



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	12-05-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	22-05-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 434

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 9146

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har registrert**

**oppgavetittelen på**

**norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 61

**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? \*

Ja

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

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Sykepleierens møte med åndelig omsorg i sykehus

The nurses` encounters with spiritual care in hospital

**Kandidatnummer: 434**

Sjukepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og omsorgsvitenskap, Campus Bergen

Innleveringsdato: 22/05/2020

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, § 12-1.

## Abstrakt

**Bakgrunn:** Mennesker er avhengig av hverandre, og når sykepleier og pasient møtes, dannes det et helt spesielt forhold. Det er en relasjon der sykepleieren har ansvar for å ta vare på pasientens behov, og pasienten har tillit til at sykepleieren ivaretar dette. Åndelig omsorg blir særlig aktuelt når mennesket møter lidelse, sorg, tap og død. Sykepleieren skal sørge for at pasienten får ivare tatt sine åndelige behov, men det er ikke alltid dette skjer i norske sykehus. I somatiske sykehus er hverdagen ofte travel for sykepleierne, mens pasienten kan være i en usikker situasjon og oppleve lidelse.

**Problemstilling:** Hva kan ha betydning for sykepleierens utøvelse av åndelig omsorg?

**Hensikt:** Denne litteraturstudien vil undersøke forhold som påvirker utøvelse av åndelig omsorg. Hensikten er å bevisstgjøre hvilke faktorer som kan påvirke sykepleieren og hvilke tanker hun har rundt utøvelse av åndelig omsorg, møtet med pasienten og omstendighetene rundt.

**Metode:** Det er gjort et litteratursøk i fire forskningsdatabaser, både norsk og engelske.

Studien inneholder 4 artikler basert på søket. Det er også brukt etablert teori fra annen forskning og publiserte bøker. Dette, sammen med artiklene, er drøftet for å komme frem til en konklusjon på problemstillingen.

**Resultat:** Sykepleiere er usikker på hva åndelig omsorg er, og hvordan det skal ivaretas. De forteller om dårlig tid, forskjeller i tankesett, barrierer i arbeidsmiljøet og egen usikkerhet som noe som hindrer åndelig omsorg. Relasjon, tillit, tid og trygghet i seg selv kan hjelpe sykepleieren. Undervisning i åndelig omsorg og gruppediskusjoner kan være til hjelp.

**Konklusjon og relevans for praksis:** Både strukturelle og personlige faktorer påvirker sykepleierens utøvelse av åndelig omsorg. Resultatet fra denne studien kan være relevant for norske sykehus fordi forskningen er fra norske sykehus og lignende samfunn, og teorien i stor grad er fra norske bøker. Utvalget er lite, og må tas med i vurderingen når oppgaven leses.

**Nøkkelord:** Åndelig omsorg, sykepleie, sykehus, Norge, håp.

## Abstract

**Background:** Humans depend on each other. When a nurse and a patient meet, a special bond forms. It is a relation where the nurse is responsible for caring for the patients' needs. The patient trusts that the nurse cares for his needs. Spiritual care is especially important when humans encounter suffering, sorrow, loss and death. The nurse is responsible for meeting the spiritual needs of the patient. However, this does not always happen in Norwegian hospitals. In somatic hospitals, the everyday work makes the nurse busy, while the patient may be in a state of uncertainty and suffering.

**Research question:** What can affect nurses' ability to look after the spiritual needs of the patient?

**Intention:** This literature study will investigate the factors that may affect attending to spiritual care. The intention is to raise awareness of which factors may influence the nurse and her thoughts about attending to spiritual care, the encounter with the patient and the surrounding environment.

**Method:** A search has been made for literature in four research databases, both Norwegian and English. Four articles from the search have been included in this study. Theory from other research and published books are also included. This theory combined with the search results is discussed to attempt answering the research question.

**Results:** Nurses are insecure about what spiritual care means and how this can be cared for. They tell about lack of time, mindset differences, barriers in the working environment and own insecurity as barriers for caring for the patients' spiritual dimension and needs. A good relationship, trust, time and certainty in oneself can help the nurse. Education in spiritual care and participating in group discussions may also help.

**Conclusion and relevance for clinical practice:** Both structural and personal factors affect the nurse caring for spiritual needs. This may be relevant to Norwegian hospitals because the research and theory included is mostly from Norwegian societies and Norwegian books. The population is limited which needs to be considered when reading this study.

**Key words:** Spiritual care, nursing, hospital, Norway, hope.

## Innholdsfortegnelse

<b>Abstrakt</b> .....	2
<b>Abstract</b> .....	3
<b>Innhold</b> .....	4
<b>1.0 Innledning</b> .....	6
1.1 Problemstilling og hensikt .....	7
1.2 Oppgavens oppbygging .....	7
<b>2.0 Teori</b> .....	8
2.1 Åndelig omsorg.....	8
2.1.2 Åndelig omsorg i Norge.....	9
2.1.3 Åndelig omsorg i praksis .....	10
2.2.1 Levd liv og mening .....	10
2.2.2 Religion.....	11
2.3 Sykepleieteoretikere.....	11
2.3.1 Travelbee om håp.....	11
2.3.2 Martinsen om håp .....	12
2.4 Kommunikasjon.....	12
2.4.1 Møte med pasienten og relasjonsbygging.....	13
<b>3.0 Metode</b> .....	14
3.1 Forarbeid til søket .....	14
3.1.2 Utvelgelse av artikler .....	15
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	16
3.3 Kildekritikk .....	16
3.4 Primærkilder .....	17
<b>4.0 Ethiske overveielser</b> .....	17
<b>5.0 Funn</b> .....	17
5.1 – «Meaning given to spirituality, religiousness and personal beliefs: Explored by a sample of Norwegian population» K. B. Torskenæs, H. Kalfoss & Sæteren (2015).....	17
5.2 – «Nurses exploring the Spirituality of Their Patients With Cancer» C. P. Vissers, Engels, Groot, Smeets & van Meurs (2018) .....	18
5.3 – «The challenge of consolation: Nurses` experience with spiritual and existential care for the dying – a phenomenological hermeneutical study» A. Tornøe, J. Danbolt, Kvigne & Sørli (2015).....	19
5.4 – «Discerning the healing path – how nurses assist patient spirituality in diverse health care settings» Cone & Giske (2015).....	19
5.5 Oppsummering av funn.....	20

5.5.1 Arbeidsplassen og tid.....	20
5.5.2 Hva åndelighet er .....	21
5.5.3 Kompetanse .....	21
5.5.4. Hvordan utøve åndelig omsorg .....	22
<b>6.0 Diskusjon .....</b>	<b>22</b>
6.1 Metodevalg .....	22
6.2 Hva kan ha betydning for sykepleiers utøvelse av åndelig omsorg? .....	23
6.2.1.Struktur .....	23
6.2.1.1 Arbeidsplassen .....	24
6.2.1.2 Tid.....	25
6.2.2 Personlige egenskaper hos sykepleieren .....	26
6.2.2.1 Usikkerhet rundt hva åndelig omsorg er .....	26
6.2.2.2 Usikkerhet rundt egen åndelighet og kompetanse .....	28
6.2.2.3 Usikkerhet på hvordan .....	30
<b>7.0 Konklusjon .....</b>	<b>31</b>
7.1 Relevans for praksis.....	31
<b>8.0 Referanseliste .....</b>	<b>32</b>
<b>9.0 Vedlegg.....</b>	<b>36</b>
9.1 Vedlegg I – PICO-skjema .....	36
9.2 Vedlegg II - Flytskjema .....	37
9.3 Vedlegg III - Samleskjema for artikler .....	39
9.4 Vedlegg IV - Styrkeskjema.....	43
9.5 Vedlegg V – Sjekkliste for Kvalitative Studier .....	45

Antall ord: 9146

Dette er ekskludert abstrakt, innholdsfortegnelse, referanser i teksten, referanser og vedlegg.

## 1.0 Innledning

Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer forteller at sykepleiere skal utøve helhetlig omsorg, som inkluderer det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige (NSF, 2019). Menneskerettsloven (1976, §18) formidler at alle skal ha frihet til å velge tro eller religion etter eget valg og ha frihet til å utøve denne. Hvis pasienten får ivaretatt åndelig omsorg, vil det kunne øke velvære, lindre lidelse og kunne bidra til indre styrke og fred (Coffey, McCarthy & Weathers, 2016, side 92).

Sykepleieprosessen er et verktøy for å passe på at pasienten får kartlagt problemene han har, og får utarbeidet relevante og gode tiltak (Kirkevold, 2018). DIPS er en elektronisk pasientjournal som brukes i flere norske sykehus, og som kan hjelpe å kartlegge pasienten. DIPS-punktene er 12 punkter som brukes som en del av sykepleieprosessen, for å dokumentere pasientens tilstand. Et av punktene lyder «Åndelig/kulturelt/livsstil». Jeg kan telle på en hånd antall ganger jeg har sett dette punktet tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten. Nasjonal Handlingsplan med Retningslinjer for Palliasjon i Kreftomsorgen viser at pasienten har eksistensielle behov. Disse blir i liten grad sørget for i dag, til tross for at pasientene synes det er viktig (Helsedirektoratet, 26.03.2015). Einarsen, Giske & Melas utførte i 2018 observasjonsstudier der sykepleierstudenter observerte den muntlige rapporten som ble utført mellom forskjellige vakter i sykehus. Undersøkelsen ble gjort for å undersøke om muntlig rapport påvirket pasientsikkerheten og kvaliteten på pleien. De fant at det fysiske fikk større plass i den muntlige rapporten på sykehus enn det psykososiale og åndelige (Einarsen, Giske & Melas, 2018, side e772).

Martinsen forteller oss at travelheten har blitt en del av sykepleierens livsform, og påvirker henne i alt hun gjør. Pasienten ønsker å bli møtt, lyttet til og sett av sykepleieren, men dette kommer i konflikt med sykepleierens travelhet. For pasienten handler det om håpet, som forklares som et livsfundament hos mennesket (Martinsen, 2014, side 241). Joyce Travelbee går så langt som å skrive at sykepleieren har kunnskap og evne til å hjelpe mennesket å finne mening i sykdom eller å etterstrebe det høyeste nivået av helse som er mulig for den enkelte. Hun forklarer at dette er en egenskap sykepleieren har lært seg ved å møte menneskets sårbarhet på en annen måte enn andre (Travelbee, 1970, side 40). De yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere sier at det er sykepleierens ansvar å understøtte håp, lindre lidelse og ivareta verdighet (NSF, 2019).



Mennesker er avhengig av hverandre, og i sykepleier-pasient-relasjonen er pasienten utlevert på en spesiell måte. Pasienten er avhengig av at sykepleieren dekker de fysiske og psykiske behovene, så vel som de sosiale og åndelige. Avhengigheten kan komme til uttrykk i form av håp og tillit, som pasienten viser til sykepleieren. Det hviler et ansvar på sykepleieren, da hun har noe pasienten trenger; at sykepleieren ser uttrykket til pasienten, tolker og handler på det for å vekke livsmotet (Reitan & Schjølberg, 2017, side 289-290). Som vi kan se, er åndelig omsorg noe alle sykepleiere bør ivareta. Videre vil jeg undersøke hva som kan hemme og fremme utøvelsen av åndelig omsorg.

## 1.1 Problemstilling

### **Hva kan ha betydning for sykepleierens utøvelse av åndelig omsorg?**

#### 1.1.2 Avgrensning og hensikt

Denne oppgaven vil belyse den delen av sykepleie som omfatter åndelig omsorg. Fokuset vil være sykepleieren selv og hennes utøvelse av åndelig omsorg. Det vil være vekt på hvilke faktorer som kan fremme og hvilke som kan være en sperre for åndelig omsorg. Jeg vil hovedsakelig ha søkelyset på faktorer i sykepleierens tanke og refleksjon rundt åndelig omsorg, hvordan dette kan påvirke utøvelsen av åndelig omsorg, men også betydningen av organisatoriske rammer. Utøvelse av åndelig omsorg omhandler selvsagt sykepleier-pasient-relasjonen, men denne oppgaven vil forsøke å ha hovedfokuset på hvordan sykepleieren jobber og hvordan hun er forberedt på å sørge for åndelig omsorg, da dette er noe som ofte ikke blir ivaretatt. Det vil settes søkelys på hva åndelig omsorg er og hva som påvirker sykepleierens tanke rundt det.

## 1.2 Oppgavens oppbygging

Videre vil jeg presentere teorien som vil bygge opp under oppgaven. Denne delen vil inneholde eksisterende fagkunnskap om åndelig omsorg, andre relevante teoriområder og etablert forskning. Deretter vil metoddelen presenteres. Her vil det gjøres rede for inklusjons- og eksklusjonskriterier, forklares kildekritikk og valg av funn. Det vil så bli presentert forskningsartiklene som oppgaven baseres på, og hovedtemaene disse tar opp. Etter

dette vil jeg drøfte og diskutere valg av metode og funnene mine i lys av den teoretiske bakgrunnen. Til slutt vil jeg forsøke å svare på problemstillingen jeg startet med. I oppgaven vil jeg bruke «hun» om sykepleieren, og «han» om pasienten, for å skille mellom dem tydeligere.

## 2.0 Teori

### 2.1 Åndelig omsorg

«Ånd», på latin *spiritus*, er et ord som har sammenheng med åndedrett/pust og vind. Det henger sammen med liv, og er med oss fra vårt første pust som spedbarn til helt siste åndedrett (Sæteren, 2017, side 290). En konseptanalyse med sikte på å definere åndelighet, kom frem til at tre hovedegenskaper som oftest ble brukt for å definere åndelighet er tilknytning/relasjoner, søken etter mening og transcendens (Coffey et al., 2016, side 93). Transcendens blir definert som en opplevelse av noe utenfor seg selv og sin egen lidelse (Cone & Giske, 2019, side 14). Åndelighet rommer flere aspekter ved livet, og inneholder blant annet temaer som selvbevissthet, noe utenfor en selv, livssyn og søken etter mening (Sæteren, 2017, side 292-294). Det argumenteres for at åndelig omsorg er viktig i sykepleien, da det aktualiseres når man møter situasjoner man ikke kan gjøre noe med og som er utenfor menneskets kontroll. Det kan dreie seg om død, sykdom, tap eller å bli skilt fra det/de som er det viktigste for oss, og dette vil føre til at man mister tilliten til verden. Det gir igjen smerte, lidelse og sårbarhet. Dette fører til at man kjenner at livet og eksistensen ikke kan bli tatt for gitt (Cone & Giske, 2019, side 31).

Sæteren skriver at det å ivareta åndelig omsorg ikke er en teknikk som må læres, men som kommer av erfaring og utvikling av sykepleier-pasient-relasjonen. Hun skriver at etter hvert som sykepleieren lærer å se pasienten, la seg bli berørt, lytte og samtale og til å ha mot til å være nær, vil sykepleieren kunne ta vare på pasienten bedre når han trenger dette (Sæteren, 2017, side 298). Tove Giske kommenterer i en avisartikkel; «Det er opp til den enkelte ansatte hvor mye en er opptatt av åndelig omsorg for pasienter ... I tillegg har vi utfordringer ved at pasienter kan være usikre på om det er helsepersonellet sitt ansvar og dermed ikke kommer frem med det som kan være viktig for dem» (Nyvoll, 2019, s. 26). Her ser vi at pasienten kan være usikker på om det er sykepleiers ansvar, og derfor holder tilbake.

### 2.1.2 Åndelig omsorg i Norge

Nasjonal Handlingsplan med Retningslinjer for Palliasjon i Kreftomsorgen deler opp åndelig omsorg i eksistensielle utfordringer, verdibestemte holdninger og religiøse forankringer. Her forklares åndelig omsorg med måten sykepleierens tilnærming og innsats er, i forhold til pasientens eksistensielle og åndelige behov i livets slutfase (Helsedirektoratet, 26.03.2015). Denne måten å definere åndelig omsorg på, viser at det både berører religiøse og ikke-religiøse deler av pasientens liv, og at det er noe som blir særlig aktuelt når livet går mot en slutt. Retningslinjene forteller at det å ta vare på det som er verdifullt for pasienten, også er å ivareta åndelig omsorg. Handlingsplanen tar ikke stilling til åndelig omsorg for pasienter som ikke er i en palliativ fase, og dette kan peke på et mulig hull i nasjonale retningslinjer. Retningslinjen er også for åndelig omsorg innen kreftomsorgen, og omfatter derfor ikke andre pasientgrupper.

Åndelig omsorg kan også være aktuelt når pasienten ikke er i en palliativ fase. Cone & Giske bruker flere definisjoner av åndelig omsorg, men viser ikke til en felles norsk definisjon, som forklarer åndelig omsorg som noe religiøst og ikke-religiøst og som berører både palliative- og ikke palliative pasienter (Cone & Giske, 2019, side 15-18). Tanke-, samvittighets- og trosfrihet er hjemlet i norsk lov. Denne loven innebærer at den enkelte har rett til å utøve tradisjoner og ritualer tilhørende religion eller tro, alene eller sammen med andre (Menneskerettsloven, 1976, §18), og dette gjelder også i en ikke-palliativ fase. Sykepleieren har en fagutviklende funksjon og har ansvar for å holde seg oppdatert på ny forskning og litteratur, og å anvende dette i sin kliniske praksis (Nortvedt & Grønseth, 2017, side 23).

Det er ikke funnet en felles norsk retningslinje for hvordan åndelig omsorg skal ivaretas hos både palliative og ikke-palliative pasienter. Oslo Universitetssykehus har i starten av 2020 publisert en fagprosedyre om ivaretagelse av åndelig omsorg til pasienter og pårørende. Denne sier at ivaretagelse av åndelig omsorg er viktig og at det ivaretar pasientens integritet. Pasientene innlagt i sykehus uttrykker også at de ønsker helsepersonell skal ta opp temaer rundt åndelig og eksistensiell omsorg. Fagprosedyren presiserer at det skal gjøres en kartlegging av pasientens åndelige og eksistensielle behov, og at helsepersonellet skal gjenkjenne pasientens uttrykk av behov for åndelig omsorg (Oslo Universitetssykehus, 2020).

### 2.1.3 Åndelig omsorg i praksis

I sin nye bok skriver Cone & Giske at det første steget som må tas for å øke kompetansen innen åndelig omsorg, er at sykepleieren å få bedre kjennskap til sitt eget dypeste plan. Det at sykepleieren er bevisst og komfortabel i egen åndelighet, kan gjøre at hun opplever seg mer forberedt til å møte pasientene på dette planet (Cone & Giske, 2019, side 43-47). De presiserer også viktigheten av åpne spørsmål, da det gir pasienten rom til å samtale på egne premisser (Cone & Giske, 2019, side 56). Disse spørsmålene kan være gode verktøy for å åpne opp til samtale, men krever prøving og feiling for å finne ut når det passer å stille de forskjellige spørsmålene (Cone & Giske, 2019, side 79). I en studie av samme forfattere ble det vist at erfaring, forberedthet og opplevd viktighet av åndelig omsorg var tre av faktorene som økte hvor komfortabel sykepleierne var med utøvelse av åndelig omsorg. De fant 4 spørsmål som sykepleierne selv vurderte var best til å kartlegge åndelige forhold:

1. «Kven eller kva støttar deg når du er sjuk?»
2. «Kva hjelper deg når du er sjuk?»
3. «Har du åndelege/eksistensielle behov eller bekymringer som eg kan hjelpe deg med?»
4. «Har du nokon som du kan snakke med om religiøse forhold?» (Cone & Giske, 2017, side 3131).

I observasjonsstudier gjort på muntlig rapport i sykehus, ble det funnet at sykepleiere som har ansvar for færre pasienter, vil overlevere informasjon i forhold til flere av DIPS-punktene enn de sykepleierne som hadde ansvar for flere pasienter (Einarsen et al., 2018, side e772).

#### 2.2.1 Levd liv og mening

Utøvelse av åndelig omsorg dreier seg i stor grad om å stille de eksistensielle spørsmålene. Torbjørnsen tar opp noen sentrale tema som disse kan omhandle: Levd liv, mening, lidelse, skyld og ansvar, gudsbilder, døden, håp, tro og egenomsorg. Han poengterer at i livets siste fase blir en ofte mer opptatt av hva livet har vært, enn hva det skal bli. Det er tid for å fortelle livshistorien, dele livserfaringer og tematisere problemstillinger av religiøs eller filosofisk grad, gjerne til pårørende, fagfolk eller medpasienter. Han poengterer også at det kan være et behov å finne en mening i det levde liv, og finne hva som fortsatt gir mening. Dette er noe som sykepleieren kan hjelpe ham til (Torbjørnsen, 2008, side 462).

## 2.2.2 Religion

Norge er et land med sterke kristne røtter. Frem til 2012 har Den Norske Kirke vært statskirke i Norge, og er sterkt festet i Grunnloven. De siste tiårene er Human-Etisk forbund, Islam, Hinduisme og Buddhisme blitt mer tydelig i Norge, og særlig Islam har vokst (Bangstad, Groth, Jacobsen og Rasmussen, 2019). Det religiøse Norge er i endring, og 50% av nordmenn over 16 år oppgir å ha en religion eller trosretning (SSB, 2017). Flere med innvandrerbakgrunn enn etniske nordmenn deltar på religiøse møter, og størstedelen av befolkningen sier de tror på høyere makter, men er preget av tvil. Det er også vist at usikkerheten er stor om det finnes en Gud som bryr seg om hvert enkelt menneske (Taule, 2014). Selv om en religion tradisjonelt sett har et visst tankesett om Gud, ritualer og verdier, trenger ikke dette å samsvare med den enkelte pasient sin oppfatning (Cone & Giske, 2019, side 23).

## 2.3 Sykepleieteoretikere

Under vil jeg presentere noen sykepleieteoretikere og deres syn på åndelig omsorg og håp.

### 2.3.1 Travelbee om håp

Joyce Travelbee er en sykepleieteoretiker, og deler av litteraturen hennes er preget av sykepleier-pasientforholdet og formidlingen av håp. Når relasjonen skal bygges, må sykepleieren være tilgjengelig. «Transcendence in nursing means the ability to cut through the facades of role, title, position or status, in order to relate with another human being» (Travelbee, 1971, side 40). Travelbee beskriver sykepleier-pasient relasjonen som en erfaring der sykepleieren møter pasientens behov, og der sykepleieren etablerer og opprettholder denne relasjonen. Travelbee (1971, side 77) henviser til Lynch (1965, side 24) som gir en definisjon på håp «hope .... Is a sense of the possible». Travelbee skriver så at håp henger sammen med tillit og utholdenhet. Pasienten kan ha et håp om at noe er mulig, og har tillit til at sykepleieren kan hjelpe han med dette (Travelbee, 1971, side 80). I lange sykdomsforløp vil livet kunne oppleves skremmende, smertefullt og usikkert, og sykepleierens rolle blir her å formidle håp. Noen ganger om bedring, noen ganger om de gode øyeblikkene før pasienten går bort, og noen ganger så god lindring som mulig.

### 2.3.2 Martinsen om håp

Kari Martinsen er en kjent, norsk sykepleieteoretiker. Hun har vært aktiv i siste del av 1900-tallet, og er fortsatt aktuell i dag (Fonn, 2019). Hun har publisert forskning om åndelig omsorg, og også skrevet kapitler i og selv forfattet bøker om åndelig omsorg og håp. Martinsen skriver at håp kan gi et frirom fra sykdom og lidelse, gi kraft og lindring, og at sykepleieren kan være med å gi håp for at pasienten får oppleve neste sommer. Sykepleierne skaper ikke håpet, men kan være med å vekke dette ved å lytte og være med å ivareta pasientens ønsker om hvordan pleien skal utføres (Martinsen, 2014, side 242).

Sykepleieren kan være i to former for travelhet, den gode og den onde, der begge fører med seg skyldfølelse. Den onde travelheten kommer av at sykepleieren stenger pasientens sårbarhet ute, og denne travelheten er bestemt av alle prioriteringer og gjøremål som pålegges sykepleieren. Den gode travelheten kommer når sykepleieren har det travelt på grunn av hennes vilje til å ta hånd om pasienten på best mulig måte. Skyldfølelse er noe sykepleieren kan kjenne på når hun er i garderoben etter vekten. Sykepleieren kan kjenne på at hun burde gjort mer, og kan ende opp med å snu dette mot seg selv, og si «Jeg er ikke god nok». Noen vil også rettferdiggjøre skyldfølelsen ved prosedyrer og retningslinjer som forventes av arbeidsplassen (Martinsen, 2014, side 232).

### 2.4 Kommunikasjon

Travelbee skriver at kommunikasjon er noe som foregår i hvert møte mellom pasient og sykepleier, både når møtet er med ord, men også uten. Pasienten kommuniserer noe om hvordan han har det ved å bruke ansiktsuttrykk, kroppsspråket, utseende, oppførsel og holdning. Sykepleieren må kunne oppfatte og tolke dette, for å så vurdere og sette inn tiltak (Travelbee, 1971, side 93). Altså er det sykepleierens rolle å se til at det pasienten uttrykker, både verbalt og nonverbalt, blir forstått og ivaretatt.

Eide og Eide beskriver kommunikasjonens kunst som det å oppfatte det den andre (pasienten) kommuniserer helhetlig, og å svare på en måte som er til hjelp. De peker på at dette møtet kan være utfordrende, da man ofte har helt forskjellige livssituasjoner. For den ene er det en dag på jobb. Den andre har kanskje fått en alvorlig diagnose og kjenner på usikkerhet og frykt.

Det fører til at situasjonen er vanskelig og kanskje også umulig for sykepleieren å forstå. Det vil kunne være godt for pasienten om sykepleieren makter å stille seg på pasientens nivå, lytter aktivt og lar den andre få komme med det den har på hjertet. Dette kan bygge god tillit, og over tid relasjon mellom pasient og sykepleier (Eide & Eide, 2017, side 25).

#### 2.4.1 Møte med pasienten og relasjonsbygging

Som nevnt over vil relasjonen mellom sykepleier og pasient skapes over tid. En situasjon der pasienten blir møtt der den er, både med stemme, kroppsspråk og væremåte, vil kunne trygge pasienten på at sykepleieren ønsker ham vel. Ved å skape en situasjon hvor sykepleieren viser at hun har tid og rom for pasienten, vil relasjonen kunne vokse (Cone & Giske, 2019, side 73-74). Hummelvoll skriver at det betydningsfulle møtet krever empati, som betyr at sykepleieren må forsøke å forstå pasientens subjektive verden (Hummelvoll, 2012, side 422). Ved å sette seg ned og utjevne høydeforskjellen, vil møtet bli mer likeverdig (Hummelvoll, 2012, side 425). Det blir beskrevet noen kjennetegn ved en god samtalepartner: Forståelse av egen kommunikasjonsstil, årvåkenhet for den andres behov, bruk av enkelt og forståelig språk tilpasset den man snakker med og validering av pasienten og dens budskap (Hummelvoll, 2012, side 429).

Utfordringen med relasjonsarbeid er å møte den andre nøytralt, og med dette både nullstille egne fordommer og tanker om pasientens situasjon, og gi ham tid og rom til å være hele seg (Hummelvoll, 2012, side 431). Den verbale kontakten med pasienten lettes ved bruk av åpne spørsmål i starten av samtalen, ved å spørre oppfølgingsspørsmål for å hjelpe pasienten å fortsette, sette ord på det sykepleieren selv opplever at pasienten sier og forsøke å oppsummere samtalen på slutten (Hummelvoll, 2012, side 430). Relasjonen og møtet med pasienten kan gjøre at sykepleieren blir glad og full av håp eller mismodig, nedstemt og handlingslammet. Sykepleieren oppmuntres til å reflektere over hva hun mottar i møtet med pasienten, over hvordan og hvorfor det påvirker henne på den måten det gjør (Alvsvår, Førland & Jacobsen, 2014, side 16).

### 3.0 Metode

Dalland diskuterer metode som et verktøy til å systematisere tankene og til å etterprøve om de tankene og påstandene man har, er gyldige (Dalland, 2017, side 51). Denne oppgaven er en litteraturstudie. Metodedelen vil forklare hvordan arbeidet er strukturert, hvordan jeg har kommet frem til søkeordene mine og hvordan søkene har blitt utført. Jeg vil også si noe om inklusjons- og eksklusjonskriterier, hvordan denne måten å søke på kan påvirke resultatene og hvordan egne holdninger til temaet kan påvirke diskusjonen og tankegangen i oppgaven.

Ifølge Dalland er litteraturstudie en studie der man henter data fra allerede eksisterende forskning, fagkunnskap og teori. Det man ønsker å finne ut av, og om man ser på enkeltmenneske eller grupper, vil sette premissene for hvilket resultat man finner (Dalland, 2017, side 207). Man finner et tema man vil skrive om, konkretiserer hva man er interessert i, og gjør søk ut fra dette. I denne studien har jeg søkt etter forskning i forskjellige databaser, og funnet artikler som omhandler temaet åndelig omsorg, er innenfor inklusjonskriteriene mine, og er bygget opp kvalitativt. Kvalitative studier samler inn store mengder data fra et lite utvalg, handler om å finne sammenhenger og kan gi større dybde (Thidemann, 2019, side 78).

### 3.1 Forarbeid til søket

Jeg har brukt PICO-skjema (Vedlegg I – PICO-skjema) for å finne gode og relevante søkeord (Helsebiblioteket, 2016). P – Patient/Problem Dette er hva/hvem som ønskes undersøkt. I – Intervention. Dette er hvilke tiltak som undersøkes. C – Comparison. C brukes dersom man skal sammenligne det første tiltaket. O – Outcome. Denne representerer det man vil finne ut av. MeSH er et emneordsystem, som hjelper med å finne gode emne- og temaord. Dette kan gi bedre kontroll og større resultat (Thidemann, 2019, side 86-87). PICO-skjemaet her er på norsk, og MeSH er brukt i de databasene der jeg har søkt på engelsk. Jeg har ingen sammenligningsgruppe, og bruker derfor ikke C i PICO.

P – Sykepleieren

I – Kommunikasjon

O – Åndelig omsorg/håp

Ordene jeg har søkt på er «nursing», «communication», «hope» og «spiritual care». Disse har gitt treff på det jeg ønsket å finne ut av. Jeg kombinerte ordene med «AND» i alle databaser. Dette gjør at treffene innehar alle søkeordene samtidig, for å avgrense og gjøre at søket blir



mer presist (Thidemann, 2019, side 88). Jeg har gjort søkene mine i databasene PubMed, Cinahl, Journal of Clinical Nursing og IDUNN. PubMed og Cinahl er store og anerkjente søkedatabaser innen sykepleieforskning, har forskning fra hele verden og er anbefalt av lærere på høyskolen. Her er det store mengder data, og mulighet for avgrensning og spesifikke søk. Jeg har valgt å bruke Journal of Clinical Nursing for å spesifikt finne sykepleietiltak, og fordi dette er et internasjonalt tidsskrift som er fagfelleurdert. IDUNN er en norsk database som har blitt anbefalt av mine lærere, for å finne norsk forskning på temaet. I IDUNN har jeg brukt de opprinnelige norske søkeordene, før disse ble oversatt gjennom MeSH.

Jeg har også laget et flytskjema (Vedlegg II - Flytskjema) for å strukturere og gi oversikt over søkene som er gjort, og resultatene som er funnet. Her vil det inkluderes søk, avgrensninger, treff og leste artikler. Det vil også vises hvilke databaser artiklene er hentet fra.

### 3.1.2 Utvelgelse av artikler

Først ekskluderte jeg ved å begrense søkene. Her avgrenset jeg til «last 5 years», «human», «adults», «free full text» for å sikre at studiene er oppdatert og relevant. Artikler som ikke omhandlet åndelig omsorg og sykepleiere ble ekskludert. Det ble forsøkt å utelukke artikler som ikke var basert på norske sykehus, og tre av artiklene som er brukt er fra norske settinger med sykepleiere fra spesialisthelsetjenesten. Den siste inkluderte artikkelen er fra Nederland, som på mange måter har et samfunn som er likt Norge (Kittelsen, 2020). Artikler der undersøkelsene ble gjort i samfunn som ble vurdert til å være svært ulike fra Norge, ble ekskludert. Artiklene ble valgt ut med tanke på å kunne belyse problemstillingen fra forskjellige vinkler, og inkluderer metoder som intervju, observasjon og fokusgrupper. Forskning som har intervjuobjekter som er utelukkende studenter eller sykepleiere med videreutdanning, er ekskludert. Artiklene som er inkludert er fra databasene Cinahl (1), PubMed (1) og Wiley Online Library (2). Alle artiklene som er inkludert er gått gjennom sjekkliste for kvalitativ forskning (Vedlegg V – Sjekkliste for Kvalitative Studier), og alle/nesten alle kriteriene er møtt. Dette tilsier at artiklene er av høy kvalitet (Helsebiblioteket, 2016). Disse har også blitt presentert i et samleskjema for å vise at grundig vurdering av artiklene er gjort før de ble inkludert i litteraturstudien (Vedlegg III - Samleskjema for artikler).

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Her presenteres inklusjonskriteriene som ble brukt i utvelgelsen av artikler. Fokuset var på studier som omhandler sykepleierens utøvelse av åndelig omsorg og hennes opplevelse rundt og kompetanse til å utøve dette. Hovedvekten var på sykepleie i somatisk sykehus, fordi man der ikke har mulighet til å kommunisere med pasienten i sine vanlige omgivelser (Fjørtoft, 2016, s. 37). Søket ga få resultater på ikke-palliative pasienter, så de fleste av artiklene har undersøkt palliative. Kvalitative studier er inkludert i litteraturstudien, for å vise sykepleierens perspektiv tydeligere (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, side 18). Slike data kan være utfordrende å fremstille kvantitativt i en tabell eller spørreskjema. Hovedfokuset i utvelgelsen av artikler var fra forfattere og forskning som er publisert i Norge eller lignende samfunn, da Norge i større grad er et sekulært samfunn (Taule, 2014). Jeg ville se på forskning som er skrevet på engelsk, norsk og eventuelt dansk eller svensk.

Fra disse kriteriene ekskluderes dermed studier med hovedvekt på pårørende og tverrprofesjonelt samarbeid (både lege-sykepleier og sykepleier-sykepleier). Pasientens perspektiv er heller ikke i fokus. Undersøkelser gjort rundt barn og unge er også ekskludert. Studier som er eldre enn 5 år er ekskludert for å sikre at informasjonen er oppdatert og relevant.

### 3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er viktig for å sørge for at studiene er av høy validitet og reliabilitet. Dalland (2017, side 40) henviser til Wallén (1993, side 25) som sier at for å gi troverdig kunnskap, må disse kravene være oppfylt. *Validiteten* sier noe om kunnskapen er relevant og gyldig for det som undersøkes. *Reliabiliteten* sier noe om påliteligheten til måten kunnskapen er innhentet på. Dette vil jeg styrke ved å bruke sjekklisten til folkehelseinstituttet for kvalitativ forskning (Helsebiblioteket, 2016). Jeg har også inkludert en matrise som presenterer alle artiklene som er inkludert (Vedlegg IV - Styrkeskjema), der hovedpunktene er trukket ut, og styrker og svakheter i hver artikkel er presentert. Dette synliggjør artiklenes reliabilitet.

Etter raske søk i databasene som er valgt, fant jeg at det finnes mye forskning om åndelig omsorg. Dette gjør at det kan være utfordrende å finne den forskningen som er relevant for min problemstilling, og å avgrense godt. Jeg har forsøkt å konkretisere søkene mine ved å

inkludere nyere forskning og å studere oppbygningen av studiene. Dette kan føre til at jeg kan komme til å gå glipp av relevant forskning, og derfor er det viktig å være bevisst eksklusjonskriteriene og lese sammendrag som kan være relevante.

### 3.4 Primærkilder

Primærkilde er den opprinnelige teksten eller versjonen av et arbeid, og er direkte fra forfatteren. Sekundærkilder er oversettelser eller henvisninger til opprinnelig tekst (Dalland, 2017, side 162). Når man skriver en oppgave på denne måten vil det være gunstig å bruke flest mulig primærkilder, da det alltid er en fare for at noe av innholdet får en annen mening eller vri med endringen/henvisningen som er gjort i en sekundærkilde. Derfor vil jeg i størst mulig grad bruke primærkilder i min oppgave, og på denne måten styrke reliabiliteten. Det er bare brukt sekundærhenvisning i de tilfeller der det har vært vanskelig å oppspore den originale teksten.

### 4.0 Ethiske overveielser

Jeg er selv kristen, og dette er noe som er viktig for meg, og har påvirket mitt valg av tema. Jeg er derfor nødt til å være oppmerksom på min egen forforståelse når jeg skal forme problemstilling, i utvalg av forskning og bruk av kilder, og sørge for at dette påvirker mitt resultat så lite som mulig. Ved å være bevisst dette under hele skriveprosessen, reduseres risikoen for at egne tanker påvirker oppgaven.

### 5.0 Funn

Under vil de inkluderte artiklene presenteres med hensikt og metode, resultater og konklusjon. Deretter vil jeg presenterer en oppsummering av studiene, og hva de samlet kan fortelle oss.

#### 5.1 – «Meaning given to spirituality, religiousness and personal beliefs:

Explored by a sample of Norwegian population» K. B. Torskenæs, H. Kalfoss & Sæteren (2015)

**Hensikt og metode:** Formålet med studien var å undersøke meningen bak uttrykkene «åndelighet», «religiøsitet» og «personlig tro» (fritt oversatt) hos syke pasienter, og hos helsepersonell. Behovet for å undersøke dette ble begrunnet i at det er påvist at store deler av sykepleiere har vansker med å identifisere pasientens åndelige behov. Studien er en del av

WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). Denne artikkelen ble gjort undersøkende og kvalitativt ved å undersøke fokusgrupper. Det ble satt opp tre grupper med friske helsepersonell, og tre grupper med syke individer/pasienter. Deltakerne ble rekruttert fra sykehjem, rehabiliteringsinstitusjon og sykehus. Lokal kontaktperson fikk samtykke fra deltakerne, og samtaleene i fokusgruppene ble tatt opp og transkribert av en artikkelforfatter.

**Funn:** Etter fokusgruppene ble det funnet at det var vanskelig å bruke en felles terminologi når deltakerne diskuterte begrepene. Majoriteten av deltakerne var enige i at åndelig omsorg var viktig i helsetjenestene i dag. De med sekulær bakgrunn syntes disse temaene var vanskeligere å snakke om enn de med kristen eller muslimsk bakgrunn. Deltakerne erfarte at fokusgruppene hjalp dem å utvikle kunnskapen deres om den åndelige dimensjonen.

**Konklusjon:** Studien konkluderte med at åndelighet gjelder flere dimensjoner, og ikke bare religion. Det syntes å være utfordrende å definere begrepene, men alle begrepene var noe som deltakerne synes var viktig. Studien poengterer også at for at helsepersonell skal kunne gi helhetlig pleie, må det skapes en større forståelse og innsikt i åndelig omsorg.

## 5.2 – «Nurses exploring the Spirituality of Their Patients with Cancer» C. P. Vissers, Engels, Groot, Smeets & van Meurs (2018)

**Hensikt og metode:** Studien var gjennomført på et nederlandsk sykehus. Formålet med studien var å undersøke om sykepleiere klarte å identifisere muligheter til å ivareta åndelig omsorg på en vanlig vakt, og om de brukte spørsmål fra den nasjonale veilederen til å undersøke dette. Dette ble gjort ved at en kapellan som var trent i å oppdage og dekke pasienters åndelige behov uavhengig av religion, observerte sykepleierne. Hun observerte om de klarte å fange opp pasientens uttrykk for behov for å samtale om åndelige behov, og om sykepleierne klarte å møte behovet. Det ble også gjort intervjuer med hver enkelt sykepleier i etterkant, der det ble undersøkt om hun hadde oppdaget signalene pasienten sendte, og om hun hadde dekket pasientens åndelige behov. Forfatterne spurte seg også om hva som gjorde at disse behovene ble møtt/ikke møtt.

**Funn:** Det ble funnet at de tre største barrierene for å ikke gå inn i slike samtaler var mangel på tid, at sykepleierens tanke sett var oppgavefokuseret og frykt for at pasienten skulle oppleve det ubehagelig eller at andre overhørte samtalen. Det ble også funnet at kontinuitet i pasientansvarlig sykepleier hjalp relasjonen og forenklet samtalen rundt åndelig omsorg.

**Konklusjon:** Sykepleierne hadde vansker med å gjenkjenne åndelige behov som pasientene uttrykte, men de tre spørsmålene som er nevnt i den nederlandske nasjonale retningslinjen

åpnet for samtale. Forfatterne antyder at manglende kunnskap og øvelse rundt temaet viser et behov for undervisning.

### 5.3 – «The challenge of consolation: Nurses` experience with spiritual and existential care for the dying – a phenomenological hermeneutical study» A. Tornøe, J. Danbolt, Kvigne & Sørli (2015)

**Hensikt og metode:** Hensikten med studien var å undersøke sykepleiernes erfaring med åndelig og eksistensiell omsorg i sykehus. Bakgrunnen var at mange sykepleiere ikke ivaretar åndelige behov tilstrekkelig, og at pasienter opplever at dette er en dimensjon som ofte blir oversett. Fokuset i studien er åndelig og eksistensiell omsorg til døende. Metoden som ble brukt var intervju. 6 sykepleiere ved en kombinert medisinsk-/kreftavdeling ble intervjuet, der pasientene hadde forløp som var både palliative og kurative. Studien var godkjent av NSD (Norsk Senter for forskningsdata). Intervjuene ble gjort med en sykepleier av gangen, og to forfattere var til stede.

**Funn:** Sykepleierne mente at for å avdekke pasientens åndelige og eksistensielle behov, måtte de være innstilt på å oppfange pasientens signaler. Sykepleierne opplevde at spørsmål av åndelig og eksistensiell karakter kunne komme plutselig, og ofte når de ikke hadde tid til å lytte. De synes det var viktig med slike samtaler, men kunne ofte vegre seg for å spørre pasientene på grunn av manglende tid, ressurser og fare for avbrytelser. Sykepleierne ønsket å hjelpe pasienten å oppleve fred med seg selv, familien og Gud, men erfarte at det kunne være belastende å være en beholder for pasientens følelser. Resultatene viste også at noen av sykepleierne engstet seg for å gå inn i slike samtaler da det kunne minne dem om deres egen dødelighet og føre til angst.

**Konklusjon:** Studien konkluderte med at sykepleiere ikke helt kan ta bort åndelig og eksistensiell lidelse, men at de kunne lette det noe med å stå sammen med pasienten i lidelsen. Den konkluderte også med at det er behov for mer kvalitativ og kvantitativ forskning på området.

### 5.4 – «Discerning the healing path – how nurses assist patient spirituality in diverse health care settings» Cone & Giske (2015)

**Hensikt og metode:** Hensikten med studien var å undersøke hvordan åndelig omsorg er i situasjoner med ikke-palliative pasienter i relasjon til sykepleier. Det ble undersøkt hvordan sykepleiere oppdaget, forstod og utøvde åndelig omsorg, og hvilke faktorer som hjalp

sykepleieren å gjøre dette på en god måte. 22 sykepleiere som var hentet inn både fra videreutdanninger i sykepleie og fra et lokalt sykehus, var med på fokusgruppeintervjuer. Intervjuene ble spilt inn ved lyd, og transkribert. Studien er vurdert av NSD.

**Funn:** Sykepleierne erfarte at åndelig omsorg var en del av livet og menneskelighet, og derfor en del av sykepleie, men hadde vansker med å definere hva åndelig omsorg var. Det ble funnet fire hovedfaktorer som påvirker hvordan sykepleier utøver åndelig omsorg. 1. Sykepleieren selv, hennes bakgrunn og erfaring. 2. Pasienten, hans alder og situasjon, om han var døende eller ikke, relasjonen sykepleier-pasient og det man kunne lære om pasienten fra omgivelsene. 3. Familien, og dens verdier, kunnskap og forberedthet på det som kommer. 4. Arbeidsplassen, ansatte på jobb, tid per pasient og tid og mulighet til å diskutere åndelighet med kollegaer.

**Konklusjon:** Åndelig omsorg var noe som ble viktig for pasientene i møte med helseproblemer og livskriser, og ikke bare palliasjon. Åndelighet har med de dype og viktige tingene i livet å gjøre, og kan påvirke hvordan pasientene møter helseutfordringer. Sykepleiere tok vare på denne dimensjonen da de sa at sjelens smerte påvirket dem, og det var godt å se at pasienten fikk oppleve åndelig fred.

## 5.5 Oppsummering av funn

Videre vil jeg presentere en oppsummering av hovedfunnene fra artiklene i litteraturstudien.

### 5.5.1 Arbeidsplassen og tid

Sykepleiere mente åndelig omsorg hadde med deres tankegang og oppgavefokus å gjøre, og dette gjorde det vanskelig å høre det pasienten egentlig spurte om (van Meurs et al., 2018, side 5). De var opptatt av å overholde taushetsplikten, noe som gjorde at de vegret seg for å ta opp personlige spørsmål på flermannsrom (Cone & Giske, 2015, side 2930 og van Meurs et al., 2018, side 6). Arbeidsplassen og åpenheten for å diskutere åndelighet med sykepleiekollegaer var en del av miljøet på den enkelte avdelingen, og kunne påvirke om pasienten fikk tatt vare på sine åndelige behov (Cone & Giske, 2015, side 2930). Faktorer som var en barriere for utøvelsen av åndelig omsorg var mangel på tid og ressurser (Tornøe et al., 2015, side 5, Cone & Giske, 2015, side 2930 og van Meurs et al., 2018, side 4).

### 5.5.2 Hva åndelighet er

Åndelig omsorg var noe som helsepersonell ikke klarte å identifisere hos pasientene, og pasientene hadde behov for at dette ble sett (Torskenæs et al., 2015, side 2). Både pasienter og helsepersonell syntes åndelighet er viktig og aktuelt i helsetjenestene i dag (Torskenæs et al., 2015, side 7). Åndelig omsorg og palliasjon var noe som hang tett sammen, og mange forbandt det tett med døden (Tornøe et al., 2015, side 5). Åndelig omsorg var noe som måtte ivaretas også der pasienten ikke var palliativ (Cone & Giske, 2015, side 2927). Åndelighet ble nevnt som noe større enn selvet og en flerdimensjonal erfaring. Det var noe som ikke trengte å være en religion eller en Gud, men for eksempel kunne handle om yoga eller meditasjon (Torskenæs et al., 2015, side 6). Åndelighet kunne gi mening og hjelp for pasienten til å håndtere situasjonen (Torskenæs et al., 2015, side 5). Åndelig omsorg var noe mange sykepleiere hadde vansker med å definere og de manglet en felles terminologi for (Torskenæs et al., 2015, side 7).

Åndelig omsorg var viktig for velvære, helse og rehabilitering. Det er et tema som har vært mer forsket på det siste tiåret (van Meurs et al., 2018, side 2). Sykepleieren fryktet å trække over en grense hos pasienten (Tornøe et al., 2015, side 5), var ukomfortabel med åndelig omsorg og var usikker i forhold til det (Tornøe et al., 2015, side 9 og Cone & Giske, 2015, side 2929). Usikkerheten kunne komme av at sykepleieren ikke var «veldig kristen» eller «veldig religiøs» (Tornøe et al., 2015, side 5), mens trygghet i egen åndelighet og erfaring var en fremmede faktor for å utøve åndelig omsorg (Cone & Giske, 2015, side 2931). Religiøst helsepersonell syntes det var lettere å snakke om åndelighet med pasientene som delte deres livssyn (Torskenæs et al., 2015, side 7). Hvis ikke åndelighet betydde noe for sykepleieren, var det vanskelig å forstå hvorfor det var viktig for pasienter (Torskenæs et al., 2015, side 6). Sykepleiere syntes det var slitsomt å være beholderer for pasientens følelser og kjente på egen sårbarhet i situasjoner med åndelig omsorg (Tornøe et al., 2015, side 7).

### 5.5.3 Kompetanse

Pasienter sendte ut signaler av åndelig karakter, uten at sykepleieren handlet som følge av det (van Meurs et al., 2018, side 3). Selv når sykepleieren var blitt minnet om spørsmål som kunne brukes for å ivareta åndelig omsorg, og visste at hun ble observert av en med kompetanse innen åndelig omsorg, møtte hun ikke pasientens behov (van Meurs et al., 2018,

side 3). Pasientene tok særlig initiativ til samtaler når sykepleieren klarte å vise at hun hadde tid, spesielt under stellesituasjoner (Tornøe et al., 2015, side 5), og døende pasienter tok oftere initiativ enn andre (Cone & Giske, 2015, side 2929). God relasjon mellom sykepleier og pasient gjorde at samtaler rundt åndelighet og eksistensielle temaer lettere ble tatt opp (Cone & Giske, 2015, side 2929). Noen ganger brukte man tid som en unnskyldning for å unngå å samtale om åndelige tema (van Meurs et al., 2018, side 3). Andre opplevde at selv om intensjonen om å ivareta åndelige behov var der, oppdaget de på slutten av vekten at dette var noe de ikke hadde gjort og at de brukte mye lukkede spørsmål (van Meurs et al., 2018, side 7).

#### 5.5.4. Hvordan utøve åndelig omsorg

Bruk av små fokusgrupper der man kunne diskutere hva åndelighet, religiøsitet og personlig tro er, økte kunnskapen om åndelig omsorg (Torskenæs et al., 2015, side 7). Det ble anbefalt sykepleiere å øve på utøvelse av åndelig omsorg (van Meurs et al., 2018, side 7). Sykepleierne opplevde pasientens åndelige lidelse smertefull, ønsket å lette pasientens lidelse og kunne kjenne på meningsfullhet når de klarte å hjelpe pasienten til fred (Tornøe et al., 2015, side 7).

## 6.0 Diskusjon

Under vil jeg drøfte både metoden som er brukt, problemstillingen og funnene mine, for så å avslutte med en konklusjon på problemstillingen.

### 6.1 Metodevalg

Metoden som brukes påvirker resultatene. Essay kunne vært et mer naturlig valg for temaet, med en friere skrivestil og teksten kan virke mer som en historie. Jeg ville undersøke konkrete faktorer, tankesett og omgivelser som påvirker sykepleierne, og det ble naturlig med litteraturstudie, som ga mulighet til å vise en systematisk gjennomgang. Søkeordene som brukes utelukker noen studier. Etter søk på «spiritual care» fant jeg flere treff enn jeg ville klart å gjennomgå, og spisset derfor søket med å bruke fire ord. Jeg tror ikke det skadet litteraturstudien å bare ha fire søkeord, da funnene er relevante for temaet og sjekklisten tilsier artiklene er av høy kvalitet (Vedlegg V – Sjekkliste for Kvalitative Studier). Avgrensningen på søket er strengt, og det er søkt i flere databaser for å sikre at relevante funn ikke ble tatt



bort. Vurderingene er gjort av forfatter og egne tanker kan ha påvirket valg av teori og artikler. Denne tanken har jeg vært oppmerksom på, og forsøkt å være så objektiv som mulig. Veileder er spurt om råd underveis, også for å redusere risiko for bias. Valgene som er gjort kan ha påvirket resultatene mine.

Oppgaven er sentrert i somatisk sykehus da pasientene har kortere innleggelsestid, og man ikke kjenner pasienten så godt. Denne utfordringen er ikke lik andre steder i helsesektoren, der man har mer tid til å bygge relasjon. Når sykepleieren kan observere pasientens bilder og gjenstander, vil hun kunne se hva som er viktig for pasienten, og dette skaper tillit (Fjørtoft, 2016, s. 37). Det er brukt kvalitative studier, som gir større forståelse av opplevelsen til sykepleieren. Slike gir også data om hva som påvirker utøvelsen av åndelig omsorg, som kan gi spontanitet i svarene (Christoffersen et al., 2015, side 18). Antall nordmenn som ikke er med i tros- eller livssynssamfunn stiger, og sammen med økt innvandring fører dette til at det religiøse Norge endres og blir mer mangfoldig og sekulært (Taule, 2014). Dette gjør at det er interessant å undersøke åndelig omsorg i Norge. Barn og unge er ekskludert, for å ikke undersøke samarbeid med foreldre, da dette gikk utenfor hensikten med oppgaven. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene har sørget for at jeg bedre har klart å sortere funnene mine og valgt ut artikler som er relevante for problemstillingen.

## 6.2 Hva kan ha betydning for sykepleiers utøvelse av åndelig omsorg?

Problemstillingen min er ganske vid, og omfatter funn rundt både personlige og strukturelle faktorer. Jeg valgte å formulere den slik for å få oversikt over temaet, og se på de store linjene heller enn detaljene. Ved å kartlegge bredt har jeg funnet gode svar som kan sees mer i dybden på ved et senere tidspunkt. Under vil jeg forsøke å drøfte problemstillingen i lys av funn fra inkluderte artikler og teori.

### 6.2.1. Struktur

Funnene viste at strukturelle faktorer kunne påvirke sykepleieren i utøvelse av åndelig omsorg. Under vil disse diskuteres.

### 6.2.1.1 Arbeidsplassen

Retningslinjen for åndelig omsorg fra Oslo Universitetssykehus presiserer at det er avdelingslederen på den enkelte avdeling som har ansvar for at retningslinjen blir fulgt (Oslo Universitetssykehus, 2020). Kanskje en slik konkret ansvarsfordeling vil gjøre at retningslinjen blir fulgt? Dette kan komme til å bli mer tydelig når retningslinjen har vært i bruk en stund. Avdelingsleder sitt ansvar er også kompetansebygging og å ivareta et godt arbeidsmiljø. Det er mulig avdelingsledere bør fokusere mer på kompetanseheving hos sykepleierne på posten, og oppmuntre til et miljø der åndelig omsorg blir diskutert og ivaretatt. Vi har sett at sykepleiere med ansvar for færre pasienter vil dekke flere av DIPS-punktene i rapporten (Einarsen et al., 2018, side e772). Dette kan bety at intensivpasienter har større sannsynlighet for å få ivaretatt sine åndelige behov enn pasienter på en vanlig sengepost, og at tiden sykepleieren har til den enkelte pasient kan være utslagsgivende.

Sykepleierne poengterte at omgivelsene rundt pasienten gjorde at de vegret seg for å gå inn i samtaler om åndelige temaer (van Meurs et al., 2018, side 5, Cone & Giske, 2015, side 2930 og Tornøe et al., 2015, side 5). En barriere som ble nevnt var flermannsrom, da taushetsplikten var vanskelig å overholde, og sykepleierne syntes det var ubehagelig at andre pasienter lyttet (Cone & Giske, 2015, side 2930). Dette kunne påvirke sykepleierens utøvelse av åndelig omsorg. Kanskje var det også ubehagelig for pasientene å dele personlige samtaler og bekymringer med sykepleieren mens andre hørte på? Romfordeling og -størrelse, sjekklister og travelhet er noe som avdelingsleder har hovedansvar for. Likevel kan det være nyttig å diskutere hvordan man som enkeltsykepleier ivaretar åndelig omsorg hos pasienten på et flermannsrom. Det er mulig at dette, som ved fokusgrupper (Torskenæs et al., 2015, side 8), fører til felles refleksjon, læring og gode alternative løsninger.

Kanskje arbeidsplassen kan påvirke sykepleierens utøvelse av åndelig omsorg, da det er sykepleierens arbeidsdag, og omgivelser hun beveger seg i til vanlig. Som Eide og Eide skriver (2017, side 25), kan arbeidsplassen føre til at sykepleieren blir oppgavefokusert, mens pasienten kan være i lidelse og i eksistensiell krise. Han kan ha andre behov som sykepleieren ikke oppdager. Dette støttes av funnene til van Meurs et al. (2018, side 4). Dette kan føre til skyldfølelse på slutten av dagen (Martinsen, 2014, side 232), da listen av gjøremål har gått i

veien for sykepleieren, slik at det å ivareta åndelig omsorg til pasienten ikke har vært prioritert.

Det kan også være en samtale sykepleieren selv ikke ønsker eller føler for å gå inn i, til tross for at hun ser det, og ikke på grunn av tidsmangel (van Meurs et al., 2018, side 5). Det nevnes at det kan være slitsomt for sykepleiere å ha slike samtaler (Tornøe et al., 2015, side 8). Det kan være interessant å undersøke hvilke andre faktorer som gjør at sykepleieren bevisst unngår å møte pasientens åndelige behov. Det bør imidlertid pekes på at arbeidsplassen også kan være en styrke for sykepleieren i møte med åndelig omsorg. Hvis sykepleieren er i et arbeidsmiljø der det er åpenhet blant kollegaene for å snakke om åndelig omsorg, vil dette lettere kunne bli et diskusjonstema sykepleieren kan lære av (Cone & Giske, 2015, side 2930). Det viser også at den enkelte sykepleier kan bidra inn mot arbeidsplassen og arbeidsmiljøet i forhold til åndelig omsorg. Kanskje kan også avdelingen ha en sykepleier som har noe mer trening og erfaring innen åndelig omsorg, som en ressursperson for de andre ansatte, eller en fadderordning der de nyutdannede blir veiledet av de erfarne? Dette kan man også argumentere mot, da det allerede finnes personer med kompetanse innen åndelig omsorg på sykehuset (van Meurs et al., 2018, side 2).

### 6.2.1.2 Tid

Som nevnt er mangel på tid en barriere for å gå inn i åndelige samtaler (Tornøe et al., 2015, side 5, van Meurs et al., 2018, side 5 og Cone & Giske, 2015, side 2930). Noen sykepleiere forteller om for mange arbeidsoppgaver og for travel hverdag til å ivareta de åndelige behovene til pasientene (van Meurs et al., 2018, side 4). Funnene viser at tid også kan brukes som en unnskyldning for ikke å gå inn i slike samtaler, selv når tiden faktisk er der (van Meurs et al., 2018, side 5). Martinsen snakker om forskjellige typer travelhet, og den onde travelheten er noe som bestemmes på administrativt nivå. Denne inkluderer arbeidsoppgaver som tar så mye tid at sykepleieren velger bort å ta vare på åndelige behov av mangel på tid, som er i tråd med funnene i artiklene (Martinsen, 2014, side 232). Martinsen nevner at tiden kan bli en utfordring da man rettferdiggjør å ikke ivareta åndelige behov ved å bruke sjekklistor og prosedyrer (Martinsen, 2014, side 232). Dette kan ses i sammenheng til funnene til van Meurs et al. (2018, side 5), og vil kunne påvirke om sykepleieren utøver åndelig omsorg. Man kan stille seg spørsmål ved hvor mye av travelheten som er der, og hvor mye

som blir brukt som unnskyldning, når det vises uenighet rundt tidsproblemet. Kanskje handler det mer om hvordan man bruker tiden enn hvor mye tid man har. Man kan undre seg over om sykepleierens travelhet kommer særlig til syne på flermannsrom. Det kan tenkes at pasienten ser sykepleieren farte rundt, og derav vegrer seg for å dele sine bekymringer med henne.

En annen grunn som er nevnt for ikke å gå inn i samtaler rundt åndelig omsorg, er at sykepleieren opplever det slitsomt å eksponere seg for følelsene som kan komme fra pasienten. Dette kan føre til at sykepleieren må tenke over egen dødelighet og angst (Tornøe et al., 2015, side 8). Det er funnet av Tornøe et al. at pasientene tok hyppigere initiativ i forhold til åndelige og eksistensielle tema når sykepleieren klarte å vise at hun hadde tid (Tornøe et al., 2015, side 5). Hummelvoll peker på noe av det samme, da han skriver at møtet hjelpes og avstanden mellom sykepleier og pasient minker hvis sykepleieren setter seg ned med pasienten (Hummelvoll, 2012, side 425). På denne måten kan hun vise at hun har tid til pasienten, og dette kan gi pasienten tillit til sykepleieren og muligheten til å skape relasjon. Sykepleieren har ikke alltid tid å sette av til en samtale, og dette kan naturlig nok ha betydning for om hun utøver åndelig omsorg. Cone & Giske viser at det vil være mulig for sykepleieren å gi inntrykk av tid, selv når hun ikke har det (Cone & Giske, 2019, side 73-74). Dette vil kunne åpne opp for samtale med pasienten og øke sjansen for initiativ i en situasjon der han ellers ville vært usikker, og er et tema som kunne vært tatt opp i undervisningssituasjoner for sykepleiere om åndelig omsorg. En annen gunstig øvelse for sykepleieren kan være å øve seg i å vise at hun har tid og ro for den enkelte pasienten.

## 6.2.2 Personlige egenskaper hos sykepleieren

### 6.2.2.1 Usikkerhet rundt hva åndelig omsorg er

Noe av det som har kommet tydeligst fram fra både teori og funnene fra litteratursøket er at det finnes mange måter å tenke rundt åndelighet og åndelig omsorg på (Torskenæs et al., 2015, side 7, Coffey et al., 2016, side 93 og Cone & Giske, 2019, side 15-18), og det er mulig at dette påvirker sykepleierens utøvelse av det. Åndelig omsorg er et felt som har blitt satt større søkelys på i nyere tid (Tornøe et al., 2015, side 2 og Oslo Universitetssykehus, 2020), og det er mulig at det derfor ikke er etablert en nasjonal retningslinje enda, som også inkluderer åndelig omsorg til ikke-palliative pasienter. Like fullt har Travelbee poengtert viktigheten av åndelig omsorg i flere tiår (Travelbee, 1971, side 40). Torskenæs et al., sier at

dette er noe som i liten grad blir ivaretatt (Torskenæs et al., 2015, side 2). Dette kan tyde på at tiden er inne for å begynne å iverksette utøvelse av åndelig omsorg i større grad i norske sykehus, da det er noe som pasientene også etterspør (Helsedirektoratet, 26.03.2015).

Fagprosedyren til Oslo Universitetssykehus er publisert i starten av 2020, noe som kan tyde på at åndelig omsorg er et tema som er på vei inn i den norske spesialisthelsetjenesten i større grad enn tidligere (Oslo Universitetssykehus, 2020). Det at åndelig omsorg nå er aktuelt innen forskning og at fagprosedyrene er nye, kan bety at det vil ta noe tid før vi ser effekten av det. Det er bare funnet fagprosedyre for åndelig omsorg fra ett sykehus i Norge. Forhåpentligvis vil flere komme til etter hvert. Det kan tenkes at man etter en tid vil kunne finne forskjeller mellom Oslo Universitetssykehus og andre sykehus i Norge der man ikke har prosedyrer på å ivareta den åndelige omsorgen, da det er vist at kunnskap og definisjon av åndelig omsorg og relaterte begrep kan hjelpe forståelsen (Torskenæs et al., 2015, side 7 og van Meurs et al., 2018, side 7). En felles retningslinje kan ha betydning og hjelpe sykepleieren å oppdage signalene pasientene sender ut om åndelige behov. En slik prosedyre kan gjøre åndelig omsorg lettere for sykepleiere, da de selv er usikre på hva begrepet innebærer (Torskenæs et al., 2015, side 5 og Cone & Giske, 2015, s. 2932).

Det kan være lettere å gå inn i samtaler hvis man har konkrete og åpne spørsmål å forholde seg til, som kan brukes uavhengig av pasientens religion (van Meurs et al., 2018, side 6). Cone & Giske viser til verktøy og spørsmål på norsk som kan brukes for å åpne samtalen (Cone & Giske, 2017, side 3131). For noen vil forhåndsskrevne spørsmål være unaturlige, og Cone & Giske sine spørsmål inneholder formuleringer som tyder på at åndelig omsorg har en naturlig sammenheng med religion (Cone & Giske, 2017, side 3131). Som tidligere diskutert trenger ikke åndelig omsorg være knyttet til religion. For noen sykepleiere vil det være unaturlig å utøve åndelig omsorg og kanskje også spørre slike spørsmål, om åndelighet ikke er viktig for dem i eget liv (Torskenæs et al., 2015, side 5). Kanskje er et alternativ å bruke noen av spørsmålene som er presentert hos van Meurs et al., (fritt oversatt): «Er det noe spesielt du bekymrer deg for nå?», «Hvor har du tidligere funnet støtte i lignende situasjoner?» og «Hvem har du lyst å ha her sammen med deg? Hvem ønsker du skal støtte deg?» (van Meurs et al., 2018, side 2). Disse henviser ikke til en spesiell religion, og lar pasienten selv bestemme hvor mye han ønsker å dele med sykepleieren.

Åndelig omsorg er ofte forbundet med døden, da man ser tilbake på livet og reflekterer over relasjoner, valg, minner og om man har noe man trenger å forsone (Tornøe et al., 2015, side 5 og van Meurs et al., 2018, side 2). Dette støttes av Torbjørnsen, som sier det er når man vet at livet går mot en slutt, det blir særlig viktig med skyld og tilgivelse, refleksjon og livshistorie (Torbjørnsen, 2008, side 462). Åndelig omsorg er beskrevet som noe som aktualiseres når livet møter en stor endring og blir snudd på hodet (Cone & Giske, 2019, side 31 og Torbjørnsen, 2008, side 462), og sykepleierens rolle blir å formidle håp (Travelbee, 1971, side 80). Pasienten sin situasjon kan bli snudd på hodet allerede i det han møter på en sykehusinnleggelse, og herfra blir åndelig omsorg aktuelt. Cone & Giske viser at åndelig omsorg er noe som er aktuelt selv for ikke-palliative pasienter, og dette kan endre måten sykepleiere tenker om åndelig omsorg på, da vi ser det ofte kan forbindes med døden (Cone & Giske, 2015, side 2927, Tornøe et al., 2015, side 5 og van Meurs et al., 2018, side 2).

Både Martinsen og Travelbee peker på håp som en sentral faktor i åndelig omsorg, og at det å ivareta håpet er noe som kan gi en pause fra og et frirom i lidelsen (Travelbee, 1971, side 80 og Martinsen, 2014, side 242). Fra dette kan vi tolke at Travelbee og Martinsen argumenterer for at åndelig omsorg tilhører både palliativ og ikke-palliativ omsorg, da lidelse er en del av all sykdom. Det ble også funnet at åndelighet ikke betyr det samme for alle, og kan både være religiøst og ikke-religiøst bundet (Torskenæs et al., 2015, side 5). De fleste mente det er noe som er større enn mennesket selv og multidimensjonalt (Torskenæs et al., 2015, side 5). Det vises i Torskenæs et al. (2015, side 7), at det å diskutere og reflektere rundt åndelighet, religion og personlig tro, vil gi en større forståelse og felles terminologi. Dette kan ha betydning for sykepleierens utøvelse av åndelig omsorg. En felles norsk definisjon som både ivaretar den palliative og ikke-palliative delen og som inkluderer religiøse- og ikke-religiøse perspektiver på åndelig omsorg vil kunne være mer dekkende, og er noe som kan hjelpe sykepleiere å bli trygg på hva åndelig omsorg innebærer.

#### 6.2.2.2 Usikkerhet på egen åndelighet og kompetanse

Cone & Giske sier en stor barriere hos mange sykepleiere er at de ikke selv er trygge på egen åndelighet (Cone & Giske, 2019, side 43), og at et godt første skritt for sykepleieren som

ønsker å få kompetanse innen åndelig omsorg, er for henne å bli trygg på sitt eget dypeste plan (Cone & Giske, 2019, side 47). De viser til konkrete spørsmål og øvelser som kan hjelpe sykepleieren å bli tryggere i egen åndelighet. Dette inkluderer å jobbe med egen livshistorie, egne verdier og troshistorie, og på denne måten bli mer bevisst seg selv, som vil kunne påvirke sykepleierens utøvelse av åndelig omsorg. I en artikkel er det funnet at erfaring gjør det lettere for sykepleiere å snakke om dypere og vanskeligere tema (Cone & Giske, 2015 side 2931). Kanskje sykepleierne med lengre arbeidserfaring har jobbet med egen åndelighet i større grad, og dette gjør at de er mer kompetent til å utøve åndelig omsorg?

Cone & Giske presiserer at når sykepleier er trygg på egen åndelighet, er det også lettere for henne å snakke om pasientens dypeste bekymring (Cone & Giske, 2015 side 2931). Det kan tenkes at sykepleiere med lengre erfaring har møtt flere vanskelige situasjoner med pasienter og har flere livsmøter med død og lidelse selv. På denne måten har de mulig i større grad jobbet gjennom sine egne følelser, verdier og livs- og troshistorie enn helt nyutdannede og unge sykepleiere. Her kan vi finne en oppfordring til nyutdannede sykepleiere til å ta i bruk noen av de verktøyene Cone & Giske presenterer (Cone & Giske, 2019, side 43-69), eller kanskje søke kompetanse hos sykepleiere med lengre erfaring.

Vi kan også se at sykepleierne som hadde religiøs bakgrunn selv, særlig kristne og muslimske sykepleiere, hadde lettere for å snakke om åndelige og eksistensielle tema med pasienter av samme livssyn, enn sykepleiere som ikke hadde det (Torskenæs et al., 2015, side 7). Dette kan peke på at de som har gjennomarbeidet mer av sine egne verdier og troshistorie vil ha lettere for å snakke om disse temaene, og kanskje i større grad vil utøve åndelig omsorg. Denne teorien blir støttet opp av Torskenæs et al. (2015, side 6), som fant at sykepleiere som ikke selv hadde et eget forhold til åndelighet, vanskelig kunne forstå at dette kunne bety noe for pasienten. Til tross for at sykepleieren skal ivareta åndelig omsorg hos pasienten (Menneskerettsloven, 1976, §18 og NSF, 2019) og holde seg faglig oppdatert (Nortvedt & Grønseth, 2017, side 23), er det viktig at den enkelte kjenner sitt kompetanseområde og henviser pasienten til noen med mer kompetanse på åndelig omsorg ved behov (van Meurs et al., 2018, side 8). Dette kan være prest, imam, rabbi, pastor eller representant fra humanetisk forbund, men også fra andre organisasjoner om pasienten ønsker det.

### 6.2.2.3 Usikkerhet på hvordan

Utvikling av retningslinjer for åndelig omsorg kan tyde på at det er et behov for forklaring på hvordan det bedre kan ivaretas (Oslo Universitetssykehus, 2020 og van Meurs et al., 2018, side 2). Funnene forteller om erfaring og trygghet hos sykepleieren som en fremmede faktor for ivaretagelse av åndelig omsorg, og at det er en evne som kommer etter hvert (Tornøe et al., 2015, side 8). Det er et krav at alle sykepleiere skal være faglig oppdatert (Nortvedt & Grønseth, 2017, side 23) og alle mennesker har rett til trosfrihet (Menneskerettsloven, 1976, §18). Når pasienten ikke kan ivareta egen helse selv, blir det sykepleierens rolle, og åndelighet er en del av den. Dette tilsier at yngre sykepleiere uten så mye erfaring kan måtte ivareta åndelig omsorg hos pasientene, selv om de ikke har blitt trygge på det eller har bred erfaring enda. Da trengs det alternative måter å lære dette på.

Pasienten stoler på sykepleieren til å se hans behov (Travelbee, 1971, side 93). Kanskje er det gunstig å lære nyutdannede sykepleiere spørsmål og teknikker for å ivareta åndelig omsorg. På denne måten kan de i større grad kan være forberedt på å møte slike samtaleemner (Cone & Giske, 2017, side 3131 og van Meurs et al., 2018, side 7). Det ble vist at det å ha konkrete spørsmål å møte pasienten med, kan være et godt hjelpemiddel for å starte en samtale av åndelig karakter (van Meurs et al., 2018, side 6), noe som kan påvirke sykepleierens utøvelse av åndelig omsorg. Sykepleiere ønsker å fjerne lidelse og trøste pasienten, men kan av og til føle at de ikke når gjennom (Tornøe et al., 2015, side 10). Det å ha ferdige spørsmål å bruke, kan være et godt verktøy i slike situasjoner.

Kanskje sykepleieren lettere kan nå gjennom hvis hun har økt kompetanse rundt relasjonsbygging. Sæteren (2017, side 298) nevner at relasjonen som sykepleier og pasient får, vil føre til at pasienten vil bli bedre ivaretatt. Relasjonen er noe som utvikler seg over tid og vil ha betydning for utøvelsen av åndelig omsorg. Imidlertid får man ikke alltid mulighet til det på sykehus, da liggetiden sjelden er så lang at sykepleier og pasient rekker å utvikle en god relasjon. Det kan være fordelaktig at sykepleiestudenter får relasjonsbygging, tillit og åndelig omsorg som et fokusområde i praksis.



En annen mulighet vil være å la kontaktpersoner fra åndelige nettverk eller livssyn undervise sykepleiere på tvers av avdelinger, og at dette kanskje kan påvirke utøvelse av åndelig omsorg. Kanskje det er mulig og positivt at hver avdeling har en ressursperson som har fått trening og kan være en støtte for kollegaene, og som kan være en de kan spørre til råds ved usikkerhet. Dette støttes av von Meurs et al. (2018, side 7), som poengterer at sykepleieren må kunne identifisere når det er behov for å kontakte noen med mer kompetanse på åndelig omsorg.

## 7.0 Konklusjon

Når vi nå har sett på hvilke faktorer som kan påvirke sykepleierens utøvelse av åndelig omsorg, kan vi trekke noen slutninger. De fleste sykepleiere synes åndelig omsorg er viktig, men er usikre i forhold til hva dette innebærer og hvordan man utøver det. Mange har ikke en felles terminologi, og det er ikke funnet en samlet, norsk definisjon som omhandler både palliative og ikke-palliative pasienter. Forhold som kan hindre utøvelse av åndelig omsorg er mangel på tid, tankesett, arbeidsplassen, manglende kunnskap rundt hva åndelig omsorg er og hvordan dette kan utøves. Faktorer som kan hjelpe utøvelsen av åndelig omsorg kan være at sykepleieren er trygg i egen åndelighet, klarer å vise at hun har tid og at det er relasjon og tillit mellom sykepleier og pasient. Økt kunnskap ved undervisning og diskusjoner i grupper kan hjelpe sykepleieren å bli tryggere på hva åndelig omsorg er, og ha betydning for hvordan hun ivaretar denne dimensjonen. Åndelig omsorg er noe sykepleiere skal ivareta, men som er blitt rapportert å være et område som ofte blir forsømt i norsk spesialisthelsetjeneste. Det er også et dagsaktuelt tema som det stadig publiseres ny forskning på.

## 7.1 Relevans for praksis

Dette arbeidet er gjort med tanke på sykepleiere i norske somatiske sykehus. På grunn av dette er det blitt inkludert teori og funn som er relevant for disse områdene. Det er brukt forskjellige teorier fra flere forfattere, og det er hovedsakelig brukt primærkilder. Forskningen som er inkludert er av nyere dato for å sikre relevans i funnene. Funnene som er gjort, stemmer for det meste overens med teorien. Det gjør at de er mer relevant for praksis, og de inneholder konkrete svar på problemstillingen. Samtidig er dette et lite utvalg av forskningsartikler, og det er risiko for at relevante funn ikke er oppdaget. Dette er derfor bare noen perspektiv på hva som kan påvirke sykepleierens utøvelse av åndelig omsorg.

## 8.0 Referanseliste

Alvsvår, B., Førland, O., Jacobsen, F. F., (2014) Rom, ting og medmennesker – en innledning. I Alvsvår, B., Førland, O., Jacobsen, F. F (red.) *Rom for omsorg?* (s. 13-23) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjerke.

Bangstad, S. Groth, B. Jacobsen, K.A. Rasmussen, T. (2019). Religion i Norge. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra [https://snl.no/religion\\_i\\_Norge](https://snl.no/religion_i_Norge) 15.01.2020

Brodtkorb, K., Kirkevold, M., & Ranhoff, A. H. (2008). Åndelig Omsorg. I Brodtkorb, K., Kirkevold, M., & Ranhoff, A. H. (red.) I *Geriatrisk sykepleie*, (s. 456-465). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Coffey, A., McCarthy, G. & Weather, E. (2016). Concept Analysis of Spirituality: An Evolutionary Approach. *Nursing Forum*, 2016, Vol.51(2), pp.79-96. doi: 10.1111/nuf.12128

Cone, P & Giske, T. (2015) Discerning the healing path – how nurses assist patient spirituality in diverse health care settings. *Journal of Clinical Nursing*. 2015 (24), 2926–2935, doi: 10.1111/jocn.12907

Cone, P & Giske, T. (2017) Nurses' comfort level with spiritual assessment: A study among nurses working in diverse health care settings. *Journal of Clinical Nursing*. 2017, Vol.26(19-20), pp.3125-3136. doi: 10.1111/jocn.13660

Cone, P & Giske, T. (2019) *Å ta vare på heile mennesket – handbok i åndeleg omsorg*. Oslo: Det Norske Samlaget.

Christoffersen, L., Johannesen, A., Tufte, P. A., Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.

Dalland, O (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. ). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H & Eide, T (2017). *Kommunikasjon i relasjoner – Personorientering, samhandling, etikk* (6.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Einarsen, K. A., Giske, T., Melås, S. N., (2018) The art of oral handovers: A participant observational study by undergraduate students in a hospital setting. *Journal of Clinical Nursing, Mars 2018*, Vol.27(5-6), pp.e767-e775. doi: 10.1111/jocn.14177

Fjørtoft, A. K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3.). Bergen: Fagbokforlaget.

Fonn, M. (2019.14.02). Kari Martinsen: -Pleien tar den tiden den tar. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar> 04.12.2019

Grønseth, R., & Nortvedt, P. (2017). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I Almås, H., Grønseth, R. & Stubberud, D-G. (Red.), *Klinisk sykepleie* (s. 17-39). Oslo: Gyldendal Akademisk

Helsebiblioteket. (2016, 03.06). PICO. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>  
08.10.2020

Helsebiblioteket. (2016, 03.06). Sjekkliste for Kvalitative Studier. Hentet fra:  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>  
28.02.2020

Helsedirektoratet. (2015). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/lists/publikasjoner/attachments/918/nasjonalt-handlingsprogram-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-IS-2285.pdf> 11.10.2019

Kirkevold, M. (2018, 18.12) Sykepleieprosessen. Hentet fra  
<https://sml.sn.no/sykepleieprosessen> 04.12.2019

Kittelsen, A. (2020, 20.01). Religion i Nederland. Hentet fra  
[https://snl.no/Religion\\_i\\_Nederland](https://snl.no/Religion_i_Nederland) 04.12.2019

Kvigne, K., Tornøe, K. A., Danbolt, L. J. & Sørli, V. (2015) The Challenge of Consolation: Nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying – a phenomenological hermeneutical study. *BMC Nursing* (2015) 14, 62. doi: 10.1186/s12912-015-0114-6

Martinsen, K. (2014). «Vil du meg noe?» Om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom. I F. Jacobsen, H. Alvsvåg & O. Førland (Red.), *Rom for omsorg?* (s. 225–245). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Menneskerettsloven. (1976). Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (LOV-1999-05-21-30). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/\\*\\*](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/**)  
27.03.2020

Nyvoll, I. (2019, 14.09). *Synger lovsang med pasientene*. Dagen, side 24-26.

Oslo Universitetssykehus. (2020, 21.01). Åndelige og eksistensielle behov hos pasienter og pårørende. Hentet fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/134012/fields/23> 27.03.2020

Statistisk Sentralbyrå. (2017, 03.11). Organisasjonsaktivitet, politisk deltakelse og sosialt nettverk, levekårsundersøkelsen. Hentet fra <https://www.ssb.no/orgakt> 05.12.2019

Sæteren, B. (2017). Åndelig og eksistensiell omsorg. I Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring - Handling* (s. 288–302). Oslo: Cappelen Damm.

Sæteren, B., Kalfoss, H. & Torskenæs, K. B. (2015) Meaning given to spirituality, religiousness and personal beliefs: Explored by a sample of a Norwegian population. *Journal of Clinical Nursing*, 2015 (23-24), 3355-3364. doi: 10.1111/jocn.12962

Taule, L. (2014, 25.02). Norge – et sekulært samfunn? Hentet fra <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/artikler-og-publikasjoner/norge-et-sekulaert-samfunn> 07.10.2019

Thidemann, I. -J., (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget

Travelbee, J (1972) *Interpersonal aspects of nursing* (2) Philadelphia: F.A. Davis Company

Van Meurs, J., Vissers, K. C. P., Groot, M., Smeets, W. & Engels. Y. (2018) Nurses Exploring the Spirituality of Their Patients With Cancer. *Cancer Nursing*, 2018 (Vol 41, No4) E39-E45. doi: 10.1097/NCC.0000000000000526.

## 9.0 Vedlegg

## 9.1 Vedlegg I – PICO-skjema

**P****I****C****O**

Sykepleieren

Kommunikasjon

Åndelig omsorg/Håp

<b>Tittel på prosedyre:</b> Åndelig omsorg	
<b>Fullstendig spørsmål:</b> Hva kan forberede sykepleieren til utøvelse av åndelig omsorg i sykehus?	<b>Type spørsmål:</b> Kvalitativt

	<b>P:</b>	<b>I:</b>	<b>C:</b>	<b>O:</b>
MeSH	Nursing	Communication	None	Spiritual care/hope
PubMed	Nursing	Communication		Spiritual care/hope
CINAHL	Nursing	Communication		Spiritual care/hope
Wiley Online Library	Nursing	Communication		Spiritual care/hope
IDUNN	Sykepleie	Kommunikasjon		Åndelig omsorg/håp

## 9.2 Vedlegg II - Flytskjema

Database	Søkdato: 06.10.2019 Søkeord:	Begrensninger	Treff	Leste samme ndrag	Les te arti kle r	Inkluderte artikler
Wiley Online Library	Spiritual care	Journal of Clinical Nursing 2009-2019	604	9		0
	Spiritual care AND nursing AND communication	Journal of Clinical Nursing 2014-2019	224	19	7	1 (Meaning given to spirituality, religiousness and personal beliefs: Explored by a sample of Norwegian population» B. Torskenæs, H. Kalfoss & Sæteren (2015))
	Nursing AND hope AND communication	Journal of Clinical Nursing 2014-2019	350	12	3	1 (Discerning the healing path – how nurses assist patient spirituality in diverse health care settings» Cone & Giske (2015))
Vedlegg II side 1						

Søke i PubMed	Spiritual care AND nursing AND communication	Humans Free full text Last 5 years Adults In English, Danish, Swedish or Norwegian	24	5	1	1 (Nurses exploring the Spirituality of Their Patients With Cancer» C. P. Vissers, Engels, Groot, Smeets & van Meurs (2018))
IDUNN	Sykepleie Åndelig omsorg Håp Kommunikasjon	2015-2019	1	1	1	0
Cinahl	Spiritual care AND nursing AND communication AND hope	Humans Free full text 2014-2019 In English, Peer-reviewed	140	10	1	1 (The challenge of consolation: nurses experiences with spiritual and existential care for the dying-a phenomenological hermeneutical study (2015).
Vedlegg II side 2						



## 9.3 Vedlegg III - Samleskjema for artikler

Art. nr.	Årst all	Studie design	Utvalg/størrelse	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi
1	2015	Kvalitative fokusgrupper.	Gruppene bestod av 18 helsepersonell fra forskjellige institusjoner og 15 pasienter fra forskjellige institusjoner.	Deltakerne ser åndelighet som noe multidimensjonelt og større enn seg selv. De fleste så på det som noe viktig, og noe både religiøst og ikke-religiøst. Noen sa at hvis det ikke hadde betydning for dem selv var det vanskelig å se at det kunne ha betydning for andre. De synes det var vanskelig å definere, og terminologien var ikke felles. De fleste synes åndelighet var viktig å ivareta i helse- og omsorgssektoren, og at fokusgrupper kunne hjelpe forståelsen rundt dette.	Åndelighet omhandler både religiøsitet og personlig tro. Det var vanskelig å definere, men deltakerne synes det er viktig. Det trengs større forståelse for åndelighet, og at dette er viktig for god helse både i utdanning og i klinisk praksis.	Det er overføringsverdi da studien er gjort i norsk samfunn. Studien tar for seg deltakere fra forskjellige institusjoner, blant annet sykehus, som oppgaven ser på. Studien er også relevant fordi den viser pasientperspektivet, og hvordan de oppfatter helsepersonell i møte med åndelige spørsmål. Studien hjalp helsepersonellet å øke terminologien, og fokusgruppene hjalp refleksjonen rundt åndelighet.
						Vedlegg III side 1

2	2018	Kvalitativ observasjonsstudie med påfølgende individuelle intervjuer.	Observasjon av 4 sykepleiere fra en Nederlands k kreft-avdeling på sykehus	Sykepleierne hadde intensjon om å ivareta åndelig omsorg, men klarte sjeldent å se pasientens spørsmål og uttrykk ift. åndelig omsorg. Sykepleierne selv pekte på tid, tankesett og faren for å trenge seg inn i pasientens personlige rom som barrierer. Noen ganger så sykepleieren behovet, men valgte å ikke gå inn i en samtale fordi de ikke følte for det. Det å ha ansvar for samme pasienter over tid letteregjorde å spørre om mer personlige ting og å vite hva som var viktig for pasienten.	Pasientene sendte signaler om behov for å snakke om åndelige tema, men sykepleiere møtte dem ikke. Sykepleiere trenger trening i å oppdage dette og å vite når de skal henvise til en med mer kompetanse innen åndelig omsorg. Spesielt i de situasjonene der pasientene står i fare for å dø, er dette særlig aktuelt.	Relevans da den er gjort i sykehusavdeling, og samfunnet er på mange måter lignende på det norske. Den sier ikke noe om norske samfunn, men har noe overføringsverdi. Det er en direkte observasjon som sier noe om hvordan ivaretakelsen av åndelig omsorg faktisk foregår, og ikke bare sykepleierens tolkning, som øker relevansen.
						Vedlegg III side 2

3	2015	En fenomenologisk hermeneutisk studie av individuelle intervjuer.	6 sykepleiere fra en medisinsk avdeling med kreftpasienter på sykehus	Sykepleierne synes det var vanskelig å avdekke pasientens åndelige behov, De fleste sykepleierne forbandt dette med å finne fred med en Gud og familie ved snarlig død. Sykepleierne var ofte usikre og synes det var slitsomt å ivareta denne delen av sykepleie.	Man kan ikke ta bort alle bekymringene fra pasienten, men det kan være godt for pasienten at sykepleieren står i det smertefulle sammen med pasienten. Mer forskning (både kvalitativ og kvantitativ) trengs på dette området.	Undersøkelsen er relevant fordi den er gjort i en norsk sykehussetting, der sykepleierne møter både palliative- og ikke-palliative pasienter. Den har overføringsverdi til andre norske sykehus, men kan ikke si noe om validiteten og reliabiliteten da utvalget er så lite.
						Vedlegg III side 3

4	2015	Kvalitative fokusgrupper intervjuer	22 sykepleiere fra videreutdanningssprogram og sykehus	Deltakerne tenkte mest på hvordan pasienten kan oppleve lindring. Prosessen sykepleieren må gå gjennom for å utøve åndelig omsorg har tre trinn: Være oppmerksom, finne de dype bekymringene og hjelpe den syke til helhet. Dette krever at sykepleieren klarer å bygge en tillitsfull relasjon og er villig til å tre over sin egen komfortsone.	Åndelighet er viktig, både hos palliative og ikke-palliative pasienter. Sykepleiere ønsker å ivareta denne dimensjonen og går forsiktig frem. Det er noen barrierer som hindrer dette, som sykepleieren kan jobbe med	Lederne på avdelingene må legge til rette for et miljø der åndelig omsorg blir ivaretatt. Hvis sykepleieren jobber med sin egen åndelighet vil dette kunne hjelpe slik at det er lettere å hjelpe pasienten. Relevant for praksis og kan overføres da det er intervjuet i spesialisthelsetjenesten og i norsk samfunn.
						Vedlegg III side 4

## 9.4 – Vedlegg IV - Styrkeskjema

Studie	Styrker	Svakheter
1	<p>Denne studien hadde flere deltakere, og fokusgruppene var ganske små (5-6 deltakere) som skulle sikre at alle fikk komme til ordet. De var relativt lange (1-1,5 time) og ordet fikk i store grader gå fritt. Studien er godkjent av etisk komité i Sør-Øst-Norge. Deltakerne ga skriftlig samtykke, og anonymitet og taushetsplikt ble ivaretatt. Gruppens samtaler ble transkribert og låst inn i et skap og digital data ble passordbeskyttet, og bare en av forfatterne hadde passordet. Transkriptene ble lyttet til ved flere anledninger noe som sikrer at temaene som ble tatt opp ble inkludert.</p>	<p>Som flere andre kvalitative studier har studien et lite utvalg. Det ble forsøkt å oppnå representativt utvalg ift. alder, kjønn og religion, men pasientgruppene bestod i stor del av eldre og kristne. Samtidig kan den høye alderen og religiøs tilhørighet ha med å gjøre at pasienter ofte er eldre, og at noen av institusjonene der det ble rekruttert fra var sykehjem. Største delen av den norske befolkning er registrert i den lutherske kirke.</p>
2	<p>Det er en direkte observasjon av praksis, som gjør at det er brukt råmateriale i diskusjonen. I tillegg er observasjonen gjort i dagligdagse omgivelser for de som blir observert, som gjør det mer naturlig. Observatøren har spesialkompetanse i å ivareta åndelig omsorg. Verbalt samtykke er fått og anonymitet er ivaretatt for deltakerne. Pasientene har også gitt verbalt samtykke for at spesifikke situasjoner kan benyttes i studien.</p>	<p>Det er et lite utvalg og gjort i et annet samfunn enn det norske, selv om det er klart sammenlignbart. Den ene forfatteren har selv observert og kan ha farget resultatene med sine meninger. Observatøren jobber vanligvis ved posten det ble observert på, noe som kan redusere objektiviteten. Denne faktoren kan også være en styrke da det kan gjøre at deltakerne slapper mer av i nærvær av observatøren.</p>
		Vedlegg IV side 1

3	<p>Det er brukt en anerkjent dataanalysemetode (fenomenologisk hermeneutisk), og er gjort i et samfunn som er det litteraturstudien søker å undersøke. Sykepleierne som ble intervjuet hadde fra 9 til 21 års erfaring, som gjør at de var vært i en del pasientsituasjoner. Det var også representert sykepleiere med og uten videreutdanning. Studien er godkjent av NSD. Alle intervjuene ble transkribert og oppbevart passordbeskyttet, som sikrer at resultatene skal være ha høy reliabilitet. Deltakerne ble informert og ga skriftlig samtykke, og taushetsplikt og anonymitet ble ivaretatt. Alle forfattere gjorde individuelle vurderinger av hvert transkriberte intervju før de diskuterte dem.</p>	<p>Studien ble gjort i en mindre norsk by der majoriteten av innbyggerne er etnisk norske. Dette kan være en begrensning i et nå stadig mer flerkulturelt samfunn. Deltakerne i studien var selv en del av Den Norske Kirke eller sekulære. Dette kan begrense utvalget av religiøs bakgrunn og da også mulig resultatene i studien. Det er også lite utvalg, noe som gjør at resultatene ikke er representative for alle Norges sykepleiere.</p>
4	<p>Fleire fokusgrupper, som gjør at de i større grad er uavhengige. Studien er godkjent av NSD. Studien er gjort i et norsk samfunn. Deltakerne hadde erfaring fra flere avdelinger, var fra forskjellige kulturer og fra flere religiøse bakgrunner (også ikke-religiøse). Det ble gjort en kodingsprosess separat, som så ble diskutert av begge forfattere. Koding ble brukt i forhold til de forskjellige temaene slik at forfatterens mening i minst mulig grad skulle påvirke resultatet.</p>	<p>Kvalitative artikler som denne vil presentere et lite utvalg av befolkningen, og resultatene vil ikke representere alle sykepleierne i Norge. Noen forskningsgrupper ble utført på engelsk og noen på norsk, som kan ha gjort av noe av betydningen ble mistet i oversettelsen. Noen av dataene brukt i analysen kommer fra fokusgruppeintervjuer gjort av masterstudenter i 2008, noe som kan være uheldig da disse har utført studien på en annen måte og stilt andre spørsmål, samt at det er eldre intervjuer.</p>
		Vedlegg IV side 2

## 9.5 Vedlegg V – Sjekkliste for Kvalitative Studier

Under er artikkelen til van Meurs et al. (2017) satt inn i Sjekkliste for Kvalitative Studier (Helsebiblioteket, 2016) som er brukt for å vurdere artiklenes kvalitet.

<b>Sjekkliste for kvalitative studier</b>		<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>
<b>1</b>	<b>Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?</b>	X		
<i>Kommentar:</i>	Studien knyttes til etablerte nasjonale retningslinjer, og det forklares at formålet er å undersøke om/hvordan disse er i bruk i praksis.			
<b>2</b>	<b>Var det et tydelig og konkret valg av studiedesign?</b>	X		
<i>Kommentar:</i>	Det er forklart godt i eget avsnitt og begrunnet. Det er oppgitt hvordan datasamlingen ble gjort, hvem som utførte den og at observatøren var trent i dette.			
<b>3</b>	<b>Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?</b>	X		
<i>Kommentar:</i>	Det kommer tydelig frem fra artikkelen hvor observasjonene er gjort og hvem som har deltatt. Det er forklart og begrunnet godt.			
<b>4</b>	<b>Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?</b>	X		
<i>Kommentar:</i>	Det er referert til tidligere forskning som aktualiserer utfordringen med utøvelse av åndelig omsorg i vestlige land. Studien refererer også til nasjonale retningslinjer.			
<b>5</b>	<b>Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?</b>	X		
<i>Kommentar:</i>	Forfatterne har begrunnet populasjonen tydelig, og valgt slik at det skal være stor representativitet i utvalget. Populasjonen er relevant for å besvare problemstillingen.			
				Vedlegg V side 1

<b>6</b>	<b>Er datainnsamlingen klart beskrevet og systematisk?</b>	X		
<i>Kommentar:</i>	Det kommer tydelig frem hvordan datasamlingen er foregått, og strukturen på intervjuene er tydelig. Spørsmålene som er brukt er inkludert i artikkelen, slik at leseren kan få full innsikt i hvordan datamaterialet er innhentet.			
<b>7</b>	<b>Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?</b>	X		
<i>Kommentar:</i>	Det er forklart hvordan datamaterialene ble analysert, og hvem som har lest dem. Datamaterialet har blitt vurdert gjennom sjekklister og av flere av forfatterne for å redusere risikoen for bias. Forfatterne har også diskutert temaene som ble funnet, sammen, til det ble nådd konsensus.			
<b>8</b>	<b>Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/ metoder?</b>	X		
<i>Kommentar:</i>	Forfatterne har i diskusjonsdelen bygget opp under sine egne resultater med andre relevante funn fra tidligere forskning og en nasjonal retningslinje.			
<b>9</b>	<b>Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?</b>	X		
<i>Kommentar:</i>	Konklusjonen som blir presentert er i samsvar med resultatene som ble funnet, og blir sett i sammenheng med annen forskning som er presentert.			
Vedlegg V side 2				



<b>10</b>	<b>Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?</b>	X		
<i>Kommentar:</i>	Det er diskutert at dette er en gunstig forskningsmetode, da forskeren som observerte til vanlig er i en situasjon av observasjon og aktiv lytting. Forskeren som gjør observasjonene og intervjuene har spesialkompetanse på åndelig omsorg. Det er også diskutert at denne til vanlig jobber der studien ble utført, noe som kan påvirke objektiviteten. Til slutt konkluderte artikkelen med at dette var en fordel da det fikk sykepleierne til å slappe av og utøve jobben sin som normal, under observasjonen.			
Vedlegg V side 3				