



Åndelig omsorg til mennesker i en sårbar livssituasjon

Kandidatnummer: 109

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 13-Sykdel

Antall ord: 10318

Dato (innleveringsfrist): 29.09.2016

## Forord

Å lytte  
til ordene  
fra det andre mennesket  
kanskje ikke til alle ordene  
men til dem som kommer dumpende  
nærmest av vanvare, lytte  
til klangen  
til smilet i stemmen  
hvis den smiler  
eller den brutte tonen  
i ordet som aldri skulle vært sagt  
lytte  
til pausen som plutselig er der  
plutselig er for lang  
og munnviken  
som skjelver umerkelig, for  
det er et eller annet  
bakenom  
noe bittelite kanskje  
og meget ensomt  
noe er det  
noe...

C. F., Prytz. 1978 (Kristoffersen:93)

## **Sammendrag**

- Tittel:** Åndelig omsorg til mennesker i en sårbar livssituasjon
- Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier gi åndelig omsorg som fremmer livsmot og bevarer menneskeverd hos mennesker som er i en sårbar livssituasjon?
- Hensikt:** Å belyse hvordan sykepleier kan møte pasienter med åndelig omsorg og drøfte etiske utfordringer knyttet til dette.
- Metode:** Case-studie.
- Funn:** Presentasjon av case om en kvinne som er i en åndelig krise.
- Konklusjon:** Åndelig omsorg er å bruke sansene, være tilstede med hele seg i møte med pasienten, og ha en moral og holdning i ønske av å gjøre det beste for pasienten. På denne måten fremmes menneskeverd og livsmot.
- Nøkkelord:** Åndelig behov, omsorg, livsmot, mening, sykepleie, menneskeverd holdninger, verdier, kommunikasjon.

## Innhold

1.0 Innledning.....	5
1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Formålet med oppgaven .....	6
1.3 Presentasjon av problemstillingen .....	6
1.4 Presentasjon og avgrensing av problemstillingen.....	7
1.5 Etske overveielser.....	7
1.6 Definisjon av sentrale begrep.....	8
1.6.1 Livsmot .....	8
1.6.2 Menneskeverd.....	9
2.0 Teori.....	10
2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv .....	10
2.1.1 Joice Travelbee .....	10
2.2 Hva er åndelig omsorg?.....	13
2.3 Etske utfordringer.....	15
2.4 Åndelig omsorg til pasienter som er i en sårbar livssituasjon.....	17
3.0 Metode .....	20
3.1 Begrunnelse av case-studie som metode.....	20
3.2 Presentasjon av litteratur, litteratursøk og kildekritikk .....	21
4.0 Funn.....	23
4.1 Case studie .....	23
5.0 Analyse .....	25
6.0 Drøfting .....	27
6.1 Mot til å møte etske utfordringer .....	27
6.2 Evne til å lytte.....	29
6.2 Evne til å se og la seg berøre .....	30
6.4 Mot til samtale .....	31
7.0 Konklusjon .....	34
8.0 Litteraturliste.....	35

## 1.0 Innledning

### 1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

Tema jeg har valgt for bacheloroppgaven omhandler åndelig omsorg til mennesker som er i en sårbar livssituasjon. Sykepleieyrket bygger på de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere(2011), hvor det er nedfelt at den enkelte sykepleier skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg. Åndelig omsorg er slik jeg ser det derfor en sykepleie oppgave.

Jeg husker godt et møte jeg hadde med en mannlig pasient, som gråt fordi han opplevde at noen av pleierne hadde utført pleien hardhendt og avvisende. Han opplevde at han ikke ble sett eller hørt når han prøvde å uttrykke dette til pleierne. Jeg visste ikke helt hva jeg skulle si eller gjøre når pasienten fortalte meg dette, men valgte å holde han i hånden og vise forståelse for følelsene han uttrykte. Dette gjorde et stor inntrykk på meg, og er en av grunnene til at jeg ønsker å fordype meg i hvordan jeg kan legge til rette for åndelig omsorg for personer som er i en sårbar situasjon på grunn av sykdom eller lidelse.

Dette er et eksempel som kan vise at mange sykepleiere kan kjenne seg usikre i å møte med åndelige behov, fordi mange ikke føler seg trygge nok til å bevege seg inn i spørsmål som er av dypere dimensjon, eller ikke har forståelse for at kropp og ånd henger sammen. Det betyr, slik jeg ser det, at hvordan sykepleiere utfører handlingene sine er avgjørende for hvordan pasienten opplever sykepleien som mottas og er viktig for at den åndelige omsorgen skal ivaretas.

Åndelig omsorg var opprinnelig forankret i nestekjærligheten og omsorgens tegn, knyttet til et kristent livssyn og hengivne sykepleiere som hadde et kall. I senere tid ble det imidlertid et brudd med denne tradisjonen, da det ble lagt vekt på et forsknings –og vitenskapelig syn. I de senere år viser litteraturen til at det har det blitt mer fokus på den åndelige omsorgen for å ivareta den helhetlige omsorgen (Lie: 2002:12). Slik jeg ser er nestekjærlighet og barmhjertighet grunnleggende for sykepleien. Jeg mener at det hjelper lite å ha faglig kunnskap om man ikke også bryr seg om den som er syk. I en hektisk hverdag tror jeg det er viktig at sykepleier prøver å finne tid til å møte pasienten og hans åndelig behov, om han har dette. Jeg har erfart at ved prossedyrer som sårskift, eller rutiner som kveldsstell er gode stunder for samtale og kartlegging av åndelige behov.

Jeg kjenner på et engasjement og interesse for dette temaet og det falt seg derfor naturlig å gå dypere inn i dette i denne oppgaven.

## 1.2 Formålet med oppgaven

Formålet med oppgaven er at jeg mener at det er viktig at dette temaet blir belyst. Jeg ønsker at den åndelige omsorgen skal få mer rom i sykepleien. Jeg vil at sykepleiere og sykepleiestudenter skal forstå at de har ansvar for hele mennesket, inkludert den åndelige dimensjonen og at det å bare være nær et annet menneske med sin tilstedeværelse, ofte er nok. Jeg ønsker at det generelt blir en mer forståelse og bevissthet i samfunnet for at det er lov å uttrykke åndelige lengsler. Personlig ønsker jeg å lære mer om hvordan jeg som fremtidig sykepleier bevisst kan bruke åndelig omsorg for å ta hånd om hele mennesket, slik at pasienten kan oppleve at han blir sett, hørt og føle at han har verdi som menneske.

## 1.3 Presentasjon av problemstillingen

Gjennom ulike praksiser og erfaringer mener jeg at bruken av den åndelige omsorgen kan bli bedre. Jeg tror at mange sykepleiere ikke har nok kunnskap om den åndelige omsorgen som en del av den helhetlige pleien for hele mennesket. En sykepleier bør kunne møte mennesker akkurat der de er i livet. Slik jeg ser det kan ingen forvente at en sykepleier skal være ekspert på alle livets problemer, men pasienten skal kunne forvente at sykepleier tar pasientens åndlighet på alvor. På bakgrunn av dette har jeg valgt å ha en problemstilling som handler om åndelig omsorg til mennesker i en sårbar livssituasjon, hvor målet er å fremme livsmot og bevare menneskeverdet.

Problemstilling:

*Hvordan kan sykepleier gi åndelig omsorg som fremmer livsmot og bevarer menneskeverd til mennesker som er i en sårbar livssituasjon.*

## 1.4 Presentasjon og avgrensing av problemstillingen

Behov for åndelig omsorg er noe alle mennesker i mer eller mindre grad har behov for gjennom livet, men behovet blir ofte fremtredende når livet blir ekstra sårbart, som for eksempel ved amputasjon av underekstermiteter. Eldre pasienter med perifer sirkulasjonssvikt, er en dominerende gruppe i denne sammenhengen.

Jeg har imidlertid valgt å fokusere på pasienter som er kommet til en rehabiliteringsinstitusjon, da det her i stor grad er mer tid til samtale. I tillegg vil pasienten i rehabiliteringsfasen fortsatt være i en av sorgfasene, sannsynlig reaksjons- eller bearbeidingsfasen, og kan trenge å prate om det han har vært igjennom og tid til å anerkjenne livssituasjonen slik den er nå. Mange personer som har fått en varlig funksjonsnedsetelse, må igjennom en følelsesmessig erkjennelsesprosess, eller en «indre prosess», noe som er en viktig side både under og etter rehabiliteringsprosessen» (Bredland, Linge, Vik: 2011).

Jeg velger å kalle pasienten i casen for Anny.

## 1.5 Ethiske overveielser

Casen (historien) jeg presenterer i oppgaven er hovedsakelig basert på en opplevelse jeg hadde i praksis, men har også fiktive beskrivelser. I oppgaven er alle personer, hendelser og steder anonymisert.

Åndelig og eksistensiell omsorg oversettes fra det engelske ordet *Spiritual care*. Ofte skilles det gjerne mellom åndelig omsorg som knyttes til tro og religion og eksistensiell omsorg som handler om menneskets refleksjoner og ressurser. (J.Busch, og Hirsch: 2011:116) I denne oppgaven velger jeg å bruke ordet Åndelig omsorg, som en samlebetegnelse på disse to.

## 1.6 Definisjon av sentrale begrep

### 1.6.1 Livsmot

Jeg ser på ordet *livsmot* som synonymt med håp og betydningen av å finne mening i livet slik det fremstår akkurat nå. Å motivere til -og holde fast ved livsmotet, er en del av den åndelige omsorgen som er hovedtemaet i oppgaven og det faller seg derfor naturlig å ha ordet med som et sentralt begrep.

«Det å finne mening i lidelsen handler om å forsone seg med en ny og endret livssituasjon og finne muligheter og mening i denne» (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug: 2011) Frankel (1966) tydeliggjør at menneskets søken etter mening er en primær kraft i dets liv (Ibid:109). Når pasienten har en opplevelse av at det finnes håp, at noen bryr seg om meg og hvordan jeg har det og hva jeg gjør – at jeg er til, fremmer livsmot (Karoliussen og Smebye 1997:764).

Åndelig omsorg handler om å fremme livsmotet hos pasienten gjennom hans ressurser og eventuelle åndelige forankring, slik at han finner mening i situasjonen (Lie 2002). Joice Travelbee definerer håp som fremtidsorientert. Hun sier at den som har håp, har ønske om bedre tider i livssituasjonen (Travelbee 2014:119) Travelbee påpeker videre sykepleiers rolle til hjelpe pasienten til å opprettholde livsmotet; «Den profesjonelle sykepleiers oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet, men også å hjelpe den som opplever håpløshet til å gjenvinne håpet» (Ibid 2014:123).



### 1.6.2 Menneskeverd

Ut fra yrkesetiske retningslinjer skal

«Sykepleieren ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helehtlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 2011).

Verdighet kan defineres som subjektiv og objektiv verdighet. Den objektive verdigheten kan for eksempel være lovverk som handler om autonomi og likeverdighet, men kan og knyttes til til faglige etiske prinsipper (Bredland m.fl 2011: 37). Når sykepleier respekterer pasientens autonomi og stiller seg åpen -og med mot til å støtte pasienten i hans behov for åndelig omsorg, ivaretas den åndelige omsorgen hos pasienten. Gjennom dette fremmes helsen og menneskeverdet (Rykkje mfl. 2013). Subjektiv verdighet handler om menneskets egen opplevelse av hva som gir verdighet. Det vil si at personen må oppleve å bli behandlet med verdighet av andre for å oppleve en subjektiv verdighet (Bredland m.fl 2011:37). Å slurve eller gi mangelfull pleie og omsorg er dårlig åndelig omsorg og fremmer ikke til et tillits – og åpenhets forhold eller opplevelse av verdighet (Schmidt 2009:50). Et menneske som lider kan oppleve at lidelsen krenker deres verdi og verdighet som menneske (Karoliussen, Smebye 1997:768). Åndelig omsorg har mennesket og sykdommen i sentrum, den handler om å se personen bak pasienten. Når pasienten opplever uverdige situasjoner, skal den åndelige omsorgen sørge for at pasienten får sin verdighet tilbake (Schmidt 2009: 50).

## 2.0 Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere sykepleieteori og teori knyttet opp til åndelig omsorg, etikk og sårbarhet.

### 2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Ifølge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund: 2011) punkt 2, som handler om forholdet mellom sykepleier og pasient, har sykepleier blant annet ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom; understøtte håp, mestring og livsmot og å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser. Sykepleier har herunder også ansvar for å beskytte pasienten mot krenkende handlinger slik at hans verdighet blir ivaretatt.

#### 2.1.1 Joice Travelbee

Joice Travelbee tar utgangspunkt i at alle mennesker er unike individer, like, men også forskjellige (Kirkevold 2012:114) «Teoriens viktigste begreper er mennesket som individ, lidelse, mening, menneske-til menneske forhold og kommunikasjon» (Ibid 2012: 114).

Travelbee definerer sykepleie slik:

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den proffesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee 2014:29).

«Lidelse, mening og kommunikasjon er nøkkelord i Travelbees tanker og teorier» (Schmidt 2009:61). I følge Travelbee er lidelse en erfaring som alle mennesker gjennomgår, før eller siden. Lidelse kan dreie seg som fysisk, emosjonell eller åndelig smerte i forbindelse med tap eller andre sårbare situasjoner. Travelbee knytter lidelse til det som betyr noe i livet for den enkelte person, at lidelse nesten alltid er betinget av å bry seg om noe eller noen (Kirkevold 2012:114). Travelbee er også opptatt av at pasientens opplevelse av sin sykdom og lidelse skal være i sentrum og at sykepleiers objektive vurdering av helsetilstanden må komme som et tillegg til dette (Ibid 2012:115).

«For Travelbee er det avgjørende å finne mening i det som skjer. Mening henger sammen med hvordan mennesket opplever sin situasjon» (schmidt 2009:61). Sykdom og lidelse har ikke noe mening i seg selv, sier Travelbee, kun den som er rammet av sykdom kan knytte en mening til - eller bruke erfaringene av verdi til noe positivt videre i livet (Kirkevold 2012:116).

«Mennesket trenger imidlertid ofte hjelp til å finne hjelp i tilværelsens ulike livserfaringer» (Ibid 2012:116). Her mener Travelbee at sykepleier har et viktig ansvar og fremholder at sykepleier må tilstrebe å etablere et menneske-til-menneske-forhold for å best mulig kunne hjelpe pasienten til å mestre og finne mening i sykdommen og lidelsen (Ibid 2012:116). Travelbee la så stor vekt på gjensidighet og likeverd at hun ønsket å kvitte seg med rollebenevnelsene sykepleier-pasient og heller bruke menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet beskriver hun i fem faser (Schmidt 2009:61). Jeg vil her kort nevne disse fem fasene:

- *Det innledende møtet.* «Bli kjent fase» som bygger på førsteinntrykk, observasjon og antakelser om den andre. Travelbee påpeker at sykepleieren her bør evne å bryte ut av steotype oppfatninger som preger hennes inntrykk og se individet i pasienten (Travelbee 2014:186-188 og Kirkevold 2012:117)
- *Fremvekst av identiteter.* Pasient og sykepleier vil i denne fasen gradvis knytte et gjensidig tillitsforhold som «karaktriseres ved evnen til å verdsette den andre som unikt menneskelig individ, sammen med evnen til å etablere tilknytning til den andre» (Travelbee 2014:188). «Sykepleier bør fri seg fra å oppfatte pasienten ut fra hans likheter med andre pasienter hun har pleiet» (Kirkevold 2012:117).
- *Empati.* Å ha empati er å «ta del», men samtidig stå utenfor, objektet for empatien (...) Hver av partene erkjenner at noe meningsfylt formidles» (Travelbee 2014:193). Empati skjer av og til, og når den har forekommet, er interaksjonsmønsteret (relasjonen) og forholdet for alltid forandret, hevder Travelbee. (Kirkevold 2012:117).
- *Sympati og medfølelse.* Denne fasen er et resultat av den empatiske prosessen. Sykepleier er delaktig i pasientens lidelse og ønsker å hjelpe og lindre plager. Sympati er i motsetning til empati, kun en følelse eller holdning som kommuniseres til den andre. Denne fasen er en form for omsorg og kan være med på å lette lidelsen, slik at pasienten slipper å bære på lidelsesbyrden alene (Kirkevold 2012:118).
- *Gjensidig forståelse og kontakt.* Denne fasen inneholder resultatet av sammhandlingen pasienten og sykepleier har bygget opp gjennom de foregående fasene. «De erfaringene som sykepleieren og har vært delaktige i sammen, er meningsfulle og betydningsfulle for begge» (Kirkevold 2012: 118). «Evnen til å virkelig bry seg og føle omsorg – å sette omsorgsevnen til handling i sykepleiesituasjoner – er kjernen i den gjensidige forståelse og kontakt» (Travelbee 2014:217).

Kommunikasjon er en gjensidig prosess der en deler eller overfører tanker eller følelser (Kirkevold 2012:118-119). Gjennom kommunikasjon forsøker sykepleieren å bli kjent med pasienten og finne fram til hans individuelle behov (Travelbee 2014:141).

«Det å bli kjent med pasienten er like effektiv og nødvendig sykepleieaktivitet som å utføre prosedyrer eller gi fysisk omsorg. Hver interaksjon med den syke, kan fremme den prosessen det er å lære vedkommende å kjenne. Hvis interaksjonen ikke bevisst oppfattes som en måte å nå dette målet på, er det stor fare for at sykepleierens handlinger vil bli satt forran mennesket som handlingene utføres for» (Ibid:141-142)

Travelbee fremhever at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient handler om at sykepleier har et ønske om å møte mennesket som skjuler seg bak merkelappen «pasient». «For å kunne gjøre det må sykepleieren være i stand til å sette den andre i fokus og være motakelig for det hun sanser», sier hun (Ibid: 140). Hvis sykepleieren ikke har innsikt i hvordan den enkelte pasient vanligvis takler påkjenninger og handler i møte av ufordringer og vanskeligheter, mener Travelbee at sykepleier ikke er i stand til å gi en meningsfylt hjelp. Travelbee ser på dette som viktig fordi mange pasienter veger seg for å be sykepleieren om hjelp, derimot vil det være lettere å be om denne hjelpen om de kjenner sykepleieren og har oppfattet hennes ønske om å hjelpe (Ibid 141).

Travelbee sier at mange sykepleiere er hovedsakelig opptatt av å observere symptomer og tegn fordi det er dette de har lært i utdanningen, og glemmer å ta seg tid til å bli kjent med mennesket de observerer. Hun angir videre at slike observasjoner er viktige, men det skaper ikke et menneske-til-menneske-forhold. Et menneske-til-menneske-forhold skapes i følge travelbee gjennom begge disse handlingene, observasjon og kommunikasjon. Menneske-til-menneske-forholdet er et verktøy for å fullføre målet og hensikten med sykepleien, slik at den syke får sine behov dekket (Ibid 142). Travelbee nevner også at sykepleier skal bruke kommunikasjonsteknikkene med «skjønn og fornuft». Teknikkene er av stor nytte når sykepleier vet *hvorfor* hun anvender dem og *hva* hun ønsker å oppnå.(Ibid 153-154).

Å effektivt bruke kommunikasjon kan også knyttes til det Joice Travelbee kaller «å bruke seg selv terapeutisk». (Kirkevold 2012:119). Å bruke seg selv terapeutisk kan oppsummeres gjennom at sykepleier bevisst og målrettet forsøker å etablere et forhold ved å bruke sin egen personlighet, fornuft og intelligens, selvinnsikt og medfølelse. Det innebærer også at sykepleier har innsikt i hva det vil si å være et menneske, og at hun forstår at hennes egne åndelige og ekstsistensielle verdier eller menneskesyn vil være grunnleggende for i hvor stor grad hun makter å hjelpe den syke til å finne mening (eller ikke mening) i ulike situasjoner

(Ibid 44-45). «Et opplyst hjerte og et opplyst intellekt arbeider sammen, ikke hver for seg»  
(Ibid 45).

## 2.2 Hva er åndelig omsorg?

Omsorgsbegrepet forbinder vi gjerne med det «å hjelpe» eller «bry oss om». Omsorg er i stor grad knyttet til sykepleie (Schmidt 2009:47). Men, hva er så åndelig omsorg? Heidi Schmidt (2009) refererer i sin bok til den kjente presten Per Arne Dahl, som skriver i sin søndagsspalte i Aftenposten om sin venn som ligger på sykehus:

«Kroppen min fikk all mulig omsorg, og jeg er full av beundring over pleieres og legers innsats i økonomiske nedskjeringstider. Men likevel kan jeg ikke annet enn å undre meg: Hvorfor er det ingen som spør etter min sjel? Hvorfor er det ingen som tar seg tid til å se min eksistensielle sorg og mine åndelige behov (..)» (Schmidt 2009:47).

Sykepleien er grunnlagt på et helhetlig menneskesyn. Dette betyr at vi i tillegg til fysiske behov også er forpliktet til å ivareta åndelige behov, om pasienten uttrykker behov for dette (Tornøe 1996:143). Rykkje m.fl (2012) refererer i sin studie til åndelig omsorg som en viktig del av den helhetlige omsorgen. De konkluderer med at omsorgen også må inkludere åndelig omsorg for at sykepleieren skal ta vare på hele mennesket. Å ta vare på hele mennesket inkluderer også opplevelsen av å bli sett som menneske (menneskeverd).

FNs menneskerettserklæring, artikkel 18 handler om menneskets rett til tanke-, religions- og ytringsfrihet. I artikkel 5, slås det fast at ingen må utsettes for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Det er viktig for pasienten å bli sett og møtt på sine behov og som menneske. Dersom sykepleier kun er opptatt av praktiske ting og utelater å vise omsorg, kan pasienten oppleve dette som svært krenkende og dehumaniserende (Schmidt 2009:77). I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011), står det nedfeldt at sykepleien skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert. For å ta vare på menneskeverdet, må sykepleier ha omsorg for hele pasienten som menneske (Rykkje mfl., 2012). Dette ivaretas gjennom respekt, moralsk ansvar og respekt for pasientens autonomi. Respekt for menneskeverdet innebærer også om å ha mot til å være til stede for pasienten når han er i behov av åndelig omsorg (Ibid).

Respektfull behandling av pasienten handler ikke om å skjule sitt eget livssyn, men å vise at man respekterer pasientens åndelige verdier. Samtidig må sykepleieren legge forholdene til rette for at behovene som kommer til uttrykk blir tatt imot, slik at pasienten opplever at hans verdier blir tatt vare på mens han er innlagt på institusjonen (Tornøe 1996: 143).

Alle mennesker består av ånd (som betyr liv) og har åndelige lengsler og åndelige ressurser. Disse behovene kan presse seg frem særlig når mennesket opplever sykdom og kriser (Ibid:48). Deal og Grassley (2012) fant i sin studie at pasienter som befinner seg i en krise trenger intensiv åndelig omsorg fra sykepleieren. Det kan handle om å lytte, være hjelpsom eller behandle pasienten med respekt. Den åndelige omsorgen med dets verdier, håp og mening, kan virke forebyggende, men det kan også tappe mennesket for energi og blokkere ressurser og krefter (Schmidt 2009:48). Det er derfor viktig at sykepleier ser og forstår pasientens åndelige behov. På denne måten kan de livgivende kreftene få fritt utløp (Ibid:48). Å speile det pasienten sier kan være en god kommunikasjonsmåte. Å speile er å gjenta pasientens følelser uten at meningsinnholdet blir endret på noen måte. En slik refleksjon av følelser kan også være å observere en dirrende underleppe eller knyttede never (Eide og Eide 2012:230)

Formålet med åndelig omsorg handler ikke nødvendigvis om å ta vare på en bestemt religion eller livssyn. Det innebærer også tilstedeværelse for pasienten lytte til hans fortolkning av lidelsen i sitt liv og hjelpe han til å finne egne ressurser til livsmot og mening (Schmidt 2009: 48). Sykepleier kan kartlegge hvordan hun kan hjelpe pasienten og i samtale hjelpe han til å finne svar på hvilke verdier som er meningsfulle (Travelbee 2014). Det er også viktig at sykepleier formidler livsmot og håp (Karoliussen og Smebye 1997:757). Dersom sykepleieren opplever at hun ikke har nok faglig kompetanse til å ivareta pasientens behov, kan hun sørge for kontakt med prest eller andre som innehar kunnskap til å hjelpe pasienten (Tornøe 1996:144).

### 2.3 Etiske utfordringer

Sykepleiens yrkesetiske retningslinjer viser til at sykepleiers holdninger ovenfor pasienten må bygge på respekt for det enkelte menneskets liv. Dette kan gjøres ved å ivareta pasientens integritet, verdighet og retten til å være medbestemmende (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere:2011).

Kari Martinsen, en teoretiker innenfor sykepleien, knytter nestekjærlighet med å handle til den andres beste gjennom moralsk ansvarlig maktbruk (Svak paternalisme), og at totalen av sykepleiehandlingene utgjør en «praktisk-moralsk handlingskolleksjon» (Kirkevold 2012:172-173 og Kristoffersen 2011:253-255). Pasienten gir vanligvis sykepleier tillit og en forventning om å bli tatt på alvor. Denne tilliten gir sykepleier en etisk fordring om «å ta vare på den andres liv som blir lagt i hennes hånd» (Brinchmann 2014:123 og Kristoffersen 2011:255). Sykepleieren innehar fagkunnskap, men pasienten har kunnskap om seg selv og sitt eget liv. Sykepleieteoretikeren Katie Eriksson, sier at pleielidelse kan føre til krenkelse av pasientens verdighet, fordømmelse og staff, maktutøvelse og manglende pleie (Overgaard 2003). Når sykepleier og pasient utveksler sine erfaringer og kunnskaper oppnås et godt samarbeid og god kommunikasjon (Sneltvedt 2014: 157). Om kommunikasjonen blokkeres er det ikke mulig å opprette et menneske til menneske forhold, noe som resulterer i at den syke ikke får ivaretatt sine behov og behovskartleggingen i sykepleieprosessen blir heller ikke fullstendig (Travelbee 2001:163). Vance (2001) fant i sin studie at på grunn av stramme budsjetter og kortere liggetid opplevde sykepleierne at de måtte gjøre «mer med mindre» og at den åndelige omsorgen derfor ble sett på som mindre viktig enn andre behov. Slike forhold gjør det også vanskeligere å opprette tillitsfulle relasjoner og følge disse opp (Schmidt 2009:53)..

På enkelte arbeidsplasser er åndelig omsorg et vanskelig og tabubelagt tema. Sykepleieren kan oppleve at hun er usikker på hva hun skal si eller gjøre i situasjonen, slik at oppgaven kan oppleves som meget utfordrende (Schmidt 2009:49 og 53). Tornøe (1996) sier at det åndelige kan oppleves som en privatsak, og at det derfor er naturlig at noen kan føle en viss motstand mot å gå inn i disse spørsmålene (Ibid:143). For å kunne møte åndelige situasjoner bør sykepleier først og fremst søke i seg selv og finne svar på sine verdier og holdninger (Ibid:143).

Overgaard (2003) sier seg enig med Katie Eriksson, når hun mener at noen sykepleiere ikke vil se at pasienten har behov for åndelig omsorg fordi de selv ikke mestrer å gi noe på dette området. Vance (2001) viser til i sin studie om sykepleieres holdninger til åndelig omsorg, at manglende kunnskaper og selvtillit er barrierer sykepleiere opplever knyttet til å utøve åndelig omsorg. (Schmidt2009:91). Sykepleieren må ifølge Joice Travelbee ha et menneskesyn som går ut på at hvert enkelt menneske har verdighet og egenverd i kraft av å være menneske. Menneskesynet sykepleieren innehar virker styrende på handlingene som utføres (Kristoffersen og Nortvedt 2011:93). For mange pasienter kan det være svært vanskelig å meddele behov for åndelig omsorg. Kanskje er noen redd for hvordan sykepleier vil reagere og er redd for å være til bry

Rikke Nissen har hatt stor betydning for utviklingen av sykepleien i Norge. Åndelig omsorg dreier seg om «Å være med sitt hjerte i sin gjerning», slik Rikke Nissen, uttaler det (Schmidt 2009:57). I følge Travelbee (2014) vil sykepleiehandlingene kun være effektive i den grad sykepleieren selv tror at det fins en mening, uansett hvilken tilstand eller situasjon pasienten er i. Hun mener at det en sykepleier kan gjøre er å stå til tjeneste og vise respekt for individet og bruke seg selv terapeutisk uten å påtvinge den syke eller pårørende sitt eget verdisyn (Ibid: 228-230).



## 2.4 Åndelig omsorg til pasienter som er i en sårbar livssituasjon

Det kan ta tid før en person som opplever tap eller er i en annen sårbar situasjon, greier å akseptere og forsones seg med livssituasjonen slik den er nå. Samtalen mellom pasient og sykepleier er avgjørende for å komme seg gjennom sorgprosessen. Krisefasene i sorgprosessen kan gå over lang tid, derfor er det viktig at sykepleier retter fokuset og tiltakene mot pasientens resursser. For eksempel at pasienten vasker seg selv og føler mestring i daglige gjøremål (Almås mfl. 2011: 164). Empowerment (brukermedvirkning) myndiggjør pasienten og ser på han som en likeverdig partner. Samhandling mellom sykepleier og pasient er hovedmålet i brukermedvirkningen.. Det handler om at sykepleier fremmer motivasjon for pasienten til å selv ta avgjørelser som dreier seg om egne ønsker og håp for livet (Romsland mfl. 2015: 152).

En viktig helsefremmende faktor innenfor salutogenese er *Meningsfullhet*. Det vil si at en pasient som opplever at livet er forståelig og gir mening, kan se på situasjonen han er i som en utfordring, men ønsker likevel å finne mening i den og gjøre sitt beste for å komme seg igjennom det som oppleves vanskelig (Antonovsky 2012: 41). Det er kun pasienten selv som kan finne meningen med sin tilværelse og sykepleieren kan støtte personen i dette arbeidet (Romsland mfl. 2015:128 og Hummelvoll 2014:569).

Vi skiller gjerne mellom to typer krisesituasjoner. Livskrise og traumatisk krise. Livskrise er kriser som oppstår naturlig gjennom livet, som pubertet, å få barn eller alderdom. Jeg vil her presentere det som kalles traumatisk krise, som omhandler kriser som er så store at personen i lang tid vil være merket av dem. Det kan for eksempel være sykdom eller en ulykke.

Kriseteorien deler gjerne inn menneskets normale krisereaksjon i fire faser, selv om fasene ofte flyter i hverandre fordi personen vil kunne oppleve at nye kriser oppstår underveis. For eksempel kan en kontroll på poliklinikken vise tilbakefall som kan gi nye belastninger og utløse nye krisereaksjoner. Det er derfor viktig at sykepleier har forståelse og oppmerksomhet for dette (Eide og Eide 2013:166-167).

Jeg vil er kort presentere de viktigste momentene i de fire fasene i en krisereaksjon:

**Sjokkfasen** – En person som er i sjokk kan utad virke rolig og helt vanlig. I sjokkfasen er det normalt å ha dårlig kontakt med følelsene. Pasienten kan virke fjern og oppleve fysisk uro, blekhet og skjelving. Mange oppelver også at vurderings og tankeevnen er nedsatt, derfor vil personen ha et stort behov for praktisk hjelp og omsorg. Det kan være så enkelt som å ringe familie eller utføre andre praktiske gjøremål, da pasienten i denne fasen har nok med å håndere seg selv og situasjonen han er i. I denne fasen er det viktig at sykepleier vise medmennesklighet og få en god oversikt over situasjonen. Personen kan ha behov for å av reagere og det kan være utfordrende for sykepleier å ta i mot det som kommer av vonde følelser, tvil og tro. Forutsetningen er derfor at sykepleieren kjenner seg selv og sitt eget følelsesliv, selv om hun ikke kan sitte inne med alle svar. Informasjon som gis i sjokkfasen må ofte gjentas på nytt senere. Forsvarmekanismer som å skyve vekk det som er truende til å «ikke gjelde meg» (splitting) eller å avvise hendelsen som har funnet sted (benekting), er normale reaksjoner (Eide og Eide 2013:176-178).

**Reaksjonsfasen** – I denne fasen begynner personen å ta innover seg det som har skjedd. Problemer med å sove samt å reagere med irritasjon eller oppleve skam- og skyldfølelse er ikke uvanlig. For personer som opplever krise i form av sykdom, eller innleggelse, kan det ta timer før reaksjonsfasen inntre. Å bli syk kan innebære å miste noe man tidligere tok for gitt, for eksempel bevegelighet eller selvstendighet. Dette kan føre til en opplevelse av å miste kontrollen over eget liv, derfor er det viktig at sykepleier i denne fasen setter inn tiltak som kan bidra til å styrke pasientens opplevelse av kontroll. Eksempel på dette er, praktisk hjelp, god informasjon og motivere. På denne måten kan pasienten finne mening til å ta ansvar for sin egen situasjon, for eksempel til å gjennomføre et rehabiliteringsprogram. Forsvarmekamismer som regeresjon, undertrykkelse og projeksjon er også vanlig i reaksjonsfasen. Fellesbetegnelse for disse forsvarmekanismene er at de bevisst eller ubevisst beskytter pasienten fra å holde opplevelsen og erkjennelsen av problemet på avstand (Eide og Eide 2013: 178-186).

**Bearbeidelsesfasen** – I denne fasen skal erfaringene bearbejdes og personen skal tilpasse seg det nye livet, enten i hjemmet eller i en institusjon. Personen klarer nå å åpne seg i større grad uten å bli overveldet av følelsesmessige reaksjoner og klarer også lettere å anerkjenne situasjonen som en del av sitt liv. Likevel kan ubehagelige tanker og følelser som for eksempel sorg, fortvilelse eller irriabilitet plutselig skylle innover personen. I denne fasen kan det være godt å bli møtt med et lyttende øre. Aktiv lytting og åpen dialog kan være til god hjelp og støtte (Eide og Eide 2013:186-187).

**Nyorienteringsfasen** – Denne fasen fokuserer på personens fremtid og hvordan han skal finne veien videre ut fra de forutsetningene som han har til rådighet. Dette avhenger av personens vilje til bearbeidelse og nyorientering. Å ha et positivt fokus på ting eller aktiviteter som gir personen en mening i livet er med på å fremme livskvaliteten. Aktiv lytting innenfor trygge rammer fra sykepleierens side, skaper mening av verdi og innhold som kan fremme personens motivasjon og handlinger på «bedringens vei» Hvis pasienten ikke ønsker å snakke om det som er vanskelig er det ikke meningen at sykepleier skal presse eller overtale pasienten til dette. Sykepleieren plikter å gi pasienten mulighet til å snakke, men pasienten kan fritt velge om han ønsker å benytte muligheten. Det er å respektere individets integritet (Eide og Eide 2013:192-194).

## 3.0 Metode

I dette kapittelet begrunner jeg først valget av metoden. Deretter vil jeg presentere litteratur, litteratursøk og kildekritikk rettet til bøkene og artiklene jeg har brukt i oppgaven.

Metode er en fremgangsmåte for å finne frem til ny eller eksisterende kunnskap. Metoden kan også etterprøve kunnskap ved å stille krav til om kunnskapen er gyldig. Metoden vi bestemmer oss for skal gi oss gode data og belyse problemstillingen på en faglig interessant måte (Dalland 2007: 83).

### 3.1 Begrunnelse av case-studie som metode

Denne oppgaven er en case study, en kvalitativ metode. Kvalitative metoder ønsker å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland 2010:84). Jeg så på kvalitativt intervju og litteraturstudie som aktuelle metoder, men jeg kom frem til at disse fremgangsmåtene ikke ville gi meg det dybdegrunlaget jeg ønsket. Case-studien jeg presenterer er bygget på empiriske data, hvor jeg bruker min kunnskap bygget på erfaringer fra praksis og helsesektoren (Dalland 2011:89).

I en case studie ser forskeren på en eller flere enkeltstående historier/narrativer, det vil si en eller flere enheter (Malterud 2011:142, Polit og Beck 2008:235) Enhetene kan være et individ, familie, gruppe eller lignende. (Polit og Beck 2008:235 og Yin 2014: 4). I en case studie forsøker forskeren å analysere og forstå hvilke problemer som er viktige for historien/enheten. Det er caset selv som er sentralt. (Polit og Beck 2008:235).

Jeg bestemte meg for å bruke case studie fordi jeg kom frem til at denne metoden på en god måte vil belyse min problemstilling, da jeg ønsker å gå i dybden av hvorfor hovedpersonen i casen tenker og handle som hun gjør. Case studie gir et tydelig beskrivende bilde av hvordan eller hvorfor et individ tenker eller handler i henhold til sin situasjon gjerne over en lengre periode. Case studier kan også brukes får å utforske fenomener som det ikke er forsket mye på (Polit og Beck 2008:235).

Polit & Beck (2008) sier at styrken i et case-study er dybden som er mulig å nå, når man har et lite antall av individer med i analysen (Polit og Beck 2008:236). En case studie kan også beskrives som en historie hvor målet er å påvirke den verden vi lever i, slik at vi forstår vår egen og andres situasjon bedre. Dette kan gjøres gjennom å formidle erfaringer gjennom fortelling (Pedersen 2012:156).

Den største svakheten med case-studie design som metode er at det er vanskelig å vite om funnene er generaliserbare siden funnene kommer fra studie av én enhet (Polit og Beck 2012:236). Selv om en ikke kan generalisere funn ved bruk av case-studie som metode kan det føre til at man kan utvikle hypoteser som videre kan bli testet av andre forskere (Ibid:503). En positiv side av ved case studie er at den i noen sammenhenger kan gi bred gyldighet (validitet). Men dette er ikke noe man kan ta for gitt at er gjeldene for alle pasienthistorier (Malterud 2011:142).

Ved analyse av case kan det brukes et strukturanalyseskjema, slik at forskeren lettere kan finne tema/overskrifter i teksten. Meningsenheter og betydningenheter, i form av sitater og hva det snakkes om, kan være til hjelp for å strukturere teksten. Temaet kan deretter oppsummeres ut i fra dette (Pedersen 2012:161).

Jeg har valgt å bruke et slikt skjema i min analyse. Jeg vil nå kort presentere hvordan jeg brukte skjemaet i analysen: Jeg gikk først igjennom casen og trakk ut sitater som jeg synes var relevante for problemstillingen. Deretter så jeg på sitatene for å definere hva det snakkes om. Til slutt definerte jeg problemområdene. Jeg har trukket ut problemområdene som gjorde seg gjeldene i tabellen, sett i forhold til problemstillingen og litteraturen.

### 3.2 Presentasjon av litteratur, litteratursøk og kildekritikk

Jeg ble inspirert til å skrive om åndelig omsorg gjennom en artikkel vi hadde på pensum tidligere i studiet. Da jeg hadde bestemt meg for tema, startet jeg med å gå inn på sykepleieforbundets nettsider for å se hva jeg fant av relevant informasjon om åndelig omsorg. Der fant jeg en fagartikkel skrevet av B.M. Kuven og L. Bjorvatn med tittelen «Åndelig omsorg er en del av sykepleien». Jeg undersøkte referansene som denne fagartikkelen presenterte, noe som førte meg til nettsiden om FN's menneskerettserklæring og til litteratur og forskningsartikler innenfor dette temaet.

For å finne bøker har jeg hovedsakelig søkt i skolens -og hjemme bibliotekets databaser. Søkeord jeg har brukt er *åndelig omsorg*, *rehabilitering*, *amputasjon*, *sykepleie*. Jeg har også benyttet meg av såkalt «gressing» langs bibliotekets bokhyller. Biblioteket ved mitt hjemsted har vært behjelpelige med å få tak i bøker. Boken til Heidi Schmidt «Har du tid til det da?» Har vært til stor inspirasjon og den har jeg brukt mye. Ellers har jeg bruk pensumlitteratur for dette emnet, men jeg har også brukt pensumlitteratur fra andre emner vi har hatt i løpet av studiet.

Jeg har hovedsakelig brukt primærlitteratur, men har også brukt sekundærlitteratur, som for eksempel Kirkevold (2012). Primærlitteratur kan være originalartikler hvor forfatteren presenterer eget arbeid. Sekundærlitteratur omhandler tolkning av andres arbeid (Dalland 2007:81).

Databasene jeg søkte i for å finne forskningsartikler var: Google Scholar, Oria, Chinahl og Academic Search Elite. Søkeordene jeg brukte var: *Spirituality, nursing, Spiritual care, hope, meaning, spiritual care in old age, spiritual care in hospital, spiritual care and loss, spiritual crisis, Spiritual care and chronic, nurses perception in spiritual care, rehabilitation, amputations, prosthesis, lower limb, grief, loss, existential care, courage and dignity in nursing.*

Jeg har forsøkt å finne litteratur og forskning som ikke er eldre enn 10 år. Noen av bøkene er mer enn 10 år gamle, men jeg mener at temaet 'åndelig omsorg' fortsatt er relevant i dag. Jeg har derfor valgt å ta med disse bøkene i oppgaven. Forskningsartiklene er alle nye etter 2006, utenom en artikkel.

Noen av bøkene jeg har brukt har et nøytralt ståsted når det gjelder åndelig omsorg, mens andre har hatt et tydelig kristent budskap. Den kristne forankringen har vært gjeldene i lang tid innenfor sykepleien, så jeg ser det derfor som naturlig at noe av litteraturen legger vekt på dette livssynet.

## 4.0 Funn

### 4.1 Case studie

Caset (historien) handler hovedsakelig om en situasjon jeg opplevde i praksis, men fortellingen har også fiktive beskrivelser, inspirert fra mine erfaringer fra praksis og arbeid i helsesektoren.

Anny er 67 år og enke. Hun har barn og har jobbet i butikk hele sitt liv, men er nå pensjonert. Anny har hatt diabetes type 2 i 20 år, men har ikke tatt sykdommen på alvor og har spist det hun har ønsket uten å ta hensyn til blodsukkeret. Derfor har hun ofte hatt høyt blodsukker noe som har medført at hun har fått påvist perifer arteriosklerose og har de siste årene slitt med såkalt «diabetessår» som ikke vil gro. For 1 år siden måtte hun amputere det ene benet, fra under kneet og ned. Hun ble for 8 uker siden lagt inn på sykehus fordi hun fikk påvist ny infeksjon i såret på det andre benet.

En av dagene, mens Anny ligger på sykehuset viser blodprøvene at hun har lav blodprosent (Hb) og hun får beskjed om at hun skal få blod (SAG) intravenøst. Sykepleieren kommer litt småstresset inn på rommet til Anny med blodposen og følger rutineene rundt dette og sier til Anny at hun må si i fra om hun blir uvel eller merker andre unormale symptomer. Anny svarer kort og konsist: *Jeg har følt meg uvel de siste åtte ukene her på sykehuset.* Det blir en rar stillhet i rommet. Sykepleieren svarer ikke noe videre på dette, hun haster videre ut døren. Anny snur seg og blir liggende i sengen med ryggen mot døren i rommet. Anny ønsker sjeldent å samarbeide med personalet. Dette ender ofte med at sykepleierne prater seg i mellom «over hodet» på henne. Anny ligger å kikker på pleierene mens de holder på. På rapporten omtaler pleierne henne som «en sur og slitsom pasient» å ha med å gjøre.

Anny blir skrevet ut til en rehabiliteringsavdeling for opptrening. Sykepleieren som tar henne i mot åpner samtalen med å ønske henne velkommen til avdelingen. Da de kommer inn på rommet som Anny skal bo på under oppholdet setter sykepleier seg ned og ser på Anny og sier at hun forstår at det Anny har vært igjennom må ha vært tøft. Anny svarer ikke, men så kikker hun opp på sykepleieren og sier; *Det er ingen som bryr seg om åssen jeg har det.* Sykepleier svarer: «Er det ingen som bryr seg om deg?» Anny svarer at *Det er ingen som har tid til en gammel butikkdame vet du.* Sykepleier sier at hun har tid.

Anny forteller at det siste året har vært tøft fordi aputasjonene kom brått på. *Jeg som har vært så aktiv i hele mitt liv og sprunget mellom hyllene i butikken min. Nå må jeg ha hjelp til å komme meg fra senga til rullestolen.* Anny tar en pause, før hun fortsetter. *Hvorfor måtte dette hende meg? Det er vel min egen feil. Jeg skulle tatt diabetesen mer på alvor. Jeg trodde bare ikke det ville gå så langt som dette.*

Noen dager senere ringer Anny på klokken. Sykepleieren som møtte Anny den første dagen kommer inn døren. Sykepleier spør hvordan Anny har det. Anny svarer at *Jeg har nok vært litt irritabel i den siste tiden. Kanskje mest når jeg var på sykehuset. Det er jo så klart ikke familien eller dere pleiere jeg er irritert på.* Anny og sykepleier snakker om hvordan Anny har det akkurat nå og hva som gir henne glede og innhold i livet. Anny tenker på familien. *Familien min er flinke til å besøke meg, de vil jo det beste for meg, men jeg tror ikke de forstår helt hva jeg går igjennom,* sier Anny.

En ettermiddag når de prater sammen, forteller Anny at *Jeg har jo et kristent livssyn. Det holder meg oppe i motgang og medgang.* Sykepleier spør om hun har noen ønsker som kan gjøre hverdagen hennes litt bedre mens hun er på avdelingen. Anny svarer at *Det kunne jo vært fint å ha noen kristne lydbøker eller CD-er å høre på mens jeg er her.* Sykepleier hjelper Anny med dette. Senere hører sykepleier med Anny om hva hun synes om å lytte til musikken og lydbøkene. Anny sier at *Jeg synes det er fint å høre på musikken. Det hjelper meg til å slappe av og tenke på litt annet enn bare dette som har skjedd med beina mine.* Sykepleieren spør om Anny kan tenke seg å prate med en prest. *Ja, det kunne i grunn vært fint,* sier Anny.

En kveld når Anny får hjelp til kveldsstell snakker hun og sykepleieren om livsutfordringen hun nå er i. Sykepleier forklarer Anny at det er en prosess å komme igjennom det hun har opplevd. Hun spør Anny om hva som gir henne livsmot og styrke når hun har det vanskelig. Anny sier *Det er jo troen på Gud som gir meg styrke. Også barna mine og barnebarna, da, - det betyr mye for meg å få se de vokse opp.*

Mot slutten av oppholdet har Anny et håp om at hun skal få komme hjem. Hun har et mål om at hun skal klare å mestre hverdagen og komme seg opp fra rullestolen. *I dag klarte jeg å komme meg fra toalettet til rullestolen på egenhånd* forteller Anny i begeistring. Sykepleier minner Anny om målene hun har satt seg og at hun allerede har nådd flere av delmålene.

Anny uttrykker flere ganger behov for å prate med sykepleier og prest i løpet av oppholdet. Sykepleier og Anny snakker regelmessig om hvordan hun opplever hverdagen her og nå. Anny vet at sykepleieren er tilstede for å veilede henne når hun har behov for det.



## 5.0 Analyse

Dette er et strukturanalyseskjema, hvor jeg vil presentere funn fra case studien i forrige kapittel.

Meningsenheter Hva som sies (Sitater)	Betydningsenheter Hva snakkes det om	Tema/Problemområder Sentrale tema og undertema
«Føler seg uvel på sykehuset»	Om at hun sender ut signaler om behov for kontakt/oppmerksomhet	Å være oppmerksom på «skjulte» signaler fra pasienten
«Sykepleier haster videre ut døren»	Om at sykepleier er usikker	Å reflektere over egne verdier
«Anny snur seg med ryggen mot døren»	Om at hun opplever avvisning fra sykepleier	Sykepleier kan ta initiativ til mer utforskning av behov
«Sykepleierene pratet seg i mellom «over hodet» hennes»	Om krenkende, nedverdiggende behandling,	Menneskeverd i behandling
«Hun lå å kikket på pleierne»	Om å føle seg krenket, bli umenneskeligjort	Menneskeverd, pleielidelse, maktovergrep
«Pleierene omtalte henne som en «sur og slitsom pasient»	Om holdninger	Holdninger og verdier
«Føler at ingen bryr seg om henne»	Om at hun er ensom	Å se og lytte, vise forståelse
«Hvorfor måtte dette hende meg?»	Om at hun er i en krise	Mot til å møte pasientens åndelige spørsmål
«Vært irritabel den siste tiden (...) ikke familien eller dere jeg er irritert på»	Om at hun er i en krise	Bearbeidelsesprosessen
«Føler at familien ikke forstår hva hun går igjennom»	Om at hun er i en krise	Å støtte pasienten

<i>«Hun finner livsmot og glede i sitt livssyn og barn og barnebarn»</i>	Om hva som er viktig i hennes kvalitetsverden	Religiøs tro kan bidra til mestring
<i>«Musikken hjelper henne til å flytte fokuset fra utfordringene i nuet»</i>	Bearbeiding av krise	Bruke pasientens ressurser
<i>«I dag klarte jeg på egenhånd å komme fra toalettet til rullestolen»</i>	Om å oppleve mestring, nyorienteringsfasen	Å støtte pasienten i å mestre livet og hverdagen
<i>«Hun vet at sykepleier er der for å veilede henne når hun har behov»</i>	Hun vet at hun kan prate med sykepleier når som helst	Åndelig omsorg. Tillit, gjensidighet, - på pasientens premisser

Strukturanalyseskjema tatt fra (Pedersen 2012:161).

Hovedproblemområder:

- Anny er i en åndelig krise
- Anny trenger støtte til å bevare sitt religiøse livssyn
- Sykepleieres holdninger og verdier

## 6.0 Drøfting

I dette kapittelet skal jeg drøfte problemstillingen opp mot hva litteraturen sier, og se på forskjellige sider av teorien. Jeg vil også trekke inn egne erfaringer.

### 6.1 Mot til å møte etiske utfordringer

Dersom to pleiere steller en pasient i seng og prater over hodet på pasienten og ikke inkluderer pasienten i samtalen, er dette nedverdiggende og krenkende omsorg som påfører pasienten lidelse (Schmidt 2009:50). Anny opplever dette. Hun ligger og ser på pleierne. Anny blir nærmest gjort til en gjenstand. Hvordan føles det for Anny? Anny lider over tapet av sine underekstremiteter og er derfor i en åndelig krise. Jeg opplever at pleierne krenker hennes verdi og verdighet som menneske ved å ikke inkludere henne i den helhetlige pleien. Slik jeg ser det, er det et sykepleieansvar å se pasienten i en krisesituasjon. Å ikke gjøre det bryter blant annet med de yrkesetiske retningslinjene (2011) og menneskerettighetene (FN). Dette bryter også med alt vi har lært i sykepleiestudiet om helhetlig omsorg og etikk hvor menneskeverdet skal ivaretas. Teorien viser til Eriksson som sier at pleielidelse blant annet kan føre til krenkelse av pasientens verdighet og føre til maktutøvelse. Schmidt (2009) sier at sykepleiere må være bevisst den overlegne makten de har ovenfor pasienten. Med en slik makt kan det være lett å påføre pasienten sine egne synspunkter og overse pasientens behov (Ibid:50). Sykepleierne forlater et menneske i full krise og oppløsning, i stedet for å hjelpe henne å bearbeide at hun har mistet begge beina. Åndelig omsorg skal jo bygge på respekt og verdighet, slik at pasienten kan forholde seg som et helt menneske (Ibid:50). Teorien viser til Kari Martinsen som sier at omsorgen i sykepleien må bygge på en praktisk- moralsk handlingsklokskap. Slik jeg tolker det, mener Martinsen med dette at omsorgen må tilrettelegges slik at pasienten opplever anerkjennelse og hvor moralen uttrykker kjærlighet gjennom handlingene. Det handler altså om å handle til pasientens beste (Kristoffersen 2011:256). I en hektisk hverdag kan det å «prate over hodet» på pasienten kanskje være den eneste måten å få avklart hendelser eller gitt beskjed på. Sykepleier kan på forhånd avklare med pasienten om dette er i orden eller i ettertid beklage ovenfor pasienten. Dette viser, slik jeg ser det, også en praktisk og moralsk handlingsklokskap, fordi sykepleieren da er i stand til å evaluere den etiske forpliktelsen hun har i rollen som sykepleier.

Funnene viser at Anny ble omtalt av pleierne som «en sur og slitsom pasient». Michaelsen (2010) sier at det ofte er de pasientene som i følge personalet ikke inntar rollen som «en god» pasient, som får «stempel» som en vanskelig pasient (Ibid:147). Pleierne tar ikke hensyn til at Anny er i en åndelig krise. I stedet får hun et stempel som en «vanskelig pasient». Travelbee

sier at den pasienten som oppeltes som vanskelig, er også den som har størst behov for anerkjennelse og bli behandlet som et menneske. Derfor mener hun at sykepleieren bør bruke kommunikasjon og kartlegging for å bli kjent med pasienten og hans behov (Travelbee 2014:141 og 188).

Det ser ut til at ingen av pleierne ønsker å bli kjent med Anny eller kartlegge hvilke behov hun har. Travelbee (2014) ser på det som like nødvendig å bli kjent med pasienten som å gi fysisk omsorg (Ibid:141). Gjennom å kartlegge behovene til Anny kunne sykepleier kanskje funnet ut hva som var vondt og vanskelig for henne. Å kartlegge handler om å være våken, interessert og lydhør (Schmidt 2009:35). Fish og Shelly (1982) mener at å utforske hva som ligger bak fasaden hos mennesket er et initiativ som sykepleieren må ta, slik sykepleier som møter Anny på rehabiliteringsavdelingen gjør. Det handler om å lære seg å bevisst være til stede og ha en åpenhet for åndelige signaler (Ibid:43). Travelbee sier at dersom sykepleier ikke har kjennskap til pasienten og hvordan han handler i ulike utfordringer, er hun ikke i stand til å gi meningsfylt hjelp (Travelbee 2014:141).

Teorien viser til at på enkelte arbeidsplasser kan åndelig omsorg et vanskelig tema (Schmidt 2009:53). Selv om Anny oppleves av pleierne som «håpløs» gir det dem ingen rett, slik jeg ser det, å sette «merkelappen» håpløs på et annet menneske. Har tanken om håpløshet fått sette seg, er det jo heller ingenting som nytter. Hummelvoll (2014) mener at det må strebes etter å skape en omsorgskultur, hvor den enkelte pasient blir respektert og verdsatt som menneske. Han sier at en slik omsorgskultur sannsynligvis vil gjenspeiles tilbake ved at pasienten behandler personalet på samme måte (Ibid:487). Slik jeg ser det handler dette litt om det samme som Martinsen (2012) sier om fordringen i den gyldne regel. «Alt hva du vil at andre skal gjøre mot deg, skal du gjøre mot dem» (Ibid:140). Løgstrup hevder (ifølge Martinsen 2012) at dette er en regel som skal hjelpe oss til å sette oss i den andres sted om vi var i deres situasjon og handle ut fra det (Martinsen 2012:140). Jeg ser på den gyldne regel som en god ramme for sykepleier å forholde seg til i hverdagen. Men jeg mener også at uansett hvilke holdinger som er gjeldene på en avdeling, har Anny rett til helhetlig pleie og omsorg fordi sykepleier plikter å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: 2011).

## 6.2 Evne til å lytte

På sykehuset opplever Anny at ingen har tid til å lytte til henne. I en hektisk hverdag kan dette være et dilemma og en svært utfordrende problematikk (Schmidt 2009:53). Teorien viser til at dagens kosnadseffektivisering gjør at den åndelige omsorgen ofte kan bli nedprioritert (Vance 2001). Deal og Grassley (2012) fant i sin studie at tid sammen med pasienten er viktig for at relasjonen skal bli god. Rushton (2014) viser i sin studie til at åndelig omsorg kan utøves i alle hverdagslige interaksjoner med pasienten. Dette mener jeg viser at sykepleier kan benytte tiden hun har i samhandling med pasienten til å lytte, for eksempel når sykepleier hjelper pasienten med kveldstell. Rushton mener at dette også kan bidra til å skape et tillitsforhold. I en hektisk hverdag ser jeg at det skaper utfordringer for en sykepleier å utføre alt det hun er pliktet til gjennom den helhetlig omsorgen. Sykepleierne på sykehuset for eksempel kunne gitt Anny tilbud om å prate med en prest, når de selv kanskje ikke hadde tid til å lytte til henne. En prest kan også møte åndelige kriser og ikke kun det som har med tro og religiøsitet å gjøre. Prestene Brager og Wisløff sier at mye av den åndelige pleien går ut på å vise forståelse for pasienten og bruke kommunikasjon som et virkemiddel (Brage og Wisløff 1990:67). Teorien sier at om sykepleieren opplever at hun ikke har nok faglig kompetanse, kan hun formidle kontakt med andre som har kompetanse på området (Tornøe 1996:144).

Bredland m.fl (2011) sier at sykepleier må møte hver pasient med en holdning, språk og væremåte som gir pasienten en opplevelse av verdighet og deltagelse (Ibid:43). På sykehuset møter Anny et personale som overser henne fordi de antagelig ikke ser hennes åndelige krise. Travelbee sier at det kreves av sykepleieren å ha et menneskesyn som går ut på at hvert enkelt menneske har verdighet og egenverd uavhengig av hvor kraftløs individet synes å være. (Travelbee 2014:229). Reitan og Schjølberg (2010) sier at for at pasienten skal fortelle, bør sykepleier ta seg tid til å lytte. Åndelig omsorg er å lytte til meningen bak ordene, sier de (Ibid 2010:313).

Når Anny kommer til rehabiliteringsavdelingen møter hun en sykepleier som viser at hun har tid til å lytte til Anny og viser også interesse for Anny som person. Dette kan ha sammenheng med at det på en rehabiliteringsavdeling ofte kanskje er mer tid til samtale enn på sykehuset, men samtidig tror jeg også åndelig omsorg er personavhengig og bygger på sykepleiers trygghet og refleksjonsarbeid innenfor dette temaet. Dette kommer jeg tilbake til i kapittel 6.2.

Når Anny forteller sykepleieren at hun opplever at ingen bryr seg om henne, så mener jeg det sier mye om hvor grunnleggende ensom Anny føler seg etter oppholdet på sykehuset og kanskje også på grunn av pårørende som har liten forståelse for krisen hun gjennomgår. Sykepleieren svarer på dette utsagnet ved å bruke speiling. Teorien sier at å bruke speiling viser sykepleier at hun ser følelsene til Anny. Når sykepleier gjentar det Anny sier hjelper dette henne med å utdype det hun ønsker å uttrykke (Eide og Eide 2013:230).

## 6.2 Evne til å se og la seg berøre

Burkart og Hogan(2008) fant i i sin studie at en viktig del av den åndelige omsorgen er at sykepleier er oppmerksom på tegn og signaler fra pasienten. Reitan og Schjølberg (2010) sier at sykepleier må se etter signaler og tegn fra pasienten gjennom holdninger og verbale uttrykk og bli berørt av disse (Ibid 2010:313). Dette er også Travelbee enig i og påpeker at sykepleier ikke er i stand til å gi pasienten hjelp uten å bruke sansene (Travelbee 2014:141). Når Anny uttrykker at hun har følt seg uvel de siste åtte ukene på sykehuset, er det trolig et signal om at hun har behov for åndelig omsorg. Teorien viser til at det er viktig å være klar over at pasienten på sin side kan oppleve frykt for hvilken reaksjon sykepleieren vil møte han med og velger kanskje derfor å ikke gi uttrykk for sine åndelige behov (Schmidt 2009: 49 og 53).

Koslander og Arvidsson (2005) (ifølge Borge 2015) viser til at pasienter savner nærvær med sykepleier, og erfarte at de selv måtte oppsøke sykepleier for å få hjelp til å samtale om sine åndelige behov. Det at sykepleierne sjeldent tok initiativet til å snakke om slike temaer, ble opplevd av pasientene som avvisning og manglende forståelse. Slik jeg ser det opplever Anny en avvisning fra sykepleier. Dette kommer til å uttrykk gjennom Annys kroppsspråk, når hun reagerer med å snu seg med ryggen mot sykepleier, når sykepleieren går ut døren. For meg ser det ut som sykepleier velger en «enkel utvei». Kanskje hun er usikker på hvordan hun skal møte Annys åndelige behov? Hun var jo også litt stresset og finner derfor kanskje ikke tid til å ta innover seg de åndelige behovene som Anny uttrykker. Travelbee spør om hvordan sykepleier kan hjelpe pasienten til å finne mening i sykdom og lidelse når hun selv ikke har reflektert over sitt eget menneskesyn (Ibid 2014:37). I praksis har jeg selv opplevd at sykepleiere vegrer seg for å møte åndelige spørsmål. Mange sier at de ikke føler seg trygge eller flinke nok til å prate med pasienter om temaer som er av dypere mening. Dette underbygger Overgaard når hun sier at mange sykepleier ikke vil se at pasienten har behov for åndelig omsorg fordi de ikke har selvtillit nok til å gi av seg selv på dette området (Overgaard 2003).

For at sykepleier ikke skal oppleve pasientens eller andres verdier som en trussel, er det viktig at hun er bevisst sine egne verdier og ståsted (Reitan og Schjølberg 2010:312). Dette viser at å gi åndelig omsorg i stor grad kan være personavhengig fordi sykepleiere som er bevisst sitt menneskesyn og verdier sannsynligvis vil være mer åpne for å bruke seg selv og sansene i møte med den enkelte pasient. Travelbee kaller det for å bruke seg selv terapeutisk. Hjertet og intellektet skal arbeide sammen, sier hun (Kirkevold 2012:199 og 45).

#### 6.4 Mot til samtale

*«Det er viktig at det blir lagt til rette for en åndelig samtale, for det gjør det lettere å takle den fysiske smerten» (Ranheim 2006:92, refert fra Schmidt 2009:89).*

W.Sørbye og Brunborg (2015) fant i sin studie at mange eldre føler at de er til bry og savner åndelig fellesskap. Sykepleier som møter Anny i rehabiliteringen viser Anny en interesse om at hun ønsker å lytte til det hun har på hjertet. Anny uttrykker takknemmelighet for at sykepleier har tid til å prate med henne. Dette skaper et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og Anny. Travelbee(2014) sier at menneske-til-menneske-forholdet er en gjensidig prosess og handler blant annet om empati og gjensidighet (Travelbee 2014:193-217). Teorien sier at svak paternalisme handler om en god relasjons- og tillitsbygging mellom sykepleier og pasient. Sykepleier blir den andres tillit verdig gjennom bruk av faglig skjønn til det beste for pasienten. Når sykepleier viser omsorg, knyttes det et bånd, derfor blir moral en viktig del av relasjonen (Martinsen 2012:139 og 147). I følge en studie (Gallant, et al: 2002) rettet mot sykepleier-pasient forholdet, viser analyser at en viktig sammenheng for dette forholdet, er pasientens brukermedvirkning, som kan gi pasienten en forbedret evne til å handle til det beste for sitt liv. Teorien viser til Antonovsky (2012) som sier at en pasient som opplever mening i sin hverdag, vil ønske å gjøre det beste for å komme seg igjennom det som er vanskelig (Ibid:41). Når Anny opplever at hun mestrer å komme seg fra toalettet til rullestol på egenhånd tror jeg at dette gir henne en mening av kontroll, som gjør at hun ønsker å komme seg gjennom det som er vanskelig, selv om det er utfordrende. Dette samsvarer også med reaksjonsfasen i kriseteorien (Eide og Eide 2013:180).

Joice Travelbee mener at sykepleieren må kunne samtale om angstfylte spørsmål som «Hvorfor måtte dette ramme meg» (Travelbee 2014:37-38). Anny ytrer et slikt spørsmål, som ofte kan komme i en krisereaksjon hvor livet føles sårbart (Schmidt 2009:38). Anny har jobbet hele sitt liv i butikken og når hun nå har mistet begge beina sine har hun plutselig fått en helt ny situasjon å forholde seg til. Romsland mfl (2015) sier at når områder som har vært viktige for pasienten blir endret kan også opplevelsen av verdighet og identitet være truet (Ibid:125). Reitan og Schjøllberg (2010) sier at å skulle begynte seg inn i pasientens rom stiller ikke krav om å ha alle svar, men å ha mot til å være åpen, vise interesse og ikke trekke seg unna (Ibid:312).

Rehabiliteringssykepleieren spør Anny om hva som gir henne livsmot. En studie utført av Molxahn mfl (2012) viser at personer som er i en sårbar situasjon på grunn av sykdom, ofte var villig til å fortelle om sine personlige trostanker. Religiøs tro kan bidra til mestring i en vanskelig situasjon (J.Busch og Hirsch 2011:121). Anny opplever at hennes livssyn og det å følge med i barn og barnebarns liv, gir henne mening. Frankels erfaring fra årene i konsentrasjonsleir var at de som hadde noe å leve for, for eksempel gjensyn med mennesker, var de som klarte seg best og overlevde lengst (Dahl 2009:138). Det å ha noe å tro på og leve for styrker livsmotet (Karoliussen og Smebye 1997:757). Derfor ser jeg på det som en sykepleieoppgave å hjelpe Anny til å anvende troen og ivareta det åndelige slik at den kan bli en ressurs i bearbeidingen av krisefasene og gi henne krefter til å mestre hverdagen og rehabiliteringen. Slik jeg ser det har Anny allerede en plattform å stå på, men noen må ta vare på den.

Teorien sier at det er viktig at sykepleier legger forholdene til rette, slik at pasienten opplever at hans åndelige behov blir ivaretatt mens han er på institusjonen (Tornøe 1996:143). Evnen til å strekke seg utover seg selv (transcendens) handler om å se pasienten slik at han kan åpne seg for noe utenfor seg selv. Når Anny sier at hun har et kristent livssyn, evner sykepleier å se Annys religiøse behov ved å foreslå om Anny har ønske om å lytte til kristen musikk eller lydbok. Anny synes at det er godt å få slappe av og flytte fokuset fra det som er vanskelig i nuet. Anny ønsker også å snakke med en prest. Gjennom disse tiltakene mener jeg at sykepleier viser respekt for Annys autonomi og hennes verdier ved at hun lar Anny få gi uttrykk for sine åndelige behov. Pasienten i sentrum, det er tre små ord som forteller hva åndelig omsorg dreier seg om (M. Kuven og Bjorvatn: 2015).



Teorien viser at bearbeidelsesfasen handler om å kunne slippe inn følelser uten at det blir overveldende (Eide og Eide 2013:186), slik Anny gjør når hun forteller at det ikke er familien eller pleierne hun har vært irritabel på. Jeg mener at rehabiliteringssykepleieren viser at kunnskap om krise fasene er en viktig sykepleieroppgave i måten hun er tilstede for Anny på. Brinchmann (2014) sier at i situasjoner hvor pasienten er svært sårbar, stilles det større krav til helsepersonell om ivaretagelse av pasientens autonomi og integritet (Brinchmann 2014: 90). Kriser er alltid vonde, men mennesket har også et valg om å slite seg igjennom det vonde selv om det kan være en lang og tung vei å gå, for så å gå videre (Ken Heap:Eide og Eide 2013:166). Anny og sykepleier opparbeider en tillitsfull relasjon og Anny vet at hun kan prate med sykepleier når hun har behov for det. Basert på det Eide og Eide (2013), sier om at mellommenneskelig kontakt kan hjelpe pasienten til å bearbeide sine reaksjoner (Ibid: 166), tror jeg det gir Anny trygghet og hjelp midt i det vanskelige. Travelbee (2014) sier at alt mennesket har er øyeblikket her og nå. Oppgaven blir da å bruke sitt her og nå på en slik måte at en bygger og strukturerer fremtiden for å det målet han håper på (Ibid:119). Sykepleiers oppgave er å se, lytte og behandle pasienten med respekt og verdighet uavhengig av verdier, religion eller livssyn (Schmidt 2009:49).

## 7.0 Konklusjon

Problemstillingen min var som følger: *Hvordan kan sykepleier gi åndelig omsorg som fremmer livsmot og bevarer menneskeverd hos mennesker som er i en sårbar livssituasjon.*

Etter å ha drøftet ulike teorier, har jeg funnet flere måter å fremme livsmot og bevare menneskeverd knyttet til åndelig omsorg til mennesker i en sårbar livssituasjon. Det kommer frem i drøftingen at for å bevare menneskeverdet bør sykepleier møte hver pasient med en holdning, språk og personlighet som gir pasienten en opplevelse av verdighet og deltagelse. Sykepleier bør lytte etter meningen bak ordene eller handlingene pasienten signaliserer. Dette krever at sykepleier har reflektert over sine verdier og ståsted i lys av sitt menneskesyn. Gjennom kommunikasjon kan sykepleier skape et tillitsforhold ved å ta initiativ til kartlegging og samtale om åndelige behov. Dagens utfordring er kostnadseffektiviseringen. Dette gjør at jeg ser det som ekstra viktig at sykepleier, om pasienten har behov for det, finner tid til åndelig omsorg i alle samhandlinger med pasienten der det er mulig, for eksempel ved kveldstell.

Det fremkommer i drøftingen at en sykepleieroppgave er å hjelpe pasienten til å finne mening. Slik jeg ser det, er det viktig at sykepleier viser resepekt for mennesket som pasient, uansett hvilket livssyn han måtte ha. Sykepleier bør tilrettelegge slik at pasientens åndelige behov blir ivaretatt mens han er på avdelingen. Å tilby pasienten å prate med en prest er eksempel på tiltak som viser respekt for individets verdier.

Jeg ser på det som avgjørende at sykepleier har kunnskap om de forskjellige krisefasene da det er spesielt viktig hos personer som er i en sårbar livssituasjon å få bearbeide sine reaksjoner.

Konklusjonen på problemstillingen min blir derfor at åndelig omsorg er å bruke sansene, være tilstede med hele seg i møte med pasienten, og ha en moral og holdning i ønske av å gjøre det beste for pasienten. På denne måten fremmes menneskeverd og livsmot.

Jeg vil til slutt trekke frem M.Kuven og Bjorvatn (2015) som sier «Ta pasientens åndelighet på alvor, for hva er vel sykepleie om du ikke våger det?».

## 8.0 Litteraturliste

- Almås, H., Stubberud, D.G. og Grønseth, R. (2011). *Klinsik sykepleie 2*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Borge, L. Vi henger igjen i gamle tabuer, det er ikke legitimt – Å møte eksistensielle og religiøse spørsmål hos mennesker med psykiske problem. *Tidskrift for fag og tro* nr 3, 2015. 15-19.
- Brager, E. og Wisløff, D.S. (1990). *Så lenge vi lever*. Cappelen Forlag AS.
- Bredland, E.L., Linge, O.A. og Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltagelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. 3.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brinchmann, B.S. (2014). De fire prinsippers etikk. I: Brinchmann, B.S.(red.). *Etikk i sykepleien*. 3.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS, s.81-96.
- Brinchmann, B.S. (2014). Nærhetsetikk. I: Brinchmann, B.S.(red.). *Etikk i sykepleien*. 3.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS, s.117-132.
- Burkhart, L. og Hogan, N. (2008). An experiential theory of spiritual care in nursing practice. *Qualitative Health Research*. Volume 18, number 7. 928-938.
- Busch, C.J. og Hirsch, A. (2008). Eksistensiell og åndelig omsorg. I: Kaasa, S. (Red.) *Palliasjon*. 2.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS, s.115-141.
- Dahl, P.A. (2009). *Tro, håp og kjærlighet*. Oslo, Schibsted Forlag AS
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- 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*, vol 39, No 6.
- Eide, H. og Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Fish, S. og Shelly, J.A. (1982). *Mer enn piller, Åndelig omsorg i sykepleien*. Credo Forlag/Luther Forlag AS.
- FN's verdenserklæring og menneskerettigheter (*Universal Declaration of Human Rights*) (1948). <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>. (Lest 11.08.2016)
- Frankl, V.E. (1983) *Livet har mening*. 2.utg. Forlaget Tanum-Norli AS.
- Gallant, M.H., Beaulieu, M.C. og Carnevale, F.A. (2002). Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *Journal of Advanced Nursing*. 40 (2), 149-157.
- Pedersen, B.D. (2012). Fortælling som empirisk materiale. I: Glasdam, S. (red.). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. 1. utg. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck AS, s. 155-163.
- Hummelvoll, J.K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Karoliniussen, M. og Smebye, K.L. (1997). *Eldre, aldring og sykepleie*. Universitetsforlaget
- Lie, K. (2002) *Eksistensiell og åndelig helseomsorg*. Høyskoleforlaget AS.
- Kirkevold, M. (2012). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N.J. og Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (red.). *Grunnleggende Sykepleie. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*, bind 1. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 84-133.
- Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (red.). *Grunnleggende Sykepleie. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*, bind 1. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 208-280.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring*. 3. utg. Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2012). *Samtalen, skjønnhet og evidensen*. Akribe AS.
- Michaelsen, J.J. (2010). Vanskelige pasienter og sykepleiere. I: Graubæk, A-M. (red.). *Å være pasient. En innføring i pasientologi*. 1. utg. Akribe AS, s. 141-160.

- Molzahn,A., Sheilds,L., Bruce,A., Stadjuhar,K., Makaroff.K.S., Beuthin,R. og Shermak,S. (2012). People living with serious illness: stories of spirituality. *Journal of Clinical Nursing* 21,2347-2357.
- Overgaard.A.E. (2003). *Åndelig omsorg – en lærebog*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck AS.
- Polit,D.F. og Beck,C.T. (2008). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. 8.utg. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Reitan.A.M. og Schjøberg.T.Kr.(red).(2010) *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. 3.utg. Akribe AS.
- Romsland.G.I., Dahl,B. og Slettebø,Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. 1.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rushton, L. (2014). What are the barriers to spritual care in hospital setting? *British Journal of Nursing* vol 23, no 7. Travelbee, J. (2005). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 4.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rykkje, L.L.R., Eriksson, K. og Raholm M-B. (2012). Spirituality and caring in old age and the significance of religion – a hermeneutical study from Norway. *Nordic College Caring Sciences* 2013, 27;275-284.
- Store Norske Leksikon <https://snl.no/validitet> (Lest 31.08.2016).
- Schmidt, H. (2009). *Har du tid til det da? Om åndelig omsorg i sykepleien*. Folio Forlag
- Wergeland,L.S. og Brunborg,B. (2015). Å mestre livet er mer enn fysisk fungering. *Geriatrisk Sykepleie* nr 1,2015. 6-12.
- Sneltvedt,T.(2014) Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I: Brinchmann.B.S.(red.). *Etikk i sykepleien*. 3.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS, s.151-165.
- Tornøe,K.(1996). *Kan vi trøste hjertene? Hvordan møte alvorlig syke og dødende pasienters åndelige behov*. Tano Aschehoug.
- Yin,R.K. (2014). *Case study research, Design and methods*. 5.utg. Sage publications.
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (2011). [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf). (Lest 11.08.2016).