



[Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov]

«Hvordan kan sykepleier, ved hjelp av kommunikasjon, ivareta åndelige og eksistensielle behov hos kreftpasienter i den palliative fasen?»

Kandidatnummer: [1024]

VID vitenskapelige høgskole

[Diakonhjemmet Oslo]

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: [BASYK15]

Antall ord: [10227]

[22.03.2018]

Sammendrag

Problemstillingen i oppgaven er «*Hvordan kan sykepleier, ved hjelp av kommunikasjon, ivareta åndelige og eksistensielle behov hos kreftpasienter i den palliative fasen?*»

Metoden er litterær oppgave. Jeg har benyttet meg av pensumlitteratur, selvvalgt pensum og relevante forskningsartikler. Erfaringer fra praksisperioder og jobbsituasjoner er beskrevet.

Åtte forskningsartikler ble funnet. Artiklene omhandler kommunikasjon om åndelig og eksistensielle behov, sykepleiers og pasientens refleksjoner og erfaringer med disse behovene. Joyce Travelbee's interaksjonsteori og teori om kommunikasjon er brukt i oppgaven.

Opgaven drøftes ut i fra funn gjort i forskning og pensumlitteratur. Det blir drøftet tillitsfulle relasjoner, sykepleiers møte med pasientens åndelige og eksistensielle behov og utfordringer i kommunikasjonen.

I konklusjonen kom det fram at åndelige og eksistensielle behov angår de fleste kreftpasienter i palliativ fase. Viktige faktorer i kommunikasjonen er å bygge tillitsfulle relasjoner ved å lytte aktivt, være tilgjengelig, åpen og bekræftende. Et kollegialt fellesskap, trening og grupperefleksjoner er nødvendig for sykepleier.

Abstract

The problem is “*How can a nurse, by means of communication, take care of spiritual and existential needs in cancer patients in the palliative phase?*”

The method is literary assignment. Curriculum literature, self-chosen curriculum and relevant research articles was used. Experiences from practice periods and work are described.

Eight research articles were found. The articles described communication about spiritual and existential needs, nurse’s and patients thoughts and experiences with these needs. Joyce Travelbee’s interaction theory and communication theory was used in the assignment.

The discussion is based on findings in research and curriculum literature. There are discussions about meeting patient’s spiritual and existential needs, trustful relationships and challenges in communication.

The conclusion revealed that spiritual and existential needs pertain to most cancer patients. Important factors in communication are building a trustful relationship by listening actively, being available, open and affirmative. Nurses need a collegial community, training and group reflections.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensing	2
1.4 Oppgavens disposisjon.....	3
2 Metode.....	4
2.1 Litteratursøk	4
2.2 Kildekritikk	5
3 Teori	7
3.1 Kreft	7
3.2 Palliativ fase	7
3.3 Åndelige og eksistensielle behov	8
3.4 Kommunikasjon	10
3.5 Joyce Travelbee's interaksjonsteori	11
3.5.1 Sykepleie	11
3.5.2 Menneske-til-menneske-forhold	12
3.6 Presentasjon av forskningsartikler	12
4 Drøfting	16
4.1 Sykepleiers møte med kreftpasienter i palliativ fase.....	16
4.1.1 Å bygge en tillitsfull relasjon	16
4.1.2 Å tilrettelegge for pasientens historier	17
4.1.3 Bevisst bruk av stillhet	18
4.2 Å hjelpe pasienten til å finne mening med livet og døden	19
4.2.1 Skyldfølelse hos pasienten	20
4.2.2 Håp kan skape trygghet	21
4.2.3 Forsoning i pasientens relasjoner	22
4.3 Kommunikasjon, ikke uten utfordringer	23
4.3.1 Tidsmangel, opplevd eller virkelig?.....	24
4.3.2 Å respektere ønsket om og ikke snakke	25
4.3.3 Bevisst egne følelser.....	25
4.3.4 Ansvar for å henvise videre.....	26
4.3.5 Mangel på erfaring	27
5 Konklusjon	28
Litteraturliste	29

1 Innledning

Å kunne snakke med kreftsyke pasienter om temaer rundt livets slutfase ser jeg på som en viktig del av sykepleiers oppgaver. Samtidig erfarte jeg disse samtaleene som svært vanskelige. På sykepleierstudiet opplevde jeg at det var god undervisning med fokus på kommunikasjon. I undervisningen var det også fokus på å gi pasienten helhetlig pleie. Innenfor den helhetlige pleien ligger ivaretagelsen av pasientens åndelig og eksistensiell behov. Disse behovene ble for meg vanskelig å være forberedt på. I praksisperioder og jobbsituasjoner opplevde jeg derfor at pasientens fysiske behov ofte ble satt først. Videre var det også vanskelig å vite hva jeg skulle si eller spørre om under samtaleene om åndelige og eksistensielle behov. Gjennom arbeidet med denne oppgaven ønsker jeg å øke min kompetanse i forhold til åndelige og eksistensielle behov hos pasienter med kreft i palliativ fase. Samtidig ønsker jeg å kunne kjenne meg tryggere i kommunikasjonen med pasienter i situasjoner hvor de kan være svært sårbare.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2016 ble 32 827 mennesker i Norge diagnostisert med kreft (Kreftregisteret, 2017). Når en kreftsykdom ikke lenger er kurativ, går fokuset i behandlingen over på palliativ omsorg (Lorentsen og Grov, 2011). I følge *nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* (Helsedirektoratet, 2015, s. 15), vil de fleste pasienter i palliativ fase ha behov for innleggelse på en institusjon i løpet av sykdomsperioden. 95% av pasientene på palliative enheter på sykehus er rammet av kreft (Helsedirektoratet 2015, s. 12). Kreftpasienter i palliativ fase blir tatt vare på i alle nivåer i helsevesenet (Helsedirektoratet, 2015). Det er derfor nødvendig at helsepersonell har en grunnleggende kompetanse i palliativ omsorg (Helsedirektoratet, 2015). Ivaretagelse av åndelig og eksistensielle behov er derfor et ansvarsområde for sykepleierne (Hirsch og Røen, 2016). Særlig gjelder dette de mange små samtaleene med pasientene og måten de møtes på (Hirsch og Røen, 2016, s. 315). Kommunikasjon med, og ivaretagelse av pasienten er viktig, og mitt valg av tema er en naturlig følge av dette.

1.2 Problemstilling

Med utgangspunkt i tema har jeg valgt problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleier, ved hjelp av kommunikasjon, ivareta åndelige og eksistensielle behov hos kreftpasienter i den palliative fasen?»

1.3 Avgrensning

I denne oppgaven er det fokus på mennesker med uhelbredelig kreft. Det er ikke fokus på enkelte kreftdiagnoser, ettersom en enkelt kreftdiagnose kan være belastende (Kaasa, Loge, 2016, s. 41), og kan gå utover pasientens fysiske, psykiske og sosiale behov (Stubberud, 2013, s. 13). I den palliative fasen er ofte symptomene sammensatte og komplekse (Lorentsen og Grov, 2011, s. 427). På grunn av oppgavens omfang blir ikke de fysiske symptomene på kreft, som for eksempel smerter og kvalme, drøftet. Det blir heller ikke drøftet medisinske behandlingsmetoder. Det blir kun drøftet åndelige og eksistensielle behov og sykepleiers kommunikasjon i møte med disse behovene. I denne oppgaven omhandler åndelige og eksistensielle behov personens søken etter mening, hensikt og transcendence/en høyere makt eller noe utenfor menneskets forståelse (EAPC taskforce on spiritual care in palliative care, 2018). Det er ikke avgrensninger i forhold til kjønn, da dette ikke er spesifisert i forskningsartiklene. Fokuset i oppgaven er på voksne mennesker over 18 år. Dette begrunnes med at det ikke kom frem spesifikke alderssegment i forskningsartiklene som ble brukt. Felles for artiklene er at de tar for seg personer over 18 år, middelaldrende og noen eldre pasienter. I forskningsartiklene kommer det fram en variasjon av institusjoner som studiene ble utført på. Flere av artiklene tar opp temaer på både sykehus, hospice og i hjemmesykepleien. Det blir derfor tatt utgangspunkt at de palliative pasientene er innlagt på sykehus. Ivaretakelse av pårørende er et sentralt mål i den palliative fasen (Lorentsen og Grov, 2011, s. 425), men behovene til pårørende blir ekskludert på grunn av oppgavens omfang. Et viktig begrep innenfor palliativ omsorg er livskvalitet (Lorentsen og Grov, 2011), men på grunn av at fokuset er på sykepleiers kommunikasjon blir ikke dette begrepet bli drøftet. I terminal fase blir personen mer sengeliggende, slutter å ta til seg mat og drikke og blir etter hvert mindre kontaktbar (Brenne og Dalene, 2016, s. 638). I denne oppgaven tas det utgangspunkt i at

pasientene ikke er i den terminale fasen. Kognitiv svekkelse kan gjøre at pasienten ikke er i stand til å oppgi riktig informasjon (Loge, 2016). I denne oppgaven tas det utgangspunkt i at pasienten er klar og orientert. Pasienter har rett til medbestemmelse i blant annet undersøkelses- og behandlingsmetoder (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pasienten må gi sitt samtykke før det gis noe helsehjelp (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Derfor tas det utgangspunkt i at pasientene er autonome, eller selvstyrende. Det kan også bidra til at sykepleier tar pasientens syn og innflytelse på egen situasjon på alvor (Eide og Eide, 2017).

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven består av fem kapitler. I første kapittel ble det presentert en innledning, problemstilling og avgrensning av denne. Kapittel to omhandler valg av metode, litteratursøk og kildekritikk. I kapittel tre vil det bli presentert teori og forskning i forhold til aktuelle aspekter ved oppgaven. Drøftinger i forhold til problemstillingen følger som kapittel fire. I femte og siste kapittel kommer min konklusjon.

2 Metode

Metode er et redskap for å samle inn relevant og nødvendig data for det man ønsker å undersøke (Dalland, 2013, s. 112). Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave. Ut ifra et tema kommer man frem til et problem man ønsker å avklare eller undersøke (Dalland, 2013). For å belyse problemstillingen trengs det relevant teori (Dalland, 2013). En litterær oppgave bruker først og fremst skriftlig kilder (Dalland, 2013). I denne oppgaven er det brukt både primærkilder og sekundærkilder. Primærkilder er ny kunnskap som blir presentert for første gang (Dalland, 2013, s.78). Sekundærkilder har benyttet seg av eksisterende data, og er analysert og tolket av noen andre (Dalland, 2013). I denne oppgaven ble det brukt kilder som pensumbøker, forskningsartikler og annen relevant faglitteratur. Egne erfaringer fra praksis og jobb i hjemmesykepleien blir presentert, der dette er relevant.

2.1 Litteratursøk

Det ble først gjort et innledende søk på Google Scholar, for å forsøke å finne ut hvilke søkeord som var relevante. Her ble det søkt på *åndelige og eksistensielle behov* og *kreftpasienter*. Det systematiske søket ble gjort i databaser som SveMed+, PubMed og Cinahl, som er viktige databaser for sykepleieforskning (Christoffersen, Johannessen, Tufte, Utne, 2015, s. 64). Søk etter forskningsartikler som jeg ikke hadde tilgang til fulltekst i databasene, ble gjennomført i Oria. To artikler ble bestilt fra biblioteket da de ikke ble funnet fulltekst på nett. Søkeordene som ble brukt var *Existential needs*, *Palliative care*, *end of life care*, *Spiritual care*, *Spiritual needs*, *Communication* og *Cancer*. På grunn av mange treff på disse søkeordene ble det nødvendig å avgrense søket. Søkeordene ble brukt i kombinasjoner med OR eller AND for å snevre det inn. *Palliative care* og *end of life care* ble søkt med OR. *Existential needs*, *Spiritual needs* og *Spiritual care* ble også søkt med OR. Disse kombinasjonene i tillegg til *Cancer* og *Communication* ble søkt med AND. Det var viktig at artiklene var fagfellevurdert, på engelsk peer review, ettersom disse artiklene er blitt vurdert og godkjent av eksperter på fagområdet (Dalland, 2013, s.78). Det ble gjort flere avgrensinger som språk på norsk, svensk, dansk og engelsk. For at det skal være en overføringsverdi, er det nødvendig at kulturen i land forskningsstadiene er utført, i størst mulig grad er lik den kulturen vi har i Norge. Dette fordi språk, normer og verdier er forskjellige i ulike kulturer

(Eide og Eide 2011, s.81). I forskning står det sentralt å utvikle ny kunnskap (Jacobsen, 2010, s. 17). Det var ønskelig med nyere forskning innenfor fagfeltet, og derfor ble artikkelsøkene avgrenset til de siste ti årene. Det ble valgt forskningsartikler med både sykepleieperspektiv og pasientperspektiv. Dette begrunnes med at det er viktig å se problemstillingen fra begge perspektivene. Forskningsartiklene som ble valgt har benyttet seg primært av kvalitativ metode. I følge Dalland (2013) tar kvalitativ metode for seg meninger og opplevelser som ikke kan måles. Denne metoden går i dybden for å belyse en spesifikk problemstilling (Dalland, 2013, s. 113). Det ble inkludert to artikler fra USA. Dette begrunnes med de likheter som finnes mellom norsk og amerikansk kultur. Dermed kan artiklene sees på som relevante.

Oria ble brukt som søkemotor for å finne frem til relevante fagbøker. Fagbøkene som ble valgt er utgitt på akademiske forlag og er spesielt rettet mot sykepleie. Av selvvalgt pensum ble boken «Palliasjon. Nordisk lærebok» (2016) av Kaasa og Loge valgt. Boken «Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom» av Stubberud (2013) er også brukt. En bok fra pensum som virker sentral for tema er «Kommunikasjon i relasjoner» av Eide og Eide (2017). I søket etter relevant sykepleieteori ble Joyce Travelbee's (1999) interaksjonsteori valgt.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode for å vurdere om kilden som er benyttet er sann (Dalland, 2013). De vitenskapelige forskningsartiklene ble vurdert ved å følge IMRaD-strukturen. IMRaD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2013, s.79). Denne strukturen gjorde det enklere og raskere å vurdere om forskningsartikkelen var relevant for problemstillingen. Sammendraget ble lest før fullversjonen, for å ikke bruke tid på artikler som ikke virket relevante i forhold til problemstillingen. Artiklene som ble inkludert er primært kvalitativ forskning. Kvalitative studier kan avvike fra IMRaD-strukturen og ha mangelfulle sammendrag (Christoffersen m.fl., 2015, s.63). Dette kan ha gjort at det ikke ble lest fullstendige artikler, som kan ha vært relevante, da sammendraget ikke fulgte IMRaD-strukturen. Søkeordene som ble brukt kan i seg selv ha vært en begrensning. Med dette menes at kombinasjonen av søkeordene som ble brukt kan ha gjort at relevante artikler ikke har

kommet opp på databasene. På grunn av begrenset søk kan viktige resultater uteblitt. Artiklene som ble brukt i oppgaven er skrevet på engelsk. Det er derfor rom for feiltolkninger i forhold til oversettelsen på grunn av egen språkforståelse. Kvalitative studier fokuserer på direkte kontakt med feltet, i form av åpne og dype intervjuer (Dalland, 2013). Artiklene kan dermed formidle meninger og opplevelser direkte fra sykepleiere og pasienter (Dalland, 2013). Dette blir sett på som viktig for å kunne belyse problemstillingen som er valgt. For å holde taushetsplikten er situasjoner og personlige erfaringer fra praksis og jobb, samt arbeidsplassen anonymisert.

I oppgaven er det brukt sekundærkilder, som er for eksempel bøker. Svakheten ved å bruke sekundærkilder er at man ikke kan være sikker på hvordan og med hvilke hensikt dataen er tolket (Jacobsen, 2010). Man kan heller ikke være sikker på hvor eller hvordan dataen er innhentet (Jacobsen, 2010). Boken til Kaasa og Logen (2016) blir sett på som relevant ettersom den tar for seg lindrende behandling til pasienter med uhelbredelig sykdom. En svakhet ved boken til Stubberud (2013) er at den ikke tar for seg spesifikt kreftpasienters behov i palliativ fase. Selv om boken ikke tar for seg disse temaene oppleves den som relevant da mennesker har grunnleggende åndelige og eksistensielle behov, og at disse behovene kan påvirkes ved sykdom (Stubberud, 2013, s. 14). I Eide og Eides (2017) bok om kommunikasjon er det en svakhet at den ikke tar opp temaer knyttet til pasienter i palliativ fase eller kreftsykdommer. Likevel blir boken sett på som relevant i forhold til hvordan sykepleier skal kommunisere med pasienter. Boken tar for seg kommunikasjonsferdigheter i sykepleie og skal bidra til en bedre forståelse av hva god kommunikasjon innebærer (Eide og Eide, 2017). Travelbee (1999) sin teori kom først ut på 1960 tallet. Selv om teorien kan anses som eldre, sees den på som aktuell i dag. Dette på grunn av at teorien fremdeles er av stor betydning for hva som er sykepleiers innhold og oppgaver (Kristoffersen, 2011). Videre blir denne teorien sett på som relevant i forhold til problemstilling, da Travelbee (1999) tar opp begreper som menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon.

3 Teori

Teori beskriver fenomener, sammenhengen og forklaringen på disse (Jacobsen, 2010, s. 251). Teorien skal bidra til å sette funnene i en større sammenheng, og dermed få en forståelse på hvorfor fenomenet er som det er (Jacobsen, 2010). I dette kapittelet vil relevant teori basert på forskningsartikler, fagbøker og sykepleieteori bli presentert.

3.1 Kreft

Kreft er en sykdom som skyldes en feil i kroppens celler (Lorentsen og Grov, 2011). Cellene vokser og deler seg ukontrollert og utfører ikke lenger normale oppgaver (Lorentsen og Grov, 2011). Det skilles mellom benign (godartet) og malign (ondartet) tumor (Lorentsen og Grov, 2011). Maligne tumorer, som også kalles kreft eller cancer, invaderer omliggende vev og kan spre seg til andre deler av kroppen via blodet, lymfebanen eller kroppens hulrom (Bertelsen, Hornslien, Thoresen, 2011 s.127). Benigne tumorer invaderer ikke omliggende vev og sprer seg ikke til andre organer (Bertelsen, Hornslien, Thoresen, 2011). Maligne tumorer er potensielt dødelig, mens benigne tumorer er ofte ikke livstruende (Bertelsen, Hornslien, Thoresen, 2011). Det er ulike årsaker som kan utløse ukontrollert cellevekst. Dette er for eksempel arvelig disposisjon, livsstil og kosthold som røyking, fedme og inaktivitet, og eksponering for kjemiske stoffer og virus (Bertelsen, Hornslien, Thoresen, 2011).

3.2 Palliativ fase

I følge *European Association for Palliative Care* (EAPC) (2017) blir palliativ omsorg definert som aktiv omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom. Palliativ omsorg har en helhetlig tilnærming i forhold til fysiske, psykososiale og åndelige behov, samt å behandle smerter og andre symptomer (European Association for Palliative Care, 2017). Sentrale områder innenfor palliasjon er å redusere symptomer og opprettholde, eller bedre livskvalitet (Helsedirektoratet 2015, s. 13).

Palliativ fase starter når den helbredende behandlingen ikke lenger fungerer, og sykdommen defineres som uhelbredelig (Lorentsen og Grov, 2011). I denne fasen har man begrenset

levetid (Helsedirektoratet, 2015). Helsedirektoratet (2015, s. 9) skriver at den forventede levetiden antas å være ca. 9-12 måneder. Det er sykepleiers ansvar å fremme helse, forebygge sykdom og lindre lidelse (Norsk Sykepleieforbund, 2016). Grunnet dette har sykepleieren i den palliative fasen en lindrende funksjon. Dette går ut på å begrense eller redusere påkjenningene som pasienter kan oppleve ved skade, sykdom og behandling (Stubberud, 2013, s.56). Fokuset for behandling i denne fasen retter seg mot symptomlindring og behandling med lindrende hensikt (Lorentsen og Grov, 2011). Sykepleier har et ansvar å henvise videre, til for eksempel sykehusprest, om pasienten ønsker det (Stubberud, 2013). I tillegg er sykepleier ansvarlig for den helhetlige omsorgen som pasienter har rett på (Norsk Sykepleieforbund, 2016). Innenfor dette ligger ansvaret for å understøtte håp og mestring, lindre lidelse og bidra til en naturlig og verdig død (Norsk sykepleieforbund, 2016).

3.3 Åndelige og eksistensielle behov

EAPC taskforce on spiritual care in palliative care (2018) mener åndelige og eksistensielle behov handler om hvordan en person erfarer og søker etter mening, hensikt og transcendence/en høyere makt eller noe utenfor menneskets forståelse. Det åndelige og eksistensielle feltet dekker eksistensielle kriser, religiøse betraktninger, og hvilke verdier som er viktig for hvert enkelt menneske (European Association for Palliative Care, 2018). De åndelige og eksistensielle behovene kan vise seg på ulike måter (Stubberud, 2013). De kan vise seg gjennom åpne signaler der pasienten selv uttrykker sine behov, eller gjennom pasientens atferd og andre non-verbale tegn (Stubberud, 2013).

Hirsch og Røen (2016) oversetter *Spiritual needs* til åndelig og eksistensielle behov, og mener at åndelig og eksistensiell er ordpar. Hirsch og Røen (2016) mener også at «eksistensiell» omfatter det som er betydningsfullt og gir mening i de nære ting, og er et mer jordnært begrep enn «åndelig». Åndelige og eksistensielle behov handler om hva som er viktig for den enkelte pasienten, og kan være ulikt fra person til person (Hirsch og Røen, 2016). Innenfor eksistensielle utfordringer kan det komme frem spørsmål angående identitet, mening, død, skyld og straff, glede og livsmot (Helsedirektoratet, 2015, s.33). Disse spørsmålene angår alle mennesker i større eller mindre grad da de er knyttet til menneskets grunnvilkår (Helsedirektoratet, 2015). De religiøse utfordringene kan utløse spørsmål om tro, fortapelse,

evig liv, tilgivelse og forsoning med Gud eller en høyere makt (Helsedirektoratet, 2015, s.34). Sørensen (2016) mener at åndelighet er et viktig begrep i drøftingen av eksistensielle spørsmål. Han beskriver åndelighet som søken etter Gud eller en høyere makt (Sørensen, 2016). Å ha tro på Gud eller en høyere makt kan skape en trygghet for pasienten (Stubberud, 2013). Tro kan også gi mening i tilværelsen for det enkelte mennesket (Sørensen, 2016). I dag er det mange som vil si de har en tro, uten at troen er knyttet til en Gud eller noe annet hellig (Sørensen, 2016). Stubberud (2013) skriver om to dimensjoner innenfor eksistensielle behov, en vertikal og en horisontal dimensjon. Den vertikale dimensjonen tar for seg menneskets forhold til en høyere makt eller noe som befinner seg over mennesket (Stubberud, 2013). I motsetning til den vertikale dimensjonen, tar den horisontale dimensjonen for seg menneskets forhold til seg selv og andre rundt seg (Stubberud, 2013). I situasjoner med alvorlig sykdom er det ikke bare den ene dimensjonen som kan gjøre seg gjeldende, men både den vertikale og horisontale dimensjonen kan ha ulik betydning for det enkelte menneskets behov (Stubberud, 2013).

I ivaretagelsen av åndelige og eksistensielle behov ligger pasientens opplevelse av mening og håp (Stubberud, 2013). Travelbee (1999) mener at håp er et ønske om å nå et mål. Sykepleiers oppgave er å hjelpe pasienten til å opprettholde håp (Travelbee, 1999). Håp kan gi motivasjon, noe å se frem til og hjelpe pasienten til å mestre sin situasjon (Stubberud, 2013). Tillitt er i mange sammenhenger forbundet med håp (Stubberud, 2013). Dersom sykepleier får pasientens tillitt gjennom å vise seg tilgjengelig i situasjonen, kan det bidra til å opprettholde eller utvikle håp (Stubberud, 2013). Motsetning til håp er håpløshet (Travelbee, 1999). Stubberud (2013) mener håpløshet er tapt livsvilje, og kan vise seg gjennom at pasienten er apatisk, passiv og aggressiv. «Hva er meningen med livet?» er et spørsmål som ofte kan dukke opp hos døende pasienter (Sørensen, 2016). Stubberud (2013, s. 96) skriver at hvordan pasienten takler sin situasjon enten kan være med på å skape en mening i opplevelsene av tilværelsen, eller føre til følelsen av meningsløshet. Å finne ut av hva man selv legger i begrepet «meningen med livet», kan være noe av det viktigste for et menneske (Sørensen, 2016). Å få en kreftdiagnose kan gjøre at synet på meningen med livet blir forstyrret (Sørensen, 2016). Lorentsen og Grov (2011) skriver at meningsløshet og tap av identitet kan betraktes som eksistensiell smerte. Døden kan komme veldig nært på pasienten, og kan skape frykt og angst (Sørensen, 2016). Å vite at man skal dø kan være vanskelig å akseptere (Sørensen, 2016). Det er mange pasienter som ønsker å snakke om relasjonen til familien (Hirsch og Røen, 2016). Dette kan handle om bekymringer for at de nærmeste har det bra, og

uvissheten om de kommer til å klare seg når pasienten har gått bort (Hirsch og Røen, 2016). Hirsch og Røen (2016) mener at det er viktig med forsoningsarbeid, i forhold til fortiden, familie og Gud.

3.4 Kommunikasjon

Ordet kommunikasjon stammer fra latin, *communis*, som betyr å ha felles (Hummelvoll, 2014, s. 420). Hummelvoll (2014) mener at kommunikasjon kan forstås som en vedvarende og foranderlig prosess, og en forutsetning for fellesskap. Travelbee (1999) skriver at kommunikasjon krever en avsender, en mottaker og et budskap. Kommunikasjon handler om mer enn å bare overføre informasjon fra den ene personen til den andre (Hummelvoll, 2014). Det kan handle om å skape mening og en felles forståelse gjennom samspillet mellom mennesker (Hummelvoll, 2014). Hirsch og Røen (2016) skriver at å ivareta åndelig og eksistensielle behov omfatter en tillitsbasert relasjon mellom helsepersonell og pasient. I denne relasjonen kreves det ferdigheter i kommunikasjon (Hirsch og Røen, 2016). Det trengs minst to parter i et kommunikasjonsforhold (Eide og Eide, 2017). I dette forholdet er man i gjensidig påvirkning og i utvikling i forhold til hverandre (Eide og Eide, 2011, s.17). Budskapet som sendes mellom partene kan bestå av ord, ulike tegn og signaler (Eide og Eide, 2017).

Eide og Eide (2017) skriver om den profesjonelle, hjelpende kommunikasjonen. Med dette menes kommunikasjon som hører til et yrket eller en yrkesrollen (Eide og Eide, 2017). Kjernen i den hjelpende kommunikasjonen er å være aktiv lyttende og åpen, men også direkte (Eide og Eide, 2011). Eide og Eide (2017) skriver videre om andre aspekter ved hjelpende kommunikasjon. Her nevnes blant annet lytting, observasjon, relasjoner, formidling av informasjon, å møte behov og samarbeid (Eide og Eide, 2017, s. 21). Formålet med den profesjonelle kommunikasjonen er å forebygge sykdom og fremme helse (Eide og Eide, 2017). Loge (2016, s. 216) skriver at hjelper har mulighet til ta opp temaer som ellers hører til i de innerste forholdene mellom mennesker. Pasienter kan velge og ta opp private temaer med helsepersonell, og samtidig føle seg sikker på at informasjonen ikke spres videre (Loge, 2016). Sykepleier har også mulighet til å utforske hva pasienten tenker og føler (Eide og Eide, 2017). Ved å bruke utforskende ferdigheter, kan sykepleier stille spørsmål som får pasienten

til å reflektere over egne tanker og følelser (Eide og Eide, 2017). Dette kan følges opp nonverbalt, ved for eksempel bruk av aktiv lytting og bekreftelse av pasienten (Eide og Eide, 2017, s.192). Å speile følelser kan være med på å få pasienten til å reflektere over tanker og følelser i situasjonen (Eide og Eide, 2017). Eide og Eide (2017) mener at å speile følelser handler om at sykepleier ser hva pasienten føler. Dette gjøres ved å setter ord på de følelsene sykepleier ser (Eide og Eide, 2017).

En stor del av menneskets kommunikasjon er nonverbalt (Eide og Eide, 2017). Eide og Eide (2017, s. 135) beskriver nonverbal kommunikasjon som et responderende språk som ofte avslører en persons spontane reaksjoner. Non-verbale tegn og signaler kan uttrykkes på forskjellige måter, blant annet gjennom kroppsspråk, blikkontakt, stemmebruk, stillhet og ansiktsuttrykk (Eide og Eide, 2017, s. 136). Det non-verbale språket kan forsterke eller dempe ordene vi sier, eller budskapet i samtalen (Hummelvoll, 2014). Å møte pasienter på en bekreftende og oppmuntrende måte gjennom den non-verbale kommunikasjonen, kan være med på å skape en trygg omgivelse som gjør at pasienter lettere kan åpne seg (Eide og Eide, 2017).

3.5 Joyce Travelbee's interaksjonsteori

«Sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee 1999, s. 41).

3.5.1 Sykepleie

I følge Travelbee (1999) er sykepleie en mellommenneskelig prosess. Dette er fordi sykepleie alltid dreier seg om mennesker, enten direkte eller indirekte (Travelbee, 1999). Travelbee (1999) beskriver sykepleie som en prosess som hele tiden er i utvikling gjennom erfaringer. I denne utviklingen nevner Travelbee (1999) en stadig forandring i de enkelte møtene mellom sykepleier og individet. Forandringen skjer på grunn av den gjensidige påvirkningen man har på hverandre (Travelbee, 1999). Sykepleie handler om å hjelpe individet, familien eller

samfunnet (Travelbee, 1999, s. 30). Travelbee (1999) mener at sykdom er en naturlig del av livet, og at det er en erfaring. Sykepleiers mål er å hjelpe pasienten til å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999). Ved sykdommer som ikke kan kureres, mener Travelbee (1999) at sykepleiers oppgave er å hjelpe individet å oppnå best mulig helse. Videre mener hun at formålet med sykepleie handler om å forebygge sykdom, hjelpe den enkelte til å mestre sin sykdom/lidelse eller til å opprettholde best mulig helse (Travelbee, 1999, s. 31).

3.5.2 Menneske-til-menneske-forhold

Travelbee (1999) mener at gjennom å opprette ett menneske-til-menneske-forhold kan sykepleier oppnå sitt mål og hensikt. Videre beskriver Travelbee (1999, s. 41) menneske-til-menneske-forholdet som en eller flere erfaringer som deles mellom sykepleier og det mennesket som har behov for sykepleiers tjenester. Dette forholdet er også profesjonelt fra sykepleiers side (Travelbee, 1999). Den profesjonelle sykepleier tilnærmer seg på en disiplinert og intellektuell måte til individets problemer, og bruker seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999). Å bruke seg selv terapeutisk handler om å bruke sine personlige egenskaper på en målrettet måte (Travelbee, 1999). Dette for å kunne oppnå en forandring hos individet, som for eksempel lindring av personens plager (Travelbee, 1999). Travelbee (1999) nevner også at menneske-til-menneske-forhold ikke må forveksles med sykepleie-pasient-forhold. Dette fordi hun mener rollene sykepleier og pasient kan sette sperrer for menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 1999). Travelbee (1999) mener at kommunikasjon foregår i ethvert møte mellom sykepleier og den han/hun har omsorg for. Hun mener at man kommuniserer gjennom atferd, holdning, ansiktsuttrykk og manerer (Travelbee 1999, s. 135). Travelbee (1999) skriver også at kommunikasjon gjør sykepleier i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold, som trengs for å utføre sykepleiers mål og hensikt.

3.6 Presentasjon av forskningsartikler

Artikkelen «The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying – a phenomenological hermeneutical study» (Tornøe, Danbolt, Kvigne, Sørli, 2015) ble publisert i BioMed Central Nursing. Studien har benyttet kvalitativ metode og ble utført i Norge. Seks autoriserte sykepleiere som jobbet på onkologisk eller medisinsk

avdeling på sykehus deltok i studien. Hensikten med studien var å beskrive sykepleiers erfaring med åndelig og eksistensiell omsorg for døende pasienter på sykehus. Det kom fram i studien at sykepleierne synes det var utfordrende å kartlegge døende pasienters åndelige og eksistensielle behov. Sykepleiernes åndelige og eksistensielle omsorg rettet seg mot å fremme en fredelig og harmonisk død. Sykepleierne forsøkte å hjelpe pasienter å akseptere døden, oppnå forsoning med deres fortid, de nærmeste og Gud. De bistod også pasientene med å få ordnet opp i praktiske anliggende.

Artikkelen «Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care» (Browall, Henoch, Melin-Johansson, Strang, Danielson, 2014) ble utgitt i *European Journal of Oncology Nursing*. Artikkelen er en kvalitativ studie der 83 sykepleiere deltok. Det var sykepleiere fra hospice, onkologisk og kirurgisk avdeling på sykehus og fra palliativt team i hjemmetjenesten. Studien ble utført i Sverige. Hensikten med studien var å beskrive sykepleiers erfaringer med eksistensielle situasjoner når de pleier pasienter med alvorlig kreft. Det kom frem i studien at sykepleierne følte seg maktesløse i forhold til døden, og de følte seg usikre på hvordan de skulle forholde seg til disse situasjonene. Forfatterne i studien mener spiritualitet generelt omfatter mening, eksistens, energi og relasjoner.

Artikkelen «Training intervention for Health Care Staff in the Provision of Existential Support to Patients With Cancer: A Randomized, Controlled Study» (Henoch, Danielson, Strang, Browall, Melin-Johansson, 2013) ble publisert i *Journal of Pain and Symptom Management*. Det var 102 sykepleiere fra onkologisk avdeling, hospice og palliative team i hjemmetjenesten i Sverige som deltok. Treningen bestod av teoretisk opplæring i eksistensielle problemer som pasienter kunne oppleve, samt refleksjoner individuelt og i gruppe. Det var tilfeldig hvem som fikk trening og hvem som ikke fikk trening. Hensikten med studien var å fastslå effekten av en treningsintervensjon hvor fokuset var på eksistensielle problemer. Det var også fokus på sykepleiernes selvtillit i kommunikasjon og deres holdning i pleie av døende pasienter. Det kom frem i studien at sykepleiers selvtillit i kommunikasjon ble forbedret etter treningen.

Artikkelen «"To Cherish Each Day as it Comes": a qualitative study of spirituality among persons receiving palliative care» (Asgeirsdottir, Sigurbjörnsson, Traustadottir, Sigurdardottir, Gunnarsdottir, Kelly, 2013) ble publisert i *Supportive Care in Cancer*. Dette er en kvalitativ studie som ble utført på et sykehus på Island. Det var ti pasienter som deltok.

Hensikten med studien var å utforske spiritualitet fra perspektivet til pasienter som fikk palliativ behandling. Det var også for å undersøke pasientenes erfaringer med spiritualitet og dens innflytelse på deres liv og velvære. Artikkelen viste at det var både religiøse og ikke religiøse aspekter som ble anerkjent hos pasienter som fikk palliativ omsorg. Det kom frem i studien at noen deltakere mente at den åndelig og eksistensielle dimensjon var et viktig element knyttet til å søke mening og hensikt med livet. Blant åndelige og eksistensielle behov var håp en viktig del. Håpet kunne være knyttet til at sykdomsutvikling ble forsinket, slik at pasientene kunne leve lenger. Håpet kunne også handle om at deres fysiske tilstand skulle bli bedre, klare å ta en dag av gangen og ikke la mørket ta kontrollen over livet.

Artikkelen «Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients» (Pearce, Coan, Herndon, Koenig, Abernethy, 2012) ble publisert i *Supportive Care in Cancer*. Studien ble utført på et sykehus i USA, der 150 pasienter over 18 år deltok. Hensikten med studien var å undersøke om pasientene fikk dekket sine behov for åndelig omsorg. I studien kom det fram at flere pasienter mente de fikk dekket sine åndelige og eksistensielle behov. En mindre gruppe pasienter mente de ikke fikk den åndelige og eksistensielle omsorgen de ønsket mens de var innlagt på sykehus. For de pasientene som mente de ikke fikk dekket sitt omsorgsbehov, ble det i studien undersøkt om dette påvirket pasienten negativt. I tilfeller der det åndelige og eksistensielle behovet ikke ble møtt, stod pasienten i større risiko for å utvikle depresjon, og redusert opplevelse med mening med livet.

Artikkelen «Communication about existential issues with patients close to death – nurses' reflections on content, process and meaning» (Strang, Henoch, Danielson, Browall, Melin-Johansson, 2013) ble publisert i *Psycho-Oncology*. Dette er en kvalitativ studie der 98 sykepleiere fra både sykehus og hjemmetjenesten deltok. Studien ble utført i Sverige. Hensikten med studien var å undersøke sykepleiernes reaksjoner på eksistensielle problemer i kommunikasjonen med pasienter i palliativ fase. Studien tar for seg eksistensielle samtaler om temaer som livet, døden og pasientens relasjoner. I studien kom det fram at kommunikasjonsferdigheter som å være tilstede og bekrefte pasienten, kan åpne opp for samtaler. I samtale ble det lagt vekt på å bruke aktiv lytting, åpne spørsmålsstillinger, respondere med et spørsmål og bruke humor når det er hensiktsmessig. I studien ble det også tatt opp betydningen av samtaler mellom sykepleierne om eksistensielle problemstillinger. Grupperefleksjoner viste at sykepleierne var bevisst verdien av sensitive og støttende samtaler dem imellom.

Artikkelen «A willingness to go there: Nurses and spiritual care» (Minton, Isaacson, Varilek, Stadick, O'Connell-Persaud, 2017) ble utgitt i Journal of Clinical Nursing. Studien brukte kvalitativ metode og ble utført i hjemmetjenesten og på hospice i South Dakota, USA. I studien var det ti sykepleiere som deltok. Halvparten jobbet i hjemmetjenesten og resten på hospice. Hensikten med studien var å beskrive sykepleiernes kommunikasjonsstrategier når de gav åndelig og eksistensiell omsorg til pasienter ved slutten av livet. Studiens hovedtema omfattet sykepleiernes evne til å handle og ha vilje til å gå inn i det ukjente. Det handlet om å ta tak i mulighetene for de dype, meningsfulle samtale med pasientene uansett hvilken vei samtalen kunne gå.

Artikkelen «Exploring Nurse Communication About Spirituality» (Wittenberg, Ragan, Ferrell, 2017) ble utgitt i American Journal of Hospice & Palliative Medicine. Dette er en kvalitativ studie der 57 onkologiske sykepleiere deltok. Sykepleierne som svarte på denne undersøkelsen var på et kommunikasjonskurs i USA. De fleste sykepleierne som deltok kom fra vest i USA. I studien kom det frem at pasienter først og fremst initierte samtale om eksistensielle temaer. Sykepleierne erfarte at de fleste pasientene hadde behov for å snakke om åndelige og eksistensielle temaer ved slutten av livet. Lytting, diskusjon av pasientens følelser og kommunikasjon ble vektlagt som viktige ferdigheter sykepleier behøvde i åndelige og eksistensielle samtaler. Sykepleiers erfaring var at åndelig og eksistensielle samtaler hadde en positiv effekt på pasientomsorgen.

4 Drøfting

I dette kapittelet drøftes problemstillingen «*Hvordan kan sykepleier, ved hjelp av kommunikasjon, ivareta åndelige og eksistensielle behov hos kreftpasienter i den palliative fasen?*» i lys av valgt teori og forskning.

4.1 Sykepleiers møte med kreftpasienter i palliativ fase

For kreftsyke i palliativ fase er de åndelige og eksistensielle dimensjonene svært viktig (Asgeirsdottir m.fl., 2013). Dette understøttes i studien av Pearce m.fl., (2012) der det fremkommer at over 90% av pasientene hadde et behov for åndelig og eksistensiell omsorg. Sykepleier har ansvar for lindre fysisk lidelse på linje med psykisk og åndelig lidelse (Travelbee, 1999). Hirsch og Røen (2016) skriver at pasienten lever i relasjon til seg selv, til andre, omgivelsene sine, Gud eller en høyere makt. Ved alvorlig sykdom blir disse relasjonene satt på prøve (Hirsch, Røen, 2016). Sykepleiere i studien av Tornøe m.fl., (2015) så på åndelig og eksistensielle behov som viktig for pasienten. På tross av at sykepleierne i studien hadde en felles oppfattelse av behovet som viktig, hadde de ulike meninger om hvordan disse behovene kunne ivaretas (Tornøe m.fl., 2015). Hirsch og Røen (2016) mener at for å ivareta de åndelige og eksistensielle behovene, trenger sykepleier å finne ut hvordan pasienten har det i de ulike relasjonene. Pasientene kan gi uttrykk for sine behovene på ulike måter (Hirsch og Røen, 2016). For å best mulig kunne tolke disse uttrykkene, er det derfor en forutsetning at sykepleier behersker de nødvendige kommunikasjonsferdighetene, og kan bruke dem i møte med den kreftsyke pasienten (Travelbee, 1999).

4.1.1 Å bygge en tillitsfull relasjon

Hirsch og Røen (2016) skriver at for å kunne ivareta kreftpasienters åndelige og eksistensielle behov, trenger sykepleier å bygge en tillitsfull relasjon til pasienten. Dette understøttes av forskning, der å skape tillitt er nødvendig for å kunne åpne opp for samtaler mellom sykepleier og pasient (Strang m.fl., 2013; Tornøe m.fl., 2015). Eide og Eide (2017) mener at tillitt er grunnleggende i kommunikasjonen med pasienten. Tillitt og åpenhet er forutsetninger for å skape et godt forhold mellom sykepleier og pasient (Dahl, 2016). Å bygge en god relasjon

handler om være åpen, tilgjengelig og fleksibel (Strang m.fl., 2013). En utfordrende faktor i ivaretagelsen av åndelige og eksistensielle behov, er at sykepleiere kan føle de ikke har nok kompetanse (Stubberud, 2013). Dette kan være på grunn av at sykepleier ikke er komfortabel med åndelige og eksistensielle temaer, og dermed føle seg usikker i situasjonene (Stubberud, 2013). Sykepleierne i studien av Browall m.fl., (2014) mente det var utfordrende å knytte et tett bånd med pasientene. Dette var på grunn av at sykepleierne kunne føle seg maktesløse og usikre i møte med døende pasienter (Browall m.fl., 2014). Samtidig mente sykepleierne at å ha en tett relasjon med pasienten var nyttig (Browall m.fl., 2014). I tillegg følte de det også var et privilegium å få innsikt i pasientenes liv og høre på deres historier (Browall m.fl., 2014). I sin interaksjonsteori tar Travelbee (1999) opp relasjoner mellom sykepleier og pasient. Hun mener at et menneske-til-menneske-forhold bygges gjennom gjensidig forståelse (Travelbee, 1999). Mellom sykepleier og pasient etableres det en kontakt som utvikles gjennom erfaringsdeling dem imellom (Travelbee, 1999). Sykepleier må oppfatte pasienten som et individ, ikke som en sykdom eller bare en jobb, for å kunne finne frem til de individuelle behovene (Travelbee, 1999).

4.1.2 Å tilrettelegge for pasientens historier

Det er gjennom pasientens historier at sykepleierne kan få tilgang til de indre, eksistensielle spørsmålene som pasienten har (Browall m.fl., 2014). For at pasienten skal fortelle sine historier, mener Eide og Eide (2017) at et åpent spørsmål ofte er nyttig å starte med. Et åpent spørsmål kan for eksempel være «hvordan har du det i dag?» eller «hva tenkte du om det som skjedde?» (Eide og Eide, 2017). Slike spørsmål kan utløse følelser hos pasienten, eller få pasienten til å ville dele sine tanker med sykepleieren (Eide og Eide, 2017; Travelbee, 1999). Dette står i motsetning til en lukket spørsmålstilling, som oftest brukes for å bekrefte eller avkrefte et konkret forhold (Eide og Eide, 2017). Et eksempel på et lukket spørsmål kan være: «vil du ha en kopp kaffe?». I forskning fremkommer det at å stille meningsfulle, åpne spørsmål og lytte til pasienten er viktige faktorer i samtalen mellom sykepleier og pasient (Minton m.fl., 2017). Jeg erfarte i ulike praksis- og jobbsituasjoner at å samtale om de hverdagslige tingene med pasienten, førte til at jeg ble bedre kjent med dem. Ved å bli bedre kjent med pasienten, økte min følelse av trygghet slik at jeg våget å stille åpne spørsmål av dypere karakter. På denne måten resulterte en ufarlig innledende samtale om hverdagslige hendelser til en situasjon der pasienten selv kunne dele sine indre tanker og spørsmål.

Sykepleierne i studien av Browall m.fl., (2014) synes det var en lettelse når de selv kunne, i en vanskelig situasjon, vise åpenhet i relasjonen med pasienten. Ved å vise åpenhet tilrettela sykepleieren for at pasienten kunne åpne opp for sine følelser og spørsmål angående døden (Browall m.fl., 2014).

4.1.3 Bevisst bruk av stillhet

I studien av Strang m.fl., (2013) ble uttrykkene «bare være der», «ikke forlate pasienten» og «fokus på pasienten» sett på som viktig under en samtale. Sykepleierne mente at de ikke alltid måtte løse et hvert problem for pasientene, men i stedet være der og støtte dem (Strang m.fl., 2013). Å være tilstede på denne måten krever at sykepleier er fokusert og forpliktet (Strang m.fl., 2013). Eide og Eide (2017) mener at i denne tilstedeværelsen kan sykepleier bruke ordløs kommunikasjon. Pauser i den verbale kommunikasjonen kan skape en oppfordring til pasienten om å fortsette eller gå videre i samtalen (Eide og Eide, 2017). Pasientene kan føle trøst ved at sykepleier er nærværende (Tornøe m.fl., 2015). Å vite at sykepleier er tilstedeværende kan også skape en trygghet for pasienten (Stubberud, 2013). Ordløs kommunikasjon kan gi pasienten tid til å tenke og reflektere over hva som har blitt sagt, og følelsene rundt det (Eide og Eide, 2017). Forskning understøtter dette, og mener at om sykepleier er tilstede kan pasienten få tid til å sette ord på sine bekymringer (Minton m.fl., 2017). Selv om sykepleierne ofte følte ordløs kommunikasjon som utfordrende, mente de at det ikke alltid var nødvendig å skulle si noe (Strang m.fl., 2013). Jeg erfarte selv hvor vanskelig det var å bruke pauser og stillhet bevisst. For meg kunne det bli en unaturlig, og nesten ubehagelig lang pause, som jeg egentlig hadde lyst å fylle med ord eller et nytt spørsmål. Dette gjenspeiles i forskning, der sykepleiere kunne føle et profesjonelt ubehag ved aktiv bruk av stillhet (Minton m.fl., 2017). Det kreves bevissthet fra sykepleier ved bruk av pauser og stillhet (Eide og Eide, 2017). Eide og Eide (2017) mener at å bruke stillhet kan gi pasienten mulighet til å styre samtalen, og eventuelt hvilken retning den tar. I artikkelen fra Minton m.fl., (2017) ble det skrevet at det er like viktig å virkelig lytte til hva pasienten sier, som å la pasienten lede samtalen.

4.2 Å hjelpe pasienten til å finne mening med livet og døden

I forskning fremkommer det at pasienter ønsker å snakke om livet og døden, meningen med sykdom, redsel og håp (Strang m.fl., 2013). Pasienter kan også uttrykke eksistensielle bekymringer i forhold til hva som er meningen med døden (Browall m.fl., 2014). Frykt og angst i forhold til om det var smertefullt å dø er spørsmål sykepleier kan bli stilt (Browall m.fl., 2014). Det ble beskrevet i artikkelen fra Strang m.fl., (2013) at i tilfellene pasienten opplevde angst i forhold til døden, var ikke alltid løsningen å gi medisiner mot angst. Men det var sykepleiere som følte seg maktesløse i forhold til døden, og usikre på hvordan de skulle respondere i slike situasjoner (Browall, m.fl., 2014). Å ikke kunne lindre pasientenes åndelige og eksistensielle angst gjorde at sykepleierne følte seg hjelpeløse og at de hadde profesjonelle mangler (Tornøe m.fl., 2015). I situasjoner der sykepleierne følte seg hjelpeløse ble det beskrevet at det var viktig å ha mot til å sitte hos pasientene og ha tid til å høre på deres historier (Browall m.fl., 2014). Dette understøttes av faglitteratur, som mener at det kreves mot av sykepleier for å stille åndelige og eksistensielle spørsmål (Lorentsen og Grov, 2011). I situasjoner der pasientene stilte spørsmål om det var smertefullt å dø, mener Hirsch og Røen (2016) at det kan hjelpe om sykepleier forteller om erfaringer om hvordan dødsleie ofte arter seg. Å informere om lindrende tiltak kan også fremme trygghet for pasienten (Hirsch og Røen, 2016; Stubberud, 2013). Å få kunnskap om sykdom og lidelse kan gjøre at pasienten lettere kan skape mening i det meningsløse (Stubberud, 2013). Ved slike bekymringer er det også viktig at sykepleierne har mot til å åpne opp for samtaler om døden (Browall m.fl., 2014).

Stubberud (2013) mener at det er sykepleiers oppgave å finne ut hva som gir pasientens liv mening, og hva som motiverer. Mange sykepleiere opplevde at pasientene ble lettere til sinns når de fikk uttrykke sine bekymringer (Tornøe m.fl., 2015). Travelbee (1999) mener at sykepleier ikke må bagatellisere pasientens problemer, men heller ikke overdrive disse. Om sykepleier forsøker å oppmuntre pasienten til å tenke positivt, mener Dahl (2016) at pasientens tanker og følelser lett kan bagatelliseres. Ved å verken bagatellisere eller overdrive pasientens følelser, kan han/hun reflektere rasjonelt over sine bekymringer og problemer (Travelbee, 1999). I møte med å finne mening i sykdom blir sykepleiers rolle å oppnå best mulig helse for pasienten (Travelbee, 1999). Studier viser at dersom pasienten fikk mulighet til å sette ord på sine bekymringer, kunne samtalen bidra til at pasienten selv kunne finne svaret (Strang m.fl., 2013). Det understøttes av faglitteratur, som mener at det er

hensiktsmessig av sykepleier å hjelpe pasienten til å sette ord på sine følelser (Dahl, 2016). Å kommunisere utforskende handler om å utfordre pasienten til å reflektere over følelser og tanker ovenfor sin situasjon (Eide og Eide, 2017). Det handler også om å kunne stille spørsmål som stimulerer til refleksjon (Eide og Eide, 2017). Travelbee (1999) mener at det er sykepleiers oppgave å utforske samtalens innhold sammen med pasienten. Ved å undersøke pasientens forestillinger om sykdom og mening med livet, kan sykepleier hjelpe pasienten å få innsikt i sin situasjon (Travelbee, 1999).

4.2.1 Skyldfølelse hos pasienten

En stor del av pasientens åndelige og eksistensielle behov er forholdet til Gud eller en høyere makt (Pearce m.fl., 2012). Sykepleiere kan erfare at pasienter har spørsmål i forhold til skyld og straff (Browall m.fl., 2014). Spørsmål som «Hvorfor skjer dette meg?» og «Har jeg fortjent dette?», er eksempler på spørsmål pasienten kan stille seg (Eide og Eide, 2017, s.71). Dette kom også frem i studien av Strang m.fl., (2013). I denne studien fantes det pasienter som kunne spørre om hva de hadde gjort galt, og andre som mente de hadde vært en forferdelig person for å ha blitt rammet av sykdom (Strang m.fl., 2013). Pasientene kunne tenke at det var noe i deres fortid som gjorde at de ble straffet med sykdom (Browall m.fl., 2014; Wittenberg m.fl., 2017). Noen pasienter kan føle sin sykdom er urettferdig, og at det er Gud som har sviktet dem (Hirsch og Røen, 2016). Andre pasienter kan anklage seg selv for at de har fått sykdommen, for eksempel på grunn av livsstil (Travelbee, 1999). Det kom frem i studien av Tornøe m.fl., (2015) at pasienter kunne føle at Gud straffet dem for deres synder. I studien av Asgeirsdottir m.fl., (2013) kom det derimot frem at pasienter mente at Gud ikke straffet dem. Disse pasientene så på Gud som kjærlig, god og som et lys (Asgeirsdottir m.fl., 2013). Sykepleiers oppgave i situasjoner der pasienten føler at Gud har straffet dem, kan være å hjelpe pasienten til å endre sitt syn på Gud (Tornøe m.fl., 2015). Dette innebærer å endre synet fra en straffende Gud til en kjærlig og støttende Gud (Tornøe m.fl., 2015). Hirsch og Røen (2016) mener at i situasjoner der pasienter har følelser som skyld eller straff, kan det være nyttig å få snakket ut om disse. Eide og Eide (2017) mener at det er viktig at sykepleier prøver å få frem pasientens følelser og tanker rundt situasjonen.

Følelsen av skyld, straff eller urettferdighet kan gjøre at pasienten for eksempel uttrykker sinne (Travelbee, 1999). Sykepleiere kan oppleve å bli provosert om pasienten reagerer med sinne (Strang m.fl., 2013). Følelser pasienter har i situasjoner er verken gale eller riktige (Eide og Eide, 2017). Det kreves av sykepleier at han/hun er villig til å akseptere og anerkjenne pasientens følelser (Travelbee, 1999). Dette understøttes av Strang m.fl., (2013) der å anerkjenne pasientens følelser ble sett på som et viktig aspekt i kommunikasjonen. Å utforske følelser kan bidra til at pasienten selv forstår situasjonen (Eide og Eide, 2017). Dahl (2016) mener at det kan være godt for pasienten å få uttrykt sine følelser. Det kreves av sykepleier å åpner opp for dette i samtalen (Dahl, 2016). Eide og Eide (2017) mener at å speile følelser og stille åpne spørsmål kan gjøre at pasientens følelser kommer frem, noe som videre kan reflekteres og utforskes. Å speile følelser kan være å vise at du ser hva den andre føler, som for eksempel ved å si «Jeg ser at du er sint» (Eide og Eide, 2017, s.172). Sykepleierne i studien av Strang m.fl., (2013) mente det også var viktig å unngå å si «jeg forstår akkurat hvordan du har det», fordi man ikke kan vite akkurat hvordan en annen personen har det. Ved å vise at du ser pasienten følelser, kan pasienten reflektere over dette og mulige årsaker til følelsene (Eide og Eide, 2017).

4.2.2 Håp kan skape trygghet

I studien av Asgeirsdottir m.fl., (2013) kom det frem at håp var en del av pasientens åndelige og eksistensielle behov. Ved å uttrykke sin åndelighet fikk pasientene håp og styrke til å fortsette å leve i uvissheten, frem mot døden (Asgeirsdottir m.fl., 2013). Ved livets slutt kan håp bidra til at pasienten greier å mestre sin sykdom (Travelbee, 1999). I studien av Browall m.fl., (2014) kom det derimot frem at det var pasienter som opplevde håpløshet. Sykepleiers rolle er å understøtte og opprettholde pasientens håp (Norsk sykepleieforbund 2016; Travelbee, 1999, s.117). For å kunne opprettholde håpet mener Travelbee (1999) at sykepleiers oppgave er å være tilgjengelig, aktiv lyttende og vise seg villig til å hjelpe. Mindre erfarne sykepleiere mente at aktiv lytting var frustrerende, da det var utfordrende å kommunisere om døden og andre triste temaer (Strang m.fl., 2013). Når pasienten ga uttrykk for håpløshet syntes disse sykepleierne at dette var utfordrende å høre på, eller prøve å snu samtalen (Strang m.fl., 2013). Dette gjorde at sykepleierne kunne føle seg tomme og trette (Strang m.fl., 2013). Travelbee (1999) mener at lytting er en generell kommunikasjonsevne. Aktiv lytting mener Eide og Eide (2017, s. 22) handler om å vise at man ser, hører og prøver å

forstå pasienten. Det blir derfor viktig at sykepleier er aktivt lyttende, og utforsker situasjonen og følelsene rundt den, når samtalen er i gang (Eide og Eide, 2017). Dette understøttes av Wittenberg m.fl., (2017), som mener at lytting og diskusjon av pasientens følelser var viktig å bruke i samtale ved livets slutt. Travelbee (1999) mener at om den ene parten lar være å lytte til den andre, blir kommunikasjonen blokkert. Om sykepleier skal klare å lytte kreves det at han/hun er tilstede og gir pasienten oppmerksomhet (Travelbee, 1999). Å vise at man som sykepleier er villig til å hjelpe pasienten kan være med på å styrke håpet (Stubberud, 2013). Travelbee (1999) mener sykepleier må være villig til å være konsentrert og ha energi til å lytte. Videre mener Travelbee (1999) at det trengs mer forskning på hva håp er og tiltak for å holde fast ved håpet. Men selv om hun mener dette, må ikke sykepleier unngå å prøve å hjelpe pasienten til å oppleve håp (Travelbee, 1999).

4.2.3 Forsoning i pasientens relasjoner

Å leve med en kreftsykdom kan gjøre at pasienter føler at de har endret seg, eller ikke kjenner igjen den de var eller ønsket å være (Hirsch og Røen, 2016). Det kom også frem i forskning, at pasienter mente de hadde mistet noe av sin identitet (Tornøe m.fl., 2015). Hirsch og Røen (2016) mener at pasienter kan stille spørsmål om hvem de er, og om det er mulig å forsones seg med den de har blitt. Sykepleiere i studien av Browall m.fl., (2014) mente det var utfordrende når pasienter slet med følelsen av å miste sin identitet. I slike situasjoner mener Hirsch og Røen (2016) at det er sykepleiers oppgave å hjelpe pasienten til å forsones seg med den han/hun er. Dette kan gjøres gjennom å se pasienten som et individ (Hirsch og Røen, 2016). Travelbee (1999) understøtter dette, og mener at sykepleier må ha evne til å verdsette den andre som en unik person. Hirsch og Røen (2016) mener at i situasjoner der pasienter stiller spørsmål ved sin identitet, er det viktig at sykepleier lytter til pasientens livshistorier. Gjennom disse historiene kan pasienten få uttrykt hvem han/hun egentlig er eller ønsker å bli sett som (Hirsch og Røen, 2016).

Hirsch og Røen (2016) mener forsoningsarbeid er en viktig del av den åndelige og eksistensielle omsorgen. Dette understøttes av forskning, der sykepleiere mente det var viktig for pasienten å forsones seg med fortiden, familien og Gud (Tonrøe m.fl., 2015). Å kunne forsones seg med familien, Gud, bli tilgitt og tilgi, mener Hirsch og Røen (2016) er en del av prosessen ved livets slutt. Å forsones seg med det livet som er levd, kan bidra til at pasienten

opplever en fredelig død (Tornøe m.fl., 2015). Dahl (2016) mener det kan være viktig for pasienten å eksponere seg for vonde minner for å kunne komme seg videre. Dette understøttes av Eide og Eide (2017), som mener at vonde følelser og minner må komme frem før man kan bearbeide disse. Hirsch og Røen (2016) mener at pasienter ofte kan tenke på det livet de har levd. Sykepleierne i studien av Tornøe m.fl., (2015) la vekt på betydningen det hadde for pasienten å få tatt et ordentlig farvel med nære og kjære. På denne måten kunne pasienten oppnå fred (Tornøe m.fl., 2015). I samme studie kom det frem at pasientene skjulte sin sorg for familiemedlemmer (Tornøe m.fl., 2015). Dette ble gjort for å unngå å legge sine bekymringer over på dem (Tornøe m.fl., 2015). Hirsch og Røen (2016) mener at det er mange pasienter som ønsker å snakke med sykepleier om sine bekymringer for familien. I situasjoner der pasienter ikke deler sine bekymringer med familien, mente sykepleiere det var viktig å oppfordre pasienten til å snakke åpent med sine nærmeste (Tornøe m.fl., 2015).

4.3 Kommunikasjon, ikke uten utfordringer

Sykepleierne i studien av Tornøe m.fl., (2015) følte det utfordrende å avdekke pasientens åndelige og eksistensielle lidelser, fordi det vanligvis oppstod forverring av fysisk, psykisk, åndelig og eksistensiell smerte. I studien av Minton m.fl., (2017) kom det frem at de åndelige og eksistensielle bekymringene til pasienten ofte dukket opp etter at de fysiske behovene var møtt. Pasientene som mente de ikke fikk dekket sine åndelige og eksistensielle behov, hadde større risiko for depressive symptomer og en lavere følelse av åndelig og eksistensiell velvære (Pearce m.fl., 2012). Disse pasientene opplevde også en redusert følelse av mening med livet (Pearce m.fl., 2012). Derimot ble det i annen forskning funnet at sykepleiere mente de var mottakelige for samtaler om åndelige og eksistensielle temaer (Wittenberg m.fl., 2017). I samtalene var de i øyeblikket, fokuserte og ikke dømmende (Wittenberg m.fl., 2017). Det var også pasienter som mente de fikk dekket sitt behov for åndelig og eksistensiell omsorg (Pearce m.fl., 2012). Stubberud (2013) mener pasientens reaksjoner endrer seg fra dag til dag. Eide og Eide (2017) mener at sykepleier må være bevisst på de små hintene pasienten kan uttrykke, gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon. Travelbee (1999) understøtter dette, og mener at det er sykepleiers oppgave å tolke pasientens utsagn eller tegn. Disse tegnene kan for eksempel være rynking av pannen, utålmodig kremting, opprømt stemme og sukking. Eide og Eide (2017) mener sykepleiers nonverbale fortolkninger ikke alltid er presise. På tross av

dette må det nonverbale språket alltid fortolkes (Eide og Eide, 2017). For å avdekke individets behov kan sykepleier observere den syke (Travelbee, 1999).

4.3.1 Tidsmangel, opplevd eller virkelig?

I studien av Tornøe m.fl., (2015) kom det fram at sykepleiere var usikre i forhold til på å ta opp åndelige og eksistensielle temaer med pasienter. Usikkerheten knyttet seg til mange på tid, ressurser og muligheten for å bli avbrutt under samtalen (Tornøe m.fl., 2015). I mine praksisperioder opplevde jeg at tiden var vanskelig å forholde seg til. Selv om jeg ønsket å høre på pasientens historie, var det ofte en mangel på tid. Disse erfaringene understøttes av faglitteratur, der Lorentzen og Grov (2011) mener at på en travel avdeling kan tiden være en begrensende faktor i forhold til å kunne lytte til pasientenes historie. På den andre siden ble det beskrevet av andre sykepleiere at mangelen på samtaler ikke skyldes for liten tid eller underbemanning (Strang m.fl., 2013). Disse sykepleierne hevdet det derimot handlet om prioriteringer (Strang m.fl., 2013). Stubberud (2013) mener at det er hvordan sykepleier handler i tidsrommet han/hun har til rådighet som avgjør om pasienten opplever å bli sett eller ikke. Sykepleiers oppgave i situasjoner der tiden virker begrensende på gjennomføringen av pasientsamtaler, kan være å avtale et tidspunkt for samtaler med pasienten (Lorentzen og Grov, 2011), og på den måten å ivareta pasientens behov for samtale.

Sykepleierne i studien av Tornøe m.fl., (2015) reflekterte over at de brukte begrenset tid som unnskyldning for å unngå utfordrende samtaler med pasienter. I studien til Strang m.fl., (2013) ble det beskrevet at tidsbegrensninger ble brukt for å undertrykke behovet for samtale. Dette fordi disse samtalene ofte ble opplevd som tunge eller energitømmende for sykepleierne (Tornøe m.fl., 2015). I tillegg til dette, kom det fram i samme studie, at sykepleierne mente disse krevende samtalene kunne trigge angst (Tornøe m.fl., 2015). I arbeidssituasjoner har jeg opplevd at det å kunne rådføre seg med mer erfarne kolleger ofte gav meg den støtten jeg trengte for å gjennomføre krevende samtaler. Dette er et hjelpemiddel som også understøttes i studier. Hos Tornøe m.fl., (2015) mente mindre erfarne sykepleiere at eldre og mer erfarne sykepleiere taklet samtaler med åndelige og eksistensielle innhold bedre. De mente det var erfaring innenfor feltet som gjorde de mer erfarne sykepleierne robuste nok til å takle pasientens bekymringer (Tornøe m.fl., 2015). Eide og Eide (2017) skriver at å jobbe med alvorlig syke pasienter som dør kan være svært belastende. Å ta en pause fra byrdefulle

samtaler, og ha mulighet til å diskutere disse temaene med kollegaer, er viktig (Strang m.fl., 2013).

4.3.2 Å respektere ønsket om og ikke snakke

Faulkner og Maguire mente i 1998 (gjengitt i Dahl, 2016, s. 52-53) at sykepleier lager avstand til pasienten om han/hun enten unngår eller lar være å reagere på pasientens utsagn og nonverbale hint. I forskning kom det derimot frem at sykepleiere opplevde at det var pasienter som ikke ønsket å snakke med verken dem eller andre (Tornøe m.fl., 2015). De reflekterte over dette, og kom frem til at det var viktig å respektere pasientenes ønsker (Tornøe m.fl., 2015). Det var viktig for sykepleierne å tenke på pasients energinivå og ikke tvinge til samtale, men heller ikke unngå det (Strang m.fl., 2013; Tornøe m.fl., 2015). Sykepleiere mente de måtte være klar over at pasientene ikke alltid ønsket å snakke (Strang m.fl., 2013). Dette understøttes av Stubberud (2013), som mener at sykepleier ikke kan tvinge åndelig og eksistensiell omsorg på pasienten. Stubberud (2013) mener også at pasienter har behov for å bli respektert som et unikt menneske, og ikke bli sett på som et objekt. Eide og Eide (2017) mener at hvis en pasient ikke ønsker å snakke, er det viktig for sykepleieren å begynne der personen er. De mener at sykepleier kan bruke bekreftende kommunikasjonsferdigheter i situasjoner pasienter ikke ønsker å prate, ved å vise respekt og interesse for den andre (Eide og Eide, 2017).

4.3.3 Bevisst egne følelser

Eide og Eide (2017) skriver at rollen som sykepleier innebærer visse forventninger til måten man kommuniserer på. Sykepleiere kommuniserer ikke som privatpersoner, men kommunikasjonen skal ha en hjelpende og støttende funksjon (Eide og Eide, 2017). Som sykepleier kan man oppleve at man blir påvirket av pasientens følelser (Eide og Eide, 2017). Et eksempel fra studien til Browall m.fl. (2014) var at sykepleiere som hadde barn i samme alder som pasientens barn, synes det var vanskelig å holde en profesjonell avstand. Disse sykepleierne identifiserte seg med pasientene og det brakte frem angst og redsel for å ikke kunne ivareta sine egne barn (Browall m.fl., 2014). Det var sykepleiere i studien til Strang m.fl., (2013) som mente at å identifisere seg med pasienter var svært utfordrende, og at de

kunne tenke «dette kunne vært meg». I møte med pasientens usikkerhet blir sykepleier konfrontert med sin egen sårbarhet (Lorentsen og Grov, 2011). Det kan derfor være viktig å være bevisst sine egne følelser, både positive og negative (Eide og Eide, 2017). Disse følelsene må heller ikke komme ut av kontroll (Dahl, 2016). Travelbee (1999, s. 45) mener at om sykepleier skal hjelpe pasienten til å finne mening i sin lidelse, må sykepleier være klar over sine oppfatninger av sykdom, lidelse og død. Hvis en ikke er bevisst sine egne følelser, kan det bli vanskelig å forholde seg til andres engstelse og usikkerhet (Eide og Eide, 2017).

4.3.4 Ansvar for å henvise videre

Sykepleier har et ansvar for å gi helhetlig omsorg til pasienten (Norsk Sykepleieforbund, 2016). Travelbee (1999) mener at sykepleier ikke kan gi helhetlig sykepleie om han/hun ikke ivaretar alle problemene som pasienter kan ha (Travelbee, 1999). Dette gjelder da også åndelige og eksistensielle behov. Pasientene i studien til Pearce m.fl., (2012) ønsket åndelig og eksistensiell omsorg fra sykepleiere. Men sykepleierne i studien av Tornøe m.fl., (2015) mente at disse behovene var utfordrende å ivareta. I slike situasjoner er det sykepleiers oppgave å formidle til pasienten at det finnes andre støttepersoner å få kontakt med, som for eksempel sykehuspresten (Stubberud, 2013). I enkelte situasjoner der sykepleierne ikke kunne tilby trøst, var det viktig å kunne henvise til et annet team (Strang m.fl., 2013). Dette kunne for eksempel være sykehusets prest (Strang m.fl., 2013). Pasientene mente også at å få besøk av sykehusets prest ville vært til hjelp under sykehusoppholdet (Pearce m.fl., 2012). Travelbee (1999) mener at det er sykepleiers ansvar å henvise videre til andre helsearbeidere, for eksempel sosialarbeidere eller prester. Palliativ omsorg for kreftpasienter foregår på flere nivåer i helsevesenet (Helsedirektoratet, 2015). Pasientene i denne gruppen har behov for oppfølging av flere yrkesgrupper (Kaasa og Loge, 2016). Sykepleiers rolle blir da å legge til rette for kommunikasjon mellom faggruppene, for å best mulig ivareta pasientens behov (Eide og Eide, 2017).

4.3.5 Mangel på erfaring

Sykepleierne i studien av Strang m.fl., (2013) mente at det var enklere å snakke om eksistensielle temaer etter at de hadde jobbet noen år innenfor dette området. Erfaringene jeg har fra sykepleiestudiet er at jeg har lært mye om kommunikasjon gjennom teori, rollespill og praksis. Jeg mener at jeg har de nødvendige kunnskapene for å bygge en relasjon og starte en samtale med pasienter. På tross av mine erfaringer kom det frem i forskning at nyutdannede sykepleiere følte seg «nakne» og «uten verktøy» for å takle eksistensielle spørsmål (Strang m.fl., 2013). De mente det var behov for mer trening, utdanning og refleksjon innenfor eksistensielle temaer (Strang m.fl., 2013). I denne studien kom det også frem at rutiner og kunnskap om åndelige og eksistensielle behov var utilstrekkelig (Strang m.fl., 2013). Sykepleierne hadde heller ikke noe prosedyre for å dokumentere disse samtalene (Strang m.fl., 2013). Refleksjoner i gruppe kan hjelpe sykepleiere til å sette ord på sine erfaringer og opplevelser (Strang m.fl., 2013). Hirsch og Røen (2016) mener at refleksjoner i gruppe og kompetansetrening er viktig for å utvikle ferdighetene i kommunikasjon. I forskning kom det frem at sykepleiere trengte trening i kommunikasjonsferdigheter i forhold til arbeid med kreftpasienter (Wittenberg m.fl., 2017). Studier viser at kortsiktig teoretisk opplæring i eksistensielle temaer, og refleksjoner i gruppe forbedrer selvtilliten til sykepleierne i forhold til å kommunisere med kreftpasienter (Hench m.fl., 2013). Eide og Eide (2017) mener at gode kommunikasjonsferdigheter gjør sykepleier i stand til å gi bedre hjelp og støtte til pasienten. De mener at disse ferdighetene også må utvikles gjennom praktisk trening (Eide og Eide, 2017). Hirsch og Røen (2016) mener at kommunikasjon er nødvendig i ivaretagelsen av åndelige og eksistensielle behov.

5 Konklusjon

Målet med oppgaven var å undersøke problemstillingen «*Hvordan kan sykepleier, ved hjelp av kommunikasjon, ivareta åndelige og eksistensielle behov hos kreftpasienter i palliativ fase?*». Jeg har trukket fram teoretiske perspektiver som er relevante for problemstillingen, og klargjort valg av metode med de eventuelle feilkilder denne medfører. Jeg drøftet så mine funn, med fokus på problemstillingen. I drøftingen kom det fram at åndelige og eksistensielle behov eksisterer hos flertallet av pasientene i denne gruppen. Gjennom forskning forteller sykepleiere om positive effekter av samtaler med åndelig og eksistensielt innhold. Andre sykepleiere pekte på utfordringer og vanskeligheten ved å gjennomføre denne type samtaler. Når det gjelder åndelig og eksistensiell omsorg, synes det som kreftpasienter i palliativ fase har ulike behov. Det virker som om temaer som håp, håpløshet, skyldfølelse, meningen med livet og forsoning i ulike relasjoner kan være sentrale for pasientene. Oppgaven har vist meg at det å beherske et bredt spekter av kommunikasjonsferdigheter, er viktig i møte med kreftpasienter i palliativ fase. Disse ferdighetene går først og fremst ut på å kunne bruke kommunikasjon til å bygge en tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient. I relasjonsbyggingen er det viktig å vise at sykepleier har tid og samtidig ønsker å hjelpe pasienten. Det er en forutsetning at sykepleier lytter til pasienten og opptrer bekræftende i møte med den syke. Han/hun må respektere pasientene, samt forsøke å utforske deres tanker og følelser i situasjonen. For å skape trygghet for pasientene er det nødvendig å kunne stille åpne spørsmål og lytte til deres historier. Den tillitsfulle relasjonen krever også en tilstedeværende sykepleier. Ettersom åndelige og eksistensielle samtaler kan være belastende for sykepleier, kreves det at de har mot til å være tilstede. Det kan virke som om det er nødvendig at sykepleier er bevisst egne følelser i forhold til åndelige og eksistensielle temaer. For sykepleieren kan det være viktig med et kollegialt fellesskap. Det er i dette forumet de kan dele sine bekymringer og sine erfaringer med gjennomføringen av åndelige og eksistensielle samtaler. Tilfredsstillende kompetanse om kommunikasjonen kan være nødvendig i samtaler med kreftsyke pasienter. Opplæring og praktisk trening i kommunikasjonsferdigheter kan derfor være hensiktsmessig. Tar sykepleier hensyn til ovennevnte momenter, ligger det til rette for at åndelige og eksistensielle behov hos kreftpasienter i den palliative fasen kan ivaretas.

Litteraturliste

*Asgerisdottir, G. H., Sigurbjörnsson, E. Traustadottir, R., Sigurdardottir, V., Gunnarsdottir, S., Kelly, E. (2013). "To Cherish Each Day as it Comes": a qualitative study of spirituality among persons receiving palliative care. *Supportive Care in Cancer*. 21(5) 1445-1451. doi: 10.1007/s00520-012-1690-6.

Bertelsen, B. I., Hornslien, K., Thoresen, L. (2011). Svulster. I Bach-Gansmo, E., Mjell, J., Ørn, S. (Red). *Sykdom og behandling*. (123-143). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Brenne, A-T., Dalene, R. (2016). Symptomlindring av den døende pasienten. I Kaasa, S., Loge, J. H. (Red). *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (638-651). (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Browall, M., Henoeh, I., Melin-Johansson, C., Strang, S., Danielson, E. (2014). Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care. *European Journal of Oncology Nursing*. 18(6) 636-644. doi: 10.1016/j.ejon.2014.06.001

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleieutdanningene*. (1.utg). Oslo: Abstrakt forlag AS

*Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom. Psykososiale og sosiale perspektiver*. (1.utg). Oslo: Cappelen Damm AS.

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H., Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H., Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

*European Association for Palliative Care. (2017). *Defenition of palliative care*. Hentet fra: <http://www.eapcnet.eu/Themes/AbouttheEAPC/DefinitionandAims.aspx>

*European Association for Palliative Care. (2018). *EAPC Taskforce on Spiritual Care in Palliative Care*. Hentet fra:

<http://www.eapcnet.eu/Themes/ProjectsTaskForces/EAPCTaskForces/SpiritualCareinPalliativeCare.aspx>

*Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*.

Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>

*Hench, I., Danielson, E., Strang, S., Browall, M., Melin-Johansson, C. (2013). Training Intervention for Health Care Staff in the Provision of Existential Support to Patients With Cancer: A Randomized Controlled Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 46(6) 785-794. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2013.01.013](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.01.013).

*Hirsch, A., Røen, I. (2016). Ivaretagelse av åndelig og eksistensielle behov. I Kaasa, S., Loge, J. H (Red). *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (315-325). (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt*. (7.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk

*Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring*. (2.utg). Kristiansand: Høyskoleforlaget

*Kaasa, S., Loge, J. H. (2016). *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Kreftregisteret. (2017). *Fakta om kreft*. Hentet fra:

<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. (2011). Om sykepleie. I Kristoffersen, N., Nortvedt, F., Skaug, E.A (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (15-28). (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. (1.utg). Oslo: Gyldendal Akademiske

*Loge, J. H. (2016). Praktisk klinisk kommunikasjon. I Kaasa, S., Loge, J. H (Red). *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (216-229). (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Lorentsen, V. B., Grov, E. K. (2011). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I Almås, H., Stubberud, D-G., Grønseth, R (Red). *Klinisk sykepleie 2*. (401-431). (4. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Minton, M. E., Isaacson, M. J., Varilek, B. M., Stadick, J. L., O'Connell-Persaud, S. (2017). A willingness to go there: Nurses and spiritual care». *Journal of Clinical Nursing*. 27(1-2) 173-181. doi: 10.1111/jocn.13867

*Norsk Sykepleieforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2.juli 1999 nr. 63. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

*Pearce, M. J., Coan, A. D., Herndon, J. E., Koenig, H. G., Abernethy, A. P. (2012). Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 20(10) 2269-2276. doi: 10.1007/s00520-011-1335-1

*Strang, S., Hensch, I., Danielson, E., Browall, M., Melin-Johansson, C. (2013). Communication about existential issues with patients close to death – nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*. 23(5) 562-568. doi: 10.1002/pon.3456

*Stubberud, D. G. (2013). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (1.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Sørensen, T. (2016). Religiøsitet, åndelighet og eksistensiell meningsdannelse. I Dahl, A. A (Red), *Kreftsykdom. Psykososiale og sosiale perspektiver*, (275-300). (1.utg). Oslo: Cappelen Damm AS

*Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K. Sørli, V. (2015). The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying – a phenomenological hermeneutical study. *BMC Nursing*. 14(1) 1-9. doi: 10.1186/s12912-015-0114-6.

*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (1.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk

*Wittenberg, E., Ragan, S. L., Ferrell, B. (2017). Exploring Nurse Communication About Spirituality. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 34(6) 566-571. doi: 10.1177/1049909116641630