike samtaler må sykepleier være forberedt på å få spørsmål om sitt eget livssyn. Derfor er det viktig å ha tenkt igjennom dette på forhånd (Lie 2002:132), og samtidig være oppmerksom på at pasienten har et underliggende ønske om å få spørsmålet stilt tilbake (Lie 2002:122). I noen tilfeller kan pasienten ønske å rydde opp i en relasjon til en venn eller slektning. Sykepleieren kan bidra til å arrangere et møte og tilby seg å være tilstede (Schmidt 2009:117, Lie 2002:108).

Det er også relevant å nevne at praktiske hensyn er viktig å ta i betraktning. Sykepleieren bør finne et sted hvor det passer seg å ha en personlig samtale, hvor man unngår forstyrrelser. Vet sykepleieren at hun har 5 minutter til rådighet, kan det være lurt å avtale et møte senere, dersom man har begitt seg inn på et samtaleemne som er viktig for pasienten (Lie 2002:104).

2.7 Sykepleie til pasienter med kronisk sykdom

Pasienter med kronisk sykdom har som regel en diagnose som ikke gir noe håp om helbredelse. De er avhengig av helsehjelp og vil på sin måte forsøke å oppleve kontroll og opprettholde et godt selvbilde. Enkelte pasienter kan derfor kreve mye av helsepersonell. Det kan oppleves manipulativt sett fra helsehjelperens perspektiv. En pasient med kronisk sykdom har i mange tilfeller behov for intim og personlig hjelp. Når pasienten i disse situasjonene opplever å bli møtt med respekt og positiv aksept, kan det hjelpe pasienten å selv akseptere at de trenger hjelp (Lie 2002:150). Pasienter med kroniske sykdommer takler sin egen situasjonen på forskjellige måter. Å leve med kroniske smerter, kan utløse forskjellige reaksjoner hos ulike mennesker, noen kan reagere med sinne og irritabilitet, andre klager og oppfører seg barnslig. Noen blir selvopptatte og utakknemlige, mens andre igjen er beskjedne og ønsker ikke å være til bry. Utfordringen til sykepleieren blir å forholde seg profesjonell uavhengig av pasientenes ulike reaksjoner, og lytte til hver enkelt pasient (ibid).

2.8 Sykepleierens holdninger og signaler

Sykepleieren kan sende signaler som indikerer grader av sykepleierens imøtekommenhet til pasientens åndelige behov. Dette kan avgjøre hvorvidt pasienten våger å gi uttrykk for sitt behov. Schärfe (1988:43) illustrerer dette med et trafikklys. Viser sykepleieren tegn til å ha dårlig tid eller har en overkjørende oppførsel signaliserer det et rødt lys til pasienten. Han vil mest sannsynlig ikke blottlegge sitt åndelige behovet.

Det gule lyset formidler en avventende og passiv holdning hvor sykepleieren har en nøytral og forsiktig fremtoning. Hun sier med kroppsspråket sitt at ”jeg vil ikke presse meg på” og tar ikke initiativ til å spørre pasienten om det er noe han ønsker å snakke om. Dette vil i praksis føre til at pasienten blir usikker på hva som er greit å ta opp med sykepleieren og vil i de fleste tilfeller la være (Schärfe 1988:43).

Det grønne lyset signaliserer at pasientens tanker og følelser er viktig for sykepleieren, fordi hun anerkjenner dem, lytter aktivt og stiller direkte spørsmål. Sykepleieren tilbyr uoppfordret åndelig hjelp og gir pasienten frihet til å snakke om åndelige tema og frihet til å la være (Schärfe 1988:43).

3 Metode

I metodekapittelet begrunner jeg først valget av metoden, og beskriver hvordan jeg har samlet data og litteratur gjennom søkeprosessen. Kriterier og kritikk rettet til bøkene og artiklene jeg har brukt vil deretter bli presentert.

Metode er en fremgangsmåte for å finne eksisterende kunnskap eller for å komme frem til ny kunnskap med den hensikt å finne svar på en hypotese eller problemstilling. Metoden kan også etterprøve forskningsresultater eller påstander ved å stille krav til om kunnskapen er sann, gyldig eller holdbar. Metode kan også forklares som en guide som bidrar til å samle inn relevante data (Dalland 2007:81).

3.1 Valg av metode

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke litteraturstudie som metode for å finne kunnskap som kan belyse problemstillingen min. Litteraturstudie, eller kildegransking, er en metode som brukes for å systematisere eksisterende fagstoff (Aadland 2004:211). Med tanke på temaet, åndelig omsorg, var jeg nysgjerrig på hva som er gjort og hvilke forskningsresultater som finnes som belyser hvordan sykepleiere best mulig kan ivareta denne oppgaven. I møte med fenomenet åndelighet hos et menneske, er en vitenskapelig tilnærming begrenset med tanke på å forstå menneskets virkelige opplevelse (Dalland 2007:82). Utfordringen til den vitenskapelige forskningsmetoden og den evidensbaserte metoden i møtet med et metafysisk fenomen, gjorde meg nysgjerrig på både fremgangsmåter og forskningsresultater angående åndelig omsorg.

3.2 Søkemetodikk

For å finne relevant litteratur har jeg benyttet skolens bibliotek, BIBSYS og andre offentlige bibliotek. På internett har jeg brukt fagdatabasene Cinahl og Academic Search Elite for å søke etter forskningsartikler som belyser problemstillingen min. Disse er kvalitetssikrede og har tilgang til forskning innen sykepleie.

Bøker

I arbeidet med å samle litteratur til oppgaven, spesielt teorikapittelet, har jeg brukt pensumbøker, teoribøker, internett, forskningsartikler, hovedoppgaver og powerpoint-presentasjoner fra forelesninger. For å finne bøker har jeg hovedsakelig brukt søkeordene; *åndelighet, åndelig, omsorg, behov, sykepleie, kronisk, sykdom* og ulike sammensetninger av ordene. Bøkene jeg har valgt er skrevet på norsk, dansk, svensk og engelsk. Jeg har brukt primærkildene til sykepleieteoretikerne. Dette har jeg gjort for at kunnskapen fra litteraturen skal fremstilles troverdig og i samsvar med originalteksten.

Bøkene av Kari Martinsen og Florence Nightingale ble valgt ut ifra kriterier som relevans, utgivelsesår og nyeste utgave. Jeg har for eksempel brukt Nightingales nyeste utgave av *Notater om sykepleie*, som er utgitt i 1997, men opprinnelig er skrevet på engelsk på 1800-tallet.

Artiklene

Jeg begynte søkeprosessen med å velge ut søkeordene jeg mente ville gi svar på problemstillingen. Søkeordene var: *spirituality, nursing, spiritual, needs, care, chronic illness, disease, patient, hope, meaning*. Jeg har gjort flere søk, og presenterer derfor ett av søkene. Først søkte jeg med søkeordene *spiritual care, nursing, patient* og *chronic illness* og søket ga 554 treff. Deretter avgrenset jeg søket med ”full text”, ”abstract available” og ”peer reviewed” og bare artikler publisert mellom 2004 og 2013. Jeg valgte å ikke begrense søkene geografisk, da jeg har definert åndelighet å være en universell del av mennesket på tvers av landegrenser og kultur. Med dette søket fikk jeg 116 artikler og jeg leste 17 abstrakt og valgte blant disse tre av artiklene.

Fra referanselistene fant jeg flere aktuelle artikler og gjennom andre søk samlet jeg til sammen et antall på totalt 37 artikler. Jeg hadde bestemte kriterier for hvilke artikler jeg ønsket å inkludere. Artikkelen skulle ha en tydelig relevans for generell sykepleie og ikke være aktuell kun for videreutdannede sykepleiere og pasientgruppen skulle ha en eller flere kroniske sykdommer. Ved å lese gjennom abstraktene, ekskluderte jeg artiklene som enten presenterte funn som var mest relevant for palliativ og terminal fase eller på grunn av et fokus som først og fremst var på mestring, et begrep jeg ikke har rettet oppmerksomhet mot i oppgaven. Til slutt satt jeg igjen med åtte artikler. Disse leste jeg nøye igjennom og valgte til

slutt fem artikler som belyste ulike innfallsvinkler til problemstillingen. De tre artiklene ble ekskludert på grunn av publikasjonsår, smalere pasientgruppe og mindre relevans sammenlignet med de utvalgte artiklene. Den ene artikkelen jeg har inkludert i funnene, er publisert for 12 år siden, men kan likevel være relevant i dag, da forskning ikke blir like fort utdatert på dette området, som for eksempel innenfor hjertemedisin. Den samme artikkelen har jeg også funnet i en av pensumbøkene jeg har benyttet i oppgaven.

3.3 Litteratur- og kildekritikk

Kildekritikk betyr å gjøre rede for litteraturen som er anvendt for å svare på problemstillingen. Det vil si å være kritisk og vurdere kildene og dataene som blir presentert i ulike kilder (Dalland 2007:64). Flere av artiklene jeg til slutt valgte, er fra anerkjente sykepleietidsskrift, Journal of Advanced nursing og Journal of Clinical Nursing. Forfatterne av artiklene er professorer og flere har gjort mye forskning innenfor åndelig omsorg. Kriterier med tanke på publikasjonsår er absolutt tatt med i betraktning, men som nevnt tidligere kan mye av forskningen på dette området som er gjort de siste 30 årene være like aktuell i dag. Noen av bøkene jeg har brukt har et nøytralt ståsted når det gjelder religion, mens andre bøker et tydelig kristent perspektiv. Jeg har vært bevisst på dette i tolkningen og anvendelsen av litteraturen, men siden sykepleien vokste ut fra den kristne diakonien, ser jeg på det som en naturlig del av temaet.

En utfordring underveis har vært å finne artikler som inkluderer flesteparten av begrepene i problemstillingen min. Derfor har jeg valgt fem artikler med ulike innfallsvinkler, som til sammen gir grunnlag for å svare på problemstillingen.

Som tidligere nevnt har det de siste tiårene vært et økende fokus på sykepleierens ansvarsområde når det gjelder åndelig omsorg. Likevel har jeg oppdaget at det er mindre forskning på åndelige behov, sammenlignet med de andre grunnleggende behovene. Det er mye litteratur av eldre dato, både bøker og forskningsartikler. Dette er grunnen til at jeg har inkludert artikler helt fra 2002.

En utfordring har vært å finne artikler som inkluderer flere ulike kroniske sykdommer. Noen artikler tar for seg pasienter med kun én sykdom, for eksempel HIV-smitte. Men gjennom

søkeprosessen fant jeg til slutt artikler som først og fremst tar for seg pasienter med kronisk sykdom. På bakgrunn av dette har jeg inkludert én artikkel som tar for seg åndelig omsorg til pasienter som gjennomgår dialysebehandling. Da den åndelige omsorgen og dets utfordringer er det som er fokuset, blir selve tilstanden til pasienten lite ”relevant” og påvirker ikke utfordringene ved å gi åndelig omsorg til sammenligning med andre kroniske tilstander.

Jeg har valgt å fokusere på pasienter med kroniske sykdommer, og har bevisst valgt å ikke fokusere på én enkelt diagnose. Dette for å gjøre oppgaven bredere og mer relevant og brukervennlig for praksis. En svakhet ved dette er troverdigheten til definisjonen av de ulike begrepene, da jeg inkluderer mange sykdommer og definisjonene kan mangle relevans til noen sykdommer.

3.4 Analyse

Målet med vitenskapen er å skape god praksis og avklare hva som er god praksis (Dalland 2007:47). I arbeidet med litteraturen fra bøker og artikler har jeg brukt en hermeneutisk tilnærming. Ved å finne forskning har jeg søkt etter å finne svar på problemstillingen min. Samtidig har jeg tolket og gjengitt innholdet på min egen måte, men prøvd å bevare innholdets mening (Dalland 2007:54).

3.5 Etiske overveielser

Når data samles fra litteratur og forskning er det viktig å ivareta forskningsetiske prinsipper. Forskningsetikk omhandler det etiske området i forbindelse med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning. Personvern må ivaretas og det er vesentlig å sikre troverdigheten til forskningsresultater (Dalland 2007:233). I denne oppgaven har jeg vært bevisst på å gjengi dataene jeg har funnet så sannferdig som mulig. Da jeg gjør en litteraturstudie er ikke personvernloven aktuell.

4 Funn

I dette kapittelet skal jeg presentere fem artikler som vil belyse min problemstilling fra flere sider. Jeg har et helhetlig fokus i oppgaven og derfor kan disse artiklene bidra til å synliggjøre kompleksiteten i temaet åndelig omsorg.

4.1 People living with serious illness: stories of spirituality

| Forfatter, land, database | Tittel | Hensikt | Metode | Utvalg |
|---|--|--|---|---|
| Molzahn, A. m.fl. Canada 2012 Cinahl <i>Journal of Clinical Nursing</i> | People living with serious illness: Stories of spirituality. | Samle kvalitative data og historier fra personer med alvorlig og/eller kronisk sykdom om åndelighet. | Kvalitativ studie: Dybdeintervjuer med en narrativ tilnærming til temaet åndelighet. 32 deltagere ble intervjuet én gang. | 10 hadde kreft, 14 med nyresykdom og 8 hadde HIV/AIDS, alderen 37-83 og bestod av 18 menn og 14 kvinner. 13 deltagere oppga religiøs tilknytning. |

Intervjuobjektene delte historier om åndelighet, religion og personlig tro. De søkte etter mening med sykdommen og beskrev det som ga livet mening. Funnene viste at mennesker med alvorlig kronisk sykdom ofte var villige til å fortelle om sine personlige trostanker og utfordringer de møtte, men det var også mye som ikke ble sagt, kanskje fordi det er vanskelig å finne ord for å uttrykke slike følelser og tanker. De store spørsmålene kom på banen da det ble reflektert over meningen med livet. Det er interessant å merke seg at for noen ble åndeligheten forsterket med sykdommen, for andre var den irrelevant og noen blandet og mikset litt av flere religioner eller livssyn sammen til sin egen tro. Et funn var at flere deltagere ikke skilte mellom begrepene åndelighet og religion, og derfor var ukomfortable med begrepet åndelighet. En deltager formidlet et ønske om å ikke la seg begrense av dogmer. De fortalte uoppfordret og åpent om verdier, tanker om livet og personlig tro. Flere deltagere hadde gjort en redefinering av meningen med livet og gjort en gjennomgang av prioriteringene i livet.

4.2 Hope, older adults, and chronic illness: a metasynthesis of qualitative research

| Forfatter, land, database | Tittel | Hensikt | Metode | Utvalg |
|--|---|--|---|---|
| Duggleby, W. m.fl. Canada 2012 Cinahl <i>Journal of Advanced Nursing</i> | Hope, older adults, and chronic illness: a metasynthesis of qualitative research. | Utforske opplevelsen av håp hos eldre personer med kronisk sykdom. | Meta-syntese review fra 20 kvalitative forskningsstudier. 4 prosedyresteg: omfattende søk, kvalitetsvurdering, klassifisering av studier og syntese av funn. | Artikler fra 1980-2010. Studiene inkluderte begge kjønn, kronisk sykdom, eldre (over 60 år). Publiserte studier uavhengig av opprinnelsesland og språk. |

Det er kjent at håp bidrar positivt for personer som må takle og leve med sin kroniske sykdom. Håp har mange dimensjoner og definisjoner. Håp for den enkelte forandrer seg ettersom omgivelsene eller situasjonen forandres. Det som kom frem fra denne artikkelen av ny kunnskap var, at håp hos eldre personer med kronisk sykdom innebærer å ”transcendere fra en vanskelig situasjon og gjøre en positiv revurdering”. Forfatterne beskriver transcendens som det ”å flytte seg utover sin nåværende tilstand eller bevegelse seg forover”. Denne prosessen innebar også underprosesser som blir beskrevet som å nå innover og utover og finne mening og hensikt med tilværelsen. Positiv revurdering innebærer å evaluere håp i lys av sykdom og å finne positive muligheter.

Kanskje kan bruk av transcendens i vurderingen av håp hos eldre med kroniske sykdommer fremme den indre styrken og relasjonen med andre. Dette kan bidra til å skape håp. Strategier som tilpasning til overganger og tap, gjennomgang, erindringsterapi og åndelig støtte kan også hjelpe mennesker til å finne håp (Duggleby m.fl. 2012).

4.3 An experiential theory of spiritual care in nursing practice

| Forfatter, land, database ++ | Tittel | Hensikt | Metode | Utvalg |
|---|---|---|---|--|
| Burkhart, L. og Hogan, N. Chicago, USA 2008 Cinahl <i>Qualitative Health Research</i> | An experiential theory of spiritual care in nursing practice. | Nærme seg et teoretisk rammeverk for åndelig omsorg utøvd i praksis av sykepleiere. Legge et grunnlag for fremtidig forskning på temaet. | Hentet data fra 4 fokus-grupper, bestående av 25 sykepleiere. 10 spørsmål var bestemt på forhånd. Intervjuene varte i 2 timer. | Deltagerne pleiet for pasienter med kronisk sykdom. De arbeidet innenfor ulike retninger innenfor sykepleie. Alle deltagerne utøvde åndelig omsorg. 68% katolikker, 20% kristne (ikke-katolske). |

Data viste at det er viktig å legge merke til hint og tegn fra pasienten om at de ønsker åndelig omsorg. Sykepleiere kan skape en atmosfære og vie tid som bidrar til at pasienter kan åpne opp for et personlig møte i et sensitivt område. Inviterer pasienten sykepleieren til å gi åndelig omsorg er det opp til hver enkelt sykepleier å avgjøre om de velger å møte pasienten og hans åndelige behov. Besluttet sykepleier å møte pasientens behov var det fokus på å; fremme selvrefleksjon hos pasienten, opprettholde eller gjenoppta kontakt mellom pasient og familie og tiltak som kunne bidra til at pasient kunne opprettholde kontakt med en høyere makt (Gud). Det kom frem fra innsamlede data at sykepleierne umiddelbart ble emosjonelt påvirket etter å ha møtt pasienters åndelige behov eller gitt åndelig omsorg. De var enten preget av positive eller negative følelser. Sykepleierne søkte etter mening i etterkant av det åndelige møtet med pasienten. Viktigheten av å ta vare på seg selv i etterkant av møtet er nødvendig for å bearbeide inntrykk og følelser som også oppstår hos sykepleieren. Å reflektere for seg selv, med andre personer man har tillit til bidrar til å trekke lærdom ut av situasjonen og hjelper en til å bli bedre kjent med seg selv og hva man tenker, tror og føler. Trosritualer, for eksempel bønn, var også viktig for flere av deltagerne. Erfaringer med pasienter kan være både positive og negative. Negative erfaringer kan føre til at sykepleiere får dårlige assosiasjoner med å utøve åndelig omsorg, eller de kan bearbeide erfaringene og bruke dem til noe positivt. Positive erfaringer kan utvikle seg til en åndelig vekst som er assosiert med gode minner. Den syvende og siste kategorien er den personlige og åndelige dimensjonen til

hver enkelt sykepleier. Dersom sykepleieren opplever å ha mening og hensikt med livet og er trygg på sin egen identitet og eventuelt tro, kan dette bidra positivt i utførelsen av åndelig omsorg til andre. Å gi åndelig omsorg til andre kan også gi ringvirkninger som bidrar til at sykepleieren får det bedre åndelig. Deltagerne var også klar over at sykepleiere har ulike nivå av åndelig velvære, men at alle har potensiale til å forandre seg med ytterligere erfaring. Erfaringene kan i seg selv hjelpe sykepleierne å utvikle seg og slik kan de møte pasienter med åndelige behov med enda bredere erfaring. Til slutt oppsummeres det at denne artikkelen gir et grunnlag for videre studier innenfor åndelig omsorg i sykepleiepraksis.

4.4 The lived experience of giving spiritual care: a phenomenological study of nephrology nurses working in acute and chronic hemodialysis settings

| Forfatter, land, database | Tittel | Hensikt | Metode | Utvalg |
|---|--|---|--|---|
| Deal, B. og Grassley, J.S. America 2012 Cinahl <i>Nephrology Nursing Journal</i> | The lived experience of giving spiritual care: A phenomenological study of nephrology nurses working in acute and chronic hemodialysis settings. | Utforske sykepleieres opplevelse og erfaring i å gi åndelig omsorg til pasienter som får dialysebehandling. | Kvalitativ metode, intervju av 10 sykepleiere. Fenomenologisk fremgangsmåte hvor førstepersonsperspektiv ble samlet inn. | Alle deltagerne var kvinner, alder 21-57 år, 8/10 sykepleiere arbeidet i dialyseavdeling, 2/10 hadde tidligere arbeidserfaring fra dialysebehandling. |

De fleste deltagerne initierte relasjonen til pasientene og at tiden de tilbragte sammen var viktig for at relasjonen skulle bli god. Sykepleierne beskrev det som at de ble en del av livet til pasienten og motsatt. For å skape en god relasjon ga de pasientene sin fulle oppmerksomhet, så dem i øynene og satte seg gjerne ned på en stol for å komme på samme nivå som dem. Sykepleierne fortalte at de også kunne dele av seg selv og sine personlige sider for å komme dem i møte og skape en god relasjon. Deltagerne beskrev åndelig omsorg som det å være tilstede. Noen ganger trengte de ikke å veilede, undervise, informere eller si noe i det hele tatt, men bare være tilstede som en støtte og trygghet. Det kom frem at flere sykepleierne stolte på sin egen åndelige ressurs i det de gav åndelig omsorg, og at det var en viktig brikke for å gå inn på sensitive temaer. Dette inkluderte eksempelvis Gud, bønn og livserfaringer. Flere av deltagerne formidlet at det å selv være en åndelig person og stole på

Gud ga dem styrke og visdom når de ga åndelig omsorg. Nesten alle deltagerne sa de brukte bønn i sin utøvelse av åndelig omsorg. Disse sykepleierne bemerket i denne sammenheng at grunnet dialysebehandlingen, fikk de et langvarig forhold til pasientene som forbedret deres mulighet til å gi denne åndelige omsorgen. Erfaringene med å gi åndelig omsorg opplevdes positivt, selv om det var utfordrende. Sykepleierne beskrev hvordan pasientene erfarte å ha åndelige behov, og søkte å få disse dekket ved starten av dialysebehandling.

4.5 Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice

| Forfatter, land, database | Tittel | Hensikt | Metode | Utvalg |
|---|--|---|--|---|
| McSherry, W. og Ross, L. Storbritannia 2002 <i>Journal of Advanced Nursing</i> | Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. | Utforske begrepet åndelighet. Å belyse eventuelle utfordringer sykepleiere møter i praksis med åndelig omsorg og drøfte de ulike verktøyene som er tilgjengelige i denne praksisen. | Litteraturgjennomgang databasene "Medline", "CINAHL" og "Embase" er brukt for å samle eksisterende litteratur fra Storbritannia og internasjonalt. Søkeord: "spiritual assessment" | Søket ble begrenset fra 1988 t.o.m. 2001. |

Studier basert på undersøkelser og intervjuer av pasienter og deres tilfredsstillelse av åndelige behov, har bidratt til motivasjon for sykepleiere i å legge til rette for behovet. Utfordringer ved åndelig omsorg blir synlig ved en gjennomgang av sykepleieres retningslinjer. Den største utfordringen er å definere åndelighet. Det finnes ingen felles definisjon, og begrepet åndelighet blir derfor konkludert med å være svært subjektivt. Deretter diskuteres motivasjonen som ligger til grunn for å gi åndelig omsorg. Forfatterne stiller seg kritiske til hvorvidt et åndelig behov kan måles og dokumenteres på samme måte som en medisinsk utfordring.

Forfatterne drøfter om åndelig omsorg bare skal utøves i praksis på avdelinger hvor sykepleier og pasient oppnår et tillitsforhold, som vil bidra til at pasientene føler det er rom

for å snakke om sensitive tanker og følelser. Dette vil lettest oppnås på en arbeidsplass med kontinuitet av personalet og hvor pasientene oppholder seg over tid. Deretter stilles det spørsmål om det også skal prioriteres tid til å kartlegge åndelige behov i en akutt fase.

I artikkelen blir også de etiske utfordringene drøftet, problemstillinger når det gjelder sykepleiers ansvarsområde, taushetsplikt og dokumentasjon. Til slutt blir det presentert ulike tilgjengelige vurderingsverktøy som blir brukt i praksis for å vurdere behovet for åndelig omsorg.

5 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg i hovedsak drøfte funnene fra artiklene som ble presentert i forrige kapittel og anvende kunnskap fra teorikapittelet og relevante artikler, som jeg ikke har presentert tidligere, for å drøfte og gi svar på problemstillingen.

5.1 Sykepleierens oppgave

Så for å svare på problemstillingen: hvordan kan sykepleieren gi åndelig omsorg som kan styrke håp og mening hos pasienter med kronisk sykdom?

5.1.1 Gi rødt lys

Det er blitt klart ut ifra lovverk, teori og forskning at åndelig omsorg er en anerkjent oppgave for sykepleiere. Men det er ikke nødvendigvis slik at alle pasienter får den omsorgen de trenger og har krav på. Sykepleieren kan velge å ikke gi åndelig omsorg, på tross av retningslinjer, og gir, ifølge Schärfe (1988:43), signal om rødt lys. Årsaker til at den åndelige omsorgen blir forsømt i praksis, kan være mange. For det første er tiden essensiell. Det er viktig å ha tilstrekkelig tid når det utøves åndelig omsorg (Deal og Grassley 2012). I en hektisk hverdag med mange oppgaver som skal utføres, kan det være en utfordring å sette av tid, eller ta seg tid når behovet viser seg (Burkhart og Hogan 2008). Men det sykepleiere ikke nødvendigvis er klar over, er at kvalitetstid tilbragt sammen med pasienten, kan være åndelig omsorg i seg selv (Deal og Grassley 2012). For det andre er det sykepleiere som synes det er ubehagelig og sårbart å skulle dele av seg selv på denne måten. I neste rekke kan de oppleve mangel på støtte fra kollegaer, enten at de ikke verdsetter åndelig omsorg like mye eller at de kan ha en dårlig holdning til at andre gir åndelig omsorg (Burkhart og Hogan 2008). Sykepleiere kan også være tappet for krefter og oppleve å være ”åndelig utslitt”, og ikke ha energi og overskudd til å gi åndelig omsorg (Burkhart og Hogan 2008). Dette kan være en aktuell utfordring på avdelinger hvor pasienter er i en akutfase, og nettopp har fått beskjed om at de har en kronisk sykdom.

5.1.2 Gi gult lys

Når sykepleier velger å gi åndelig omsorg er det flere måter å møte pasientene på. Jeg vil igjen referere til Schärfe (1988:43) og trafikklyset. Sykepleier kan gi både gult og grønt lys. Ved å gi et signal som er vanskelig å tyde, kan det bli vanskelig for pasienten å ta initiativet til å åpne seg. Selv om holdningen til sykepleieren ikke signaliserer rødt, ”Stopp!” vil det sannsynligvis i de fleste tilfellene gjøre pasienten såpass usikker på om det er passende eller om sykepleieren synes det er greit, at han ikke vil bringe det frem. Kanskje han drister seg til å gi et hint, i håp om at sykepleieren skal forstå hva han egentlig ønsker å si. Da er det essensielt at sykepleieren, som har påtatt seg en passiv rolle, i det minste er oppmerksom på pasientens uttrykk for et åndelig behov (Lie 2002:143). Våre personligheter er unike (Lie 2002:142), og derfor er det sannsynlig å tro at pasienten i mange tilfeller kan være så frimodig og direkte at han tar opp temaene selv og utfordrer sykepleieren til å ivareta behovet hans. Eller pasienten kan være i så stor åndelig nød at han trosser sine opprinnelige grenser og tar risikoen ved å gjøre seg selv sårbar og i fare for å bli avvist. Lie (2002:104) beskriver det fint: ”tydelighet skaper trygghet og forsiktighet skaper utrygghet”. Det vil derfor ikke være tilstrekkelig at sykepleieren bare er fysisk tilstede (Lie 2002:129), pasienten ønsker noe mer og vil merke at sykepleieren ikke gir tilbakemelding på hans følelser. Når sykepleieren har denne holdningen, kan man stille seg spørsmålet om det virkelig utøves åndelig omsorg. Det kan virke som om dette blir utøvd av pliktetikk alene eller fordi hun har en moralsk overbevisning.

5.1.3 Gi grønt lys

Til slutt vil jeg drøfte hvordan sykepleier kan signalisere at hun ønsker å ivareta hele mennesket og gi grønt lys. Som nevnt i kapittel 2.8, har denne sykepleieren en aktiv holdning, som uoppfordret tilbyr pasienten omsorg. Hun har en holdning om at det er lettere for pasienten å takke ”ja” eller ”nei” til et tilbud, enn å spørre ”vær så snill!” eller ”kan jeg få?” Ved å informere pasienten om tilbudene, løsninger, eventuelle tiltak som kan iverksettes, kan det tenkes at det blir lettere for pasienten senere å etterspørre tilbudet om behovet oppstår. Denne måten å utøve åndelig omsorg på, er i samsvar med nyere studier (Burkhart og Hogan 2012, Deal og Grassley 2012 og Duggleby m.fl. 2012). Et av resultatene til Duggleby m.fl. (2012) var at håp fant sted i relasjonene og interaksjoner med andre mennesker og med

miljøet rundt. Det er nettopp her sykepleieren kan spille en rolle. Ved å skape en god relasjon, kan relasjonen i seg selv bidra til å oppleve håp og finne mening med tilværelsen.

Åndelig omsorg kan i seg selv styrke håp og mening hos pasienter med kronisk sykdom (Greenstreet 2006). Det er ved å møte mennesker, inngå og vedlikeholde relasjoner at mennesker finner mening med livet og kan se lyst på fremtiden. Det å gjøre seg avhengige av andre, bekrefter slik Martinsens avhengighetsfilosofi (2005:143).

Ved å henvende seg direkte til pasienten, henvender man seg til pasientens ”friske del”, og uten å bruke ord, kan sykepleieren på denne måten både tilby omsorg og minne pasienten på at han også har en frisk side (Lie 2002:99). Pasienten kan ta et valg, og dette kan appellere til pasientens identitet og virke oppmuntrende og styrke håpet om en lys fremtid (ibid:99).

Litteraturgjennomgangen McSherry og Ross (2002) har gjort tyder på at det er ulike måter å nærme seg et annet menneskes åndelige behov. Det kan utføres på en direkte måte hvor man spør pasientene om deres åndelige behov, eller indirekte, ved observasjon, tolkning av kroppsspråk og det som formidles fra pasientene gjennom verbal kommunikasjon. Utfordringen ved å stille direkte spørsmål kan være å ikke krenke pasientene og deres integritet (ibid). Selv om forskning viser at åndelig omsorg ofte blir positivt tatt imot av pasienter, er det viktig å være klar over at dersom det religiøse blir en del av møtet, kan det oppleves ubehagelig for pasienten, da dette kan være en privatsak som de ikke ønsker å snakke med andre om (Lie 2002:18,106,153). På den andre siden åpner det opp for en samtale og formidler samtidig at sykepleieren har satt av tid og prioriterer pasienten (Deal og Grassley 2012).

Fra funnene fant jeg at pasienter hadde ulikt syn på hvorvidt de har en åndelig dimensjon eller ikke. Noen pasienter likte ikke uttrykket, men forklarte sitt livssyn på en annen måte med andre begreper (Molzahn m.fl. 2012). Uansett hvordan pasientene definerer åndelighet påstår Deal og Grassley (2012) at pasientene utnytter seg av åndelig omsorg for å hjelpe å transcendere sine erfaringer og opplevelser av lidelse for å finne mening og håp (Deal og Grassley 2012, Molzahn m.fl. 2012).

Pasienter med kronisk sykdom søker å finne mening gjennom livserfaringer, opplevelser (Molzahn m.fl. 2012). Sykepleier kan derfor legge til rette for dette. Som nevnt i kapittel 2.6

kan også musikk være åndelig omsorg. Men er dette nok? Vil pasienten få dekket sitt *åndelige behov* gjennom disse tiltakene?

McSherry og Ross (2002) presenterte i sin artikkel flere kartleggingsverktøy, blant annet Stolls retningslinjer for åndelig kartlegging, som består av konkrete punkter med tilhørende spørsmål. De tar for seg konseptet Gud, kilder til håp og styrke, religiøse handlinger og relasjonen mellom livssyn og helse. Disse spørsmålene kan benyttes og gå ut ifra for å sette i gang en samtale. I artikkelen rettes det kritikk mot retningslinjene på grunn av inkluderingen av religiøse spørsmål som kan støte enkelte pasienter. Men på den andre siden kan det tenkes at det er bedre at sykepleier stiller spørsmålet både til den troende og den ateistiske pasienten enn å la det være opp til den troende pasienten å fortelle at de har en gudstro.

5.2 Sykepleierens forutsetninger og erfaring

Filosofien rundt åndelig omsorg, mening og håp som ble presentert i teorikapittelet, er slike tanker som sykepleiere bør ha tenkt gjennom.. Dersom hver enkelt sykepleier allerede før hun møter en pasient med et åndelig behov, har snakket om slike tema før, kan hun lettere dele reflekterte tanker med pasienten.

Selv om det kommer frem fra forskning at sykepleiere bør ha kunnskap om ulike livssyn og religioner (McSherry og Ross 2002) viser andre studier at det først og fremst er viktig å være tilstede, uavhengig av kunnskapsnivå rundt livssyn og religion (Deal og Grassley 2012). De fleste sykepleiere kan være tilstede og lytte, akseptere det pasienten sier og støtte og møte pasienten i sin lidelse og smerte, selv om de ikke har svar på alle spørsmålene og ikke har grunnleggende kunnskaper om eventuelt pasientens tro og religion (Deal og Grassley 2012).

I tilfeller hvor pasienten ikke har en eksistensiell krise, eller behov, kan sykepleier likevel gi åndelig omsorg uten at pasienten er bevisst dette. Funnene fra studien til Molzahn m.fl. (2012) viser at pasienter med kronisk sykdom ofte fant mening på tross av sykdommen ved å finne ut hva som er verdifullt for dem. Et annet funn viste at pasienter med kronisk sykdom også sammenlignet sine lidelser og utfordringer med andre, for å føle seg heldig (Molzahn m.fl. 2012). Å ta dette i betraktning som en måte å hjelpe pasienter i å finne mening og håp

for sykepleiere, kan være en risikofull tilnærming. Det kan oppleves for pasienten at sykepleieren ikke tar hans lidelser på alvor, eller viser lite empati (Lie 2002:126).

5.3 Sykepleierens behov

I utøvelsen av åndelig behov er det også viktig å ta vare på seg selv. Å sette klare grenser for seg selv er viktig for å ikke ta skade selv (Schmidt 2009:107). Det er sårbart både for pasient og sykepleier å møte hverandre i et åndelig møte, da begge gir noe av seg selv i en slik setting (Deal og Grassley 2012). Tornøe (1996:11) hevder at for et menneske å være hos et annet lidende menneske uten å kunne gjøre noe for å lindre den andres smerte, er en av de mest psykisk krevende oppgavene vi kan ha. Det koster å være til stede når et annet menneske har vondt, nettopp fordi vi møter vår egen maktesløshet. Kanskje det er dette åndelig omsorg virkelig handler om. Minner den lidende oss om vår egen sårbarhet og våre fortrenge spørsmål om livets egentlige mening på lang sikt? Ifølge Lie (2002:131) lever moderne mennesker i en illusjon om at vi har makt over våre egne liv, vi lever som om vi aldri skal dø og kjenner motstand mot å forholde oss til andres lidelse. For det er da man må reflektere over egne verdier og prioriteringer i livet.

I slike tilfeller bør sykepleiere i etterkant av et slikt møte, ta vare på seg selv ved å reflektere, lufte tanker og sette ord på følelser, både for seg selv og med kollegaer (Burkhart og Hogan 2008). Da er det kanskje ikke så rart at sykepleiere nøler med å engasjere seg i åndelig omsorg, når det gjør en selv så sårbar. Men desto viktigere er det. I samme studie (ibid) fant de at sykepleierne som valgte å engasjere seg i pasientenes åndelige behov, utviklet seg til å bli erfarne i utøvelsen.

Sykepleieren kan oppleve det sårbart å dele tanker og følelser eller ved å møte den andres lidelse og ikke kunne gjøre noe annet enn å være nær. Det kan være sårt å ikke kunne hjelpe. Sykepleiere har som alle andre mennesker egne oppfatninger og livssyn, som også skal ivaretas. Jeg har i praksis opplevd at en kollega hadde vanskelig for å møte en pasients forespørsel om å be til Jesus, da vedkommende ikke trodde på Jesus, og dette stred mot hennes trosoppfatning. I slike situasjoner oppstår det etiske dilemmaet, hvorvidt pasientens behov eller sykepleierens grenser skal ivaretas og respekteres.

5.4 Sykepleierens utfordringer

Mye tyder på at mangelen på en felles definisjon og forståelse av begrepet åndelighet er en stor utfordring (McSherry og Ross 2002, Burkhart og Hogan 2008, Molzahn m.fl. 2012). Kulturforskjeller, mangfold av religioner, pluralistiske, materialistiske og sekulære samfunn, er alle faktorer som kan forårsake varierende syn på åndelighet (McSherry og Ross 2002). Dette betyr at helsearbeidere behøver grundig kunnskap og informasjon om ulike tros- og kultursamfunn og deres verdier og tradisjoner.

Da artikkelen av McSherry og Ross (2002) ble skrevet var praksisen i stor grad preget av den evidensbaserte tankemåten og omsorg ble målt og dokumentert for å heve standarden og redusere risikoen for dårlig helse. Men den evidensbaserte metoden møter sin begrensning når pasienters åndelige behov kartlegges og vurderes med ulike verktøy. Den åndelige dimensjonen lar seg ikke måle og beviser ikke sin egen årsak og virkning. Både Nightingale og Martinsen har begge svar på ovenforliggende problemstilling. Som nevnt oppmuntret Nightingale (1997:179) hver sykepleier til å bli så godt kjent med sin pasient at hun oppriktig kunne mene å forstå det andre mennesket og være ydmykt overbevist om hvordan han hadde det. Dette kan ifølge den positivistiske tankemåten ikke bevises, men den hermeneutiske måten å tilnærme seg et problem på, kan være den beste løsningen. Å bruke sitt faglige skjønn, som helst skal læres gjennom praktisk veiledning, blir da helt sentralt og nødvendig for å gjøre seg kjent med pasientens erfaring, slik Martinsen (2005:150) sterkt oppmuntrer til.

Det kan være lett å være bastant i sine påstander og si at sykepleiere bør vurdere de åndelige behovene uten å ta hensyn til det praktiske. Ifølge McSherry og Ross (2002) er det derfor viktig at sykepleiere stopper opp, vurderer og reflekterer rundt forskningsresultatene som gir innsikt i de praktiske konsekvensene av det å kartlegge, vurdere og gi åndelige omsorg. Ved å vedta retningslinjer vil det ikke nødvendigvis løse de praktiske utfordringene rundt utøvelsen av åndelig omsorg. Én tilnærming kan være å formidle behovet og gi kunnskapsbasert omsorg om hvordan behovet kan kartlegges gjennom praksisveiledning, slik Martinsen oppfordrer til, heller enn et vedtak fra ledelsen (ibid).

6 Konklusjon

I prosessen hvor jeg har søkt etter svar på problemstillingen har jeg funnet mye litteratur og forskning på temaet. Litteraturen viser hvordan den åndelig omsorgen kan og bør utøves, hvordan omsorgen oppleves av pasienter, hvordan sykepleiere opplever å utøve åndelig omsorg og hvilke utfordringer sykepleiere som møter som individer og som profesjonelle yrkesutøvere. Det mangler en felles definisjon av åndelighet og et teoretisk rammeverk for å praktisere åndelig omsorg. Derfor trenger sykepleiere kunnskap om hvordan de kan anvende sitt faglige skjønn for å utøve omsorgen, og veiledningsbasert erfaring er å foretrekke.

Innledningsvis viste jeg til forskning som viser at pasienter kan oppleve det vanskelig å bringe opp åndelige tema, men det har vist seg at mange pasienter er åpne om disse temaene. Sykepleierens holdning spiller en viktig rolle i møtet med pasientene, og legges det til rette for å stille vanskelige og eksistensielle spørsmål er det mange pasienter som gir tegn til et ønske om å bli møtt på sitt åndelige behov. Relasjonen som inngås mellom sykepleier og pasient kan i seg selv styrke pasientens opplevelse av håp og mening med lidelsen og livet.

Hovedfunnene fra litteraturstudien kan oppsummeres i fire punkter. Sykepleieren kan gi åndelig omsorg som styrker håp og mening til pasienter med kronisk sykdom ved å:

1. inngå en relasjon med pasienten
2. være helt tilstede i møtet med pasienten
3. tilby og informere
4. dele av seg selv personlig

Åndelig omsorg er et stort og vidt tema, som jeg har forsøkt å avgrense. Avgrensningen i seg selv har vært en utfordring, fordi forskningsområdet ble veldig smalt og gjorde det vanskelig å finne artikler som konsentrerte seg spesifikt rundt min problemstilling. Derfor er det flere spørsmål jeg sitter igjen med etter arbeidet med oppgaven. Hvordan kan sykepleiere bane vei for den åndelige omsorgen i en evidensbasert praksis? Hvilke holdninger har norske sykepleiere og pasienter til åndelig omsorg?

Til slutt bør man være bevisst på at åndelig omsorg kan miste sin egenverdi dersom konsekvensene av omsorgen gir helsegevinst. Helsegevinsten i seg selv kan vekke interesse, og den åndelige omsorgen kan lett bli brukt som et middel for å oppnå et bestemt mål. Da er

det viktig å huske at det til syvende og sist er pasientens subjektive velvære og livskvalitet som er målet. Og dette kan ikke dømmes eller bevises av andre enn pasienten selv (Tornøe 1996:12).

Litteraturliste

Aadland, E. (2004). "Og eg ser på deg..." *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget

Bruusgaard, D. (2009). Pasient. *Store medisinske leksikon*. Hentet 17. februar 2014 fra: <http://sml.snl.no/pasient>

Burkhart, L. og Hogan, N. (2008). An experiential theory of spiritual care in nursing practice. *Qualitative Health Research*, 18 (7):928-938. doi: 10.1177/1049732308318027

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Deal, B. og Grassley, J.S. (2012). The lived experience of giving spiritual care: a phenomenological study of nephrology nurses working in acute and chronic hemodialysis settings. *Nephrology Nursing Journal*, 39 (6):471-481, 496. Hentet fra Cinahl.

Duggleby, W., Hicks, D., Nekolaichuk, C., Holtslander, L., Williams, A., Chambers, T. og Eby, J. (2012). Hope, older adults, and chronic illness: a metasynthesis of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*. 68 (6):1211-1223. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05919.x

Edward, K. (2013). Chronic illness and well-being: using nursing practice to foster resilience as resistance. *British Journal of Nursing*, 22 (13):741-746. Hentet fra Cinahl.

Gjengedal, E. og Hanestad, B.R. (2001). *Å leve med en kronisk sykdom, en varig kursendring*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Grasaas, K.K. (2005). Åndelige behov og åndelig omsorg. I: J. Stordalen, K.K. Grasaas og O.J. Hovland (red.). *Grunnleggende behov*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Greenstreet, W. (2006). From spirituality to coping strategy: making sense of chronic illness. *British Journal of Nursing*, vol 15, (17):938-942. Hentet fra Cinahl.

Jolley, D. og Moreland, N. (2011). Dementia care: spiritual and faith perspectives. *Nursing and Residential Care*, vol 13 (8):388-391. Hentet fra Cinahl.

Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie* bind 1. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (2011). Om sykepleie. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie* bind 1. Oslo: Gyldendal Akademisk

Lie, K. (2002). *Eksistensiell og åndelig helseomsorg*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Martinsen, K. (2003a). *Omsorg, sykepleie og medisin – Historisk-filosofiske essays*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget

- Martinsen, K. (2003b). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe
- McSherry, W. og Ross, L. (2002). Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (5):479-488. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02209.x
- Molzahn, A. og Shields, L. (2008). Why is it so hard to talk about spirituality? *Canadian Nurse*, 104 (1):25-29. Hentet fra Cinahl.
- Molzahn, A., Shields, L., Bruce, A., Stajduhar, K., Makaroff, K.S., Beuthin, R. og Shermak, S. (2012). People living with serious illness: stories of spirituality. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (15/16):2347-2356. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04196.x
- Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nightingale, F. (2009). *Store norske leksikon*. Hentet 18. februar 2014 fra: http://snl.no/Florence_Nightingale
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Hentet 11. februar 2014 fra: www.sykepleierforbundet.no
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov av 2. juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter*.
- Rustøen, T. (2001). Håp hos kronisk syke mennesker. I: E. Gjengedal og B.R. Hanestad (red.). *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Saurasunet, A. (1997). *En studie om åndelige behov hos pasienter med kroniske og/eller alvorlige sykdommer*. Hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo
- Schärfe, G. (1988). *Åndelig omsorg – sygeplejerskens rolle?* Dansk sygeplejeråd
- Schmidt, H. (2009). *Har du tid til det da?* Nesttun: Folio Forlag
- Stifoss-Hanssen, H. og Kallenberg, K. (1998). *Livssyn og helse: teoretiske og kliniske perspektiver*. Oslo: Ad notam Gyldendal
- Strøm, B. (1997). *Åndelig omsorg ved livets slutt*. Hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo
- Sørbye, L.W. og Undheim, L.T. (2012). Å ta menneskets åndelige dimensjon på alvor. I: T. Danbolt og G. Nordhelle (red.). *Åndelighet – mening og tro: utfordringer i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tornøe, K. (1996). *Kan vi trøste hjertene? Hvordan møte alvorlig syke og døende pasienters åndelige behov*. Tano Aschehoug
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget

Tveit, B. (2012). Åndelig omsorg – fagidentitet og profesjonelt ansvar. I: T. Danbolt og G. Nordhelle (red.). *Åndelighet – mening og tro: utfordringer i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk