



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSD101C

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	04-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	10-05-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Hjemmeoppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSD101C 1 H 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 38

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 6745

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har** Ja

**registrert oppgavetittelen**

**på norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 46

**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

**Åndelig og eksistensiell omsorg -fraværende tema i psykisk helsearbeid  
Forstår helsepersonell betydningen av åndelig og eksistensiell omsorg?**

**Spiritual and existential care - the absent subject in mental health work  
Do health personnel understand the importance of spiritual and existential care?**

Kandidatnummer: 38

GRSD15

HVL FHS IHO

Veileder: etter avtale med Bente Dahle Sylta

Antall ord: 6745

innleveringsdato: 10.05.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## Sammendrag

Sykepleiere som arbeider innen psykisk helsevern erfarer at åndelige og eksistensielle tema er tabulagt. Temaene vekker usikkerhet blant helsepersonale. Enkelte unngår å snakke om åndelige og eksistensielle behov, mens andre velger å vise åndelig omsorg over pasienter på en skjult måte - der medkollega ikke blir involvert (Borge & Mæland, 2017).

Forstår helsepersonell betydningen av åndelig og eksistensiell omsorg? Dersom det åndelige behov ikke dekkes kan det forsterke en åndelig og eksistensiell krise hos et menneske, og det kan få konsekvenser for både den fysiske, psykiske og sosiale dimensjonen av sykdom og helse.

Dette faglige essayet presenterer mine refleksjoner for hvordan en sykepleier kan støtte opp under åndelig og eksistensielle behov, og tilrettelegge for åndelig og eksistensiell omsorg. Jeg belyser et tema som jeg synes er sammensatt, men viktig. Som utgangspunkt til refleksjonen har jeg valgt å inkludere erfaringer fra møter jeg har hatt med brukere ved psykiatrisk enhet, i tillegg til å støtte meg på aktuell faglitteratur og forskning.

## Summary

The nurses who work with psychic health department experience that the topic of spiritual and existential problems are taboo. These topics arise uncertainty among the workers. Some of them avoid to speak of spiritual and existential needs, while others choose to satisfy these needs of patients in secret- coworkers are not involved (Borge & Mæland, 2017).

Does the nursing personell understand the meaning of spiritual and existential needs of the patients? If the spiritual needs are not fulfilled, it can deepen the spiritual and existential crisis of a human being and it can create consequences for the physical, psychical and social dimension of sickness and health.

This academic essay presents my thoughts on how the nursing personell can support patients with spiritual and existential problems and how they can help with spiritual and existential care. I would like to present this not only complex but also extremely important issue. As a starting point I have chosen to include my experience from the psychic ward and support my point of view by academic literature and science research.

## Innhold

Åndelige og eksistensielle behov som en del av sykepleien. ....	1
Åndelig behov som møtes mer enn tilfredsstilles.....	2
Åndelig og eksistensiell omsorg er først og fremst omsorg. ....	4
Et helhetlig menneskesyn i psykiskhelsearbeid – å ta pasienten sine følelser på alvor.....	6
Å se mennesket bak diagnosen.....	8
Skam og skyldfølelse.....	9
Usikkerhet og kompetanse – holdninger til åndelige og eksistensielle tema. ....	11
Travelheten.....	14
«Kan du be til Gud for meg?» .....	15
Referanseliste .....	17

## Åndelige og eksistensielle behov som en del av sykepleien.

*En person med psykiske problemer må ikke bare ses som pasient, men som et helt menneske med kropp, skjel og ånd. Nødvendig hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale. Psykisk lidelse berører grunnleggende eksistensielle spørsmål. Brukerens behov må derfor være utgangspunkt for all behandling og kjernen i all pleie, og dette må prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester. (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998)*

De siste årene har det vært en økende interesse for åndelige og eksistensielle temaer i helsevesenet. Det er observert at holdninger innen det psykiatriske fagfeltet har endret seg i en positiv retning. Dette er forbundet med at helsepersonell ønsker å gi en mer helhetlig omsorg (Borge, 2012, s. 119-122). Til tross for dette erfarer både sykepleiere og personer som lever med psykisk sykdom at åndelighet fremdeles er et tabulagt tema. Jeg har ofte lurt på hva åndelige behov innebærer, og stilt spørsmålstegn ved hvordan jeg som sykepleier kan støtte opp under disse behovene, og tilrettelegge for åndelig og eksistensiell omsorg. Usikkerheten har blitt en inspirasjon for å tilnærme meg tema om åndelig og eksistensiell omsorg i psykisk helsearbeid.

For å tilnærme meg tematikken valgte jeg å ha en fordypningspraksis ved en kommunal avdeling for psykisk helse. Fokuset mitt var rettet mot brukere som har opplevd og opplever et behov for åndelig og eksistensiell omsorg. Jeg hadde mange interessante møter, men et møte utpekte seg. For denne personen, som jeg kommer til å kalle Mari var den åndelige delen av livet spesielt viktig.

Så lenge Mari kan huske har hun levd med psykiske utfordringer. Mari har fortalt meg at hun har bipolar lidelse, en sykdom som kan påvirke hennes oppførsel. Bipolar lidelse er en psykisk lidelse, stemningslidelse, der sykdomsforløpet viser en svingning mellom maniske og depressive perioder, gjerne med relativt symptomfrie perioder imellom (Snoek, Engedal, 2017, s. 98). I samtale med henne stilte hun spørsmål om meningen med livet, et liv preget av psykisk uhelse. Hun fortalte om dyp skyld- og skamfølelse, negative tanker og dårlig selvbilde, og om et håp om å bli frisk. Mari har hatt flere innleggelse og delte åpent om sine erfaringer rundt møtet med helsevesenet. Hun fortalte om ensomhetsfølelsen hun ofte hadde kjent på. Under innleggelse hadde hun personalet rundt seg 24 timer i døgnet, men følte seg

allikevel ensom. Hennes kropp og sjel appellerte etter oppmerksomhet, men følte seg hverken sett eller hørt. Helsepersonalet dekket godt hennes fysiske behov, sørget for at hun fikk i seg mat og drikke, at hun stelte seg, var fysisk aktivt og opprettholdt gode soverutiner. Ovenfor Mari var ikke dette tilstrekkelig, og hun følte at det ikke var tatt hensyn til hennes åndelige og eksistensielle behov. Mari fortalte om travelheten, om sykepleierne som vandret hastig mellom pasientrommene. Travelheten gjorde de blinde for hennes sjel og lidelse, og de gav henne medisin for å dempe det som ble antatt som sykdomsuttrykk. Mari sa at det var en hjerteskjærende erfaring å ikke ble tatt på alvor og ikke ha en stemme. Hun fortalte om en daglig kamp for å finne meningen med livet og *«for å beholde vettet i en krig med seg selv»* for å få sin verdighet tilbake. Hun savnet en sykepleier som var modig nok til å tåle å høre hennes historie og tanker om livet.

På slutten av hver samtale spurte Mari meg om jeg var troende, og om jeg kunne be til Gud på hennes vegne. Jeg registrerte at jeg opplevde en slags distansering i tankene mine til Mari sitt spørsmål. Jeg var bekymret for at det kunne få negative konsekvenser for relasjonen oss imellom. Hvordan kom vår relasjon til å bli dersom hun konkluderte med at jeg ikke hadde bedt nok for henne? Kunne hennes uhelse plasseres på meg? Vi hadde etablert tillit til hverandre, og jeg ønsket ikke å ødelegge denne relasjonen. Jeg følte meg usikker.

Omsorg dreier seg ikke bare om å ivareta den enkeltes kroppslige behov. Det handler like mye om å se de åndelige og eksistensielle behovene. Med dette essayet har jeg som mål å invitere til samtale, slik at leseren blir mitt reisefølge på en oppdagelsesreise (Bech-Karlsen, 2003, s. 34).

## Åndelig behov som møtes mer enn tilfredsstilles.

Helsepersonell mener at begrepet «åndelig behov» er mangelfullt og unyansert, og det er et uttrykk som det er vanskelig å beskrive presist (Schmidt, 2014, s. 37). Jeg har møtt samme utfordring da jeg har reflektert rundt temaet i ulike kontekster. Hvordan skal jeg gi og tilrettelegge for åndelig omsorg når jeg er usikker på hvordan åndelig behov defineres? Heidi Schmidt hevder at åndelige behov er annerledes enn fysiske behov. Et fysisk behov, som eksempelvis tørste kan tilfredsstilles slik at det opphører. Ved åndelige behov er det annerledes, de kan vi møte mer enn å tilfredsstille. Det åndelige sprenger behovsbegrepene

sier Schmidt, fordi det innebærer så mange dimensjoner og nyanser. Det har med guddomslengsel, med moral og med det eksistensielle å gjøre. Åndelige behov kan ikke avgrenses fra livets andre dimensjoner (2014, s. 37).

Mari ønsket at jeg skulle be for henne. Det inspirerte meg til å reflektere over om åndelig og religiøst behov er det samme? Marie Oved hevder at åndelige og eksistensielle behov og overveielser kan være knyttet til religiøs tro, men behøver ikke å være det (Busch, 2002, s. 23). Scharfe referert i Busch (2002, s. 23) skiller mellom religiøse og åndelige eller eksistensielle behov på følgende måte:

*Religiøse behov er enhver mangel eller ethvert ønske, der angår skikker, handlinger, vaner og ritualer i relasjon til menneskes gudsforhold, uansett hvilken religion personen tilhører. Personen har ofte kontakt med en kirke eller anden religiøs institusjon. Åndelig eller eksistensielle behov er tilsvarende mangler eller ønske, som menneske måtte have vedrørende livets mening og forhold til Gud eller en høyere makt. Disse behov er allmennmenneskelige og uafhængige av eventuell tilknytning til kirke eller religiøs institusjon. (Busch, 2002, s. 23)*

Religiøse behov kan fremstå mer tydelig, som eksempelvis et ønske om å delta på gudstjeneste (Busch, 2002, s. 27). Jeg undrer meg om hvorvidt en sykepleier som kun assosierer åndelige behov med religiøsitet kan overse essensielle behov, og dermed krenke vedkommende? Åndelig og eksistensielle behov som ikke er knyttet til en bestemt religiøs handling må bli møtt på en åpen og god måte. Men som Christian Juul Busch hevder, sykepleiere kan føle seg usikker på hvordan de kan imøtekomme disse behovene. Dette er en usikkerhet jeg anser som viktig å snakke høyt om, både i møte med den enkelte pasient og i arbeidsmiljøet. Usikkerhet kan føre til at helsepersonell velger å unngå tematikken. Dette vil jeg komme mer inn på senere i essayet.

Er det viktig å skille mellom åndelige og eksistensielle behov? Enkelte forfattere mener at man kan sette likhetstegn mellom det åndelige og det eksistensielle, mens andre mener at det er et skille (Schmidt, 2014, s. 39). Jeg anser meg enig med Schmidt når hun påpeker at det ikke er viktig å skille mellom hva som er åndelig og hva som er eksistensielt i møtet med den enkelte pasient. Det som er viktig er å lytte til hva den enkelte er opptatt av, og hvordan vedkommende ønsker å bli møtt. Mari har en livshistorie, der hun er en ektefelle, en mor og en pårørende. I samtalen med henne kommer det fram at hun føler lengsel og savn for å bli sett gjennom andre, og ikke minst av seg selv som et verdifullt menneske. Det er viktig å



stille seg åpen for Mari, og møte henne med forståelse og varsomhet. Et menneske er mye mer enn bare en «behovsbeholder» som skal tilfredsstilles (Schmidt, 2014, s. 37).

Jeg har gjort meg tanker om åndelig og eksistensielt behov kan defineres som et psykososialt behov. På hvilket plan beveger sykepleieren seg, når vi snakker med den enkelte om det som gir mening i vedkommende sin tilværelse? Er det psykososial støtte som trengs, eller snakker vi om åndelig støtte? Studie presentert i artikkel *Åndelighet i psykisk helseomsorg: et sammensatt og vanskelig tema* viser at åndelig behov i psykisk helseomsorg til pasienter med psykotiske lidelser blir ivaretatt gjennom den fysiske og psykososiale omsorgen (Medås, Blystad & Giske, 2017, s. 273-286). Oved hevder at åndelig eller eksistensielt behov også er psykososialt behov, som kan dekkes med god psykososial støtte, men at det ikke alltid er tilstrekkelig. Behov for menneskeverd og identitet, mening og mål, samt behov for trygghet og håp kan imøtekommes på det psykososiale plan. For noen er det ikke nok å være i harmoni med seg selv og sine omgivelser. En sykepleier må være åpen for at en person kan oppleve en slags mangel og et udekket behov. Åndelig behov har utspring i menneskets forhold til Gud eller en høyere makt, og for noen er det spesielt viktig å finne harmoni med den nevnte makten (Busch, 2002, s. 23-24).

## Åndelig og eksistensiell omsorg er først og fremst omsorg.

Omsorgsfilosof Kari Martinsen presiserer at omsorg i sykepleiepraksis dreier seg først og fremst om relasjon mellom sykepleier og pasient. Omsorg viser vi i vårt praktiske dagligliv, i måten vi forholder oss til hverandre på og hvordan vi viser omtanke for hverandre. Det er det mest naturlige og det mest fundamentale ved menneskets eksistens, en sosial relasjon, og menneskes “medtilværelse” med andre. Martinsen hevder at omsorg alltid forutsetter andre, og for at den skal være ekte er det viktig med gjensidighet i forholdet mellom oss. Hun skriver videre at omsorg har å gjøre med nestekjærlighet og med forståelse for andre. Det er viktig å bryte egosentrisiteten og å gå ut over seg selv. Det er følelsen av å stå nær andre, og å ha den andre i fokus (2003b, s. 14, 69-71).

Å beskrive hva åndelig omsorg innebærer er et stort spørsmål og et omfattende tema. Busch hevdet at:

*Man kan definere eksistensiell/åndelig omsorg som sykeplejerskens faglig baserende hjelp til et menneske, som sørger etter en basal mening med sin tilværelse og eller sin aktuelle situasjon. I nogle tilfælde sker det med inddragelse af en magt, der er forskjellig fra selvet, men som ikke nødvendigvis kaldes Gud. Religiøs omsorg er sykeplejerskens faglig baserende hjelp til, at et menneske kan ud øve et særlig trossystem og system for dyrkelse, som er udtryk for dette menneskes underliggende åndelighed og udlægning af en særlig religions forståelse af "God" (Busch, 2002, s. 52).*

Busch hevder også at sykepleieren som gir åndelig omsorg må være oppmerksom på pasientens eksistensielle/åndelige spørsmål og ressurser. Hun må lytte til den mening disse spørsmålene og ressurser gir til pasientens livshistorie. Sykepleieren er aktiv i å støtte pasienten i vedkommende sitt arbeidet med de eksistensielle/åndelige spørsmål med utgangspunkt i deres eget livssyn. Buch sier videre at sykepleier gjennom innsikt i eksistensiell/åndelige og religiøse livsholdninger og tolkninger hjelper pasient med en ny forståelse av deres situasjon (2002, s. 56).

Vi kan finne mye felles i Martinsen og Busch sin tenkning om åndelig og eksistensiell omsorg. Jeg ser fellestrekk i måten de snakker om relasjon mellom sykepleier og pasient. Anna Elisabeth Overgaard hevder at Martinsen i sin bok *Øyet og kallet «ikke skriver spesifikt om åndelig omsorg, men hun skriver om forholdet mellom pasient og sykeplejerske som en oppmerksom lyttende og åben holdning mellom pasient og sykeplejerske»*. Derfor er det i Overgaard sin forståelse ikke langt til åndelig omsorg (2003, s. 36). Gjennom en åpen holdning kan en sykepleier bygge grunnlaget til samtale. Samtalen er en vesentlig del av åndelig omsorg. Denne omsorgen krever oppmerksomhet og at sykepleier må være sanselig åpen for pasientens livssyn (2003, s. 110).

Martinsen skriver at pasienter som verken er sett eller hørt ikke er tydelig for en sykepleier. Når en sykepleier lytter blir flere sanser aktivert. Det er et sansesamspill der de ulike sansene utfyller og forklarer hverandre. Samtidig som en sykepleier lytter så ser, lukter, berører og kjenner hun etter. Pasientens kropp er ikke bare redusert til sykdom når sykepleieren lytter til pasienten. Martinsen beskriver etter min mening det som er essensielt i kunsten å se og høre andre personer, nemlig å være tilstede med alle sine sanser. I sin lyttende holdning kan det hjelpe pasienten å finne seg selv (2012, s. 41-42). Omsorgsfilosofen påpeker samtidig at det er krevende å lytte, fordi det stiller oss i en fordring til noe. Det krever innstillingsendring, slik at sykepleieren beveger seg fra å ha sin egen fortolkning i sentrum til å la seg gripe av den tilværelsen hun allerede er i. Å lytte er givende, fordi vi kan anerkjenne noe utenfor oss selv.

Martinsen sier at lyttende åpenhet beveger oss mot en undring, som kan være gleden men også skammen (2009, s. 133-134).

## Et helhetlig menneskesyn i psykiskhelsearbeid – å ta pasienten sine følelser på alvor.

*«Den omsorgen pasienten mottar, vil preges av hva slags menneskesyn omsorgsgiveren har»*  
(Schmidt, 2014, s. 20).

I løpet av sykepleierutdannelsen har vi i undervisningen og oss studenter innimellom ofte diskutert hva det betyr å ha et holistisk menneskesyn i sykepleieryrket, og hva det kan innebære at en sykepleier foretrekker den naturvitenskaplige tenkemåten. Menneskesyn viser vi både gjennom vår holdning og handling. Videre kan det gi grunnlaget for et godt og trygt møte med pasienter, eller det kan redusere pasientene til et objekt. En sykepleier som ser Mari gjennom naturvitenskaplige briller kan tro at hennes følelser er styrt av hennes bipolare lidelse og varierer med sykdommens forløp. Ifølge Mari var helsepersonalet blinde ovenfor hennes sjel og lidelse, og hun erfarte at hun ble medisinert for å dempe det som ble ansett som sykdomsuttrykk. Kan man ved å medisinere lindre sjelens lidelse? En holdning og tanke om at medisinering alene kan lindre symptomer, er i min mening uttrykk for reduksjonisme.

Måten sykepleier ser på den andre personen kommer til uttrykk i det hun mener er viktig å vektlegge i behandling. Martinsen beskriver to medisinske strategier – konservativ og radikal. Den konservative holdningen som er holistisk tar utgangspunkt i at mennesker er mer enn summen av de deler de består av, og sykdom er ikke et spesifikt fenomen, men en generell tilstand. I en radikal holdning og behandling ser man på holistisk tilnærming som metafysisk og det som man ikke kan lokalisere eksisterer ikke. Martinsen skriver videre at radikal sykdomsbehandling er reduksjonistisk og sykdomsorientert (2003b, s. 148-149). I motsetning til reduksjonisme handler åndelig omsorg om å gi mennesker deres verdighet tilbake (Overgaard, 2003, s. 71).

I samtale med en annen bruker ved en kommunal enhet for psykisk helsevern påpekte vedkommende et ønske om å snakke med en sykepleier om tro, tvil, og om det som gav livet hans mening. Eksistensielle og åndelige spørsmål hadde alltid vært viktig for vedkommende.

Han erfarte at tabletter gav ham en falsk trygghet, og at de «*på det beste la lokk på angst og fortvilelse*». De negative følelsene «*lå der og blomstret når lokket ble fjernet*». Den medikamentelle behandlingen løste ingen problemer, den jobben måtte han ta helt på egenhånd. Jeg har gjort meg tanker om at han følte seg ensom i hans indre kamp. Kanskje en oppmerksom sykepleier kunne være en støtte, en følgesvenn på veien til å finne håp og mening i hans tilværelse. Det å gi åndelig og eksistensiell omsorg betyr å være til hjelp for å finne pasientens indre krefter og eksistensielle ressurser (Schmidt, 2014, s. 48-49).

Jeg vil understreke her at jeg ikke vil redusere betydningen av medisiner i behandling. Jeg ønsker å påpeke at det finnes forskjellige erfaringer hos pasienter, og at det er viktig at en sykepleier stiller seg åpen for å se helheten i den enkelte pasient sin situasjon.

Martinsen hevder at i den naturvitenskapelige tenkemåten finnes det ikke plass til tro. Vitenskapen reiser ikke grunnleggende spørsmål om våre eksistenser som alle mennesker konfronteres med. Det er de metafysiske spørsmålene om mening med livet, håp, kjærligheten og tillit som ikke kan forskes frem (2003a, s. 13). Det biomedisinske menneskesynet betrakter et menneske som et biokjemisk system, kroppen er sammenlignet med en maskin som kan repareres ved å bytte den delen som er blitt ødelagt (Schmidt, 2014, s. 23).

Denne måten å se på kroppen stemmer ikke med den holistiske tenkemåten i sykepleien, som rommer både religiøse og humanistiske verdier (Schmidt, 2014, s. 27). Med et helhetlig menneskesyn menes at menneskets fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjon er en enhet. En sykepleier i behandlings- og pleiesituasjon må ta i betraktning at pasienten er mer enn bare en fysisk kropp. Vi må forholde oss til pasienter som en helhet med kropp, tanker, engstelse, livssituasjon og smerter. Et holistisk menneskesyn sier at helheten er mer enn summen av delene, og relasjonene er viktig for å skape helhet og mening. Dimensjonene er likeverdige og uløselig knyttet til hverandre og problemer i en av dimensjonene vil påvirke de andre (Brinchmann, 2016, s. 27). I tro av dette har den enkelte sykepleier, som vil gi helhetlig omsorg et ansvar for å identifisere og imøtekomme åndelige behov (Norsk sykepleieforbund, 2016). Behov som er like verdig ethvert annet behov. Udekket åndelig behov kan forsterke åndelig krise hos et menneske, og det kan få konsekvenser for både den fysiske, psykiske og den sosiale dimensjonen av sykdom og helse (Brinchmann, 2016, s. 29).

Ethvert menneske er en uendelig enhet av kropp, sjel og ånd. Som sykepleier ønsker jeg å se Mari på denne måten. Å møte henne med ett helhetlig menneskesyn innebærer å betrakte Mari som et medmenneske og en samarbeidspartner. Etablering av en gjensidig og trygg relasjon

kan være et godt utgangspunkt for at Mari lar meg får lov å bli kjent med henne, og at hun vil vise meg sin forståelse av verden og hennes livssituasjon. Studier viser at sykepleiere i psykisk helsearbeid anser ivaretagelse av åndelige behov som en viktig del av helhetlig omsorg og forutsetter tillitt og tilknytning til pasienten. Sykepleierne understreker at dette betinger en gjensidig god allianse som krever en aktiv relasjonsbygging (Medås, Blystad & Giske, 2017, s. 273-286).

## Å se mennesket bak diagnosen.

Mari sin erfaring gjorde sterkt inntrykk på meg. Hun fortalte at diagnosen kan gjøre behandler og personalet blind, og at diagnosen kan tildekke mer enn den forklarer. Mari satt igjen med et inntrykk av at behandlerne antok å vite viktige ting om henne, at de hadde laget seg et bilde av henne, uten at hennes stemme hverken var hørt eller inkludert.

I vårt samfunn oppleves fortsatt det å ha en psykisk lidelse som et stigma. En psykiatrisk diagnose blir en merkelapp, noe som hefter en og kan være et grunnlag til utstøtingsmekanisme (Snoek, Engedal, 2013, s. 22). I media er det blitt betraktelig større åpenhet rundt psykisk lidelse, men allikevel oppleves det som et veldig tabubelagt tema. I samfunnet legges det stor vekt på å fremstå som vellykket, og det er liten plass for å være annerledes. Det å ikke mestre, og å føle angst er skambelagt (Falck-Pedersen, 2004, s. 97). Martinsen skriver at å være avhengig og å ikke klare seg selv er i vår vestlige moderne kultur forbundet med noe som har negativ betydning (2003b, s. 43-44).

Jannike Engelstad Snoek og Knut Engedal hevder at å stille en diagnose er nødvendig i ethvert klinisk arbeid. De understreker at det er sykdommen vi diagnostiserer, mens det er mennesket vi behandler (2017, s. 75). Dessverre erfarer pasienter fremdeles at diagnosen står i veien for at andre kan se dem som noe mer enn bare det som står på papiret. Artikkelen *Opplevelsene av å få leve med en psykiatrisk diagnose* understreker at mennesker som har en psykisk diagnose ønsker å bli sett som hele mennesker og likeverdige partner i samtalen med helsepersonale. De vil bli sett som personer med ressurser og som har mulighet til å påvirke livet sitt i den retningen de selv ønsker (Årseth & Johannessen, 2013, s. 35). En sykepleier som bare ser diagnosen, og ikke personen bak kan virke avvisende. Ved å ignorere pasienten sitt uttrykk av lengsel etter tillit, kjærlighet og mening - å bli sett og hørt - kan det føre til at vi forlater vedkommende i ensomheten hans/hennes.

Våre holdninger uttrykkes verbalt og nonverbalt. Med sin holdning kan helsepersonell, som Knud Ejler Christian Løgstrup understreker:

*...give hinandens verden dens skikkelse. Hvilken vidde og farve den andens verden får for ham selv, er jeg med til at bestemme med min holdning til ham. Jeg er med til at gøre den vid eller snæver, lys eller mørk...truende eller trygg. Ikke ved teorier eller anskuelser, men ved min blotte holdning.*  
(Brinchmann, 2016, s. 121)

Med et blikk kan en sykepleier være med å bidra til at den andre sin verden blir vond og isolert. Ifølge Martinsen kan sykepleieren bli den andres tillit verdig dersom hun ser på den andre med et «hjertelig deltakende øye». Et øye som ikke reduserer den andre til en gjenstand (Martinsen, 2014, s. 9).

## Skam og skyldfølelse.

I praksisperioden har jeg blitt kjent med Mari sin opplevelse av helsevesenet som har gitt meg et sterkt inntrykk. Jeg har gjort meg tanker om at mennesker med en psykisk diagnose kan være mer disponert for at helsepersonale ser på de åndelige og eksistensielle behovene som sykdomsuttrykk. Noe som er avvikende og burde korrigeres.

En av brukerne delte sine erfaringer med meg om å leve med stemmer i hodet. Han fortalte at han skammet seg over sin diagnose og over sine egne følelser. Vedkommende har alltid vært et troende menneske, og i troen ønsket han å finne mening i sin lidelse og et håp om å bli frisk. Han var redd for å fortelle om sine tanker, for å bli sett som alvorlig sinnssyk eller fanatisk opptatt av religiøsitet. Han følte seg skyldig over å være «annerledes». Skam hindret vedkommende å åpne seg og den ble en kraft som skapte avstand, ensomhet og isolasjon. Da personalet møtte han med avvisning falt han enda dypere inn i ensomheten. Han sluttet å dele med personale hvordan han hadde det. Det forsterket videre skam og har ført til at han har blitt deprimert.

Er skam og depresjon knyttet sammen? Oversiktsstudie på skam og depresjon viser at det finnes slik sammenheng (Kim, Thibodeau & Jorgensen, 2011, s. 68-96). Helene Flood Aakvaag, som skriver om skam rollen i noen psykiske lidelser hevder at skam følges av tilbaketrekking, derfor det er en ensom følelse. Ensomhet, sosial avvisning og fundering som er skambasert knytter skam til depresjon (2018, s.192-194). Borge hevder at for noen kan troen på Guds eksistens lindre ensomhetsfølelse. Ved at den enkelte ser seg selv som en del av

noe større, så vil det kunne gi en opplevelse av at den vonde ensomheten omformes til noe positiv. Når vedkommende sine åndelige og eksistensielle behov og tro blir anerkjent, opplever brukerne at deres religiøse resurser øker og samt øker mestringsfølelse (Danbolt & Nordhelle, 2012, s. 123). Det er viktig at en sykepleier viser positiv holdning til disse temaene, og ikke påføre mer skam ved å ignorere pasientens behov.

Denne personen beskrev sin skam og skyldfølelse. Mari har også kjent på disse følelsene. Hva er egentlig forskjellen mellom skam og skyld? Kan følelsene blir opplevd som like sterke? Marie Farstad hevder at skam refererer til den personen er, og skyldfølelse refererer til noe som personen har gjort. Skam er en mer global følelse, og den angriper frodig individets eksistensielle følelse av å være. Skammen dreier seg om å «*være feil*» og annerledes. Følelse av skam kan utløse sterkere psykiske smerter enn skyldfølelse. Skyldfølelse refererer til noe som en person har gjort og rammer handling. Farstad sier at skyldfølelse er lettere å forstå enn skam (2016, s. 29). Jeg har erfart at både skam og skyldfølelse vekker sterke følelser, og at tillit i relasjon mellom pasient og sykepleier er et nødvendig grunnlag for å kunne snakke sammen om dette. En rekke studier viser at skam er sterkere knyttet til depresjon enn hva skyld er, selv om både skam og skyld henger sammen med depresjon (Young, Neighbors, Dibello, Traylor & Tomkins, 2016).

Det å lide av psykisk sykdom er fremdeles oppfattet som mer skambart enn det å ha en fysisk sykdom (Farstad, 2016, s. 47). Jeg har gjort meg tanker om at en sykepleier kan gjennom en aksepterende væremåte hjelpe en annen person for åpne seg for andre, og til å være trygg på seg selv og egne verdier. Ved å vise åndelig og eksistensiell omsorg kan vi bidra til å lindre pasientens skamfølelse. Kan åpenhet være et godt hjelpemiddel for å kvitte seg med skamfølelse? Finn Skårderud sier at en skam som blir satt ord på og delt kan bli mindre. Den som hører til må vise akseptasjon. Det er ikke tilstrekkelig å snakke om aksept, for den må erfares og internaliseres. Det trenges mot, som er et produkt av tillit, og tillit er skapt i dialog mellom to personer. Skårderud beskriver at god relasjon mellom mennesker som samtaler om skam er avgjørende, for at den som kjenner på skam skal få hjelp til å bearbeide følelsen. Skårderud sier at skammen kan bli omdannet til sorg. Sorgen er en begynnelse på å bevege seg mot det, og at en sørger over de negative følelsene. Det står i motsetning til å stå stille i dyp skam. En sykepleier kan bidra gjennom sin holdning til at den lidende beveger seg i en god retning mot å bearbeide følelsene som krenkelsen medfører til (Wyller, 2002, s. 52). Martinsen oppfordrer meg til å samtale med meg selv og undre meg over hva jeg gjør og opplever i møte med pasienter. Er jeg en tillitsverdig person, som tør å

stå i en vanskelig situasjon? Jeg tenker videre at refleksjon kan hjelpe en sykepleier å handle etisk korrekt, og å være på vakt ovenfor egne holdninger i omsorgsarbeidet. Martinsen sier at mennesker kan påføre hverandre mye vond skam gjennom makt. Det er viktig at en sykepleier er bevis på at det finnes en annen form for skam – den gode skammen. Den gode skammen foregriper den vonde skammen. Den setter mennesker i beredskap, og varsler oss at vi står i fare for å påføres overgrep mot den andre. Den vonde skammen kan vi påføres oss selv når den krenker den andre (Martinsen, 2012, s. 68-71). Martinsen hevder at: «*Den gode skammen berører på en livgivende måte. Den åpner for et tydende nærvær, for den demrende forståelsen og for kunsten å være tilbakeholden og varsom når et faglig skjønn brukes*» (Martinsen, 2012, s. 70).

## Usikkerhet og kompetanse – holdninger til åndelige og eksistensielle tema.

Under innleggelse erfarte Mari at helsepersonalet ikke tok hensyn til hennes åndelige og eksistensielle behov. Hvorfor spør ikke helsepersonalet om det åndelige livet er viktig for pasientene? Er vi redd for å høre svaret? Føler vi oss usikre? Er det for privat? Schmidt hevder at åndelighet, i større eller mindre grad, er et tema som har forsvunnet på mange arbeidsplasser innenfor helsevesenet (Schmidt, 2014, s. 47).

Mari spurte meg om jeg var troende, og om jeg kunne be til Gud på hennes vegne. Det er ikke uvanlig at sykepleiere kan føle seg usikre i situasjoner hvor pasienten vil snakke om sin egen tro eller religiøsitet. Jeg har gjort meg tanker over hvordan usikkerhet kan komme til å påvirke vårt møte med brukere. For noen vil usikkerheten vekke en trang til å utforske det ukjente. Det kan resultere med en positiv nysgjerrighet og ønske om å utvide sine kunnskaper om fenomenet for å møte pasient i hans virkelighet. Usikkerhet har også en negativ side og den kan føre til unngåelse. Personen som er usikker kan velge å trekke seg tilbake og unngå å imøtekomme livsytringen fra den andre. Med en slik holdning avviser vi den andre. Å avvise et sårbart menneske er å bruke sin makt på feil måte. Jeg ser på det som et krenkende maktovergrep. Sykepleiers usikkerhet og tilbakeholdenhet overfor åndelige temaer kan være knyttet til mangel på kunnskap og utilstrekkelig fagkompetanse, samt manglende retningslinjer og åpenhet knyttet til åndelighet og åndelig omsorg (Medås, Blystad & Giske, 2017, s. 273-286).



Britt Moene Kuven og Lisa Bjorvatn hevder at sykepleierne kan være bekymret for at de ikke finner «riktig» svar på åndelige og eksistensielle spørsmål. Dette er bekymring som jeg selv har erfart. Det kan stilles spørsmål om det er avgjørende og nødvendig for sykepleier å finne riktig svar. Det som er viktig er å lytte til pasienten og stille seg åpen for andre meninger og synspunkter. Pasientene uttaler at de ønsker å møte sykepleiere med en åpen holdning, som er medmennesker og som er ærlige og kan møte pasienter uten fordommer. Sykepleier sin holdning og væremåte er langt viktigere enn at de kommer med riktige svar (Kuven & Bjorvatn, 2015, s. 56-57).

Artikkelen *Åndelig omsorg er en del av sykepleien* hevder at sykepleierne mangler språk for å kunne snakke om åndelige tema. Det er problematisk for vedkommende å beskrive åndelighet i sykepleieomsorgen (Kuven & Bjorvatn, 2015, s. 56). Kaja Mari Medås, Astrid Blystad og Tove Giske presenterer i en vitenskapelig publikasjon funn som viser at sykepleierne i psykisk helseomsorg opplever språket tilknyttet åndelighet som vanskelig og fremmed. Vi trenger ordene som blir forståelig både for personale og for pasientene, og ord som finner naturlig plass i samtalen. En bredere kunnskap om emne kan være med på å utvikle måten helsepersonell ordlegger seg og fremmer relasjonsbygning (Medås, Blystad & Giske, 2017, s. 273-286). Dessverre er det slik at både sykepleiestudenter og sykepleiere snakker lite om dette i praksisfeltet (Kuven & Bjorvatn, 2015, s. 56). Jeg har selv erfart at de åndelige behovene til pasientene ikke ble tatt opp på personalmøter og ved rapport i praksisperioder. Sykepleierne diskuterte sjeldent hva åndelig og eksistensiell omsorg kan innebære i faglig kontekst. Spesielt i psykisk helsearbeid er dette et følsomt område som nesten ikke diskuteres (Borge & Mæland, 2017, s.169). Liv Wergeland Sørbye og Liv Thorhild Undheim hevder at det at det kan fremstå som at nyutdannede sykepleiere er lite forberedt til å bruke pasientens åndelighet som ressurs i omsorgen. Det kan være vanskelig å finne gode rollemodeller og veiledere på arbeidssteder i forbindelse med åndelighet som resurs og støtte (Nordhelle & Danbolt, 2012, s. 180). Omsorg som er gitt på dette feltet, er ofte taus og sjelden dokumentert. Det står i en stor kontrast til fysiske behov, som ofte er god beskrevet.

Sykepleiere erfarer at balansegangen mellom det å være privat og personlig i profesjonsrollen er utfordrende. Deltagerne i en studie om livssystema i psykisk helsearbeid har gjort seg tanker over «helsekulturens» verdigrunnlag om verdinøytralitet, og om det å skille mellom den private og profesjonelle rollen i møte med pasienter. Disse sykepleierne har knyttet livssyn både til religiøse, åndelige og eksistensielle begrep (Borge & Mæland, 2017, s. 173). Jeg stiller meg undrende til hva det betyr å være verdinøytral i møte med den andre. Ligger

det i vår natur at åndelige og eksistensielle tema vekker sterke følelser? Kan krav om nøytralitet føre til det at en sykepleier velger en passiv holdning i stedet for engasjement? Jeg synes at det er viktig å være bevisst på at en nøytral holdning kan ha en negativ påvirkning på relasjonen mellom sykepleier og pasient. Dette fordi det kan resultere i at begge parter kan ha vondt for å ta opp eksistensielle og åndelige spørsmål om mening, håp og tro. Hvis en sykepleier forveksler nøytralitet med ignoranse, slik at hun ikke gir noe av seg selv i møte med den andre kan pasienten bli ensom i sin indre fortvilelse (Schmidt, 2014, s.26). Medås, Blystad og Giske hevder at enkelte bevisst velger nøytral holdning til åndelighet, mens andre sykepleiere er usikre på hvordan deres eget livssyn kan virke inn på yrkesutøvelsen (Medås, Blystad & Giske, 2017, s. 273-286). Hvorfor velger sykepleiere å ikke snakke om åndelighet? Er de bekymret for å presse egne tankemåter og livsverdier over på den andre? Helsepersonell må ha en bevissthet i forhold til dette, men det er ikke det sammen som å unngå tematikken eller å ikke imøtekomme pasientens behov for å snakke om åndelig og eksistensielle behov.

Hvorfor diskuterer vi ikke åndelige og eksistensielle temaet med kolleger? Kan negative holdninger fra enkelte ansatte være årsak til at vi unngår tematikken med våre arbeidskollegaer? I følge Borge og Mæland velger enkelte sykepleiere å vise åndelig omsorg for pasienter på en skjult måte, og kollegaer blir ikke involvert (Borge & Mæland, 2017, s. 171). Andre velger å ikke rapportere det. Deltagerne fra en studie gjort av Borge & Mæland gav uttrykk for tilbakeholdenhet når psykotiske pasienter gav uttrykk for religiøse og eksistensielle temaer. Deltagerne oppfattet disse erfaringene som «normale» og hadde derfor ikke formidlet disse videre til kolleger: «*Ja, han er jo oppvokst med denne troen..., men vi demper det jo både med medisiner og korrigerer*» (Borge & Mæland, 2017, s. 171). I følge Borge og Mæland kom sitatet som uttrykk for bekymringer om at de religiøse uttrykkene kunne bli sykelliggjort, og at det kunne medføre til at pasientene ble ytterligere medisinert og korrigert på deres atferd (2017, s. 171). Jeg har gjort meg tanker om at i psykisk helsearbeid er det spesielt viktig å komme i allianse med pasientene, ikke i skjult praksis, men på åpenbar måte. Personer som lever med psykisk diagnose kan skamme seg over egen sykdom, deres «annerledeshet». Jeg tenker at skjult praksis kan forsterke denne følelsen.

Det er viktig å reflektere over åndelig og eksistensielle behov, og hvordan vi kan tilrettelegge for åndelig og eksistensiell omsorg på den enkeltes arbeidsplass. Det kan man gjøre både sammen med arbeidskolleger og i stillheten etter arbeidshverdagen. Det er viktig å søke aktivt etter kunnskap om åndelige, eksistensielle og religiøse tema. Kunnskap kan gjøre oss tryggere og kan være et hjelpemiddel for å møte brukernes behov på en god måte. Sykepleiere som har

reflektert over egne følelser og reaksjoner i forhold til åndelige og eksistensielle tema, blir tryggere i møte med pasientene (Borge & Mæland, 2017, s. 172).

Negative holdninger innen psykiatriske fagfelt eksisterer fremdeles, og er forbundet med tanker om at religiøsitet har negativt innvirkning på pasienten sin psykiske helsetilstand. Dette står i stor kontrast til den generelt økende anerkjennelsen om at åndelighet kan fremme psykisk og fysisk helse (Żołnierz & Sak, 2017, s. 104). Åndelige ressurser kan fremme håp og mestring. Studie gjort av Bonelli *et al* viser at over halvparten av pasientene som led av depresjon fikk færre depressive symptomer, og kortere perioder med lidelse da de fikk dyrke sin religiøse/spirituale praksis (Bonelli, Dew, Koenig, Vasegh & Rosmarin, 2012). Forskning viser tallene, men jeg vil samtidig nevne at jeg har møtt pasienter som har funnet mot og styrke i åndelighet - Mari er en av disse.

## Travelheten.

Noen forfattere omtaler åndelig dimensjon som «en glemt dimensjon» (Hummelvoll, 2016, s. 71). Er det åndelige og eksistensielle behov en «glemt dimensjon», eller er det behov som blir underprioritert av andre gjøremål?

Martinsen skriver at sykepleierne velger travelheten for å klare hverdagen. Sykepleieren kan falle i en tilstand beskrevet av Martinsen som «stemningsstagnasjon» eller «sansetørke» der sykepleier konstaterer istedenfor å oppleve. Travelheten kan bli en livsform og en vane. I denne tilstanden blir sykepleieren ulykkelig på grunn av mangel på indre bevegelse. Det kan videre føre til at vi ikke ser klart. Sykepleier øker tempoet for å hindre seg selv i å se klart, skriver Martinsen. I travelheten stenges det for pasientinntrykk ved å ikke la seg berøre. Sykepleieren får ikke anledning til å bli kjent med pasienter, og derfor blir de ikke hverandres tillit verdig. Sykepleieren føler et moralsk stress, etter hennes selvrefleksjon over arbeidshverdagen kommer skyldfølelsen og skammen over at hun er ikke god nok og ikke strekker til (Martinsen, 2012, s. 56-63). Martinsens refleksjon over travelheten inviterer meg til undring over egen væremåte i møte med pasienter.

Sykepleiere som bruker travelheten som unnskyldning gjør den andre til objekt. Hun tillater seg ikke å legge merke til at det andres appell om å bli sett og hørt. I boken *Bevegelig berørt* beskriver Martinsen det hellige som noe som skjer mellom mennesker, noe som merkes når

ord stanser. Det hellige oppstår i stillheten, når pasient og sykeleier finner en gjensidig forståelse – når de sanser uten å bruke ord. Travelheten kan frata oss evnen til å oppleve det hellige, og å sanse det (Martinsen, 2018, s. 24-28). Jeg undrer meg over om en sykeleier som ikke har god nok kunnskap lettere kan velge travelheten enn å møte pasienten, der hun blir konfrontert med egen svakhet. Åndelig omsorg er krevende og krever kompetanse. Dersom en sykeleier ikke føler seg trygg eller kompetent nok til å samtale om åndelig behov, kan tilbud om samtale med prest være til nytte. I artikkelen *Pasienters erfaring med sjelesorg i en psykiatrisk klinikk* står det at pasientene som tok imot tilbudet om samtale med prest opplevde dette som et nyttig tillegg i en helhetlig behandling. Det var verdifullt for pasientene og bidro til å gi verdi, mening og håp. Samarbeid mellom prest og helsepersonell kan være en viktig del av det tverrfaglige behandlingstilbudet (Borge & Rolfsnes, 2009, s. 147). Jeg har gjort meg tanker at det er viktig å bli kjent med pasienten sin tro. Man kan snakke åpent om religiøse tema, men det krever kjennskap til pasientens tenkning om religion. Jeg synes at det er viktig å understreke at åndelig og eksistensiell omsorg skal være en del av den helhetlige omsorgen sykeleiere utøver i møte med pasienten, og er nedfelt i Yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleieforbund, 2016). Det er et ansvarsområde som en sykepleie ikke bør automatisk overføre til prest eller annen trosperson. Det som er avgjørende er pasienten sitt ønske angående hvem vedkommende vil snakke med.

### «Kan du be til Gud for meg?»

I løpet av sykepleiestudiet har jeg undret meg over hva åndelig og eksistensielle behov innebærer, og stilt spørsmålsteget ved hvordan jeg som sykeleier kan støtte opp under disse behovene. Jeg har erfart at hva den enkelte pasient anser som viktige åndelige og eksistensielle behov varierer betydelig ut fra den enkelte og vedkommende sin livssituasjon.

Samtaler om åndelige og eksistensielle tema kan være vanskelig. Kanskje fordi vi blir konfrontert med egen sårbarhet og behov for verdiavklaring. Forskning viser at sykepleiere som har reflektert over eget verdigrunnlag, opplever å føle seg tryggere i møte med åndelige og eksistensielle spørsmål (Borge & Mæland, 2017, s. 172). I møte med den andre må vi tørre å stå i sårbarheten, både i vår egen og den andres. Det er ikke alltid vi er i stand til å finne svar. Men ved å møte den andre kan vi, som Løgstrup presiserer, gi den andres verden farge. Vi kan gjøre den «..vid eller snæver, lys eller mørk...truende eller trygg» (Brinchmann, 2016,

s. 121). Åndelige og eksistensielle behov som blir imøtekommet og anerkjent kan bli brukt som en ressurs. I den åndelige dimensjon av pasientens liv kan man finne krefter til mestring av livet med sykdom. Åndelige ressurser kan fremme håp, og ha positiv innvirkning på endringsprosesser (Borge & Mæland, 2017, s. 171).

Helsepersonell må ta åndelige og eksistensielle behov på alvor, for å kunne forholde seg til hele mennesket (Danbolt & Nordhelle, 2012, s. 132). For å gi helhetlig omsorg i den psykiske helsesektoren er det nødvendig å møte og verbalisere pasientens livssynsspørsmål, om for eksempel mening med livet og døden uten å sykeliggjøre de (Borge & Mæland, 2017, s. 175). Vi må i større grad skape rom og tid for å snakke om det som er vondt og sårt, det som gir glede og det som er uvisst. Åndelig og eksistensielle behov er en viktig og sentral del av et helhetlig menneskesyn – og må i større grad imøtekommes og anerkjennes.

*«Kan du be til Gud for meg?».*

På slutten av hver samtale leste vi en bønn i lag - meg og Mari. Mari stod for valget av bibel vers. Hennes behov ble imøtekommet og anerkjent.

I dag ser jeg at møte med Mari har hjulpet meg til å anerkjenne betydningen av åndelig og eksistensiell omsorg. Jeg fikk erfare hvordan man kan tilnærme seg et annet menneske i en vanskelig livssituasjon. I møte stilte jeg meg åpen og lyttet til hennes fortelling ved å inkludere alle mine sanser. Martinsen sier at en sykepleier med «et deltakende oppmerksomt øye» kan se likhet i forskjellighet.

*...hun ser med hele kroppen, fantasifullt og variert, for å gi tone og form til pasienten, slik at han komme til å akte seg selv. Det å se og bli sett på denne måten bunner i en felles menneskelig erfaring om lidelse, sårbarhet og håp, og om befrielse gjennom i dette tilfelle sykepleierens oppmerksomme nærvær, som gir pasienten betydning, og som vil beskytte hans sårbarhet. Da er sykepleien en møtets gjerning. (Martinsen, 2014, s. 28)*

Møte gav oss begge en opplevelse av mening. Noe som jeg personlig ikke knytter til en religiøs opplevelse, men til opplevelsen av å etablere en god og nær relasjon til et annet medmenneske.

## Referanseliste

Aakvaag, H. F. (2018). *Hei, skam. En bok om følelsen skam, hvorfor den oppstår og hva den gjør med oss*. Oslo: Cappelen Damm.

Bech-Karlsen, J. (2011). *Gode fagtekster. Essayskriving for begynnere*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bonelli, R., Dew, R. E., Koenig, H. G., Vasegh, S. & Rosmarin, D. H. (2012). Religious and Spiritual Factors in Depression: Review and Integration of the Research. *Depression Research and Treatment*,  
Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/962860>

Borge, L. (2012). Helhet og sammenheng – om å møte eksistensielle og åndelige behov hos mennesker med psykiske lidelser. T. Danbolt & G. Nordhelle (Red.), *Åndelighet – mening og tro: utfordringer i profesjonell praksis* (s.117-134). Oslo: Gyldendal akademisk.

Borge, L. & Mæland, E. (2017). Is there room for spirituality in mental health care? Er det rom for livssystemer i dagens psykisk helsearbeid? *Klinisk sygepleje*, 3, 165-177.  
Hentet fra:

[https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2454067/er\\_det\\_rom\\_for\\_livssystemer\\_idagens\\_psykisk\\_helsearbeid.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2454067/er_det_rom_for_livssystemer_idagens_psykisk_helsearbeid.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Borge, L. & Rolfsnes K. J. (2009) Pasienters erfaring med sjelesorg i en psykiatrisk klinikk. *Sykepleien*, 2, 142-149. Hentet fra:  
<https://sykepleien.no/forskning/2009/08/pasienters-erfaring-med-sjelesorg-i-en-psykiatrisk-klinikk>

Brinchmann, B.S. (2016). Nærhetsetikk. B. S. Brinchmann, (Red.) *Etikk i sykepleien* (4.utg.), (s.114-129). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Busch, C. J. (2002). Samtalen i et eksistentielt/åndeligt perspektiv. C. J. Busch, & T. Jensen, & M. Oved, (Red.), *Religion, eksistens og sygepleje* (s. 49-149). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Falck-Pedersen, T. (2004). *Ta meg på alvor! Hva er psykiske lidelser og godt psykisk helsevern? Samtaler med pasienter, pårørende og behandlere*. Oslo: AIT Otta.

Farstad, M. (2016). *Skam. Eksistens, relasjon, profesjon*. Oslo: Cappelan Damm.

Helse og omsorgsdepartamante (1998, 15.mai). St.prp. nr. 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Hentet 23 mars 2019 fra:  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/sec1>

Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kim, S., Thibodeau, R. & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, Guilt, and Depressive Symptoms: A Meta- Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 137(1), 68-96.  
Hentet fra: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0021466>

Martinsen, K. (2003a). *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Martinsen, K. (2012). *Løgstrup & sygeplejen*. Oslo: Akribe AS

Martinsen, K. (2014). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen, K. (2018). *Bevegelig berørt*. Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen, K. & Eriksson, K. (2009). *Å se og å innse. Om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe AS.

Medås, K.M. & Blystad, A. & Giske, T. (2017). Åndelighet i psykisk helseomsorg: et sammensatt og vanskelig tema. *Klinisk Sygepleje*, 4, 273-286.

Hentet fra:

[https://www.idunn.no/klinisk\\_sygepleje/2017/04/aandelighet\\_i\\_psykisk\\_helseomsorg\\_etsammensatt\\_og\\_vanskeli](https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2017/04/aandelighet_i_psykisk_helseomsorg_etsammensatt_og_vanskeli)

Moene Kuven, B. & Bjorvatn, L. (2015). Åndelig omsorg er en del av sykepleien. *Sykepleien*, 9, 56-58. Hentet 6 januar 2019 fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2015/09/andelig-omsorg>

Norsk Sykepleieforbund. (2016, 23 mai) Yrkesetiske retningslinje for sykepleiere.

Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Schmidt, H. (2014). *Har du tid til det, da?: om åndelig omsorg i sykepleien*. Bergen: Fagbokforlaget.

Skårderud, F (2002). Det tragiske mennesket. Introduksjon til en skampsykologi II. Teori. T. Wyller (Red.), *Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* (s. 37-52). Bergen: Fagbokforlaget.

Snoek, J.E. & Engedal, K. (2017). *Psykatri. For helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm.

Sørbye, L.W & Undheim, L.T. (2012). Å ta menneskets åndelige dimensjon på alvor. T.



- Danbolt & G. Nordhelle (Red.), *Åndelighet - mening og tro: utfordringer i profesjonell praksis* (s.167-132). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Odland, L-H. (2016). Menneskesyn. B. S. Brinchmann, (Red.) *Etikk i sykepleien* (4.utg.), (s. 25-42). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Oved, M. (2002). Sygeplejens religiøs og åndelige dimension. C. J. Busch, & T. Jensen, & M. Oved, (Red.), *Religion, eksistens og sygepleje* (s. 17-45). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Overgaard, A. E. (2003). *Åndelig omsorg: en lærebog: Kari Martinsen, Katie Eriksson og Joyce Travelbee i nyt lys*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Young, Ch.M. & Neighbors, C. & Dibello, A.M. & Traylor, Z.K & Tomkins, M. (2016). Shame and Guilt-Proneness as Mediators of Associations Between General Causality Orientations and Depressive Symptoms. *Journal of social and clinical psychology*, 35, 357-370. DOI:10.1521/jscp.2016.35.5.357
- Årseth, A. L. & Johannessen, B. (2013). Opplevelsene av å få og leve med en psykiatrisk diagnose. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 01, 25-35.  
Hentet fra: [https://www-idunn.no.galanga.hvl.no/tph/2013/01/opplevelsene\\_av\\_f\\_og\\_leve\\_med\\_en\\_psykiatriskdiagnose](https://www-idunn.no.galanga.hvl.no/tph/2013/01/opplevelsene_av_f_og_leve_med_en_psykiatriskdiagnose)
- Żołnierz, J. & Sak, J. (2017). Modern Research On Religious Influence On Human Health, 4, 100-112. Hentet fra: DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.376746>