



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|-----------------------|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 16-05-2019 09:00 | Termin: | 2019 VÅR |
| Sluttdato: | 24-05-2019 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Bacheloroppgave | | |
| SIS-kode: | 203 BSS9 1 H 2019 VÅR | | |
| Intern sensor: | (Anonymisert) | | |

Deltaker

Kandidatnr.: 334

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9376

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: 97

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Palliative kreftpasienters åndelige og eksistensielle behov

Spiritual and existential needs of palliative cancer patients

Kandidatnummer: 334

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Emnekode: BSS9

Veileder: Elisabeth Grov Beisland

Innleveringsdato: 24.05.2019

Antall ord: 9376

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.

Abstract

Title: Spiritual and existential needs of palliative cancer patients. **Problem of issue:** How can the nurse take care of the spiritual and existential needs of palliative cancer patients?

Method: Literature study is used as method in the assignment. Through search in the databases Cinahl and PubMed, I found four articles that followed my inclusion and exclusion criteria and were quality-assessed using the Quality Check List of the Norwegian Health library (2016). **Results:** The results of the researches were analyzed in a literature matrix under the sections: author, article title, aim/purpose, method/design, selection/population, results/conclusion, quality assessment and ethical considerations. The material was synthesized by identifying common themes in the analysis, and is divided into the nurse-patient relationship, being considerate of the patient's identity and dignity, nurses' ability to listen, using silence deliberately and being present and the nurse's courage to open for existential conversations. The results indicate that the nurse-patient relation is important for recognizing and taking care of the patient's spiritual needs, but further research on the topic is necessary. **Conclusion:** This assignment has highlighted the importance of building a good relationship between the nurse and the patient in order to recognize and take care of the patient's spiritual needs. It has also found that the patients maintenance of identity was of importance, at that the nurse need to confirm the patient as a person and console through active listening, presence and using silence therapeutically. The assignment highlights the nurse's ability to have courage to open up for existential conversations

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| 1.0 Innledning..... | 4 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema..... | 4 |
| 1.2 Oppgavens hensikt | 4 |
| 1.3 Sykepleiers mandat | 5 |
| 1.4 Avgrensninger..... | 5 |
| 1.5 Oppgavens problemstilling..... | 5 |
| 2.0 Metode | 5 |
| 2.1 Litteraturstudium som metode..... | 6 |
| 2.2 Fremgangsmåte..... | 7 |
| 2.3 Inklusjons- og eksklusjons kriterier | 7 |
| 2.4 Søk og søkehistorikk..... | 7 |
| 2.5 Kildekritikk | 9 |
| 2.6 Metodekritikk..... | 9 |
| 2.7 Ethiske overveielser..... | 10 |
| 3.0 Teori..... | 11 |
| 3.1 Palliasjon..... | 11 |
| 3.2 Åndelige og eksistensielle behov og omsorg | 12 |
| 3.2.1 Reaksjoner hos døende pasienter..... | 12 |
| 3.2.3 Ferdigheter som kreves for å gi åndelig omsorg..... | 13 |
| 3.3 Travelbee sitt menneske til menneske-forhold | 15 |
| 3.4 Kommunikasjon | 17 |
| 4.0 Resultater | 18 |
| 4.1 Det relasjonelle forholdet mellom den palliative pasienten og sykepleieren | 18 |
| 4.2 Sykepleieren må ivareta pasientens identitet, verdighet og respekt | 19 |
| 4.3 Sykepleierens evne til å lytte, bruke stillhet bevisst og være tilstede. | 20 |
| 4.4 Sykepleierens mot til å åpne opp for eksistensielle samtaler..... | 21 |
| 5.0 Drøfting..... | 23 |
| 5.1 Betydningen sykepleier-pasient relasjonen har for åndelig og eksistensiell omsorg... 23 | |
| 5.2 Sykepleierens evne til å opprettholde identitet, ivareta verdighet og vise respekt..... 24 | |
| 5.3 Sykepleierens ferdigheter til å lytte, bruke stillhet og tilstedeværelse. | 26 |
| 5.4 Sykepleierens mot til å samtale om eksistensielle tema | 29 |
| 6.0 Konklusjon | 31 |
| 7.0 Litteraturliste..... | 32 |
| 8.0 Vedlegg | 36 |
| Vedlegg 1 – PICO | 36 |
| Vedlegg 2 – Søkehistorikk | 37 |
| Vedlegg 3 - litteraturmatrise..... | 40 |

1.0 Innledning

Hensikten med denne oppgaven er å belyse gjennom litteraturstudie hvordan sykepleieren kan ivareta den palliative kreftpasientens åndelige og eksistensielle behov.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kreft er en utbredt sykdom i dagens samfunn. Ifølge kreftregisteret (2018) ble det registrert 33.564 nye tilfeller av kreft i 2017. Kreft oppstår ved ukontrollert vekst og spredning av celler, hvor kroppen har mistet kontrollen over celledelingen (Norsk helseinformatikk, 2018). Nakken (2017, s. 347) skriver at en kreftsvulst kan utvikle seg over mange år, og at for pasientene som får en kreftdiagnose vil det ofte medføre fysiske og psykiske utfordringer. Noen rammes av uhelbredelig kreft, og det er denne gruppen pasienter oppgaven tar for seg. Det å ha uhelbredelig sykdom, vil si at man dør av sykdommen sin (Kreftforeningen, 2018). Smertelindring, konkrete tiltak og demping av symptomer har stor betydning innenfor palliativ behandling. I rollen som sykepleier vil dette være et viktig område å ha kunnskap om. Denne oppgaven vil derimot belyse hvordan sykepleieren kan ivareta pasientens eksistensielle behov. Jeg ønsker å undersøke hvordan man gjennom kommunikasjon og mellom-menneskelige tiltak kan hjelpe pasienten i møte med lidelse og død.

1.2 Oppgavens hensikt

Døden kan være skremmende å tenke på for oss alle. Men som sykepleiere vil vi før eller siden møte den i jobben vår. Det er derfor viktig å ha kunnskap om hvordan man best kan støtte de som vet at de skal dø. Hvordan opplever sykepleiere å skulle ivareta pasientens åndelige og eksistensielle behov? Dette er et område hvor mange sykepleiere kan føle seg usikre, noe som kan føre til at pasientene sine behov ikke blir ivaretatt tilstrekkelig. Dersom sykepleiere får økt kunnskap om hvordan ivareta pasienters åndelige og eksistensielle behov, vil dette ha en positiv innvirkning på pasientene. Ifølge kreftforeningen (2018) viser erfaring og forskning at eksistensielle spørsmål er av stor betydning for alvorlig syke mennesker. Eksistensielle spørsmål kan handle om meningen med livet og døden, og om forståelse av og fortvilelse over sykdom.

1.3 Sykepleiers mandat

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, samt bidra til en naturlig og verdig død for pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 9). Dette innebærer at vi som sykepleiere har en plikt til å ivareta pasienten også i den palliative fasen, og det inkluderer i høyeste grad de åndelige og eksistensielle behovene.

1.4 Avgrensninger

Oppgaven fokuserer hovedsakelig på å møte palliative kreftpasienters åndelige og eksistensielle behov, og dermed avgrenses ikke målgruppen i forhold til alder eller kjønn. I forskningslitteraturen foreligger det ingen avgrensning i forhold til alder. Hovedfokuset er på uhelbredelige kreftpasienter, men spesifiserer ikke en konkret kreftdiagnose, derfor vil konteksten være palliativ behandling for pasienter med ulike kreftdiagnoser og som dør på institusjon. Nye tall fra 2017 viser at de fleste kreftpasienter dør på institusjon (Folkehelseinstituttet, 2018). Det spesifiseres ikke i oppgaven hvilken institusjon det er snakk om, så det kan være sykehjem, sykehus eller annen helse- og omsorgs institusjon. «Ca. 95% av pasientene på palliative enheter på sykehus utgjøres i dag av kreftpasienter» (Helsedirektoratet, 2015). Jeg har valgt å ikke inkludere spesifikke sykepleieoppgaver innen kreftomsorgen, slik som prosedyrer og observasjoner, da hovedfokuset vil være på kommunikasjon og mellom-menneskelige tiltak til pasienter ved slutten av livet. Smertelindring og symptomlindring er en forutsetning for å kunne sette søkelys på å ivareta pasientens eksistensielle behov. Pårørende er viktig i palliativ behandling, men siden oppgaven belyser hvordan sykepleieren kan møte pasienten på best mulig måte vil pårørende kun bli nevnt ved noen anledninger.

1.5 Oppgavens problemstilling

Hvordan kan sykepleieren ivareta åndelige og eksistensielle behov hos palliative kreftpasienter?

2.0 Metode

En metode er et hjelpemiddel for å løse et problem og komme frem til ny kunnskap (Aubert, Vilhelm, referert i Dalland, 2012, s.111). Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2015, s.76). «Begrunnelsen for å velge én bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte» (Dalland, 2012, s.111).

2.1 Litteraturstudium som metode

I denne oppgaven brukes litteraturstudie som metode for å besvare den aktuelle problemstillingen. Ved bruk av denne metoden tilegner man seg kunnskap gjennom litteratur som allerede eksisterer. I en litteraturstudie brukes sekundærdata, data som er samlet inn av andre. Sekundærdata er data en finner i bøker, tidsskrifter, databaser og lignende (Thidemann, 2015, s.77). Oppsummert kan man si at litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann 2015, s.79). Å systematisere går ut på å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og sammenfatte det hele til slutt (Magnus & Bakketeig, 2000, s. 38). Hensikten er å komme fram til en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, og vise hvordan denne kunnskapen har kommet frem (Thidemann, 2015, s.80). Litteraturstudier tar ikke sikte på å fremskaffe ny kunnskap, selv om nye erkjennelser kan komme frem når man sammenstiller kunnskapen (Magnus & Bakketeig, 2000, s. 38).

Litteraturstudien for denne oppgaven er en gjennomgang av kvalitativ forskning om faktorer som er viktig for å ivareta palliative kreftpasienters eksistensielle behov. Hensikten med kvalitativ metode er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger, og å få frem nyanser (Thidemann, 2015). Grunnen til at jeg vil inkludere kvalitativ forskningslitteratur er fordi den kvalitative metoden tar sikte på å få frem deltakernes personlige opplevelser og meninger (Dalland, 2012, s. 112). Dette er høyst relevant i forhold til oppgavens tematikk. Den kvantitative metoden tar sikte på å gjøre informasjonen som er innhentet om til målbare data, det vil si eksakt faktakunnskap. Disse dataene gir mulighet for nøyaktige

regneoperasjoner som kan brukes til statistiske beregninger og ofte formidles i form av tabeller (Thidemann, 2015).

2.2 Fremgangsmåte

For å kunne besvare problemstillingen ble aktuelle fag- og forskningsartikler innhentet ved hjelp av et systematisk litteratursøk. I forkant av dette ble søkeprosessen startet med å opprette en kunnskapsbase ved å utføre et innledende litteratursøk. DiCenso med fler (2005, s.33) illustrerer et hierarki av forhåndsbehandlede kilder, og anbefaler søkere å starte øverst i kildehierarkiet og deretter bevege seg nedover i pyramiden. Denne viser et hierarki av forskningsverk man kan bruke hvor etablerte systemer ligger på toppen, og enkeltstudier ligger nederst. Jeg startet med å utføre flere søk i ulike databaser. Jeg brukte søkedatabasene Cinahl, Medline, PubMed og CochraneLibrary for å orientere meg i forskningslitteraturen. Deretter startet jeg prosessen med å utvikle en god søkestrategi gjennom å finne bestemte søkeord/emneord, bygge opp en PICO og utføre systematiske søk i relevante databaser.

2.3 Inklusjons- og eksklusjons kriterier

Artiklene må enten være skrevet på engelsk eller norsk, og jeg har valgt å kun inkludere artikler publisert etter 2010. Artiklene må omhandle pasienter på sengepost på sykehus, eller i annen institusjon. Studier må omhandle palliative kreftpasienter, og/eller sykepleiere. Et annet inklusjonskriteriet er at artikkelen må være satt opp etter IMRAD-struktur og være utført i land med overføringsverdi til norske forhold og kultur.

2.4 Søk og søkehistorikk

En godt formulert problemstilling som er avgrenset og presis, er utgangspunktet til et vellykket litteratursøk. For å operasjonalisere problemstillingen slik at den blir presis og søkbar, er rammeverket PICO benyttet (Thidemann, 2015, s. 86). PICO utarbeidet for oppgavens problemstilling er vedlagt (Vedlegg 1). Dette er en effektiv måte å klargjøre spørsmålet for litteratursøk og kritisk vurdering. Pico består av elementene «Patient/problem», «Intervention», «Comparison», og «Outcome». Da denne oppgaven har som hensikt å belyse sykepleietiltak, vil ikke sammenligning med andre tiltak være aktuelt.

Det ble dermed opprettet en PIO-modell. Søkene med denne modellen gav spesialiserte søk, og få, men gode resultater. Det ble i tillegg forsøkt noen søk med kun PI, og disse søkekombinasjonene gav langt flere treff. Det ble dermed foretatt søk med bruk av både PIO og PI modellen. For å kunne gjennomføre et systematisk litteratursøk må man orientere seg i databaser som kan være relevante for problemstillingen (Thidemann, 2015, s.84).

Oppsummert avgjør forskningsspørsmålet ditt hvilke søkemotorer/databaser som skal benyttes til å gjøre søkene i. Etter å ha gjort dette ble databasene Medline/Pubmed, Cinahl, Cochrane Library og British Nursing Index (Proquest) vurdert som aktuelle. Dette fordi jeg ønsket å inkludere systematiske oversikter, som Cochrane Library er kjent for, samt oversiktsartikler og enkeltstudier som sykepleie og helserelaterte fag, noe Cinahl, Medline/Pubmed og Proquest er kjent for å dekke. Medline/Pubmed er den mest brukte databasen for helsepersonell (Thidemann, 2015, s.85). Jeg utførte en del søk i Cinahl. Jeg valgte å søke her fordi det er hovedvekt på sykepleie, og fordi jeg har lest at de er særlig god på kvalitativ forskning og stoff om pasienterfaringer noe som er interessant for min problemstilling.

Å utvikle en god søkestrategi er vesentlig for et effektivt søkearbeid (Thidemann, 2015, s.87). Søkestrategi handler om å bestemme emneord/søkeord og kombinasjoner av disse til søk i ulike databaser (Thidemann, 2015, s.87). Etter å ha utarbeidet en PICO-modell, funnet aktuelle mesh termer og på bakgrunn av dette valgt relevante databaser startet det systematiske litteratursøket. Etter å ha gjort søk i alle databasene nevnt over, var det Cinahl og PubMed som gav relevante resultater. For å enkelt kunne etterprøve søkene er det vedlagt en tabell over søkehistorikk. (Vedlegg 2). Videre har jeg lest gjennom forskningen jeg har funnet, og i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene valgt ut 4 artikler som jeg vil ta utgangspunkt i. Artikkene jeg har valgt er lest grundig, vurdert kritisk og kvalitetssjekket. Jeg har anvendt Helsebiblioteket (2016) sine sjekklister for å vurdere om artikkene har tilfredsstillende kvalitet.

2.5 Kildekritikk

Ved litteraturstudie brukes det skriftlige kilder, og det er viktig at man er i stand til å forholde seg kritisk til de kildene som brukes i oppgaven, og hvilke kriterier som er benyttet under utvelgelsen av forskningsartikler (Dalland, 2012, s. 72). De aktuelle artiklene som har blitt inkludert i oppgaven har derfor blitt kvalitetsvurdert for å vurdere relevans og faglig kvalitet. Dette ble gjort ved hjelp av sjekklister fra helsebiblioteket sine sider, med ulike sjekklister som var tilpasset forskningsdesignet. Hensikten med dette er at leseren skal få ta del i hvilke refleksjoner som har blitt gjort om relevans og gyldighet litteraturen har i forbindelse med å besvare problemstillingen (Dalland, 2012, s. 72) Alle inkluderte artikler følger IMRAD – strukturen, som er den mest brukte normen for oppbygning og struktur av den enkelte artikkel (Dalland, 2012, s.79). Ingen av forskningsartiklene i oppgaven er eldre enn 10 år. De inkluderte studiene er én systematisk oversikt og tre enkeltstudier. Alle studiene har en kvalitativ metode. Dette er som følge av at det ikke ble funnet noen relevante forskningsartikler med en kvantitativ metodisk tilnærming.

I oppgaven blir hovedsakelig primærlitteratur brukt. Det har blitt forsøkt å unngå å bruke sekundærlitteratur, men det er noe brukt i form av blant annet pensum og systematiske oversikter. Det er viktig å vite at litteraturen i sekundærlitteratur har blitt bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren, noe som kan føre til at perspektivet kan ha endret seg (Dalland, 2012, s.73). Det er likevel verdt å påpeke at strenge kvalitets- og utvalgs-kriterier er utarbeidet for systematiske oversikter og slik litteratur vil være til hjelp når en skal trekke konklusjoner.

2.6 Metodekritikk

Som forsker i litteraturen må man være bevisst på at fremgangsmåten er eksplisitt og viser transparens, slik at funnene enkelt kan spores, og for å få frem objektivitet (Dalland, 2012, s. 115). Som regel har man noen tanker om tema før man begynner å skrive en oppgave, og kanskje også en mening om hva resultatet kommer til å bli. Personen som utfører studien har bearbeidet all informasjon som kommer frem (Dalland, 2012, s. 121). Det er viktig å være bevisst på at det man har med seg av forhistorie, kunnskap og holdninger kan skinne

gjennom i oppgaven selv om man ikke har inkludert egne meninger og holdninger (Dalland, 2012, s.121).

Min fortolkning av kildene kan ha påvirket resultatet. Valg av søkeord og valg av databaser kan ha ført til at jeg ikke har funnet frem til forskning som kunne vært relevant for å besvare problemstillingen. Det har kun blitt gjort søk i de databasene som virket mest hensiktsmessig, til tross for et stort utvalg av databaser å velge mellom.

2.7 Etiske overveielser

«Forskning er av stor betydning – for enkeltmennesker, for samfunnet, og for global utvikling. Forskning er også en betydelig maktfaktor på alle disse nivåene. Av begge grunner er det vesentlig at forskning foregår på måter som er etisk forsvarlige (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016)». Sykepleiernes samarbeid i Norden (1995) har utarbeidet følgende etiske prinsipper for sykepleieforskning: prinsippet om autonomi, gjøre godt, ikke skade og rettferdighet. Prinsippet autonomi respekteres når pasienten er godt nok informert om studien, og har gitt sitt samtykke til å delta. Pasienten skal ha mulighet til å trekke seg fra studien til ethvert tidspunkt uten at det gir negative konsekvenser. Prinsippet å gjøre godt betyr at sykepleieforskning skal bidra til ny kunnskap, å fremme og gjenopprette god helse samt å forebygge sykdom. Prinsippet om ikke å skade innebærer at forskningen ikke skal påføre skade til noen. Det er forsker sin plikt å redusere sjansen for skadelige påvirkninger som kan oppstå. Det krever at deltakerne får informasjon om eventuelle skadelige effekter og hvordan dette kan unngås. Rettferdighet skal verne svake grupper som ikke har mulighet til å ivareta seg selv. Mine artikler vil involvere pasienter som er døende, og man kan se på dem som en sårbar gruppe og som med etisk overveielse er krevende å forske på.

3.0 Teori

Kapittelet inneholder teori som er aktuell for å belyse oppgavens problemstilling. Først presenteres teori om palliasjon. Videre vil det presenteres teori på åndelige og eksistensielle behov og omsorg. Deretter presenteres sykepleieteoretiker Joyce Travelbee's teori om etablering av et menneske til menneske-forhold. Avslutningsvis tar oppgaven for seg teori om kommunikasjon.

3.1 Palliasjon

Palliativ behandling kan defineres som behandling for pasienter med en sykdom som ikke lenger responderer på kurativ behandling og hvor smertelindring og lindring av andre symptomer samt lindring av sosiale, psykologiske og eksistensielle plager er av betydning (Verdens helseorganisasjon, referert i Kaasa & Loge, 2008, s. 36).

Målet med palliativ behandling, pleie og omsorg er å gi pasienten og de pårørende best mulig livskvalitet den siste tiden de har igjen. Palliativ behandling skal ikke ha som hensikt å fremskynde døden eller å forlenge dødsprosessen. Derimot, forsøker palliativ behandling å fokusere på døden som en naturlig del av livet. Palliativ behandling er et svært viktig felt da mange kreftpasienter trenger kvalifisert behandling for å lindre plagsomme symptomer og/eller smerter de siste levemånedene (Helsedirektoratet, 2015).

Ifølge Kaasa & Loge (2016, s. 41) har palliativ behandling som hovedfokus å opprettholde eller bedre livskvalitet når sykdommen ikke lenger kan kureres. Hirsch & Røen (2016, s. 317) skriver at livskvalitet handler om å få mest mulig medbestemmelse i eget liv, overfor familien og i behandlingsforløpet. Prosessen med å avslutte og ta avskjed oppstår når pasienten forstår at vedkommende har begrenset levetid. På bakgrunn av dette kan det være viktig for pasienten å få gjort det som er betydningsfullt for dem for siste gang.

3.2 Åndelige og eksistensielle behov og omsorg

Det å få en kreftdiagnose oppleves for de fleste mennesker som en dramatisk opplevelse. I tillegg til de fysiske påkjenningene en slik sykdom og behandling bærer med seg, blir pasienten og pårørende utfordret til å tenke igjennom eksistensielle forhold knyttet til døden og meningen med livet (Sæteren, 2017a, s. 288). «Uansett kreftform og prognose representerer ordet kreft en metafor som assosieres med smerte, lidelse og død, og som utgjør en trussel mot menneskets opplevelse av mening og sammenheng» (Sæteren, 2017a, s. 288).

Sæteren (2017a, s. 288) skriver at åndelighet har tradisjonelt sett blitt knyttet til det religiøse. Ved bruk av begrepene åndelig og eksistensiell omsorg signaliserer hun at det åndelige er noe mer enn religiøsitet, og forstås i den sammenheng som et overordnet begrep som innbefatter de allmenne eksistensielle utfordringene.

Åndelige og eksistensielle behov er et vidt begrep som rommer mye, og som kan omhandle både emosjonelle aspekter og tanker og spørsmål på et mer fornuftsmessig plan. Begrepet kan omhandle en lengsel etter tilhørighet og et ønske om å bli sett, møtt og forstått på en god måte. I tillegg, er livets grunnleggende og eksistensielle spørsmål av betydning. Åndelige behov kan også gi rom for religiøse forestillinger i form av en dimensjon utenfor mennesket, for eksempel Gud eller en annen høyere makt, eller andre forhold som en selv mener kan knyttes til det åndelige. Religion kan ofte representere denne dimensjonen i form av å tro på en høyere makt utenfor mennesket for å hjelpe med å besvare de vanskelige spørsmålene i livet. Åndelige behov er subjektivt, og varierer fra person til person i form av hva den enkelte ser på som sine behov knyttet til åndelighet eller av eksistensiell karakter (Grasaas, 2005, s. 101).

3.2.1 Reaksjoner hos døende pasienter

Ulike former for tap kan oppstå hos døende pasienter. Slike tap kan oppleves forskjellig fra person til person avhengig av hva som er meningsfullt i livet, men kan for eksempel være tap av tid, tap av identitet og tap av livsinnhold (Sæteren, 2017b, s. 242). Tap av identitet kan

være fremtredende pasienter ved slutten av livet. Alle mennesker har en subjektiv oppfatning av å være i overensstemmelse med seg selv, og det er dette som kjennetegner identitet. Det å fortelle sin livshistorie og å gjennomgå hva en har gjort i livet kan være en viktig bearbeidingsprosess (Sæteren, 2017b, s. 243). Sæteren (2017a, s. 292) definerer begrepet transcendens som en: «særegen evne hos mennesket til å overskride eller gå ut over sine materielle grenser». Videre påpeker hun at noen erfarer slike overskridelser i møte med andre mennesker, gjennom betraktning av kunstverk, å lytte til musikk, i naturen, ved meditasjon eller bønn. Hirsch & Røen (2016, s. 320) skriver at pasienter kan være preget av å være fysisk syk og kjenner ikke igjen den de ønsker å være. Med kunnskap om dette er det viktig at sykepleieren lytter til livsfortellingene til pasienten, slik at man kan fange opp hvordan han eller hun ønsker å bli sett. Pasientene har et behov for å se seg selv bekreftet som mer enn bare syk i ansiktene våre.

I omsorgen til døende pasienter har man som regel et ønske om at de skal bli avklarte og forsone seg med at de skal dø. Det er imidlertid ikke alle som klarer å akseptere dette. Det er derfor viktig at sykepleieren har respekt for hvordan hver enkelt forholder seg til sin situasjon, og at det er den døende selv som bestemmer hva som er en verdig død (Sæteren, 2017b, s. 233).

3.2.3 Ferdigheter som kreves for å gi åndelig omsorg

«Omsorgen for pasienter med kreft skal bygge på en helhetsforståelse av mennesket og på kontinuitet i relasjonen mellom pasient og helsepersonell» (*Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*, referert i Sæteren, 2017a, s. 288). Den åndelige dimensjonen er subjektiv og krever dermed at helsepersonell har et bredt spekter av ferdigheter for å overvinne mange av de utfordringene som kan hindre å gi åndelig omsorg (McSherry, 2006, s. 150).

Ifølge Sæteren (2017a, s. 297) er det ingen teknikk som kan læres for å utøve åndelig omsorg for pasienten. Hun beskriver derimot dette som en væremåte som utvikles gjennom pasient-sykepleier-relasjonen. Åndelig omsorg gjøres på denne måten gjennom en relasjon bestående av tillit og gjensidig respekt. Sæteren (2017a, s. 298) beskriver fem områder som

er viktig at sykepleieren har for å kunne gjenkjenne pasientens åndelighet. Disse er; evne til å se og la seg berøre, evne til å lytte, mot til å samtale, mot til å handle og mot til å være nær.

Evnen til å se og la seg berøre

Som sykepleier er det viktig å være sanselig til stede i møte med pasienten, og bevisst på at alt kan uttrykkes både på en sanselig, kroppslig og språklig måte. Dette handler om å fange opp hva pasienten uttrykker gjennom sin kropp, gester, holdninger og språket. Sykepleieren kan også fange opp kroppslige uttrykk som kan fortelle noe om pasientens åndelige behov. Dette kan for eksempel være alvorlig, redde øyne, flakkende blikk, bekymrede rynker i pannen, tårer, måten pasienten beveger seg på (Sæteren, 2017a, s. 298). Kjennetegn på eksistensiell lidelse kan for eksempel også være smerte, søvnløshet, tilbaketrekning, angst, mistillit, sinne, depresjon, skyldfølelse, uforsonlighet, dårlig selvbilde, håpløshet, sorg og tap av humor. Dette kan vise seg gjennom kroppslige uttrykk som sykepleieren kan fange opp på. Sykepleieren kan i tillegg se etter tegn i omgivelsene til pasienten som kan si noe om hva som er viktig for vedkommende (Sæteren, 2017a, s. 298).

Evnen til å lytte

Sykepleieren må høre hva pasienten sier, men også forsøke å fange opp meningen i det som sies. Sykepleieren må øve på å lytte etter meningen bak ordene. Pasienter er svært ulike i hvordan de stiller seg til å snakke om ting de synes er vanskelig, noen snakker åpent om alt, mens andre er mer tilbakeholden (Sæteren, 2017a, s. 298-299).

Mot til å samtale

Sykepleieren må tørre å ta de vanskelige samtaler med pasientene, som omhandler åndelige forhold. Sykepleieren skal tørre å stille spørsmål som signaliserer tilgjengelighet for å samtale om det som kan være vanskelig (Sæteren, 2017a, s. 299).

Mot til å handle

Dette bidrar til at pasienter med et religiøst livssyn får praktisere sin tro. Dette kan innebære å legge til rette for at pasienten får et bønneteppe, gå til skriftemål eller gå i et kapell. Det

krever mot å respondere på en livsforståelse som er fremmed for en selv. Det er viktig å gjøre en kartlegging av pasientens verdier, skikker og livstro og dette bør inngå i datasamlingen rundt den enkelte pasient (Sæteren, 2017a, s. 300).

Mot til å være nær

Sykepleieren må tørre å være tilstede. «Å være tilstede vil si å være nærværende på en ikke-krevende måte som lar den andre få være seg selv. Å være til stede innebærer også å akseptere og ta del i pasientens livsforståelse på en forutsetningsløs måte» (Sæteren, 2017a, s. 300). Tilstedeværelse kan på denne måten ofte virke lindrende og styrkende på pasienten, og sykepleieren må arbeide med å være seg bevisst hvordan hun er til stede i et rom som kan være ladet med forskjellige følelser (Sæteren, 2017a, s. 300).

3.3 Travelbee sitt menneske til menneske-forhold

Travelbee (2001, s. 31) hevder at sykepleieren skal hjelpe pasienten til å forebygge sykdom og lidelse, eller til å mestre den, og til å opprettholde en best mulig helsetilstand. Menneske til menneske-forholdet kjennetegnes ved at både sykepleieren og pasienten oppfatter og forholder seg til hverandre som unike, menneskelige individer. Travelbee (2001, s. 177) skriver at et menneske til menneske-forhold er en rekke erfaringer som finner sted mellom sykepleier og pasient, og som kjennetegnes ved at den syke får sine behov ivaretatt. Det påpekes videre at sykepleieren har evne til disiplinert intellektuell problemløsning sammen med å bruke seg selv terapeutisk.

Travelbee (2001, s. 186) beskriver fem faser i utviklingen av et menneske til menneske-forhold, som vil være viktig for å etablere et slikt forhold. Disse inkluderer det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt.

Det innledende møtet og framvekst av identiteter.

Førsteintrykket vi får av pasienten vil være med på å forme vår umiddelbare oppfatning av pasienten gjennom observasjon og antakelser. Førsteintrykket vil ofte kunne endre seg

etter hvert som sykepleieren lærer vedkommende å kjenne og er i stand til å se hele mennesket (Travelbee, 2001, s. 186). Det er dette de to første fasene tar for seg.

Empati.

Den tredje fasen er empati. Denne handler om å være i stand til å leve seg inn i den andres psykiske tilstand i øyeblikket, og å ta del i og forstå hva den andre føler og tenker. Det vil si at man tar del i den andres sinnstilstand, uten å overta den andres følelser som sine egne. Man er nærværende med den andre. Sykepleier og pasient er to adskilte enheter som står ved siden av hverandre i situasjonen. Man skal ikke involvere seg i så stor grad at en tenker og føler som den andre. Empati er avhengig av likhetstrekk mellom personers erfaringer og personlig bakgrunn, ettersom det ikke er enkelt å utvise empati uten felles referansepunkter. Empati er viktig og nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å utøve god sykepleie. Menneske til menneske-forholdet må utvikle seg videre gjennom sympati og medfølelse (Travelbee, 2001, s. 193-195).

Sympati og medfølelse.

Sympati vil si å sette seg inn i den andres følelser, ta del i disse og oppriktig føle at den andres plager angår en. Denne evnen ligner på empatiprosessen, men i motsetning til empati som er nøytralt, krever sympati handling. Ved sympati og medfølelse er det et karakteristisk trekk at man har et ønske om å lindre plager. Man blir personlig involvert gjennom å føle med en annen, men blir ikke handlingslammet på grunn av det. Sympati og medfølelse representerer et skritt lenger enn empati, og suppleres med å gjøre noe for å ivareta den sykes behov, som er en vesentlig sykepleierfunksjon (Travelbee, 2001, s. 200-210).

Gjensidig forståelse og kontakt.

Det å oppnå gjensidig forståelse og kontakt er målet med sykepleien, og det er dette som oppleves når sykepleieren og den syke har gjennomgått de forutgående fire fasene. Sykepleieren må evne å verdsette den syke som et unikt og menneskelig individ, og på denne måten bygge opp et menneske til menneske-forhold (Travelbee, 2001, s. 211-217).

3.4 Kommunikasjon

Hirsch & Røen (2016, s. 324) skriver at kompetanse i kommunikasjon er viktig for at sykepleiere skal føle seg rustet i arbeidet med å ivareta pasienters åndelige og eksistensielle behov, og hevder videre at slik kompetanse oppnås best ved fokusert trening. Sæteren (2017b, s. 234) skriver at noen pasienter trenger hjelp fra sykepleieren til å sette ord på åndelige spørsmål. Det er da viktig at sykepleieren har gode kunnskaper i kommunikasjon og kan stille åpne spørsmål som hjelper pasienten til betraktning. Kommunikasjon mellom sykepleieren og pasienten foregår hele tiden i samspillet, både ved samtale og når de er tause, gjennom non-verbale uttrykk som atferd, holdning, kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Kommunikasjon er en viktig prosess i oppnåelse av menneske til menneske-forholdet (Travelbee, 2001, s. 135).

Reitan (2017, s. 106) skriver at sykepleieren må ha responderende og initierende kommunikasjonsferdigheter i kommunikasjon med kreftpasienter. Responderende ferdigheter, også kalt bekreftende ferdigheter, inkluderer nonverbal kommunikasjon, forsterkning og anerkjennelse, støtte og ros, refleksjon, parafrasering og reformulering, at man lytter oppmerksomt til den andre, og at en prøver å forstå, viser empati og deler erfaringer. Initierende ferdigheter er ferdigheter som trengs for å lede an i kommunikasjonen og styre de temaer som tas opp. Det handler om å stille spørsmål og å forklare og gi informasjon, samt å ta initiativ til å starte og avslutte samtalen, og å framstå som en troverdig og kompetent fagperson.

4.0 Resultater

Oversikten over relevante forskningsartikler som anvendes i oppgaven er presentert i en litteraturmatrise (Vedlegg 3). Litteraturmatrisen har vært et metodisk hjelpemiddel, og et verktøy som systematiserer artikkelfunnene. Dette har bidratt til å holde oversikten over hva som er relevante funn for problemstillingen i denne oppgaven. Ved syntese tar man elementer fra skriftlige kilder og setter sammen elementene til en ny, logisk og samstemt helhet (Thidemann, 2015, s. 57). Ved å utføre en syntese av tematiske overskrifter synliggjøres hvilke saksforhold som skal diskuteres (Thidemann, 2015, s. 115). Tematikken i flere av artiklene sammenfaller, og blir derfor presentert i de følgende tematiske avsnittene.

4.1 Det relasjonelle forholdet mellom den palliative pasienten og sykepleieren

Studien til Errasti-Ibarrondo et al. (2015) er en systematisk gjennomgang av ni artikler, og tar utgangspunkt i å forstå hvordan sykepleier-pasient relasjonen blir oppfattet av sykepleierne og pasienter som lider av uhelbredelig kreft, og hvilke aspekter av relasjonen som oppfattes å være av størst betydning for pasientene. Studien trekker frem fire overordnede temaer som var (a), å være med og være der for pasienten, (b) tid er viktig for å opprette relasjonen, (c) påvirkningen av primærpersonene i relasjonen: sykepleieren og pasienten og (d) Hvilken betydning relasjonen har for både sykepleieren og pasienten. Errasti-Ibarrondo et al. (2015) legger vekt på betydningen av sykepleier-pasient relasjonen, og at den oppfattes som viktig for både sykepleieren og pasienten.

Et av temaene som ble avledet fra syntesen var å være tilstede for personen med uhelbredelig kreft. Et av undertemaene i dette temaet var en omsorgsfull og hjelpende relasjon som en mellommenneskelig prosess (Errasti-Ibarrondo et al., 2015). Resultatene viser videre at relasjonen er en mellom-menneskelig prosess hvor flere elementer er av betydning, inkludert kjennskap til hverandre, gjensidighet, respekt, og selvtillit (Errasti-Ibarrondo et al., 2015). I Errasti-Ibarrondo et al. (2015) kom det fram av resultatene at det kreves tid for å etablere en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Raudonis (referert i Errasti-Ibarrondo et al. 2015) funn baserte seg på at sykepleiere ønsker å bruke tid til å bli kjent med pasientene som personer, noe som er essensielt for utviklingen av relasjonen (s.262). Tornøe, Danbolt, Kvigne & Sørli (2014), sitt funn beskriver at sykepleierne måtte

tilnærme seg hver enkelt pasient og at de forsøkte å «tune inn» på hvert individ ved å bruke tid til å bygge opp tillit i relasjonen. Dette påpekes å være viktig for å få en forståelse av og avdekke pasientenes behov.

4.2 Sykepleieren må ivareta pasientens identitet, verdighet og respekt

Viktigheten av å opprettholde identitet, og å bli møtt med verdighet og respekt mot slutten av livet, ble beskrevet i flere studier. I studien til Vilalta, Valls, Porta, & Viñas (2014) fremkommer det gjennom spørreskjema at det viktigste åndelige/eksistensielle behovet for deltakerne var å bli anerkjent som den personen de er, og få anerkjennelse for det livet de har levd. Studien inkluderte 50 pasienter med uhelbredelig kreft innlagt ved en palliativ avdeling på et sykehus i Barcelona. Et grundig utarbeidet spørreskjema med 28 spørsmål valgt utfra litteraturgjennomgang ble benyttet, og inkluderte 11 åndelige behov som er ofte gjentatte variabler fra litteraturen. Behovet for anerkjennelse hadde en skår på 8,6 (på en skala fra 0 til 10, hvor 0 = helt uegnet og 10 = veldig egnet). Denne høye skåren viste at pasientene tilskrev stor verdi i å få opprettholdt sin følelse av identitet; gjennom å bli behandlet med respekt, få forståelse, bli betraktet som den de er, bli møtt med omtanke og bruk av nonverbal kommunikasjon for å dempe deres lidelse (Vilalta et al., 2014). Videre konkluderer Vilalta et al. (2014) med at disse resultatene antyder at pasienter som mottar palliativ pleie ønsker å leve i nuet med så mye normalitet som mulig og at de viser mindre interesse for fortiden og framtiden. Vilalta et al. (2014) sin studie identifiserte de minst viktige åndelige behovene å være et liv etter døden, å være fri for skyld, å gi tilgivelse til andre og å bli tilgitt av andre. Behovet for religiøs uttrykkelse fikk en middels til lav score på 4,9. Dette mener forskerne kan ha med at en persons tro kan bli testet i møte med alvorlig sykdom, noe som kan resultere i at religiøse faktorer blir gitt en lavere verdi.

Errasti-Ibarrondo et al. (2015) fant i sin systematiske gjennomgang flere studier hvor viktigheten av identitet kom fram som et sentralt element. Oudshoorn et al. og Bergdahl et al. (referert i Errasti-Ibarrondo et al., 2015) funn baserte seg på at sykepleierne ser pasientene ikke bare som syke og lidende, men også som unike individer og spirituelle personer. På denne måten føler pasientene seg gjenkjent som individ, som personer av verdi til tross for sykdommen sin, fordi sykepleierne ser dem og bekrefter dem som personer.

Studiene i Errasti-Ibarrondo et al. (2015) sin systematiske gjennomgang, viste også viktigheten av respekt og verdighet i møte med pasienten. Resultatene i Iranmesh et al. (referert i Errasti-Ibarrondo et al., 2015) viser at et sentralt element i den omsorgsfulle relasjonen med pasienten er å lytte til pasientens bekymringer med respekt og uten forutinntatthet. Oudshoorn et al. (referert i Errasti-Ibarrondo et al.) fant at når sykepleierne involverer pasienter i beslutningstakingsprosesser viser dette respekt for pasientene som personer, og man ser dem som eksperter på deres egne liv. På denne måten tar sykepleieren høyde for deres følelser og perspektiver og er enig med dem på en slik måte at pasientens medbestemmelse representerer et uttrykk for respekt.

Bergdal et. al (referert i Errasti-Ibarrondo et al., 2015) fant at et annet uttrykk for respekt vises ved at sykepleieren aksepterer pasientens ønske om å holde avstand til dem og ikke dele sine dypere meninger og følelser, selv om sykepleieren anser det som bra for pasienten å gjøre dette. Dette kom også fram i studien til Strang, Henoch, Danielson, Browall & Melin-Johansson (2014) hvor sykepleierne forklarte at noen pasienter ikke ønsket å snakke om døden eller andre triste ting, og at sykepleieren måtte respektere pasientens ønske.

4.3 Sykepleierens evne til å lytte, bruke stillhet bevisst og være tilstede.

Tornøe et al. (2014) ønsket å beskrive betydningen av hospice-sykepleieres erfaring med å lindre døende pasienters åndelige og eksistensielle lidelse gjennom dybdeintervjuer. De fant at sykepleieren må kunne gjenkjenne eksistensiell lidelse, koble seg på og åpne opp, og å lindre ved bruk av stillhet og tilstedeværelse, samtale og religiøs trøst.

I Tornøe et al. (2014) kom det fram to temaer og syv undertemaer fra analysene av intervjuene. De to temaene var trøst og sansning. I undertemaet å trøste gjennom stillhet, beskrev sykepleierne pasientens emosjonelle smerte som en form for dyp eksistensiell lidelse. De opplevde videre at å dele stillheten med pasientene kunne ha en sterk trøstende effekt. For sykepleieren krever dette et mentalt skifte fra å gjøre noe for pasienten, til å fokusere på å være tilstede med pasienten. Sykepleierne beskrev videre hvordan de forsøkte å lindre lidelse, ved å trøste gjennom bevisst stillhet og aktiv tilstedeværelse, og å bruke seg

selv som verktøykasse. De beskrev også hvordan en stille tilstedeværelse kunne hjelpe pasienten til å åpne opp og snakke om følelsene sine. Det å kommunisere åpenhet og tilgjengelighet ble sett på som en viktig ferdighet i eksistensiell pleie. Det var også viktig å vurdere pasientens energinivå, da de kunne være for utslitt til å snakke, men ha behov for en trøstende berøring og en stille, fredelig atmosfære (Tørnoe et al., 2014).

4.4 Sykepleierens mot til å åpne opp for eksistensielle samtaler

Strang et al. (2014) tok for seg beskrivelser av sykepleiers refleksjoner rundt eksistensielle tema i kommunikasjon med dødende pasienter. Resultatene ble organisert i tre domener og ni temaer. Domene av innhold i den eksistensielle samtalen inkluderte livet, døden og relasjoner. Prosessdomenet omhandlet å bruke samtaleteknikker for å åpne opp til samtale, være tilstede og validerende. Det tredje domene handlet om betydningen av eksistensielle samtaler for sykepleierne. Sykepleierne i studien oppgav at pasientene ofte snakket om relasjoner, ensomhet og bekymringer for familien. De snakket om uløste forhold med skuffede slektninger. Sykepleierne kunne i noen tilfeller fungere som katalysatorer hvor slektninger kunne snakke gjennom sykepleieren. Sykepleierne var klar over at de ikke kunne reparere ødelagte relasjoner, men de kunne støtte og motivere pårørende og pasienter til å snakke med hverandre (Strang et al., 2014, s. 564),

I studiet til Strang et al. (2014) viste resultatene at ifølge de fleste av sykepleierne som deltok i studien, var det deres ansvar å åpne opp for eksistensielle samtaler og legge til rette for samtaler mellom pasienter og pårørende. For å gjøre dette, må sykepleieren opprette tillit, være åpen til sinns, tilgjengelig og fleksibel. Det var viktig å føle på den emosjonelle tilstanden til pasienten og ikke tvinge på en samtale, men heller ikke å unngå samtale. Sykepleierne la vekt på viktigheten av å respektere pasientens privatliv og tillate pasienten til å selv bestemme om han eller hun ønsket å snakke. De eksistensielle samtalene oppstod ofte spontant og kunne skje når sykepleieren utførte oppgaver inne hos pasienten, og ofte når pasienten så at sykepleieren ville være der en stund (Strang et al., 2014).

Sykepleierne i studien til Strang et al. (2014) forklarte videre at når pasientene fikk muligheten til å sette ord på følelsene og redslene sine, kunne samtalen hjelpe pasientene til

å finne sine egne svar. For at dette skulle oppstå var det viktig for sykepleieren å bekrefte pasientens følelser og validere pasientens oppfatning. Det var også viktig for sykepleieren å plukke opp på små hint fra pasientene, da noen pasienter kunne komme med uttrykk for angst indirekte gjennom bekymringer rundt praktiske ting. I studien til Tornøe et al. (2014) beskrev sykepleierne pasientenes lidelse som en form for «total pain», som inkluderte emosjonell, spirituell og eksistensiell smerte samt fysisk smerte. Lindring av fysiske symptomer ble sett på som en viktig forutsetning for å kunne gi åndelig og eksistensiell omsorg, fordi smerte, tretthet og kvalme ville tappe pasientene for krefter og etterlate lite energi til åndelige og eksistensielle bekymringer. Resultatene fra studien antydde også at eksistensiell lidelse kunne uttrykkes gjennom fysiske plager.

5.0 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg knytte teorien opp mot resultatene fra de inkluderte forskningsartiklene, for så å drøfte hvordan sykepleier kan ivareta palliative kreftpasienters åndelige og eksistensielle behov.

5.1 Betydningen sykepleier-pasient relasjonen har for åndelig og eksistensiell omsorg

I følge Travelbee (2001, s. 221) ligger fokuset til mange sykepleiere på sykepleiehandlinger framfor pasienten de utfører handlingene for. Hun mener en må gå utover grensene for hva sykepleierrollen er. Det må opprettes et menneske til menneske-forhold for å flytte fokus tilbake dit det burde være. Forskning viser at sykepleier-pasient relasjonen har stor betydning både for sykepleier og pasienten (Errasti-Ibarrondo et al., 2015). Dette er trolig av enda større betydning når døden nærmer seg for pasienten. I følge Errasti-Ibarrondo et al., (2015) vil det faktisk at palliative kreftpasienter har begrenset levetid gi en spesiell betydning for relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. En tillitsfull relasjon er viktig å oppnå mellom pasient og sykepleier.

I lys av Travelbees (2001, s. 171-173) teori om menneske til menneske-forholdet, utvikles relasjonen over tid og baseres på sykepleierens kunnskap om å bruke seg selv terapeutisk. Begrepet pasient og sykepleier opphører og partene oppfattes som unike, menneskelige individer som i utgangspunktet er likestilte. Travelbee mener at en reell kontakt kan oppstå først når det enkelte individet opplever den andre som menneske. Relasjonen baseres da på ekte interesse, empati og gjensidig tillit. Hirsch & Røen (2016, s. 318) hevder at bekreftende og tillitsfulle relasjoner hjelper til å identifisere de åndelige behovene, og at en slik relasjon er essensiell for å kunne ivareta pasientens åndelige og eksistensielle behov.

Errasti-Ibarrondo et al. (2015) vektlegger i likhet med Travelbee at tid er viktig for å etablere en omsorgsfull relasjon, og for å utvikle nærhet og empati i relasjonen. Likevel er det mange sykepleiere som opplever at tiden ikke strekker til for å utføre arbeidsoppgavene de har. Tornøe et al. (2014) fant at sykepleierne i tillegg til å gjennomføre medisinsk behandling og andre planlagte aktiviteter måtte håndtere akutte situasjoner som oppstod, slik som akutte smerter og kvalme. Sæteren (2017a, s. 288) argumenterer for at helsetjenesten, som har

store krav til effektivitet, spesialisering og utnyttelse av ressurser, ikke er tilrettelagt for en helhetlig ivaretagelse av mennesket. Det å ha en pasientansvarlig sykepleier over tid er viktig for at pasienten og sykepleieren skal få kjennskap til hverandre og for relasjonsbygging, slik at pasienten kan åpne opp om sine eksistensielle behov. Sæteren (2017b, s. 228) argumenterer for at det burde legges opp til systemer som sikrer kontinuitet i relasjoner mellom sykepleier og pasient, for at tillitsforhold kan utvikles.

Hvordan kan sykepleier håndtere tidspresset og få tid til å utøve åndelig og eksistensiell omsorg? Tornøe et al. (2014) fant at sykepleiernes evne til å utøve eksistensiell og åndelig omsorg hvilte på deres evne til å være tilstede, åpen og årvåken i et komplekst og uforutsigbart miljø. Ifølge sykepleierne som deltok i studien, var det viktig å ha en god følelse av timing, situasjonell forståelse og å kunne "tune inn på" pasienters verbale og ikke-verbale hint parallelt med utførelsen av sykepleieoppgaver for å nå inn til pasientene og å kunne respondere på deres eksistensielle behov. Utøvelsen av åndelig omsorg bør ta sikte på å bli en naturlig del av sykepleierens helhetlige omsorg slik at pleien ikke blir fragmentert og unaturlig (McSherry, 2006, s. 150).

Travelbee (2001, s. 173) belyser at dersom sykepleieren mangler personlig engasjement, og ikke ønsker å bli bedre kjent med pasienten, vil omsorgen pasienten får bli overfladisk. Ved å benytte en streng forståelse av Travelbee sitt menneske til menneske-forhold vil det sette store krav til yrket. Det kan være urealistisk å forvente at det personlige engasjementet skal være like stort i møte med alle pasienter, fordi en ikke alltid kommer like «nær» alle. Derfor kan det være gunstig at flere pleiere jobber sammen i team, for å samarbeide om å dekke pasientens behov. For å yte god omsorg og pleie til pasienten må sykepleieren ivareta egenomsorg. Hvis ikke vil sykepleieren bli utbrent og ikke være i stand til å gi helhetlig omsorg til pasienten (Strang et al., 2014).

5.2 Sykepleierens evne til å opprettholde identitet, ivareta verdighet og vise respekt

Norsk sykepleierforbunds (2011) yrkesetiske retningslinjer viser til at sykepleiere ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, samt har ansvar for å lindre lidelse. Travelbee (2001, s. 31) legger vekt på at sykepleieren skal hjelpe pasienten til å forebygge lidelse, eller

til å mestre den. Dette er viktig for at pasienten skal få opprettholde en best mulig helsetilstand og en god livskvalitet til siste slutt, og er et sentralt moment i palliativ pleie.

Åndelige og eksistensielle behov kan inneholde en lengsel etter tilhørighet og et ønske om å bli sett (Grasaas, 2005, s.101). Sæteren (2017b, s. 242) skriver at døende pasienter kan oppleve ulike typer tap, blant annet tap av identitet. Vilalta et al. (2014) fant at det viktigste åndelige/eksistensielle behovet for den døende pasienten var å bli anerkjent som et unikt, helhetlig menneske den siste tiden de hadde igjen. Det var viktig for pasientene å beholde sin identitet, bli behandlet med respekt og omtanke, og føle seg verdsatt. Dette bekrefter betydningen sykepleieren har for pasientenes eksistensielle og åndelige behov. Sæteren (2017a, s. 293) refererer til en studie av pasienter med revmatiske sykdommer hvor det kom fram at da pasientene opplevde å være i lidelse, var evnen til å strekke seg utover seg selv (transcendens) redusert. Det at de ble sett, og på den måten bekreftet av en annen person, så derimot ut til å hjelpe.

Sæteren (2017b, s. 243) skriver at sykepleiere kan møte på utfordringer knyttet til å opprettholde pasientens identitet i institusjonen, og at den døendes identitet kan lettere opprettholdes når vedkommende dør hjemme. Likevel kan sykepleieren bidra til å bevare pasientens identitet gjennom ulike tiltak. Sykepleieren kan vise respekt ved å tilrettelegge for at pasienten kan opprettholde vaner og ritualer som er viktige for vedkommende. I tillegg, er det viktig at sykepleieren etterspør og bruker tid til å lytte til pasientens livshistorie. Det å fortelle sin livshistorie kan være identitetsskapende, og være en viktig del av bearbeidingsprosessen. For eksempel, kan sykepleieren fange opp hva pasienten har jobbet med, hvilke pårørende som er viktig for han/hun, hvilke interesser som er av betydning og å se etter ytre tegn som sier noe om hva som er viktig for pasienten. Dette kan være litteratur pasienten har på nattbordet, hvilken musikk pasienten lytter til eller hvilke aktiviteter pasienten deltar på (Sæteren, 2017b, s. 243 & 298).

I studien til Tornøe et al. (2014) snakket sykepleierne om hvor viktig det var å hjelpe pasientene med å omfavne livet og få det meste ut av deres siste dager. Det å oppfordre pasientene til å leve så godt som mulig ble sett på som åndelig og eksistensiell omsorg.

Vilalta et al. (2014) argumenterer i sin studie for at pasienter som mottar palliativ pleie ønsker å leve i nuet med så mye normalitet som mulig. På den andre siden er det ikke alltid like enkelt for alle pasienter å ha like god livskvalitet den siste tiden. I tillegg til de fysiske plagene, kan pasientene være preget av eksistensiell smerte, samt depresjon og angst, noe som kan forårsake mye lidelse for pasienten og pårørende (Sæteren, 2017b, s. 229 & 232). Errasti-Ibarrondo et al. (2015) argumenterer for at selve relasjonen mellom sykepleier og pasient kan bidra til å øke livskvaliteten til pasienten, øke deres indre styrke, hjelpe dem med å finne fred og lindre lidelse. Sæteren (2017a, s. 293) skriver at å bli sett og bekreftet av sykepleieren som et individ kan føre til at pasienten klarer å forholde seg til sin situasjon og se framover.

Viktigheten av å formidle informasjon til pasienten kommer fram i flere av studiene. I Vilalta et al. (2014) sin studie kom behovet for informasjon om sykdommen sin fram som det andre viktigste eksistensielle behovet. De begrunnet dette med at om pasienter vet sannheten om sin sykdom, kan de delta i den terapeutiske behandlingen med en følelse av å være i kontroll over situasjonen sin. Mange pasienter uttrykker et ønske om å få mest mulig informasjon om situasjonen sin, mens andre gjør det klart at de ikke ønsker å vite så mye. Pasienters rett til selvbestemmelse må opprettholdes, og det er dermed pasientens valg om vedkommende ikke ønsker å få så mye informasjon. Måten informasjon formidles på har stor betydning for håpet. Sykepleieren skal forsøke å bidra til at pasienten opprettholder håpet, da dette viser seg å være viktig i å bevare livskvaliteten (Sæteren, 2017b, s. 236-237). Håp er en viktig ressurs for pasienten gjennom sykdomsforløpet. Håpet gir trøst i nuet, og er en viktig faktor for menneskets evne til å møte sykdom og lidelse (Sæteren, 2017b, s. 236). Gjennom å bidra til å opprettholde pasientens identitet, bevare verdigheten og møte pasienten med respekt kan sykepleieren hjelpe pasienten til å oppleve økt livskvalitet den siste tiden de har igjen.

5.3 Sykepleierens ferdigheter til å lytte, bruke stillhet og tilstedeværelse.

For å kunne ivareta palliative kreftpasienters åndelige og eksistensielle behov, må en som sykepleier være bevisst på hva det handler om, og hva man kan gjøre for å ivareta disse behovene på best mulig måte. Hirsch & Røen (2016, s. 324), skriver at helsepersonell ofte uttrykker at de har en manglende kompetanse i å gi åndelig og eksistensiell omsorg, og et

behov for å få hevet den. I tillegg til personlig egnethet og relasjonskompetanse, trengs det grunnleggende kunnskaper om hva de åndelige og eksistensielle behovene til pasientene består av, og hvordan vi kan undersøke og ivareta dem. McSherry (2006, s. 153), poengterer viktigheten av å ikke anta at sykepleiere ikke allerede har de ferdighetene som trengs for å utøve eksistensiell pleie, men at de ofte mangler selvtilliten og undervisningen.

Sæteren (2017a, s. 290) skriver at når pasientens livskvalitet reduseres fordi vedkommende strever med eksistensielle og åndelige spørsmål, må sykepleieren forsøke å fange opp behovet og anerkjenne det pasienten forsøker å si gjennom språklige uttrykk, gester og holdninger. Å komme i en situasjon der behandling ikke lenger er nyttig og døden er det eneste alternativet, kan ha mange konsekvenser for pasientens kropp, sjeleliv og åndelighet. Den eksistensielle smerten kan være fremtredende og forårsake mye lidelse for pasienten. Mange kan holde disse skjult for andre enn dem selv, og kjempe mot de vonde tankene sine i stillhet. Disse kan forbli skjult om ikke sykepleieren klarer å få dem frem gjennom sine omsorgs tilnærminger (Sæteren, 2017b, s. 229).

I Tornøe et al. (2014) påpekes viktigheten av at sykepleieren må kunne gjenkjenne eksistensiell lidelse, og at denne lidelsen kan ha mange forskjellige uttrykk, inkludert fysiske og kroppslige. Sykepleierne i studien hadde derfor utviklet et skarpt øye for implisitte signaler på åndelig smerte, og forsøkte å se utover de fysiske smertene. Dette gjaldt spesielt for pasienter som var vanskelig å smertelindre og var urolige. Sykepleierne mente at dette kunne være tegn på at pasienten hadde en underliggende eksistensiell smerte som trengtes å undersøkes nærmere. Et av de fem områdene som Sæteren (2017a, s. 298) beskriver som viktig at sykepleieren har for å kunne gjenkjenne pasientens åndelighet, er evnen til å se og la seg berøre og evnen til å lytte. Dette handler i stor grad om å være sanselig til stede med pasienten, å lytte til hva pasienten sier og å kunne fange opp hva pasienten formidler gjennom kroppslige uttrykk slik som; «fysisk smerte, søvnløshet, alvorlig, redde øyne, flakkende blikk, bekymrede rynker i pannen, tårer, måten pasienten beveger seg på» (Sæteren, 2017a, s. 298).

Sæteren (2017a, s. 297) understreker betydningen av at sykepleieren tør å møte mennesker som lider. Hun skriver videre at sykepleieren må ha mot til å være tilstede når pasienter og pårørende uttrykker angst, sinne, smerte og følelse av meningsløshet. Dette sammenfaller med resultatene i både Tornøe et al. (2014) og Strang et al. (2014) hvor det kom frem at sykepleierens tilstedeværelse er av stor betydning for å lindre eksistensiell lidelse. I åndelig omsorg vil det i mange tilfeller være av større betydning å være til stede enn å gjøre noe. Dette kan være krevende for sykepleieren, i og med at de er opplært gjennom utdanningen sin til å gjøre noe for pasienten (Sæteren, 2017a, s. 300). Tornøe et al. (2014) hevder videre at dette krever personlig mot, fordi det å ikke ha en profesjonell maske eller oppgave å gjemme seg bak kunne få dem til å føle seg åpen og sårbar.

Tornøe et al. (2014) fant at om sykepleierne brukte stillhet på en bevisst måte, så kunne dette ha en trøstende effekt på pasienten. I tillegg kunne det hjelpe pasienten til å åpne opp og snakke om følelsene sine. Back et al. (referert i Tornøe et al. 2014) argumenterte for at bruk av stillhet kunne øke sykepleierens oppmerksomhet på pasientens ansiktsuttrykk og knapt merkbare forandringer i stemmeleie, noe som kunne hjelpe dem til å gjenkjenne eksistensiell lidelse. På den andre siden, argumenteres det for at å trøste gjennom stillhet ikke bare handler om å ikke snakke. Stillhet er fylt med følelser, og kan ha både terapeutisk, nøytral eller destruktiv påvirkning avhengig av hvordan den formidles. Sæteren (2017a, s. 300) skriver at sykepleieren må lære seg å være nærværende ved å føle seg fram i hver enkelt situasjon og merke seg reaksjoner i sin egen kropp. Hvis sykepleieren føler stort ubehag vil dette skinne gjennom og kan skape en ubehagelig stillhet i stedet for en terapeutisk stillhet. "Sykepleieren må arbeide med sin egen tilstedeværelse i det angstfylte rommet og være seg bevisst hvordan hun er til stede" (Sæteren, 2017a, s. 300).

Resultatene i Tornøe et al. (2014) viser at sykepleierne brukte stillhet på en terapeutisk og trøstende måte, med en lindrende effekt. De alternerer mellom inviterende og medfølende stillhet. Back et al. (referert i Tornøe et al., 2014) beskriver inviterende stillhet som en form for stillhet som brukes for å invitere pasienter til å tenke, føle og uttrykke dem selv. Videre beskriver han medfølende stillhet som en form for stillhet som oppstår spontant i samtaler, ofte når sykepleier og pasienten deler en følelse, eller sykepleieren aktivt danner en følelse

av medfølelse for pasienten. På denne måten hevder Tornøe et al. (2014) at medfølelse stillhet kan oppleves som en slags «å være med» og «å stå med» i et vanskelig øyeblikk. Tornøe et al. (2014) presiserer også at det kom fram av resultatene at det ikke alltid er nok å dele stillheten med pasientene. På bakgrunn av en pasienthistorie beskriver en sykepleier behovet for å «punktere boblen» for å nå inn til pasientenes eksistensielle lidelse i noen tilfeller. Ifølge Norberg et.al (referert i Tornøe et.al., 2014) kan det å avdekke lidelsen være en nødvendig og smertefull del av trøsteprosessen. På kort sikt kan det bidra til å øke pasientens smerte, fordi smerten blir eksponert, og avdekker det vonde, men på lang sikt kan dette lindre lidelsen og ensomheten det er å lide.

5.4 Sykepleierens mot til å samtale om eksistensielle tema

Sæteren (2017a, s. 298) inkluderer mot til å samtale som en av ferdighetene sykepleieren må ha i møte med palliative kreftpasienter. Sæteren (2017a, s. 299) skriver at det på mange måter har vært tabubelagt i vårt samfunn å samtale om åndelige og eksistensielle forhold, noe som også reflekteres i sykepleien. Sykepleieren bør inkludere pasientens åndelige liv i sin omsorgs tilnærming, og dette kan for eksempel gjøres ved spørre om det er spesielle forhold ved pasientens livssyn som sykepleieren bør vite om og ta hensyn til under innkomstsamtalen. På denne måten signaliserer sykepleieren åpenhet til pasienten og at det er greit å snakke om forhold utover det som er knyttet til diagnosen.

Ifølge sykepleierne i studien til Strang et al. (2014) var det deres oppgave å åpne opp for eksistensielle samtaler og oppfordre til samtaler mellom pasienter og pårørende. De forklarte videre at det hele tiden var viktig å ha en balanse mellom å gi pasienten muligheten til å snakke om vanskelige tema, men samtidig å respektere pasientens privatliv og tillate pasienten til å selv velge om vedkommende ønsket å snakke eller ikke. Sæteren (2017b, s. 236) skriver om viktigheten av at sykepleieren legger til rette for å fremme åpenhet og unngå fortielse, spesielt mellom pasient og pårørende, i og med at det kan være vanskelig for både den døende og de pårørende å sette ord på de følelsene hver og en opplever i en slik situasjon. Det er ensomt å dø, og for pasienten kan taushet bidra til en ytterligere følelse av ensomhet. På den andre siden, må sykepleieren også respektere at ikke alle pasienter ønsker å snakke om lidelse og død. I studien til Strang et al. (2014) uttrykte sykepleierne at

noen pasienter ikke hadde energi eller ønske om å prate, noen var deprimerte eller sinte og andre var ikke vant med å sette ord på følelsene sine. Likevel, må sykepleieren alltid signalisere en åpenhet og tilgjengelighet for å samtale om eksistensielle tema (Sæteren, 2017a, s. 299).

Strang et al. (2014) påpeker at sykepleiernes oppgave ikke er å løse alle de eksistensielle problemene, eller å ha svar på alt, men å møte og støtte pasientene og pårørende på en god måte. Det å være en aktiv lytter i samtaler er en viktig del av åndelig omsorg. Videre understreker de at gode kommunikasjonsferdigheter er viktige for sykepleieren å ha for å delta i eksistensielle samtaler med pasientene. Viktige elementer i aktiv lytting er å stille åpne spørsmål, svare med et spørsmål, sende spørsmålene tilbake til pasienten, bruke humor når det er passende og unngå ladede ord. Oppklaringer er viktige, slik som "Når du sier det slik, opplever jeg at du føler deg trist på grunn av noe". Det er også viktig å unngå å si "jeg forstår deg helt", fordi man kan aldri fullt og helt forstå en annen persons opplevelse av noe. Dette underbygges av Travelbee (2001, s. 193) sin forklaring av empati som evnen til å leve seg inn i den andres følelser og tanker, uten å overta det som sine egne. Hun skriver at man er nærværende, men går ikke inn i den andre.

6.0 Konklusjon

Målet med denne litteraturstudien var å undersøke hvordan sykepleieren kan ivareta palliative kreftpasienters åndelige og eksistensielle behov. Oppgaven har vist at åndelig og eksistensiell omsorg er av stor betydning ved livets slutt, og at det er noe mange sykepleiere kan være usikre på. Oppgaven har derfor belyst hvordan sykepleieren kan gjenkjenne åndelig og eksistensiell lidelse, og dermed hva de kan gjøre for å gi pasienten best mulig åndelig omsorg.

Det kom frem av oppgaven at sykepleier-pasient relasjonen har stor betydning for begge parter, spesielt ved livets slutt. Gjennom respekt, kjennskap til hverandre, gode samtaler og nærvær bygges relasjonen mellom sykepleier og pasient. Relasjonen er avgjørende for ivaretagelsen av pasientens åndelige og eksistensielle behov. Det har vist seg at Travelbees menneske til menneske forhold kan være av betydning, men at sykepleieren samtidig må ta vare på sine egne behov i relasjonen. Det kom frem av oppgaven at tid er viktig for å etablere en god relasjon, men at tiden ikke alltid strekker til på en travel sykehusavdeling. Det er derfor viktig at sykepleieren setter søkelys på å inkorporere åndelig omsorg sammen med de andre arbeidsoppgavene.

Pasientene kan oppleve å miste seg selv i dødsprosessen. Det kom frem av oppgaven at et av de viktigste åndelige behovene for pasientene er å opprettholde sin identitet. For at pasienten skal få bevare sin identitet til siste slutt, må sykepleieren lytte til pasientens livsfortellinger, se pasienten som et unikt og helhetlig menneske, og behandle pasienten med verdighet og respekt. Gjennom å gjøre dette kan pasienten oppleve økt livskvalitet den siste tiden de har igjen. Oppgaven viste at sykepleieren må ha evne til å lytte, være til stede og kunne bruke stillhet på en terapeutisk måte i møte med pasientens åndelige og eksistensielle behov. Sykepleieren må også ha mot til å møte mennesker som lider, og mot til å åpne opp for eksistensielle samtaler.

7.0 Litteraturliste

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5 utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016). Generelle forskningsetiske retningslinjer.

Hentet 11. november. 2018 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>

DiCenco, A., Guyatt, G. & Ciliska, D. (2005). *Evidence-based Nursing. A Guideline to Clinical Practice*. St.Louis: Mosby

Errasti-Ibarrondo, Pérez, Carrasco, Lama, Zaragoza, & Arantzamendi. (2015). Essential elements of the relationship between the nurse and the person with advanced and terminal cancer: A meta-ethnography. *Nursing Outlook*, 63(3), 255-268 DOI: 10.1016/j.outlook.2014.12.001

Folkehelseinstituttet (2018, 24. januar). Kreft i Norge. Hentet 08. november 2018 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>

Grasaas, K. K. (2005) Åndelige behov og åndelig omsorg. I Stordalen, J., Grasaas, K. K. & Hovland, O. J. (Red). *Grunnleggende behov* (s. 101-110). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistor. Hentet 07. februar 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet (2015). Definisjon av palliasjon. Hentet 08. november 2018 fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/innledning-revidert/definisjon-av-palliasjon>

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

Kaasa, S & Loge, H. J. (2016). Palliativ medisin – en innledning. I Kaasa, S, Loge, H.J (Red). *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3 utg, s. 34-50). Oslo: Gyldendal.

Kreftforeningen (2018, 5. september). Uhelbredelig og kronisk kreft. Hentet 5. september 2018 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/uhelbredelig-og-kronisk-kreft/>

Kreftregisteret (2018, 29. oktober) Cancer in Norway 2017. Hentet 11. november 2018 fra <https://www.kreftregisteret.no/en/General/Publications/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2017/>

Magnus, P. & Bakketeig, L. S. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene* (1.utg). Oslo:Gyldendal akademisk

McSherry, W. (2006). *Making sense of spirituality in nursing and health care practice: An interactive approach* (2. utg). London: Jessica Kingsley publishers.

Nakken, S. E. (2017) Generell onkologi. I A.M Reitan & T.K Schjøberg (red), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* (4 utg, s. 347-368). Oslo: Cappelen.

Norsk helseinformatikk. (2018, 18. januar). *Kreft*. Hentet 18. januar 2018 fra <https://nhi.no/kroppen-var/sykdomsprosesser/kreft/>

Norsk sykepleierforbund. (2011, 9. august). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN's etiske regler*. Hentet 6. mai 2019 fra https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile?fbclid=IwAR2r7b7yi4lzdOi5W5_cqMS2D1y5gtOOCvtLcX7CwTE2f-Y8xkh5SaU9KZE

- Reitan, A.M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A.M Reitan & T.K Schjøberg (red),
Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling (4 utg, s. 104-119). Oslo: Cappelen.
- Strang, S., Hensch, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2014).
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
- Sykepleiernes samarbeid i Norden (1995) Ethiske retningslinjer for sykepleierforskning i
Norden. Hentet 11.november 2018 fra [http://ssn-norden.dk/wp-
content/uploads/2016/01/SSNs-etiske-retningslinjer.pdf](http://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2016/01/SSNs-etiske-retningslinjer.pdf)
- Sæteren, B. (2017a). Åndelig og eksistensiell omsorg. I A.M. Reitan & T.K. Schjøberg (Red.),
Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling. (4.utg, s.288-300). Oslo: Cappelen
Damm. (12 sider)
- Sæteren, B. (2017b). Omsorg for alvorlig syke og døende pasienter – sorg og sorgarbeid. I
A.M. Reitan & T.K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling*.
(4.utg, s.224-250). Oslo: Cappelen Damm. (26 sider)
- Thidemann, I. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i
akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Tornøe, Kirsten Anne, T., Danbolt, Lars Johan, D., Kvigne, Kari, K., & Sørli, Venke, S. (2014).
The power of consoling presence - hospice nurses' lived experience with spiritual and
existential care for the dying. **DOI:** 10.1186/1472-6955-13-25
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg). Oslo: Gyldendal.

Vilalta, A., Valls, J., Porta, J., & Viñas, J. (2014). Evaluation of Spiritual Needs of Patients with Advanced Cancer in a Palliative Care Unit. *Journal of Palliative Medicine*, 17(5), 592-600. **DOI:** 10.1089/jpm.2013.0569

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1 – PICO

| | Norske ord | Engelske ord | MeSH-ord |
|---|--|--|---|
| P | Uhelbredelig kreft Kreftpasienter | Cancer patients Incurable cancer Terminally ill patients | Terminally ill Cancer patients Cancer Dying patients |
| I | Palliativ behandling Terminal pleie | Nursing Nursing interventions Spiritual care Palliative care Communication skills Terminal care Existential care | Nursing care Nurse-patient relation Terminal care Spiritual care Dignity therapy End-of-life care Hospice and palliative Nursing interventions Communication skills Existential issues |
| C | - | - | - |
| O | Verdig død Verdighet Håp | Patient comfort Existential needs | Attitude to death Quality of life |

Vedlegg 2 – Søkeshistorikk

| Database | Søkeord | Begrensninger | Treff | Leste sammendrag | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|----------|---|---------------|-------|------------------|----------------|--|
| PubMed | ((Terminal care) AND cancer) AND dignity therapy) AND nursing | | 109 | 4 | 0 | 0 |
| | ((Terminally ill) AND Cancer) AND Spiritual needs | | 67 | 4 | 1 | 1. «Evaluation of spiritual needs of patients with advanced cancer in a palliative care unit». |
| | ((Terminal care) AND Cancer) AND Spiritual needs) AND Nursing | | 62 | 2 | 0 | 0 |
| | ((Terminally ill) AND existential care) AND cancer) AND nursing | | 30 | 3 | 0 | 0 |
| | ((Terminally ill) AND cancer) AND nurse-patient relations | | 72 | 2 | 1 | 1.»Essential elements of the relationship between the nurse and the person with ATC: A meta-ethnography» |

| | | | | | | |
|--------|---|--|------|----|---|--|
| | ((Terminally ill AND (spiritual and existential care)) AND Hospice nursing | | 3 | 1 | 1 | 1 «The power of consoling presence – hospice’ nurses lived experience with spiritual and existential care for the dying» |
| | ((Dying) AND Communication) AND Nursing | | 672 | 10 | 0 | 0 |
| | ((Terminally ill) AND Spirituality) AND Communication) AND Nursing | | 12 | 3 | 0 | 0 |
| | ((Dying patients) AND Existential) AND Communication) AND Nursing | | 11 | 3 | 1 | 1.»Communication about existential issues with patients close to death-nurses’ reflections on content, process and meaning». |
| Cinahl | Terminally ill patients (PF) AND hospice and palliative nursing AND attitude to death | | 19 | 2 | 0 | 0 |
| | (MH “Terminally ill patients”) AND “Communication skills” AND | | 1359 | 5 | 0 | 0 |

| | | | | | | |
|--|---|--|----|---|---|---|
| | "Existential needs" | | | | | |
| | ((MH "Terminally Ill Patients") AND (MH "Spiritual Care") AND (MH "Nursing Care")) | | 11 | 1 | 0 | 0 |
| | (MH "Terminally Ill Patients") AND (MH "Cancer Patients") AND (MH "Spiritual Care") AND (MH "Nursing Care") | | 3 | 0 | 0 | 0 |

Vedlegg 3 - litteratormatrise.

| Forfatter | Artikkel/Tittel | Mål/Hensikt | Metode | Populasjon | Resultat/konklusjon | Kvalitetsvurdering | Redegjørelse for etiske overveielser |
|---|--|--|---|--|--|---|--|
| Errasti-Ibarrondo, B., Perez, M., Carrasco, Errasti-Ibarrondo, B., Pérez, M., Carrasco, M., J., Lama, M., Zaragoza, A., Arantzamendi, M. (2015, 8. desember). | Essential elements of the relationship between the nurse and the person with advanced and terminal cancer: A meta-ethnography. | Å forstå hvordan sykepleier-pasient relasjonen blir tolket av sykepleiere og pasienter med uhelbredelig kreft og hvilke aspekter av relasjonen som oppfattes som det mest verdifulle for pasientene. | Systematisk oversikt. Et litteratursøk ble utført ved bruk av databasene CINAHL, Pubmed, og PsycINFO og ble støttet gjennom å vurdere referanselistene. Ni artikler ble valgt, og kvaliteten av dem ble vurdert gjennom CASP. | 9 kvalitative studier var egnet for inklusjon i studien. | Fire primære temaer ble avdekket fra syntesen: (a) Være med og være for personen med uhelbredelig kreft, (b) Tid er nødvendig for å etablere relasjonen, (c) Påvirkningen av primærpersonene i relasjonen: Sykepleieren og personen med uhelbredelig kreft, og (d) Effektene av relasjonen på både sykepleieren og pasienten. Videre, ble en forklaringsmodell av relasjonen mellom sykepleieren og pasienten med uhelbredelig kreft utviklet, som viser at relasjonen er en interpersonlig prosess hvor flere elementer er av | Alle artiklene som ble inkludert i studien hadde kvalitativ metode med bruk av dybdeintervju. Utvalget i artiklene var få, hvor det største utvalget inkluderte 33 deltakere. Dette kan påvirke hvorvidt resultatene er representativt for den øvrige befolkningen. Likevel, vil alle artiklene syntetisert sammen inkludere mange deltakere. | Det er ikke redegjort for etiske overveielser i studien. Studien ble utført av flere forskere ved Universitetet i Navarra og baseres i hovedsak på andres forskning. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|---|
| | | | | | betydning inkludert kjennskap til hverandre, gjensidighet, respekt, og selvtillit. Sykepleierne og pasientene oppfatter at relasjonen deres er av stor betydning. Pasientene krever en hjelpende og omsorgsfull relasjon fokusert på dem som personer, og ikke bare som pasienter. | Studien har tydelige inklusjons og eksklusjons kriterier for valg av artikler. 2 av studiene inkludert er utført i Kina og Iran. Dette kan påvirke overførbarheten til klinisk praksis i for eksempel Norge, grunnet ulik tilnærming til palliativ behandling. | |
| Strang, S., Hench, I., Danielson, E., Browall, M., Melin- Johansson, C. (2014, 9. desember). | Communication about existential issues with patients close to death – nurses’ reflections on content, process and meaning | Å beskrive sykepleieres refleksjoner rundt eksistensielle tema i kommunikasjon med dødende pasienter. | Kvalitativ metode, hvor hver sykepleier deltok i fem grupperefleksjons- øker som ble spilt inn på lydbånd, transkribert og analysert ved bruk av kvalitativ innholds analyse. | 98 sykepleiere ble rekruttert til studien fra et sykehus, et hospice og hjemmesykepleie- team. | Tre domener og ni temaer dukket opp gjennom studien. Innholdet av de eksistensielle samtale- dekket temaer som å leve, å dø og relasjoner. Prosessdomene handlet om å bruke kommunikasjonsteknikker for å åpne opp til samtale, være tilstede og bekreftende. Det tredje domene handlet om betydningen av eksistensielle | En styrke i denne studien er utvalget på 98 sykepleiere. Dette gir et bredt omfang av informasjon som har blitt analysert, som videre gir et godt grunnlag for domenene og temaene som kommer frem i resultatene. En svakhet | Studien ble godkjent av Gøteborgs regionale forskningsetiske komite. Sykepleierne ble gitt verbal og skriftlig informasjon og gav skriftlig samtykke til å delta. |

| | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|---|--|
| | | | | | <p>samtaler for sykepleierne. Studien støtter påstanden om at erfaring med å snakke om eksistensielle tema og et støttende miljø gjør sykepleiere komfortable i dialog med døende pasienter. Det var åpenbart fra denne studien at å ha mot til å være tilstede og bekreftende, ha god tid og ikke forsøke å «løse» de eksistensielle problemene var viktige faktorer.</p> | <p>er likevel at det ikke er gjort rede for hvordan deltakerne ble valgt ut (utvalgsstrategi).</p> | |
| <p>Tornøe, A, K., Danbolt, J, L., Kvigne, K., Sørli, V. (2014, 3. september).</p> | <p>The power of consoling presence – hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying.</p> | <p>Hensikten med denne studien er å beskrive betydningen av hospice-sykepleieres erfaring med å lindre døende pasienters åndelige og eksistensielle lidelse.</p> | <p>Kvalitativ metode. Hospice-sykepleiere ble intervjuet individuelt og bedt om å fortelle om deres erfaringer med å gi spirituell og eksistensiell pleie til døende pasienter. Data analyser ble utført ved hjelp av fenomenologisk og</p> | <p>Erfarne hospice sykepleiere fra et ledende sykehus i Norge ble invitert til å delta i studien. Åtte sykepleiere mellom 41 og 61 år gammel deltok i studien. De hadde mellom 8 og 35 år med sykepleiererfaring,</p> | <p>De overordnede temaene av spirituelle- og eksistensiell pleie som ble identifisert, var å gjenkjenne eksistensiell og spirituell lidelse, koble seg på og åpne opp, kjenne på atmosfæren i rommet, bli rørt, og å lindre ved bruk av stillhet, samtale og religiøs trøst. Det å lindre eksistensiell og spirituell lidelse er en dypt personlig og relasjonell praksis. Sykepleiere har potensialet til å lindre eksistensiell</p> | <p>En svakhet ved studien er utvalget. Studien inkluderer kun 8 sykepleiere som, noe som kan påvirke overførbarheten av resultatene. Men bruk av hensiktsmessig prøvetaking og tykke beskrivelser kan imidlertid tillate dypere innblikk i de studerte fenomenene</p> | <p>Studien ble utført i henhold til Helsinki-erklæringen. Godkjenning ble hentet fra den norske samfunnsvitenskapelige datatjenesten. Alle deltakere gav skriftlig samtykke til å delta.</p> |

| | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------|---|---|---|--|
| | | | hermeneutisk metode. | og videreutdanning innenfor palliativ behandling. | og spirituell lidelse gjennom en trøstende tilstedeværelse. Ved å koble seg på og knytte seg til pasienter og deres pårørende, har sykepleiere muligheten til å bekrefte pasientens styrke og lette motet til å leve et meningsfullt liv og dø en verdig død. | og sikre tilstrekkelig informasjon for leseren å avgjøre om resultatene kan overføres til andre situasjoner noe som øker troverdigheten av studien. En styrke ved studien er at intervjustrategien ble laget med en fortellende tilnærming med ett åpent spørsmål, etterfulgt av oppklarende spørsmål ved behov. De ønsket at deltakerne skulle snakke så fritt som mulig for å minimere forskerens påvirkning på sykepleiernes forklaringer. | |
|--|--|--|----------------------|---|---|---|--|

| | | | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|--|---|
| <p>Vilalta, A., Valls, J., Porta, J., Viñas, J. (2014, 3. januar).</p> | <p>Evaluation of spiritual needs of patients with advanced cancer in a palliative unit.</p> | <p>Hensikten med studien var å identifisere åndelige behov hos pasienter diagnostisert med uhelbredelig kreftsykdom i palliativ enhet på et sykehus i Barcelona.</p> | <p>Kvalitativ metode ved bruk av observasjon og intervju. Et spørreskjema med 28 spørsmål valgt utfra litteraturgjennomgang ble brukt. Resultatene ble gruppert i 11 kategorier tilsvarende ulike åndelige behov.</p> | <p>Studien inkluderte 50 pasienter med uhelbredelig kreft innlagt ved en palliativ avdeling.</p> | <p>To av de åndelige behovene skilte seg ut som de viktigste for pasientene. Behov for å bli anerkjent som et unikt menneske helt til døden, og behov for å være godt informert om sin sykdom. Denne studien viste at de minst viktige åndelige behovene var viten om et liv etter døden, å være fri for skyld, å gi tilgivelse til andre og å bli tilgitt av andre. Når pasientene visste sannheten om sykdommen sin og ble behandlet med verdighet, opplevdes det at pasientene fikk sine viktigste eksistensielle behov dekket. Resultatene antyder at pasienter som får palliativ behandling ønsker å leve i nuet med så mye normalitet som mulig og viser mindre interesse for fortiden og fremtiden.</p> | <p>En styrke ved studien er grundigheten i utarbeidelsen av spørreskjemaet brukt i studien, i tillegg inkluderer studien 50 deltakere som er et greit utvalg for kvalitativ metode. En svakhet ved studien kan være at de eksistensielle behovene som kommer frem som de viktigste kunne blitt annerledes ved et annet utvalg. I tillegg, sikter ikke studien på å utvikle en ny test for å evaluere de eksistensielle behovene til palliative pasienter. Den er observasjonsbasert og</p> | <p>Studien ble godkjent av den etiske komiteen ved universitetssykehuset i Barcelona hvor studien ble utført, og deltakerne underskrev et samtykkeskjema.</p> |
|--|---|--|---|--|--|--|---|

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | <p>resultatene kan brukes til å kritisk avdekke og diskutere noen av de mest relevante problemene i forhold til disse pasientene. Forskerne mener at resultatene av studien kan brukes til videre forskning og utvikling av spørreskjema som kan måle disse viktige behovene hos pasienter.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|