



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKS390-O-2022-HØST-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	25-11-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 HØST
<b>Sluttdato:</b>	09-12-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKS390 1 O 2022 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	302
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7902
----------------------	------

**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

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	10
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	325

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven 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



# BACHELOROPPGÅVE

Åndeleg omsorg til pasientar i psykisk helsevern.

Spiritual care for patients within mental health services.

**Kandidatnummer: 302 og 325**

SYKS390 Bachelor i sjukepleie

Institutt for Helse- og Omsorgsvitskap

Innleveringsdato: 09.12.2022

Antall ord: 7902

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldevisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1

## Samandrag

**Tittel:** Åndeleg omsorg til pasientar i psykisk helsevern

**Bakgrunn:** Åndeleg omsorg er ein del av den heilskapelege og profesjonelle omsorga sjukepleiarar utøver i møte med pasientar med psykiske lidningar. Som sjukepleiarstudentar i praksis innanfor psykisk helsevern vart det av forfattarane opplevd tabu å samtale om og tilby åndeleg omsorg.

**Problemstilling:** *“Korleis kan sjukepleiar vareta åndeleg omsorg til pasientar med psykiske lidningar i psykisk helsevern?”*

**Hensikt:** Å auka kunnskap om åndeleg omsorg og korleis sjukepleiar betre kan vareta åndeleg omsorg til pasientar med psykiske lidningar i psykisk helsevern.

**Metode:** Ein systematisk litteraturstudie.

**Funn:** Sjukepleiarar har for lite opplæring, forståing og kunnskap om åndeleg omsorg og korleis utøve dette i praksis. Sjukepleiarar unngjekk å ta opp åndelege tema i kollegiet av frykt for å bli latterleggjort av personalet. Sjukepleiarar som hadde eit avklart forhold til eigen tru og verdiar, la betre til rette for åndeleg omsorg blant pasientane. Pasientar vegra seg for å snakka om åndelege opplevingar med sjukepleiar i frykt for å bli ignorert eller oppfatta som meir psykisk sjuk. Pasientane verdsette liknande verdsbilete med sjukepleiar.

**Konklusjon:** Sjukepleiarar treng meir opplæring for å vareta åndeleg omsorg. Leiinga bør implementere kartleggingsverktøy for sjukepleiarar og datainnsamlingsverktøy for pasientar, samt bidra til haldningsendring og refleksjon i personalet rundt eigen tru og verdiar. Dersom profesjonen opnar for at sjukepleiarar kan gje til kjenne eigen tru- og verdisyn i møte med pasientane, vil det bidra til betre varetaking av åndeleg omsorg til pasientar i psykisk helsevern.

**Nøkkelord:** Åndelegheit, Åndeleg omsorg, sjukepleiar, psykiske lidningar, psykisk helsevern.

## Summary

**Title:** Spiritual care for patients within mental health services.

**Background:** Spiritual healthcare is a part of the holistic and professional care provided by medical nurses when faced with patients suffering from mental illness. As student nurses within the mental healthcare system, spiritual care was perceived as taboo both to provide and speak about.

**Issue:** *“How can nurses offer spiritual care to patients who suffer from mental illness within the mental healthcare services?”*

**Purpose:** To gain increased knowledge of spiritual healthcare and in what way nurses can better offer spiritual care to patients with mental illness within the mental healthcare services.

**Method:** A systematic literature study.

**Findings:** Nurses do not have sufficient training, understanding and knowledge of spiritual care and how to provide this in practice. Nurses refrained from addressing spiritual subject matters with their peers out of fear of ridicule. Nurses who held a definite relationship with their own faith and values were better equipped to provide spiritual care to the patients. Patients hesitate to speak of spiritual experiences with nurses out of fear of being ignored or perceived as more mentally ill. Patients value nurses who hold similar worldviews to their own.

**Conclusion:** Nurses require further training in the accommodation of spiritual care. Leadership should implement surveying strategies for nurses and data collection tools for patients, and otherwise contribute towards a shift in perspective and reflection around their own beliefs and values. Allowing nurses to draw from their own belief and value systems in their exchange with patients would contribute towards a consideration of the patients spiritual care in mental healthcare services.

**Keywords:** Spiritual care, nurse, mental illness, mental healthcare services

SYKS390	09.12.22	Kandidatnr. 302 og 325
Samandrag		i
Summary		ii
1.0 Innleiing		1
1.1 Bakgrunn for tema		1
1.2 Hensikt med oppgåva		1
1.3 Problemstilling		2
1.4 Avgrensing av problemstilling		2
1.5 Omgrepsavklaring		2
2.0 Teori		3
2.1 Omsorgsteoretisk forankring		3
2.2 Åndelegheit		4
2.3 Åndeleg omsorg		5
2.4 Positive og negative åndelege opplevingar		6
2.5 Sjukepleiefagleg praksis		7
3.0 Metode		10
3.1 Litteraturstudie som metode		10
3.2 Søkeshistorikk		10
3.4 Vurdering av eige oppgåva		15
3.5 Kritisk vurdering av forskingsartiklar og litteratur.		15
4.0 Resultat		17
4.1 Artikkel 1		17
4.2 Artikkel 2		17
4.3 Artikkel 3		18
4.4 Artikkel 4		19
4.5 Artikkel 5		19
4.6 Artikkel 6		20
4.7 Samla analyse		21
5.0 Drøfting		23
5.1 Åndeleg omsorg, eit ikkje-tema i psykisk helseomsorg.		23
5.2 Pasienten si oppleving av åndeleg omsorg i psykisk helsevern		23
5.3 Sjukepleiar bør vere open for både positive og negative åndelege erfaringar hos pasienten.		26
5.4 Kan sjukepleiar vise trygghet for eigen åndelegheit?		27
5.5 Konklusjon		29

SYKS390	09.12.22	Kandidatnr. 302 og 325
6.0 Referansar		30
Vedlegg		33
Vedlegg 1: PICO-skjema:		33
Vedlegg 2: Litteraturmatrise av artikkel 1:		34
Vedlegg 3: Litteraturmatrise av artikkel 2:		37
Vedlegg 4: Litteraturmatrise av artikkel 3:		38
Vedlegg 5: Litteraturmatrise av artikkel 4:		40
Vedlegg 6: Litteraturmatrise av artikkel 5:		41
Vedlegg 7: Litteraturmatrise av artikkel 6:		42
Vedlegg 8: Sjekkliste artikkel 1: Koslander et al. (2021)		43
Vedlegg 9: Sjekkliste artikkel 2: Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al. (2020)		49
Vedlegg 10: Sjekkliste artikkel 3: Elliott et al. (2020)		57
Vedlegg 11: Sjekkliste artikkel 4: Medås et al. (2017)		63
Vedlegg 12: Sjekkliste artikkel 5: Cone & Giske (2022)		72
Vedlegg 13: Sjekkliste artikkel 6: Kao et al. (2020)		80

# 1.0 Innleiing

## 1.1 Bakgrunn for tema

Som sjukepleiarstudent i praksis ved psykisk helsevern opplevde forfattarane at det var lite fokus på å vareta dei åndeleg behova til pasientane, samt at det vart opplevd tabu å samtale om og å tilby åndeleg omsorg. Alle pasientar har rett til heilskapleg omsorg, anten dei er innlagt på somatisk sjukehus eller i psykisk helsevern. Koslander og Barbosa da Silvia (2019, s. 276) skriv at mennesket består av kropp, sjel og ånd. Åndeleg omsorg er ein viktig del av sjukepleiaren sin heilskaplege omsorg og me opplever at det er behov for meir openheit og forståing kring temaet.

Åndeleg omsorg er ein del av den heilskaplege og profesjonelle omsorga sjukepleiarar utøver i møte med pasientar i ulike fasar av livet. I yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar står det i punkt 2.3 at sjukepleiaren varetar den enkelte pasient sitt behov for heilskapleg omsorg (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). I følge FNs verdserklæring har alle menneske rett til å utøve og gje uttrykk for si tru gjennom utøving og ritualar (FN Sambandet, u.å.).

Ein av forfattarar hadde sjølv ei alvorleg personleg krise for ei tid tilbake og vart innlagt ved Distriktpspsykiatrisk senter (DPS). Samtale med prest der åndelege behov vart møtt, samt det å besøka kapellet gav trøyst, ro og var ei viktig kjelde til håp i den personlege krisa. Forfattaren opplevde viktigheita av å få dekkja også dei åndelege behova.

Åndeleg omsorg kan beskrivast på ulikt vis, for nokon handlar det om ei Gudstru, for andre kan det handla om kva som gjev håp og styrke i kvardagen (Kuven & Bjorvatn, 2015, s. 56).

## 1.2 Hensikt med oppgåva

Hensikta med oppgåva er å belysa temaet åndeleg omsorg. Det inneber å sjå nærare på behovet for åndeleg omsorg til pasientar i psykisk helsevern, deira opplevingar av åndelege behov og om pasientar opplev å bli møtt på deira åndelege behov. Vidare vil forfattarane sjå på korleis sjukepleiarar i psykisk helsevern anerkjenner åndelegheit og åndeleg omsorg, og korleis sjukepleiarar kan bidra med åndeleg omsorg til desse pasientane. Som framtidige



sjukepleiarar ynskjer me å tileigna oss meir kunnskap og belysa ny forskning og forståing på åndelege tema. Me ynskjer å auka sjukepleiarens si forståing og kompetanse på fagfeltet åndeleg omsorg til pasientar med psykiske lidingar i psykisk helsevern.

Forfattarane vil vidare sjå på om sjukepleiarens bevisstheit på eigen tru og verdiar, åndelege og eksistensielle behov kan føre til betre tilrettelegging for åndeleg omsorg og dermed gje auka livskvalitet og betre behandling til pasientar. Heilskapleg sjukepleie inneberer at menneske sine fysiske, psykiske, sosiale og åndelege behov blir møtt (Torbjørnsen & Ødbehr, 2020, s. 564).

Litteraturstudie er brukt som metode, og oppgåva er forankra i Katie Eriksson sin omsorgsteori.

### 1.3 Problemstilling

“Korleis kan sjukepleiar vareta åndeleg omsorg til pasientar med psykiske lidingar i psykisk helsevern?”

### 1.4 Avgrensing av problemstilling

Avgrensing i oppgåva vil verta vaksne frå 18 år som har behov for behandling i psykisk helsevern. Me vil sjå på psykiske lidingar generelt, og går ikkje inn på spesifikke psykiske diagnosar. Sentrale omgrep som håp, mening, empati og verdigheit vil kort bli nemnt der det er relevant. Det vert ikkje plass for rammeplan og lovverk på grunn av oppgåvas avgrensing.

### 1.5 Omgrepsavklaring

Sentrale omgrep som åndeleg omsorg, åndelegheit og liding vert gjort greie for i teoridelen, vidare vert omgrepa psykiske lidingar og psykisk helsevern kort forklart.

## 2.0 Teori

I dette kapitlet vert teori som er relevant for å svara på problemstillinga presentert, og kapitlet byggjer på Katie Erikssons omsorgsteori.

### 2.1 Omsorgsteoretisk forankring

Katie Eriksson sin omsorgsteori byggjer på eit heilskapleg menneskesyn, dette inneberer at me ser pasienten som kropp, sjel og ånd (Eriksson, 2018, s. 44). Omsorg handlar om tilrettelegging for det meiningsgivande, å fremma oppleving av verdigheit og auke moglegheita til å realisera ynskjer, behov og potensial (Eriksson, 2018, s. 294). Gjennom omsorg styrkes menneske si oppleving av mening, ære, truverdighet og fremjar oppleving av verdigheit (Kirkevold, 1998, s. 188). Eriksson tek i sin omsorgsteori utgangspunkt i den kristne trua når ho beskriv trua og håpets innhald (Kirkevold, 1998, s. 185). Dette utdjup ho med at det ikkje treng å berre vere trua og håpet sitt innhald, men ei eksistensiell form for tru og håp om noko utanfor seg sjølv.

Eriksson beskriv menneske ut frå det ho oppfattar som menneske sitt eksistensielle hovudproblem, nemleg forholdet mellom menneske sjølv og Gud, og forholdet mellom menneske til menneske (Kirkevold, 1998, s. 184). På denne måten meiner Eriksson at menneskets forhold til Gud og til andre menneske kan beskrivast av tre omgrep: Tru, håp og kjærleik. Tru, håp og kjærleik er fundamentale aspekt ved forholdet til Gud, og inngår også i forholdet til andre menneske (Eriksson, 2018, s. 268).

### Helse

Eriksson (2018, s. 55) beskriv helse som å være heil og integrert, vidare skriv ho at helse ikkje er ein statisk tilstand, helse vert prega av forandringar. Helse innfattar ein bestemt kroppsleg tilstand så vell som ein følelse av kroppsleg, sjeleleg og åndeleg velvære (Eriksson, 2018, s. 55). Eriksson (2018, s. 108) skriv at menneske sitt forhold til Gud synes å vere ein forutsetning for å oppnå helsa si åndelege og sjelelege dimensjon.

### Liding

Eriksson (2018, s. 346) hevdar at lidning ofte vert endra til smerte, angst eller eit fysisk uttrykk som kan observerast. På denne måten meiner ho at mennesket si lidning er redusert til eit akseptabelt og handlingsbasert fenomen. Eriksson gjer vidare greie for ulike former for lidning, men mangel på meiningsfull relasjon utgjer kanskje den største lidinga. Vidare skriv ho at lidning i grunnen er uverdig for mennesket, kvar gong menneske lid kjenner ein seg krenka (Eriksson, 2018, s. 350).

## Pleieliding

Eriksson (2018, s. 388) beskriv pleieliding som ei krenking av pasienten sin verdigheit, fordømming, straff og maktutøving og forsømt pleie. Pleieliding blir til gjennom omsorgsgivarens handlingar, og haldningar som kan krenka det lidande menneske sin verdigheit. “jag var dar, jag vittnade och jag blev ansvarlig” slik beskriv Eriksson (2018, s. 15) omsorgsetikkens mantra. Her er helsepersonell sitt menneskesyn, verdigrunnlag og moralske forankring faktorar som er avgjerande for om pasient og/eller pårørende vert påført pleieliding (Eriksson, 2018, s. 104). Eriksson (2018, s. 379) skriv at menneske i lidning kan snu seg til Gud. Tru og håp er knytt til menneske sin forvissing og forventning om noko i framtida, som inneberer eit fellesskap med Gud som fører til opphevelse av oppstykket heit og fører fram mot fullkomenskap eller heilheit (Eriksson, 2018, s. 376). Trua er ein drivkraft til å læra, utforska og gje omsorg (Kirkevold, 1998, s. 184–185).

## 2.2 Åndelegheit

Råholm, (2017, s. 172) peikar på at helsepersonell bør vera informerte og forstå betydinga av åndelegheit for å kunna identifisera åndelege behov, formidla åndeleg omsorg og vareta åndeleg velvære. Vidare skriv ho at det å bli klar over og forstå eigen åndelegheit mogleggjer ein dialog omkring tema. Koslander & Barbosa da Silvia (2019, s. 277) skriv at åndelege opplevingar kan opptre som synlege til usynlege fenomen, oppfattast fysiske så vel som via tanke- og kjensle fornemmelse såkalla transcendent opplevingar.

Åndelege behov er eksistensielle og religiøse behov som inneberer søken etter sinnsro, livslyst og glede. Åndelegheita ser ut til å ha ein sentral betydning for pasienten si helse (Råholm, 2017, s. 173). Sivonen skriv at omgrepet åndelegheit og betydinga av den definerer

det som er oppbyggjleg, Gudeleg, utover våre sansar, sjeleleg og transcendent (Råholm, 2017, s. 173).

### 2.3 Åndeleg omsorg

Når omsorga sitt mål er å møte menneske sitt åndelege, religiøse og eksistensielle behov, kallast det gjerne for åndeleg omsorg. Åndeleg omsorg har lang tradisjon i sjukepleie og den springer ut frå eit heilskapleg omsorgsperspektiv der kunnskapar om pasienten si trus historie og livshistorie er vesentleg (Torbjørnsen & Ødbehr, 2020, s. 564).

Stifoss-Hansen & Kallenberg forklarar åndeleg omsorg som det å vere oppmerksam på brukarens eksistensielle spørsmål og ressursar. Å lytte til meninga desse spørsmåla har i brukarens livshistorie, og assistera brukaren i hans eller hennar arbeid med eksistensielle spørsmål med utgangspunkt i hans eller hennar eige livssyn (Kuven & Bjorvatn, 2015, s. 56). I dei tilfella kor sjukepleiaren er til stades på pasientens premissar, oppstår ofte det gode nærværet som kjenneteikn av både tillit og trygghet. Dette skjer gjerne når sjukepleiaren har tid og evne til å gripa dei gode stundene saman med pasienten (Torbjørnsen & Ødbehr, 2020, s. 564).

Åndeleg omsorg har tre dimensjoner som kan gripa inn i kvarandre. Den religiøse dimensjonen handlar om trua på Gud, eller søken etter ei høgare makt. Den eksistensielle dimensjonen dreier seg om spørsmål knytt til identitet og mening for eksempel spørsmål om liding og død, skyld og skam, friheit og ansvar, glede og livsmot. Den verdimesseige dimensjonen dreiar seg om kva som er verdifullt og viktig for den enkelte her i livet, er ofte knytt opp til relasjon; til oss sjølv, til familie, vener, arbeid, natur, kultur og moralske standardar (Oslo universitetssykehus, u.å.).

Det kan vere fleire grunnar til usikkerheit og manglande interesser for temaet åndeleg omsorg innanfor psykisk helse. Den største påverknaden antek ein kjem frå Sigmund Freud sin forståing som har hatt stor innflytelse spesielt på vestleg kultur og psykiatri som fagområde (Borge, 2012, s. 119). Freuds forståing var at uheldig religiøs påverknad kunne føra til hysteri og nevrosar, og han argumenterte for at religion kunne sjåast på som eit uttrykk for ein

kollektiv tvangsnevrose (Borge, 2012, s. 119). Resultatet av Freuds reduksjonistiske forståing førte til klare skilje mellom sjelesorg og psykoterapi slik at dei var tydeleg oppdelte (Borge, 2012, s. 119).

Psykiske problem vil nesten alltid ha eksistensielle dimensjonar, noko som kan gjere det vanskeleg å skilja kva som er naturlege eksistensielle problem, kva som er patologisk eller sjukt. Det er også svært vanleg at religiøse tankar og førestillingar kjem i samband med psykose (Borge, 2012, s. 118). Utifrå dette peikar Borge (2012, s. 118) på at det vil vere logisk å integrera dei eksistensielle spørsmåla i den psykiatriske behandlinga.

## 2.4 Positive og negative åndelege opplevingar

Åndelege opplevingar kan delast opp i to undergrupper, dei positive og dei negative åndeleg opplevingane. Dei positive opplevingane fremjar den psykiske helsa, medan dei negative åndelege opplevingane kan trua den psykiske helsa (Koslander & Barbosa da Silvia, 2019, s. 277).

Positive åndelege opplevingar.

Pasientar oppgjer at gjennom bønn, deltaking på gudsteneste med nattverd, få tilgjeving frå Gud, og kunna tilgje andre, tilstå, vera ute i naturen, ei stille stund i kyrkja eller i forsamlinga har ein tryggande og lækjande effekt på sjela. Trua er verktøyet som mobiliserer innebuande ressursar og forsterkar mennesket sin vilje, som gjer personen i stand til å gå vidare i livet på tross av sjukdomen og lidinga (Koslander & Barbosa da Silvia, 2019, s. 276).

Negative åndelege opplevingar.

Negative åndelege opplevingar kan handla om grubling, tankeverksemd rundt skuld, oppleving av å vera straffa i livet eller av Gud (Koslander & Barbosa da Silvia, 2019, s. 279). Lidinga kjem då til utrykk gjennom kjensle av håplausheit, eksistensiell einsemd, religiøs tvil og angst. Pasienten kan gje utrykk for eit behov for forlating for syndene overfor Gud eller menneske. Desse kjenslene, bryt ned pasienten si psykiske helse og fører iblant til tankar om sjølv mord som ein veg ut av lidinga. Om ikkje opplevingane vert møtt på rett måte kan det føra til forsømming av den psykiske lidinga og destruktive handlingar. Pasienten kan fortelja

om syner og oppleving av vonde ånder (Koslander & Barbosa da Silvia, 2019, s. 279). Når pasienten opplev å verta lytta til, og at hans personlege førestillingar vert tatt på alvor kan dette bana veg for at personen får kraft og tru til å sigra over og komma gjennom desse opplevingane (Koslander & Barbosa da Silvia, 2019, s. 282).

## Liding, meining frå kristent perspektiv

Noregs kulturelle arv innan åndelegheit er den kristne lutherske katekismen. Denne tradisjonen er mange nordmenn vakse opp med. I kristendomen er liding eit tilbakevendande tema. Frå syndefallet til beskrivinga av Jesu liv, død og oppstode (Austad, 2020, s. 18). Ein kan knyta liding opp imot den kristne bodskapen, og kan nyttast som ressurs for å skapa meining. Ei slik form for meining skaping gjer at trua vert til hjelp, trøyst og ein kvilestad i det vonde (Austad, 2020, s. 19). For mange er den kristne trua den viktigaste i livet. Pasienthistoria bør tematisere tru og verdiar, viss ikkje vert ein sentral meistringsstrategi usynleg gjort (Leendertz, 2020, s. 40).

## 2.5 Sjukepleiefagleg praksis

Grunnlaget for heile den vestlege hospital tradisjonen var motivert av den kristne kyrkjens oppfordring til å visa barmhjertigheit og nestekjærleik mot framande, sjuke og trengjande (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 96). Med heilskapleg sjukepleie meiner ein at menneskets fysiske, psykiske, sosiale og åndelege behov blir møtt (Torbjørnsen & Ødbehr, 2020, s. 564).

Leendertz (2020) skriv at tema livssyn og betydning av det for menneskelivet har stått svakt gjennom helseprofesjonaliseringa. Vidare seier ho at møte mellom omsorgsytar og pasient på livssynsområdet har vert underkommunisert i profesjonell omsorg og terapi, både når det gjeld utdanning og praksisfelt (Leendertz, 2020, s. 32). Fokuset på heile menneske vart svekka, inklusiv livssynsspørsmål og den eksistensielle dimensjonen og dermed totalomsorga. Personlege kvalitetar hos hjelparen, som ideal, verdiar, livserfaringar og kvalitetar kom heilt i skuggen av det fellesfaglege (Leendertz, 2020, s. 33). Leendertz (2020) beskriv at når helsepersonell ikkje kunne utrykke eigne livsverdiar i yrkesrolla, forsvann også pasienten sitt livsspørsmål og livssyn ut av synsfeltet. Sjukepleiarar vart språkfattige på livssystema, både eigne og pasienten sine (Leendertz, 2020, s. 33). Tru og verdiar vart eit taust område i

praksisfeltet av frykt for å påverka den hjelpetrengande på ein uheldig måte. Skal man arbeide ut frå pasientens behov og premissar, må den åndelege dimensjonen inkludrast (Leendertz, 2020, s. 34).

Forsking viser at god sjølvrefleksjon rundt eige livssyn er viktig. Utan ein slik refleksjon vil ein ha vanskar med å identifisera og møta livssynsbehov hos pasientane. Uavklart livssyn eller utydelegheit er ei avgjerande hindring for å kunna dekkja desse behova hos hjelpesøkjande (Leendertz, 2020, s. 35). Å vere trygg i yrkesrolla handlar ikkje om å ha svar og løysingar, men å våga å vere open, interessert og nærverande. Dersom retten til heilskapleg sjukepleie formalisert på verksemdsnivå vil det vere ein styrkje i avdelinga (Leendertz, 2020, s. 36).

### Verktøy

Giske og Cone (2019, s. 59) presentere datainnsamlingsverktøy for åndeleg omsorg som kan nyttast i samtale med pasient. Verktøya tek blant anna opp kjelder til håp, meining, tru og livssyn.

EPICC spiritual care Competency self-assesmen tool (SCEC) er eit kartleggingsverktøy for helsepersonell for å vurdere eigen kompetanse, og for å kunna evaluera eigen kompetanseheving når det nyttast over tid (Cone & Giske, 2022). EPICC SCEC er eit verktøy som kan nyttast av studentar og ferdig utdanna helsepersonell (Giske et al., u.å.). Vidare i studien vises det til bruk av verktøyet EPICC spiritual care Education standard saman med det nyutvikla EPICC SCEC Tool kan vere med å auka merksemda for det åndelege temaet i helsesektoren (Giske et al., u.å.).

Sjukepleieforskarane Rene van Leeuwen og Bart Cusveller har laga ein standard for kva kompetanse sjukepleiarar bør ha innan åndeleg omsorg etter fullført utdanning (Giske & Cone, 2019, s. 106–107). Den åndelege omsorgskompetansen har tema som forståing og handtering av seg sjølv, åndelege dimensjonar i sjukepleie og sikra kvalitet og kompetanse. Kompetansen kan vere eit godt utgangspunkt for korleis sjukepleiarutdanninga bør byggja opp undervisninga knytt til åndeleg omsorg (Giske & Cone, 2019, s. 107).

## Psykiske lidningar og psykisk helsevern

Det kjem ikkje fram ein klar definisjon på psykisk lidning, men psykiske lidningar kan bli forstått som ein samlebetegnelse for sjukdomar som påverkar tankar og kjensler. Psykiske lidningar fører til nedsett funksjonsevne i dagleglivet samt kan skapa ubehag som førar til redusert livskvalitet. Forstyrringa avspeglar ein dysfunksjon i psykologiske, biologiske eller utviklingsmessige prosessar som ligg til grunn for å fungera psykisk (Dahl, 2020, s. 9).

Behandling i Psykisk helsevern skjer etter å verta anvist av kvalifisert helsepersonell i spesialisthelsetenesta og føregår i sjukehus og i distriktpsikiatriske sentre (DPS) (Ramsdal, 2020, s. 477).



## 3.0 Metode

I dette kapittelet vert metode, framgangsmåte og val av forskingsartiklar presentert.

Presentasjon av søkeord som vart brukt, vurdering av artiklar og vurdering av eige oppgåve.

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Thidemann (2019, s. 74) beskriv metode som den systematiske tilnærminga som vert nytta for å innhenta informasjon og kunnskap for å svara på valt problemstilling. I utarbeiding av problemstillinga i oppgåva vert det nytta litteraturstudie som metode. Thidemann (2019, s. 75) beskriv at i litteraturstudie innhentar ein kunnskap via systematiske søk frå ulike databasar. Det vert nytta skriftlege kjelder og deretter vert litteraturen samanfatta. Målet med litteraturstudie er å belyse problemstillinga med oppdatert kunnskap og gje ein forståing til lesarane, og tydeleg vise korleis forfattarane har kome fram til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 78). Deretter skal kvaliteten på artiklane kritisk vurderast, analyserast og resultata tolkast. Vidare utarbeide ein litteraturmatrise og samanfatte resultat og presentere relevante funn i resultatkapittelet i oppgåva.

Kvalitativ metode er intervju som tek sikte på å fanga opp meiningar og opplevingar som går i djupna og ikkje let seg talfesta eller måla (Dalland, 2022, s. 54). Kvantitative studiar er oppsummeringar, oversikt og interferensstatistikk som gjev resultat etter matematiske funn (Thidemann, 2019, s. 107). Mixed-method studie kombinerer kvantitative og kvalitative data (Nortvedt et al., 2021, s. 205). Narrativ oversikt er oversiktsartiklar som presenterer forskning frå tidlegare studie, men dei inneheld ikkje metaanalysar (Nortvedt et al., 2021, s. 205). Kvalitativ tverrsnittstudiar ser på førekomst og fordeling av eit fenomen utan å seie noko om årsaksforhold (Nortvedt et al., 2021, s. 212).

### 3.2 Søkehistorikk

Det er gjennomført systematiske søk i fagdatabasane, CINAHL, Ovid MEDLINE og PsycINFO. Det er også gjort manuelle søk i databasane Google scholar og Idunn. For å finna relevante søkeord vart MeSH på norsk og engelsk nytta (MeSH på norsk, u.å.). PICO- skjema

(vedlegg 1) er nytta for betre rammeverk for å klargjera problemstillinga og dermed søka meir presist (Thidemann, 2019, s. 86). Når det vart søkt med PICO-skjema fekk forfattarane mykje irrelevante treff. Etter ein del erfaring med søk med PICO-skjema valte forfattarane å gjere enklare søk med emneord og tekstord.

I søkeprosessen er det nytta orda: Mental health services, mental health, nurs, life experience, spiritual, spirituality, spiritual care, understanding, adolescents og nursing. Søket er avgrensa med “AND”. Eit eksklusjonskriterie var å finna forskning nyare enn 10 år, og omhandle vaksne i alle aldrar.

### 3.3 Søketablell

#### Tabell 1:

Søk i Ovid MEDLINE 12.10.22

Søkenummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S1	Life experience* (tekstord)		2,785
S2	Mental health services (emneord)		37,643
S3	Spiritual* (tekstord)		24,625
S4	S1 AND S2 AND S3		1
Inkludert:			1

Søk nr. 4 gav treff til artikkelen: “*A`near-life experience`: lived experience of spirituality from the perspective of people who have been subject to inpatient psychiatric care*”

(Koslander et al., 2021). Artikkelen er relevant då den belyser erfaringer frå pasientperspektivet opp mot problemstillinga.

### Tabell 2:

Søk i CINAHL 10.10.22

Søkenummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S1	Spiritual*(tekstord)		30,807
S2	Mental health services (emneord)		39,961
S3	Nurs* (tekstord)		959,008
S4	S1 AND S2 AND S3		31
Inkludert			1

Søk 4 gav resultat på artikkelt: *“Conversations and beyond - Religious/Spiritual Care Needs Among Clinical Mental Health Patients in the Netherlands”* (Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2020). Artikkelen er relevant då studie samanliknar dei åndelege behova ved ein kristen og ein sekulær psykiatrisk helseklinikk frå pasientperspektivet.

### Tabell 3:

Søk i PsycINFO 06.10.22

Søkenummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S1	Spirituality (emneord)		30,807

SYKS390	09.12.22	Kandidatnr. 302 og 325
S2	Mental health services (emneord)	32,086
S3	Nurs* (tekstord)	114,893
S4	S1 AND S2 AND S3	12
<hr/>		
Inkludert		1
<hr/>		

I søk 4 vart artikkel: “*Mental health nurses’ understandings and experiences of providing care for the spiritual need of service users: A qualitative study*” valt (Elliott et al., 2020). Artikkelen er relevant då den tek opp tema åndeleg omsorg som belyser problemstillinga frå sjukepleiarperspektivet.

Manuelt søk. Søk utført i Idunn den 03.10.22. Søkordet var “åndeleg omsorg” med avgrensing til klinisk sjukepleie, og gav 44 treff. Avgrensa søket til ikkje vere artiklar eldre enn 10 år, som gav 24 treff. Valte å nytte artikkel: “*Åndelighet i psykisk helseomsorg: et sammensatt og vanskelig tema*” (Medås et al., 2017). Artikkelen er relevant der norske sjukepleiarar vart intervjuet om korleis dei forstår og varetar åndelege behov til pasientar med psykiske lidningar.

#### Tabell 5:

#### Søk i Ovid MEDLINE 13.10.22

Søkenummer	Søkjeord	Avgrensing	Resultat
S1	Mental health* (tekstord)		252,735

SYKS390	09.12.22	Kandidatnr. 302 og 325
S2	Spiritual care* (tekstord)	2,273
S3	S1 AND S2	121
<hr/>		
Inkludert		1
<hr/>		

I Søk 3 vart artikkel : “ *Mental Health Staff Perspectives on Spiritual Care Competencies in Norway: A pilot Study*” valt (Cone & Giske, 2022). Artikkelen er relevant grunna den har forska på bruken av verktøy som hjelper sjukepleiar å bli klar over eigen kompetanse innanfor åndeleg omsorg for pasientar med psykiske lidningar.

#### **Tabell 6:**

#### **Søk i PubMed 19.10.22**

Søkenummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
S1	Spirituality (emneord)		25,458
S2	Mental health (Emneord)		483,502
S3	Understanding (emneord)		1,5010,687

SYKS390	09.12.22	Kandidatnr. 302 og 325
S4	Adolescents (Emneord)	2,317,616
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	94
<hr/>		
Inkludert		1
<hr/>		

I søk 5 vart “*Understanding the association between spirituality and mental health outcomes in adolescents in two non-Western countries: Exploring self-control as a potential mediator*” funne (Shroff et al., 2021). Etter gjennomlesing av abstract, var ikkje artikkelen treffande for problemstillinga. Valte å sjå på referanselista, fann ein artikkel som var relevant for problemstillinga. Artikkel “*Spirituality and mental health*” vart valt i oppgåva (Kao et al., 2020). Artikkelen er relevant opp imot problemstillinga grunna den samanfattar tidlegare studie om åndeleg omsorg innanfor psykisk helse.

### 3.4 Vurdering av eige oppgåva

I oppgåva vert det nytta relevant fag- og pensum litteratur. Forskingsartiklane er henta frå godkjente databasar. Artiklane er kritisk kvalitetssikra, tolka og resultatane analysert og til slutt drøfta opp mot relevant litteratur for å svara på oppgåva si problemstilling (Thidemann, 2019, s. 79). Resultat og konklusjon kunne vært annleis ved bruk av andre artiklar, då det kan avhenge frå kva land studie er gjennomført i. Alle artiklane er frå Europa, og nokre frå Noreg, dermed overførbare til norske forhold. Nokre studie i oppgåva er basert på intervju av ei forholdsvis lita gruppa i befolkninga. Det er mogleg at meiningane og påstandane frå desse deltakarane ikkje nødvendigvis er gjeldande for befolkninga generelt. Likevel kan det gje ein peikepinn på korleis terminologien er kring tema åndeleg omsorg i psykisk helsevern.

### 3.5 Kritisk vurdering av forskingsartiklar og litteratur.

Artiklane følger IMRAD struktur unnateke den narrative litteraturgjennomgangs studie. Ved å ha ulike forskingsmetodar på artiklane gjev det eit godt utgangspunkt for å kunne svara på

problemstillinga. Artiklar som er brukt er frå både pasient- og sjukepleiarperspektivet for å få breiare innsikt i behovet for og varetaking av åndeleg omsorg. Alle artiklane er fagfellevurdert. Det er gjennomført kritisk vurdering (vedlegg 8-13) etter sjekklister for desse studiemodellane, samt sjekka at dei har klart formulerte problemstillingar og at dei svarar til godkjente etiske retningslinjer (Helsebiblioteket, u.å.). Har hatt fokus på nyaste forskning og artiklane er ikkje eldre enn 5 år. I alle artiklane var deltakarane anonymisert, og personvernet varetatt.

## 4.0 Resultat

I denne delen vert det presentert eit kortfatta samandrag av funn frå artiklane. Til slutt kjem ei oppsummering av alle artiklane med hovudfunn for vidare drøfting.

### 4.1 Artikkel 1

***“A “near-life experience”: Lived experiences of spirituality from the perspective of people who have been subject to inpatient psychiatric care”*** (Koslander et al., 2021).

Ein kvalitativ studie med fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. 11 deltakar frå Sveits i to ulike behandlings institusjonar, der alle hadde vert underlagt behandling ved psykiatrisk avdeling vart intervjuar om åndelege opplevingar og erfaringar. Informantane opplevde at åndelege erfaringar kan vere ein ressurs som kan bidra til oppleving av håp, tilknytning, meining og samanheng i livet. Det kan også gje tvil, angst og kjensle av einsemd og håpløyse. I staden for at sjukepleiarane forstår åndelege opplevingar anten som gode eller dårlege, kan ein nærma seg åndelegheit som noko som alltid er til stades i alternative eller samanhengande former.

Nokre pasientar opplevde ei frykt for anten å bli ignorert eller oppfatta som meir psykisk sjuk om dei delte åndelege behov eller erfaringar, det kan gjere menneske uvillige til å søka hjelp frå helsevesenet. Fagfolk har ein tendens til å vurdere og fokusere på skremmande åndelege opplevingar som psykotiske symptom, mens positive erfaringar som ressursar. Men frå eit pasientperspektiv er desse erfaringane samanvevd og ein del av livet.

### 4.2 Artikkel 2

***“Conversations and Beyond: Religious/Spiritual Care Needs Among Clinical Mental Health Patients in the Netherlands”*** (Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2020).

Artikkelen er ein kvantitativ tverrsnittsstudie frå Nederland som undersøker religiøst og åndeleg omsorgsbehov blant pasientar med psykiske lidningar. Undersøkinga samanliknar pasientar i ein kristen (CC) og ein sekulær (SC) psykiatrisk helseklinikk.



Religiøse og åndelege samtaler var noko pasientane ynskte, som kunne innebere forklaring av religion og spiritualitet (R/S) og sjukdom, bønn med sjukepleiar, samtaler om religiøs nød, samt samtaler når R/S kjem i konflikt med behandlinga. Både pasientane i den religiøse og sekulære klinikken sett pris på match i verdsbilete med helsepersonell. Studie bekreftar at eit betydeleg antal pasientar innanfor psykisk helse sett pris på å kunne diskutere R/S problem i behandlinga. I begge klinikkane vart pasientens ynskjer om ein forklaring på R/S si rolle i sjukdommen eller å kunne diskutere religiøs nød med sjukepleiar ofte eit uoppfyllt behov. Behov for meir utdanning for psykisk helsepersonell, auka bevisstheit rundt R/S spørsmål og det potensielt helsefremmande og/eller skadelege rolla det kan ha. Då kan sjukepleiar hjelpe pasient.

### 4.3 Artikkel 3

***“Mental health nurses` understandings and experiences of providing care of the spiritual needs of service users: A qualitative study”*** (Elliott et al., 2020).

Kvalitativ studie frå Nord- England som intervjuar 17 sjukepleiarar innanfor psykisk helse. Ved nokre diagnosar såg sjukepleiaren på spiritualitet, åndelege ynskjer og uttrykk som teikn på sjukdom og ikkje eit behov pasienten trong å møtast på. Dersom pasienten derimot er diagnostisert med depresjon var det meir akseptabelt å gå inn i dei åndelege behova om pasienten ynsker det. Fleire av sjukepleiarane var engsteleg for å forårsake krenking overfor pasienten og å bli latterleggjort av helsepersonell. Sjukepleiarane var redd for å overføre eigen tru til pasient eller til kollegaer dersom dei gjekk inn på tema som omhandla spiritualitet eller åndeleg omsorg. Studien peika på viktigheita av at sjukepleiaren sitt utdanningsforløp gjer sjukepleiaren i stand til å kunna forholda seg til pasienten likeverdige og med medfølande motivasjon. Sjukepleiarane anerkjente viktigheita av å gje åndeleg omsorg som ein del av den heilskaplege personsentrerte omsorga til pasientane, men at det var vanskeleg å skilje åndelege erfaringar frå symptom på dårleg psykisk helse. Fleire såg på spiritualitet som overlappende med religiøse behov, og at det i nokre tilfelle kan være nyttig å legge til rette for religiøs praksis for eksempel ved bønnerom med meir. Spiritualitet inneber meir enn berre den religiøse tilknyttinga, det rommar også individuelle behov knytt til personens følelse av håp, mening og formålet med livet der ein åndeleg empatisk tilnærming er meir nyttig.

#### 4.4 Artikkel 4

**“Åndelighet i psykisk helseomsorg: Et sammensatt og vanskelig tema”** (Medås et al., 2017).

Denne norske kvalitative studien intervjuer sju deltakere fra sjukepleierperspektivet som et semistrukturert livsverdsintervju. Studien viste at åndeleg omsorg hos de fleste sjukepleierne vart oppfatta som eit vanskeleg og uvant tema å snakka om i psykisk helseomsorg. Fleire av sjukepleierane opplevde at det var krevjande å setje ord på sine tankar og erfaringar rundt åndelege tema. Opplevde tvil og usikkerheit rundt kva for ansvar og rolle sjukepleieren har med tanke på varetaking av pasientar åndelege behov. Fleire sjukepleiarar beskrev at åndeleg omsorg opplevast som abstrakt, diffust, lite handgripeleg og at det derfor kan vere vanskeleg å setje ord på det. Sjukepleierane synes det var viktig å vareta dei åndelege behova, som ein del av den heilskaplege omsorga til pasienten. Sjukepleierane opplevde åndelegheit som vanskelegare å evaluere og forhalda seg til enn dei fysiske og psykososiale behova til pasienten, ettersom dei opplevde at det var omgrep som var meir handgripeleg. Nokre sjukepleiarar opplevde at fagfeltet psykisk helseomsorg har negative haldningar til åndelege tema og uttrykte at det «*er ein haldning og uskriven lov om at religion ikkje er samtaletema i psykiatri*». Sjukepleierane uttrykte at åndeleg omsorg er ein viktig del av det relasjonsmessige og faglege ansvaret dei har, men at det er spesielt vanskeleg dersom pasienten sin psykiske lidning er prega av vrangførestillingar og/eller psykoseproblematikk.

#### 4.5 Artikkel 5

**“Mental Health Staff Perspectives on Spiritual Care Competencies in Norway: A pilot Study”** (Cone & Giske, 2022).

Den norske mixed-method pilotstudien intervjuer 24 deltakere innanfor sosialt arbeid og sjukepleie i psykisk helsevern. Forfatarane nytta eit kartleggingsverktøy for sjølvvurdering for å undersøkje kompetansen til helsepersonell kring åndelege tema. Personalet har begrensa opplæring i åndeleg omsorg, spesielt dei som jobbar i psykisk helsevern. Det kan skuldast ei frykt for at psykosar kan aktiverast eller forverrast dersom sjukepleiar går inn på temaet spiritualitet eller religion. Åndeleg omsorg inneber meir enn berre religion, det inkluderer også eksistensielle spørsmål. Som sjukepleier skal ein vere til stades for pasienten med ein ikkje- dømmende haldning, oppmerksom lytting, og opptre respektfull og vennleg.

Halvparten av deltakarane svarte at det var behov for auka bevisstgjerings- og kunnskap på det åndeleg området. Berre tre deltakar svarte at dei hadde fått opplæring i åndeleg vurdering. Studien beskriv behov for auka bevisstheit om åndeleg omsorg og spesielt korleis personalet kan snakke med pasientar på måtar som kan vere støttande sjølv når pasienten har vrangførestillingar eller er i krise. Det kan det vere nyttig for sjukepleiar å avdekkje om pasienten har ei trygt og godt forankra tru, pasientar som har eit trygt forhold til si tru kan ha nytte av trua si for å få støtte i tider med sjukdom. Dersom pasienten er i konflikt til sitt trussystem, vil sjukdom som fører til auka religiøsitet (krisereligiøsitet) ikkje ha den same helsegevinsten som ved eit stabilt trussystem. Desto betre personalet kjenner seg sjølv og si eigen tru og verdiar, desto betre rusta var dei for å vareta og leggja til rette for åndeleg omsorg til pasientane.

#### 4.6 Artikkel 6

***“Spirituality and mental health”*** (Kao et al., 2020).

Denne narrative oversiktsartikkelen samanfattar forskning, litteratur på temaet R/S og mental helse. Artikkelen beskriv mekanismar for korleis R/S og mental helse påverkar kvarandre. Kjenslemessige plager har i mange samanhengar verte sett på som eit problem forårsaka av religion eller spiritualitet.

Sosiale faktorar: Sosiale aspekt ved religiøst engasjement kan verka som ein buffer mot psykiske lidningar, spesielt ved depresjon.

Relasjonell spiritualitet: Omhandlar korleis ein forholdt seg til det heilage på. For eksempel kan eit syn på Gud som streng og straffande bidra til å forverra depressiv åtferd eller tru, mens eit syn på ei høgare makt som elsker betingelseslaust kan gje ein korrigerande kjenslemessig oppleving etter for eksempel etter traumatisert barndom.

Åndeleg praksis: Religion/spiritualitet R/S kan påverke mentalt velvære ved å pleie eigenskapar som takknemlegheit, tilgjeving og audmjukheit. bønnepraksis har liknande verknad med meditasjon som har vist positive forskjellar i hjerneområder som balanserer

oppmerksomheit og følelsar. Transcendente opplevingar kan samsvara med betre mental helse og auka velvære.

Nevrobiologiske oppmerksomheit: studiar visar til ein mogleg samanheng med at religiøst engasjement er beskyttande mot kortikal fortynning. Personar med høg risiko for depresjon har auka kortikal tynning, men at denne tynninga av cerebral kortikal var betydeleg mindre hos dei som rapporterte R/S som svært viktig. Artikkelen tek opp barrierar for å handtere åndelege tema, at det kan skuldast mangel på tid, ubehag ved temaet og frykt for å påtvinga pasientar R/S syn.

#### 4.7 Samla analyse

Tabellen viser til relevante funn som vert drøfta i neste kapittel for å svara på problemstillinga.

*Artikkla Funn  
r*

	Åndeleg omsorg, eit ikkje-tema i psykiatrien.	Pasienten opplever åndelege erfaringar samanvevd og som ein del av livet.	Sjukepleiar som er trygg i eigen tru, legg betre tilrette for åndeleg omsorg.	Pasienten si oppleving av åndeleg omsorg i psykisk helsevern.	Behov for auka fokus på åndeleg omsorg i sjukepleieutdanninga.
1		X		X	
2	X			X	X
3	X	X			X
4	X	X			

5			X	X	X
6	X	X	X	X	X

Eit gjennomgåande tema i fleire av studiane er at sjukepleiar har for lite kunnskap om kva åndeleg omsorg er og korleis dei kan utøve dette i praksis. Ein ser også i fleire av studiane at det vert trekt fram at ein treng meir fokus på åndeleg omsorg i psykisk helsevern og i utdanninga til sjukepleiarane. Sjukepleiarar hadde barrierar for å gå inn på åndelege tema og åndeleg omsorg var eit ikkje- tema i psykisk helse. Sjukepleiarar unngjekk å ta opp åndelege tema i kollegiet i frykt for å bli latterleggjort. Vidare var sjukepleiarane redd for å krenka pasienten ved å gå inn i ein samtale om åndelege tema og frykt for å overføra eigen tru til pasient og kollegaer. Dei sjukepleiarane som hadde eit avklart forhold til eigen tru og verdiar, la betre til rette for åndeleg omsorg til pasientane. Pasientar vegra seg for å gå inn på samtalar om åndelege tema med helsepersonell i frykt for å verta ignorert eller sett på som meir psykisk sjuke. Vidare såg ein at fleire unngjekk å søkja hjelp frå helsevesenet grunna dette. Pasientar opplevde positive og negative åndelege erfaringar som samanvevd og ein del av livet og pasientar verdsette liknande verdsbilete med helsepersonell. Religiøst engasjement kan vere ein ressurs og førebyggjande mot psykiske lidningar.

## 5.0 Drøfting

I dette kapittelet vert problemstillinga for oppgåva “Korleis kan sjukepleiar vareta åndeleg omsorg til pasientar med psykiske lidingar i psykisk helsevern?”, drøfta opp imot teori og funn frå artiklane.

### 5.1 Åndeleg omsorg, eit ikkje-tema i psykisk helseomsorg.

Å anerkjenna og dekkja dei åndelege behova er ein menneskerett, dette er nedfelt i både FN sin menneske rettigheits erklæring (FN Sambandet, u.å.) og i yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Samstundes viser studiar at åndelegheit og åndeleg omsorg er mindre i fokus enn fysiske, psykiske og sosiale behov innan psykisk helsevern. I Medås et al., (2017) sin studie kjem det fram at åndelegheit vert opplevd som eit ikkje-tema i psykisk helse. Årsaka til dette kan vere fleire. Kao et al. (2020) skriv at grunnen kan vere mangel på tid, ubehag ved tema og frykt for å påtvinga pasientar eigen tru. Vidare utdyp Kao et al. (2020) at sjukepleiarar har barriere for å ta opp åndelege tema. I Koslander et al. (2021) sin studie gjev sjukepleiarane uttrykk for at grunnen til at dei ikkje tek opp åndelege tema er at sjukepleiarane er redd for å bli latterleggjort av kollegaer, redd for å krenke pasienten og overføre eigen tru til pasientar og kollegaer. Dersom sjukepleiar ikkje tør å gå i samtale med pasienten om dei åndelege behova, kan dette føre til krenking og påføring av unødig lidning for pasienten.

Katie Eriksson (2018, s. 388) skriv at å utelata delar av den heilskaplege omsorg ovafor pasientane fører til krenking av pasienten, og det medfører auka lidning for pasienten. Eriksson (2018, s. 384) skriv at pleieliding kan opplevast som maktmisbruk, fordømming og straff. Eriksson poengterer at utelat omsorg inneberer alltid ei krenking av menneske si verdigheit og inneber omsorgsliding (Eriksson, 2018, s. 388). Det kan tenkast at dersom sjukepleiar manglar tid og er redd for å krenka pasienten ved å gå inn på åndelege tema gjer at sjukepleiar ikkje utøver heilskapleg sjukepleie.

### 5.2 Pasienten si oppleving av åndeleg omsorg i psykisk helsevern

I studien til Koslander et al., (2021) kom det fram at pasientane ved psykiatriske sjukehus ikkje tok opp åndelege tema i frykt for å bli ignorert eller oppfatta som meir psykisk sjuk om

dei delte sine åndelege erfaringar. Vidare såg ein at denne haldninga frå helsetenesta førte til at pasientar ikkje tok imot hjelp frå psykisk helsevern. Sjølv om det var ein enkeltstudie så viser Elliott et al. (2020) i sin studie at åndelege uttrykk og behov ofte vart oppfatta som teikn på psykisk sjukdom av sjukepleiarar i psykisk helseomsorg. Ein måte å forstå dette på er at åndelegheit vert sjukeleg gjort i psykisk helsevern og dermed vert eit tabubelagt tema.

Ein kan undra seg over kvifor det er slik. Kan det vere slik at teorien til Freud om at “uttrykk for åndelege erfaringar er uttrykk for psykiske symptom” (Borge, 2012, s. 119), framleis påverkar forståinga av åndelegheit i psykisk helsevern i dag? I rammeplanen frå 1999 for dei treårige helse- og sosialfaglege utdanningane vert det presisert at eit heilskapleg syn på pasienten er nødvendig for eit godt helsetilbod, og at den heilskaplege omsorga også inneber menneske sine åndelege behov (Borge, 2012, s. 121). Om det er slik at Freud sin forståing framleis er ubevisst gjeldande kan dette føra til krenking av pasienten sine behov. Det kan tenkast at det er behov for ein haldningsendring hos sjukepleiarar for å kunne møta, anerkjenna og vareta pasientar sine åndelege behov i psykisk helsevern.

Utifrå dei etiske grunnprinsippa skal sjukepleiar vareta pasienten sin autonomi og å gjera vel (Alvsvåg & Aadland, 2019, s. 110–111). Autonomi vil seie fridom til å velje sjølv, bli tatt på alvor og få medverknad i val og ynskje for behandling. Sjukepleiarar syntest det var lettare å imøtekome åndeleg omsorg til pasientar med depresjon enn diagnosar som til dømes psykose og schizofreni (Medås et al., 2017). Det kan forståast som at dersom pasienten er svært opptatt av det åndelege at sjukepleiar ynskjer å dempe dette og hjelpe dei over på andre tankar som kan vere nødvendig, samstundes kan det rukke ved pasienten sin autonomi. Det er nærliggande og tru at å skilje åndelege behov frå teikn på auka psykisk sjukdom er ei utfordrande og vanskeleg etisk sjukepleieoppgåve. Dersom pasienten ikkje opplev å bli møtt på dei åndelege behova kan pasientane oppleve seg avvist og misforstått. Det fører vidare til krenka fridom til eiga medverknad og det kan svekka tilliten til helsevesenet.

Studie til Kao et al., (2020) viser at det for pasienten er samanheng mellom enten eit trygt forhold til eigen tru eller eit meir usikkert forhold til religion og spiritualitet. Ein straffande Gud kan forverre den psykiske lidinga, medan eit tillitsfullt forhold med ein raus kjærleg Gud er ein ressurs som kan korrigerer kjensler frå ein traumatisk barndom. Det kan sjå ut som at det er viktig å snakka om åndelege tema i møte med pasientane for betre forståing i forhold til

behandling av den psykiske lidinga. Cone og Giske, (2022) bekreftar i sin studie at det er nyttig å avdekkja om pasienten har eit trygt forhold til eigen religion eller om pasienten står i konflikt med sitt trussystem. Her ser me ein parallell på at begge artiklane peikar i same retning. Koslander & Barbosa da Silvia (2019, s. 277) utdjupar at dersom sjukepleiar møter desse åndelege og spirituelle opplevingane kan pasienten oppleve omsorg og få kraft til å overvinna også dei negative åndelege erfaringane. I Kao et al. (2020) kjem det fram at religiøst engasjement kan vere ein buffer mot psykiske lidingar, spesielt depresjon. Religiøst engasjement kan forståast som å delta på religiøse aktivitetar gjev tilhøyrslø, håp og meining som kan vere førebyggjande og lindrande mot psykiske lidingar. Dette er ein motsetning til sjukepleiarar sin oppfatning om at åndelege uttrykk er teikn på psykisk sjukdom.

Kao et al. (2020) viser til tidlegare studiar som har trekt fram at religiøst engasjement kunne vere beskyttande mot fysiologiske endringar i form av kortikal fortynning. Det er nærliggande å tru at åndeleg omsorg er ein viktigare del av behandling til pasientar med psykiske lidingar enn kva ein tidlegare har lagt vekt på. Funnet i Kao et al. (2020) bekreftar at religiøst engasjement i eit fellesskap dekkjer også andre behov, som dei sosiale behova. Det kan sjå ut som at å ha ei tru er beskyttande og lindrande mot psykisk lidning og ved å delta i religiøst fellesskap også vil imøtekomma dei sosiale behova.

Eriksson beskriv forholdet mellom Gud og mennesket, samt menneske og relasjonar som eksistensielle hovudproblem (Kirkevold, 1998, s. 184). Vidare beskriv Eriksson at menneske sitt forhold til Gud og andre menneske handlar om tru, håp og kjærleik (Eriksson, 2018, s. 272). Ein kan forstå det som at å ha eit godt forhold til Gud og tilhøyrslø og relasjon med andre menneske gjev velvære og lindrar lidning. Kao et al. (2020) bekreftar dette der studien viser at religiøsitet og åndelegheit antas å påverka mentalt velvære positivt ved forankra verdiar som takksamheit, tilgjeving og audmjukheit. Koslander og Barbosa da Silvia (2019) skriv at psykisk lidning nesten alltid inneheld eksistensielle problem og at ein som før ikkje har vert opptatt av åndelegheit kan få auka åndelege behov.

Som sjukepleiar foreslår me ulike aktivitetar som blant anna strikking og trening for å betre den psykiske helsa, her har ein som sjukepleiar også moglegheit til å tilby samtalar om åndelegheit med sjukepleiar eller prest sjølv til dei som ikkje har gitt uttrykk for tru. Å vareta



dei åndelege behova til pasienten kan bidra til at dei finn håp, meining og innhald i kvardagen.

### 5.3 Sjukepleiar bør vere open for både positive og negative åndelege erfaringar hos pasienten.

Koslander et al. (2021) uttrykkjer at pasientar opplevde at sjukepleiarar såg på åndelege erfaringar anten som gode eller dårlege. Vidare i studien opplevde pasientane at positive åndelege erfaringar var ein ressurs mens dei negative åndelege opplevingar kunne gje auka angst og tvil. Koslander og Barbosa da Silvia (2019) bekreftar at positive åndelege opplevingar fremjar den psykiske helsa, medan negative åndeleg opplevingar skapa tvil og trugar den psykiske helsa. Eit argument for helsepersonell sin frykt for gå inn på åndelege tema er at dei er redd for å påføre eksistensielle grubleri til pasienten. I studie til Koslander et al. (2021) opplever pasientane dei positive og negative erfaringane som samanvevd og ein del av livet. Koslander & Barbosa da Silvia (2019) påpeikar at ved å prøva å forstå samanhengane i dei negative åndelege erfaringane kan det kanskje avdekka og samsvara med traume frå pasienten si livshistorie. Ein kan forstå det som viktig å møte pasientane også på dei negative åndelege opplevingane då eksistensielle kriser ofte vert forsterka ved auka psykisk lidning.

Studien til Van Nieuw Amerongen-Meeuse (2020) viser at pasientane set pris på samtalar rundt religion og åndelegheit som kan innebera bønner med sjukepleiar. Bønner med pasienten kan vere vanskeleg for sjukepleiar om ein ikkje sjølv har erfaring på dette området. Det er mogeleg å argumentera for at ein sjukepleiar som sjølv har eit avklart forhold til eiga åndelegheit, har eit betre utgangspunkt for å møte dei åndelege behova til pasientar.

Åndelege behov kan romma meir enn religion, men i vår norske kulturarv er den kristne trua gjeldande. Sjukepleiar profesjonen byggjer på verdiane om nestekjærleik og barmhjertigheit (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 96). Sjukepleiar kan med bakgrunn i verdiane til profesjonen hjelpa pasienten med å forholde seg til tankar og følelsar om ein straffande Gud. Dersom sjukepleiar har kjennskap til bibelhistoria med Jesu forsoningsverk og ein kjærleg Gud, kan ein nytta dette i samtalar med pasientar med eit kristent livssyn for å endra dei negative åndelege erfaringane, noko som kan verte ein ressurs og gi ro og trøyst til pasienten.

Funn i Cone og Giske (2022) bekreftar at sjukepleiarar som har eit bevisst forhold til eigen tru eller verdiar, legg betre til rette for åndeleg omsorg for pasientane.

Cone og Giske (2022) visar til kartleggingsverktøy EPICC SCEC standard for sjukepleiarar sin vurdering av eigen kompetanse innanfor åndeleg omsorg. Ved å nytta dette verktøyet skapar ein rom for refleksjon rundt eigne haldningar om åndeleg omsorg som kan føra til meir openheit og at ein betre kan nytta ressursane i avdelinga. Sjukepleiarane kan også då bli tryggare i sine verdiar, samstundes få eit språk for å snakke om åndelege tema.

#### 5.4 Kan sjukepleiar vise trygghet for eigen åndelegheit?

Sjukepleiarane i studien til Medås et al. (2017) uttrykkjer at åndeleg omsorg er vanskelegare å evaluera og forholde seg til enn dei fysiske og psykososiale behova. Begge studiane, Elliott et al. (2020) og Cone og Giske (2022) skriv at åndeleg omsorg inneber meir enn religion, det inkluderer også eksistensielle spørsmål som mening, håp og kva som gjer styrkje i kvardagen. Det kan tenkast at grunnen til at det er vanskeleg å evaluere og dokumentera dei åndelege behova, er at den åndelege dimensjonen samanfattar både dei religiøse, eksistensielle og verdimesse behova som også glir inn i det psykososiale behovet.

Funn i studien til Van Nieuw Amerongen-Meeuse (2020) fortel pasientar frå ulike tru og verdisyn at dei sette pris på liknande verdsbilete med sjukepleiarar. Dette funnet går på tvers av sjukepleie profesjonen der den etterstrev livssyns nøytralitet (Leendertz, 2020, s. 33). Leendertz (2020) skriv at når man ikkje kunne uttrykkja eigne verdiar i yrkesrolla, vart sjukepleiarar språkfattige på livssystema både eigne og pasienten sine i frykt for å overføra eigen tru. Det kan verka som at slik profesjonen er bygd opp i dag at eit samsvar i verdsbilete vert vanskeleg å imøtekomma. Ein god hjelperelasjon er bygd på tillit og trygghet mellom pasient og sjukepleiar. Slik det kjem fram her bør sjukepleiar kunne reflektere rundt eigen tru og verdi på pasienten sine premisser for å kunne ha ein open og relasjonsbyggjande samtale. Leendertz understrekar at ved å ikkje gje uttrykk for eigne verdiar, vil dette vere til hinder for ein nær relasjon mellom sjukepleiar og pasient (Leendertz, 2020, s. 33). Eit motargument kan være dersom sjukepleiar og pasient har ulike trussystem kan det føre til svekka tillit til sjukepleiar. Likevel er det nærliggande å forstå at dersom pasienten kan oppleve likt verdsbilete med sjukepleiar, byggjer det tillit, dermed bør helsepersonell kunne reflektere over

eigen tru og verdier i møte med pasienten dersom pasienten ynskjer det. Slik det kjem fram her kan det tenkast at profesjonaliteten i omsorga har utelukka vesentlege viktige ressursar hos hjelparen i møte med pasienten.

I Medås et al. (2017) sin studie kjem det fram at helsepersonell opplev at åndelegheit er vanskeleg å gripa, og at helsepersonel ofte mangla eit språk for å beskrive åndeleg omsorg. Koslander og Barbosa da Silvia (2019, s. 277) skriv at åndelegheit har ingen grenser, og kan opptre som synlege til usynlege fenomen, såkalla transcendent opplevingar. I studien til Kao et al. (2020) kjem det fram at transcendent opplevingar betrar mental helse og gjev auka velvære. Åndelegheit kan opplevast uhandgripeleg, men ei trygghet i yrkesrolla behøver ikkje å vere knyta til å ha alle svar og løysinga, men å våga å vera open, interessert og nærverande i samtale med pasienten (Leendertz, 2020, s. 36). Det kan tenkast at å utarbeide ein folder med forslag til spørsmål for å innleia ein åndeleg samtale kan skape eit språk for å imøtekomme åndeleg omsorg og kan bidra til å hjelpe sjukepleiar å innleie ein samtale kring åndelege tema. Cone og Giske (2019, s. 59) viser til datainnsamlingsverktøy for kartlegging av pasienten sine behov for åndeleg omsorg som kan nyttast i innkomstavtalar og vidare oppfølging av pasient. Det kan tenkast at å implementera bruk av kartleggingsverktøy og folder kan det vere eit skritt i meir openheit og aksept for åndelege behov i behandling av psykiske lidingar.

Ein treng meir fokus på åndeleg omsorg i utdanninga av sjukepleiarar dette stadfestar Elliot et al. (2020) og Van Nieuw Amerongen-Meeuse (2020) i sine studiar. Det vert utdjupa med at ein treng meir utdanning for helsepersonell i psykisk helsevern, slik at ein betre kan møte åndelege og religiøse spørsmål i sin potensielle ressurs eller skadelege rolle. Det kan sjå ut som at ved å implementere standaren som sjukepleieforskarane Rene van Leeuwen og Bart Cuseller om kva kompetanse sjukepleiarane bør inneha ved fullført bachelorutdanning, kan bidra til auka kunnskap og tryggleik for sjukepleiarar i møte med dei åndelege behova hos pasientane i psykisk helsevern (Giske & Cone, 2019, s. 107). I Cone og Giske (2022) sin studie fortel sjukepleiarar at dei har fått lite opplæring i åndeleg omsorg. Det er interessant når funn viser at eksistensielle kriser ofte kjem i samband med psykisk sjukdom. Dette kan forståast som at åndelege behov er meir viktig for pasientane å imøtekomma enn profesjonen har lagt til rette for.

## 5.5 Konklusjon

Sjukepleiarar treng meir opplæring, forståing og kunnskap for å vareta åndeleg omsorg til pasientar i psykisk helsevern. I nåverande praksis vert åndeleg omsorg eit uhandgripeleg og tabubelagt tema. Dette fører til krenking av pasienten og ein påfører pasienten auka lidning.

Dersom leiinga implementerer verktøy for kartlegging av sjukepleiar sin kompetanse innanfor åndeleg omsorg i psykisk helsevern, kan kartlegginga føre til refleksjon blant helsepersonell rundt eigen kunnskap. Vidare skapa trygghet for eigen tru og verdiar, samt auka forståing av åndeleg omsorg. Sjukepleiarar kan ta i bruk datainnsamlingsverktøy for kartlegging av pasientane sine åndelege behov ved innkomsamtalar og i vidare oppfølging av pasienten. Dermed kan ein tidleg i behandlinga avdekka pasienten sine religiøse og spirituelle behov, samt avdekka om pasienten sitt tru- og/eller verdisyn er ein resurs eller har ei skadeleg rolle for pasienten.

For å kunne vareta åndeleg omsorg til pasientane må ein byrje med tiltak som bidreg til haldningsendring hos sjukepleiarar i psykisk helsevern. Om personalgruppa gjev rom for gjensidige respektfulle samtalar kring åndelege tema, vil det føre til større openheit og temaet åndeleg omsorg vert meir handterbart.

Profesjonen bør legge tilrette for at sjukepleiarar kan reflektere rundt eigen tru og verdiar i møte med pasientar med psykiske lidningar, dersom pasienten ynskjer det. Dette kan bidra til eit språk for å samtala om åndelege og spirituelle behov og bidra til betre ivaretaking av pasientar med psykiske lidningar i psykisk helsevern.

## 6.0 Referansar

- Alvsvåg, H. & Aadland, E. (2019). *Profesjonsetikk i sjukepleie*. Samlaget.
- Austad, A. (2020). Livssyn og livsmening i møte med lidelse. I A. Austad, L. Borge, T. A. Leenderts, H. Stifoss-Hanssen & M. Thomassen (Red.), *Lidelse, mening og livssyn: Teori og praksis* (1. utg., s. 18–30). Fagbokforlaget.
- Borge, L. (2012). Helhet og sammenheng—Om å møte eksistensielle og åndelige behov hos mennesker med psykiske lidelser. I G. Nordhelle & T. Danbolt (Red.), *Åndelighet—Mening og tro: Utfordringer i profesjonell praksis* (s. 117–134). Gyldendal akademisk.
- Cone, P. & Giske, T. (2022). Mental Health Staff Perspectives on Spiritual Care Competencies in Norway: A Pilot Study. *Frontiers in Psychology, 12*, Artikkel e794165. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.794165>
- Dahl, A. A. (2020). Hva er psykiske lidelser? I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s. 8–13). Gyldendal.
- Dalland, O. (2022). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal akademisk.
- Elliott, R., Wattis, J., Chirema, K. & Brooks, J. (2020). Mental health nurses' understandings and experiences of providing care for the spiritual needs of service users: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 27*(2), 162–171. <https://doi.org/10.1111/jpm.12560>
- Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: Vetenskapen om vårdandet: Om det tidlösa i tiden*. Liber.
- FN Sambandet. (u.å.). *FNs verdenserklæring om menneskerettigheter*. Henta 10. oktober 2022 frå <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/fns-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- Giske, T. & Cone, P. H. (2019). *Å ta vare på heile mennesket: Handbok i åndeleg omsorg*. Samlaget.
- Giske, T., Schep-Akkerman, A., Bø, B., Cone, P. H., Moene Kuven, B., Mcsherry, W., Owusu, B., Ueland, V., Lassche-Scheffer, J., van Leeuwen, R. & Ross, L. (u.å.). Developing and testing the EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool

- for student nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*, n/a(n/a).  
<https://doi.org/10.1111/jocn.16261>
- Helsebiblioteket. (u.å.). *4.1 Sjekklistor*. Henta 25. november 2022 frå  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>
- Kao, L. E., Peteet, J. R. & Cook, C. C. H. (2020). Spirituality and mental health. *Journal for the Study of Spirituality*, 10(1), 42–54.  
<https://doi.org/10.1080/20440243.2020.1726048>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal.
- Koslander, T. & Barbosa da Silvia, A. (2019). Andlighet- en väg til personlig mening och hälsa. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa: På avancerad nivå* (3.utg, s. 273–296). Studentlitteratur.
- Koslander, T., Ronning, S., Magnusson, S. & Wiklund Gustin, L. (2021). A «near-life experience»: Lived experiences of spirituality from the perspective of people who have been subject to inpatient psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 512–520. <https://doi.org/10.1111/scs.12863>
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier- verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 1: Sykepleie—Fag og funksjon: Bd. b. 1* (3. utg., s. 88–138). Gyldendal akademisk.
- Kuven, B. M. & Bjorvatn, L. (2015). Åndelig omsorg er en del av sykepleien. *Sykepleien*, (9), 56–58. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.55165>
- Leendertz, T. A. (2020). Trygg i det utrygge. I A. Austad, L. Borge, T. A. Leenderts, H. Stifoss-Hanssen & M. Thomassen (Red.), *Lidelse, mening og livssyn: Teori og praksis* (1. utg., s. 31–45). Fagbokforlaget.
- Medås, K. M., Blystad, A. & Giske, T. (2017). Åndelighet i psykisk helseomsorg: Et sammensatt og vanskelig tema. *Klinisk Sykepleje*, 31(4), 273–286.  
<https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2017-04-04>
- MeSH på norsk. (u.å.). *MeSH på norsk—Begreper innen medisin og helsefag*. Henta 31. oktober 2022 frå <https://mesh.uia.no/>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Henta 10. oktober 2022 frå  
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

- Nortvedt, M. W., Graverholt, B., Jamtvedt, G. & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk. Oslo universitetssykehus. (u.å.). *Åndelige og eksistensielle behov hos pasienter og pårørende*. ehandboken.ous-hf.no. Henta 26. oktober 2022 frå <https://ehandboken.ous-hf.no/document/134012>
- Ramsdal, H. (2020). Tjenesteperspektiver på psykisk helsearbeid. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s. 476–483). Gyldendal.
- Råholm, M.-B. (2017). Andlighet och vårdande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (2. utg., s. 172–182). Studentlitteratur AB.
- Shroff, D. M., Breaux, R. & von Suchodoletz, A. (2021). Understanding the association between spirituality and mental health outcomes in adolescents in two non-Western countries: Exploring self-control as a potential mediator. *Development and Psychopathology*, 1–10. <https://doi.org/10.1017/S0954579421001334>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Torbjørnsen, T. & Ødbehr, L. (2020). Ritualer og åndelig omsorg. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 558–570). Gyldendal.
- Van Nieuw Amerongen-Meeuse, J. C., Schaap-Jonker, H., Westerbroek, G., Anbeek, C. & Braam, A. W. (2020). Conversations and Beyond: Religious/Spiritual Care Needs Among Clinical Mental Health Patients in the Netherlands. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 208(7), 524–532. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001150>

## Vedlegg

## Vedlegg 1: PICO-skjema:

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Mental health patients	Spiritual*		Life experience*
Nurs*	Mental health services		Quality of Life
Nursing	Spiritual care		Hope
Psychiatric Nursing	Religion		understanding
Depression	Christianity		
Bipolar Disorder	spiritual concerns		
Community Mental Health Nursing	spiritual needs		
nurse	existential needs		
adolescent	Mental health		
	Patient perspective		
	Patient experience		
	inpatient		
	spirituality		



## Vedlegg 2: Litteratormatrise av artikkel 1:

<b>Artikkel 1</b>	Hensikt	Metode og datasamling.  Etiske vurderingar	Utval	Resultat
-------------------	---------	-----------------------------------------------------	-------	----------

SYKS390

09.12.22

Kandidatnr. 302 og 325

<p>Koslander, T., Ronning, S.,Magnusson &amp; Wiklund Gustin, L.</p> <p><i>A 'near-life experience`: lived experiences of spirituality from the perspective of people who have been subject to inpatient psychiatric care</i></p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences</p> <p>2021 Sveits</p>	<p>Fortelja om oppleving av åndelegheit frå pasient perspektiv.</p>	<p>Ein kvalitativ studie, fenomenologisk hermeneutisk tilnærming.</p> <p>Godkjent av regionalt etisk styre.</p> <p>Fagfellervurdert</p>	<p>11.deltakarar frå to organisasjona r for menneske med psykiske lidingar fordelt på 5 kvinner og 6 menn frå 18- 65 år.</p> <p>Deltakarane hadde vert innlagt i psykiatrisk helsevern ved eit eller fleire høve</p>	<p>1.Åndeleg erfaringar kan vere ein ressurs og bidra til oppleving av håp, tilknytning, meining og samanheng livet. Åndelege erfaringar kan også vere opphav til tvil, angst og følelse av einsamheit og håplausheit.</p> <p>2. Deltakarane hadde frykt for anten å bli ignorerert eller oppfatta som meir psykisk sjuk om dei delte åndelege erfaringar.</p> <p>3.Åndelege erfaringar samanvevd og ein del av livet. Om sjukepleiarar nærmar seg kompleksiteten utan å vere</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SYKS390

09.12.22

Kandidatnr. 302 og 325

dømmende, men  
vere utforskende  
bidra til omsorg  
og støtte til  
pasientane.

## Vedlegg 3: Litteratormatrise av artikkel 2:

<b>Artikkel 2</b>	Hensikt	Metode og datasamling. Etiske vurderingar	Utval	Resultat
<p>Van Nieuw Amerongen-Meeuse, J. C., Schaap-Jonker, H., Westerbroek, G., Anbeek, C. &amp; Braam, A. W.</p> <p><i>Conversations and Beyond: Religious/Spiritual Care Needs Among Clinical Mental Health Patients in the Netherlands.</i></p> <p>Journal of Nervous &amp; Mental Disease.</p> <p>2020</p> <p>Nederland</p>	<p>Undersøkja religiøse/spirituelle (R/S) behov og deira samanheng blant pasientar i psykisk helse.</p>	<p>Kvantitativ tverrsnittstudie, ein del av ein observasjonsprospektiv kohortstudie</p> <p>Deltakarane signerte eit samtykke skjema før dei fylte ut spørje skjema. Det kjem ikkje fram frå artikkelen om den er godkjent av nokre etisk komité.</p> <p>Fagfellevurdert</p>	<p>Pasientar som hadde eit akutt eller eit dagtilbod innan for psykisk helse vart rekruttert. To klinikkar, ein kristen mental helseklinikk og ein sekulær klinikk.</p>	<p>Religiøs belastning kan trenge meir merksemd i psykisk helsevern, dette utifrå R/S sin assosiasjon til åndeleg omsorg.</p> <p>R/S liknande syn med personalet vert føretrakt.</p>

## Vedlegg 4: Litteratormatrise av artikkel 3:

<b>Artikkel 3</b>	Hensikt	Metode og datasamling.  Etiske vurderingar	Utval	Resultat
-------------------	---------	--------------------------------------------------------	-------	----------

SYKS390

09.12.22

Kandidatnr. 302 og 325

<p>Elliott, R., Wattis, J., Chirema, K.&amp; Brokks, J.</p> <p><i>Mental health nurses' understandings and experiences of providing care for the spiritual needs of service users: A qualitative study.</i></p> <p>Journal of Psychiatric and Mental Health nursing. Land</p> <p>2020</p> <p>Nord England</p>	<p>Utforska korleis psykiatriske sjukepleiarar forstår og tek vare på dei åndelege behova til pasientane .</p> <p>Fokuset var personleg forståing blant sjukepleiarane og deira individuelle subjektive erfaring.</p>	<p>Kvalitativ studie, semi-strukturert intervju med ein deltakar om gongen. Data frå kvalitative studie vart tematisk analysert.</p> <p>Fagfelleverdert</p> <p>Studien vart etisk godkjend frå lokal Nasjonal etikk komité.</p>	<p>17 sjukepleiarar som jobba i psykisk helse deltok i studien.</p>	<p>Meir fokus på åndeleg omsorg i utdanninga til sjukepleiarar. Ønske om åndelege samtalar/ åndelege uttrykk sjukeleggjort. Sjukepleiarar redde for å bli latterleggjort dersom dei tok opp tema som omhandla R/S. Redd for å krenke eller overføre eigen tru til pasienten.</p> <p>Spiritualitet meir enn religiøs tilknytning.</p> <p>Åndeleg empatisk tilnærming meir nyttig.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Vedlegg 5: Litteratormatrise av artikkel 4:

<b>Artikkel 4</b>	Hensikt	Metode og datasamling.  Redegjort for etiske vurderingar	Utval	Resultat
<p>Medås, K. M., Blystad, A. &amp; Giske, T.</p> <p><i>Åndelighet i psykisk helseomsorg: Et sammensatt og vanskelig tema.</i></p> <p>Klinisk Sygepleje</p> <p>2017</p> <p>Norge</p>	<p>Opne opp for ny innsikt ved å innhente kunnskap om korleis sjukepleiarar i psykisk helseomsorg forstår åndelegheit og korleis sjukepleiarane erfarer varetaking av åndeleg omsorg i sin yrkes utøving</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>Fagfellevurdert</p> <p>Studien er godkjent av Norsk samfunns vitskapeleg datateneste og det vart vektlagt frivillig deltaking.</p>	<p>Seks kvinner og ein mannleg informant mellom 30 og 60 år vart rekrutterte. Fleire av informantane hadde vidareutdanning innan psykisk helsearbeid.</p>	<p>Dei fleste informantane oppfatta åndeleg omsorg som ein vanskeleg og uvant tematikk å snakka om. Fleire av informantane opplevde da som overraskande krevjande å setje ord på sine tankar og erfaringar kring åndelege tema.</p>

## Vedlegg 6: Litteraturmatrikse av artikkel 5:

Artikkel 5	Hensikt	Metode og datasamling.  Vurderinger	Utval	Resultat
<p>Cone, P. &amp; Giske, T.</p> <p><i>Mental Health Staff Perspectives on Spiritual Care Competencie s in Norway: A pilot study</i></p> <p>Frontiers in Psychology, 2022</p> <p>Norge</p>	<p>Evaluere bruken av kartleggingsverktøy iblant psykisk helsepersonell.</p> <p>Beskriva synet på spiritualitet og åndeleg omsorg til helsepersonell i helseinstitusjon og identifisera deira kunnskap, ferdigheiter og haldningar knyta til spiritualitet og åndeleg omsorg.</p>	<p>Mixed method</p> <p>Fagfellevurdering</p> <p>Godkjent av Norsk datateneste</p>	<p>Det er en pilot studie, med 24 deltakarar.</p> <p>psykisk helsesjukehus på vestlandet.</p> <p>Fem avdelingar vart invitert til å delta i studien.</p>	<p>Viser til eit behov for undervisningsmaterie ll for åndeleg omsorg</p> <p>Materie ll som kan nyttas i tilnærminga til personalet for å forbedra haldningar, ferdigheitar og auka kunnskap knytt til åndelegheit og åndeleg omsorg.</p>



## Vedlegg 7: Litteratormatrise av artikkel 6:

Artikkel 6	Hensikt	Metode og datasamling. Etiske overveielser	Utval	Resultat
Kao, L. E., Peteet, J. R. & Cook, C. C. H.  <i>Spirituality            and mental            health.</i>  Journal for the Study of Spirituality  2020	Oversikt øve historiske samanhengar mellom psykiskhelse og relegen / spiritualitet har blitt sett på samt  Nyare forskning på området	Narrativ litteraturgjennomgang  Fagfellevurdert  Etiske vurderingar  ikkje relevant, ettersom studien er ein oppsummering på alt eksisterande forskning og teori.	Det vert vist til tidlegare forskning og litteratur for å belysa studien.	Peikar på positive og negative faktorar ved åndelegheit og mental helse.  Historiske blikk på samanhengane.

## Vedlegg 8: Sjekkliste artikkel 1: Koslander et al. (2021)

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie, artikkel 1, Koslander et al. (2021).

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Koslander, T., Ronning, S., Magnusson, S. & Wiklund Gustin, L. (2021). A «near-life experience»: Lived experiences of spirituality from the perspective of people who have been subject to inpatient psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 512–520. <https://doi.org/10.1111/scs.12863>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Målet med studien er å beskrive levde opplevingar av åndeligheit frå mennesker som har vert underlagt psykiatrisk behandling (pasientperspektiv) og å tolke disse erfaringane.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Studiens mål er å tolke pasientar si oppleving av åndeligheit når dei har vore underlagt psykiatrisk behandling.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Dei har valt å nytta fenomenologisk hermeneutisk tilnærming så prøvde forskarane å dempe deira eiga forståing av begrepet åndeligheit så dei kunne møte pasientane så ope som mogleg.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Når man nyttar for eksempel strategiske utvalg er måle å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?

- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Antall deltakere er 11, her viser dei til at det er innanfor anbefalingane til Brinkmann og Kvaales på 15-10. Deltakarane hadde ulike typer psykiske lidingar.

Ideen vart introdusert til leiarar av to organisasjonar innan for psykisk helse, kor disse formidla informasjonen vidare i sine organisasjonar. Det vart gitt informasjon om formålet med studien, at det vart gjort lydopptak av intervju, om konfidensialitet og at det var mogleg å trekke seg frå å delta. Informasjonen ble gitt både munnleg og skrifteleg.

Fem kvinner og seks menn meldte seg, alderen varierte frå 18-65 år, og alle hadde hatt ein eller fleire periodar med psykisk sjukdom der dei hadde vert i behandling.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?

- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Deltakarane vart intervjuja av den eine forfattaren, kor intervjuja vart transkriberte ordrett og analysert ved hjelp av ein fenomenologisk hermeneutisk tilnærming.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Strukturert analyse vart nytta og resulterte i tre temar som vert oppsumert i tabell.

Dei nytta tematisk analyse av strukturar i teksten, vidare forklarar forfattarane korleis dei delte tekstane i tema og under tema.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?

- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien?

Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.

- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Det ble gitt informasjon til deltakerene muntlig og skriftelig. Studien ble først igangsatt etter at den var godkjent av et regionalt etisk styre. Det var frivillig å delta i studien og ein valte sjølv om ein ville melda seg.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Det art nytta fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Dei ulike trinnaog funna i annalysen vert presentert. Det vert presentert fleire sitatar frå pasientane som igjen vart underbygd med teori og forståing.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja –  Nei –  Uklart

Vedlegg 9: Sjekkliste artikkel 2: Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al. (2020)

### SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene? Hva  
forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research

Kritisk vurdering av :

INNLEDENDE SPØRSMÅL



<p>1. Er problemstillingen i studien klart formulert?</p>	<p>Ja Nei X</p> <p>Uklart o o</p>
<p>2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?</p>	<p>Ja Nei X</p> <p>Uklart o o</p>

Forfatterane av studien ville sjå på ein kristen og ein sekulær psykisk helseklinikk, for å beskriva dei ulike religiøse/spirituelle omsorgsbehova samt i kva for ein grad desse behova vart dekkja.

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold?</li> <li>- Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?</li> </ul>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Ja</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Uklart</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Nei</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">o</td> <td style="text-align: center;">o</td> </tr> </table> <p>Dei som deltok i studia besto av pasientar som fekk behandling for sine psykiske lidningar både i ein kristen mental helseklinikk og i ein generell klinikk i same region i Nederland.</p> <p>I alderen frå 18-65, med alle typar diagnosar.</p> <p>Ekskludert: Dei med alvorleg mani, psykosar, forstyrrende problem eller kognitiv/ intellektuell svekkelse eller kommunikasjonsproblem (ikkje nederlandsk, eller ikkje engels talande) vart ekskludert</p>	Ja	Uklart		Nei			X	o	o
Ja	Uklart									
Nei										
X	o	o								

<p>4. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika</li> <li>- Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?</li> </ul>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 15%;">Ja</td> <td style="text-align: center; width: 15%;">Nei</td> <td style="text-align: center; width: 25%;">Uklart</td> <td style="width: 45%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">o</td> <td style="text-align: center;">o</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">o</td> </tr> </table> <p>Forfatterane av studia valte å gje eit lite beløp for kvart utfylte spørrekjema, dei begrunne dette med at dei ville unngå å kun rekrutera dei som hadde størst interesse av religion / spiritualitet (R/S). Forskarane understreka at ei interesse for R/S ikkje var naudsynt.</p> <p>Det vart gjennom ført fleire rekrutterings forsøk i begge klinikkane, det vart gjort etter gruppe terapi forskarane presenterte studien. Det var 6-12 deltakarar til stades ved kvar gruppe.</p>	Ja	Nei	Uklart		o	o	X	o
Ja	Nei	Uklart							
o	o	X	o						

<p>5. Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p>TIPS:</p> <p>Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Ja</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Uklart</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Nei</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">o</td> <td style="text-align: center;">o</td> </tr> </table>	Ja	Uklart		Nei			X	o	o
Ja	Uklart									
Nei										
X	o	o								
<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p>TIPS:</p> <p>I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på &gt;70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Ja</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Uklart</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Nei</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">o</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">o</td> </tr> </table> <p>Forskarane skriv at dei hadde ein varierende grad av svarprosent frå dei ulike gruppene, (44% i eine gruppa og 78 for den andre gruppa) om ein slår saman begge gruppene har ein svarprosent på 52% som er under ønsket. Forskarane problematiserer sjølv på at svarprosenten er såpass låg at det kan vere fare for at det berre er dei mest motiverte pasientane eller dei som har spesiell interesse i tematikken som gjer at dei har valt å delta. Utifrå denne seleksjonsbiasen kan det</p>	Ja	Uklart		Nei			o	X	o
Ja	Uklart									
Nei										
o	X	o								

SYKS390

09.12.22

Kandidatnr. 302 og 325

vere vanskeleg å generalisera funna til å  
gjelde alle pasientar.

<p>7. Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p>TIPS:</p> <p>Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier?</p> <p>Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</p>	<p>Ja</p> <p>Nei</p> <p>X</p> <p>Uklart</p> <p>o</p> <p>o</p> <p>Forskarane nytta ulike verktøy i innsamlinga av data til analysane.</p> <p>Depresjons skala (CES-D 8) er eit påliteleg og gyldig måleinstrument for depresjon i Belgia.</p> <p>Nokre av dei andre måleverktøya er ikkje godt etablert ennå, dei nytta eit nytt verktøy på R/S- pleiebehov og nytta ein Nederlandsk versjon av RCSS og DURELL for fyrte gong.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>8. Er datainnsamlingen standardisert?</p> <p>TIPS:</p> <p>Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer?</p> <p>Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn.(F.eks intervjumetoder og personer)</p> <p>Sikres ved</p> <p>opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc)</p> <p>Standardiserte og valide målemetoder ved tester</p>	<p>Ja</p> <p>Nei</p> <p>X</p> <p>Uklart</p> <p>o</p> <p>o</p> <p>Det vert nytta skjema som pasientane skal svara på. Ulike typer skjema med forklaringar på utfylling.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>9. Er dataanalysen standardisert?</p> <p>TIPS:</p> <p>Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige.</p> <p>Se på hvordan ”åpne spørsmål” er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</p>	<p>Ja</p> <p>Nei</p> <p>X</p>	<p>Uklart</p> <p>o                    o</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------------

## Vedlegg 10: Sjekkliste artikkel 3: Elliott et al. (2020)

### Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisen?

Sjekklisen består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».



Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten? Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

Kritisk vurdering av:

Elliott, R., Wattis, J., Chirema, K. & Brooks, J. (2020). Mental health nurses' understandings and experiences of providing care for the spiritual needs of service users: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(2), 162–171.  
<https://doi.org/10.1111/jpm.12560>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Forfatterane vil i studien finne ut av sjukepleiernes forståing av åndelege behov og deres egne erfaringar med å yte åndeleg omsorg til pasientane/ brukarane.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Kvalitativ metode som vert nytta i denne studia er hensiktsmessig for å få fram erfaringar og sjukepleiarens opplevingar av åndeleg omsorg.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Ved å nytte kvalitativ studie får ein fram deltakarane sine refleksjonar og erfaringar kring temaet, så dette var ein hensiktsmessig måte å svara på problemstillinga.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis

mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Deltakere i studien vart rekruttert frå eit mental health NHS foundation, i Nord England. Dei sendte ut ein mail med generell informasjon om studien samt invitasjon til studien.

Inkluderings kriteriar var spesifisert på at deltakarane måtte vere kvalifiserte sjukepleiara i psykisk helse som hadde kontakt med brukarar/ pasientar.

17 sjukepleiere deltok i studien.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?

- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Individuelle intervju, dataene vart analysert ved å nytta Template Analysis. Det kjem også fram kvifor dei har valt akkurat denne metoden

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Fokuset i arbeidet er på personleg forståing og subjektiv individuell oppleving. Forfatarane er opptatt av kva som er sant for deltakarane heller enn det som er den objektive sannheita.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Studien er etisk godkjent. (NHS Research ethics og NHS trust)

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?

- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Det kjem fram at dei har nytta intervju og til analysering nytta dei Template Analysis, for å tematisk vurdere dei kvalitative dataene. Det er ein fleksibel fremgangsmåte

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja –  Nei –  Uklart

Vedlegg 11: Sjekkliste artikkel 4: Medås et al. (2017)

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisen?

Sjekklisen består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisen

Sjekklisen er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

[www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten? Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

Kritisk vurdering av:

Medås, K. M., Blystad, A. & Giske, T. (u.å.). Åndelighet i psykisk helseomsorg: Et sammensatt og vanskelig tema. *Idunn*. <https://doi.org/10.188261/issn.1903-2285-2017-04-04>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Formålet med studien: å opne opp for ny innsikt ved å utvikle kunnskap om korleis sjukepleiare i psykisk helseomsorg forstår åndelighet og korleis sjukepleiarane erfarer varetakelsen av åndeleg omsorg i sin yrkes utøving (Medås et al., u.å., s. 275).

Forfatteriene skriv at det er meir behov for forskingsbasert kunnskap om kva sjukepleiarane i psykisk helse tenker rundt temaet åndelighet og åndeleg omsorg i den kliniske praksisen (Medås et al., u.å., s. 275).

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Det blir presentert resultat frå sjukepleiaren sine erfaringar med og refleksjonar om temaet åndelighet og åndeleg omsorg til pasientar med psykiske lidning (Medås et al., u.å., s. 274).

3. Er utforminga av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Medås et al. (u.å., s. 275) skriv at det vart valgt kvalitative intervjuforma for å kunne oppnå dybdeforståelse ved at sjukepleiaren er i meir aktiv tale og refleksjon rundt problemstillinga og på denne måten bidra til økt forståing for sjukepleiaren sine oppleving og økt kunnskap om kva dei tenkjer og kvifor dei handlar som dei gjer.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene



kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Avdelingsleiar ved den aktuelle posten godkjente deltakelsen, og utvalgsmetoden som vert nytta var såkalt «strategisk», der potensielle deltakarar vart valt ut frå bestemte kriteriar.

Informantane skulle ha sjukepleiefagleg arbeidserfaring frå psykisk helse arbeid på minimum 2 år, i 75- 100 % stilling (Medås et al., u.å., s. 275).

Seks kvinner og ein mannleg informant mellom 30 og 60 år vart rekruterte. Fire av informantane hadde vidareutdanning innan psykisk helsearbeid og fire hadde etter utdanning i psykoseforståelse og psykoeduktativt familiearbeid.

Rekrutteringa av informantane fant stad blant sjukepleiarar ved eit psykoseavsnitt i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten på vestkysten i Norge.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?

- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Ja det kjem tydeleg fram korleis dei har samla inn informasjon, det er valt dybdeintervju for å få fram informantanes erfaringskunnskap frå pasient arbeidet. Intervjua hadde form som eit «semistrukturert livsverdenintervju» som vert forklart som ein planlagt og fleksibel samtale (Medås et al., u.å., s. 275).

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres

- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Det kjem fram av studien at det tre forfattarane har arbeidet jevnleg med teksten og var aktivt deltakande i analyseprosessen. Videre skriv dei at studia sin truverdighet kan knyttast til ein kontinuerleg og kritisk refleksjon rundt metode og funn. Forfattarane har ulike erfaringar frå psykisk helse omsorg og ulike ståstader i forhold til religiøsitet og spiritualitet (Medås et al., u.å., s. 276).

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og det vart vektlagt frivillig deltaking (Medås et al., u.å., s. 276).

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Medås et al. (u.å., s. 276) skriv at dataanalysen starta allereie under det fyrste intervjuet og fortsette gjennom heile intervju fasen.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja –  Nei –  Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Funna vert først presentert som kva dei har sett i denne studien før dei i diskusjonsdelen nyttar anna forskning og litteratur for å belyse og underbygge funna frå denne studien (Medås et al., u.å., s. 280).

Dei fleste informantane oppfatta åndeleg omsorg som vanskeleg og uvant tematikk å snakka om, fleire av informantane opplevde da som overaskande krevande å settje ord på sine tanker og erfaringar kring åndelege temaer.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

## Kommentar:

Funna frå studien vert belyst med eksisterande kunnskap og forståing. Funna frå studien viser at problematikken vert forsterka ytterlegare av utilstrekkeleg fag kompetanse, manglande retningslinjer og openheit knytt til åndelighet og åndeleg omsorg (Medås et al., u.å., s. 283). Videre skriv Medås et al (u.å., s. 284) at studien utfordrar leiarar i klinisk praksis til p legge til rette for endå større openheit rundt åndelighet som tema samt å utvikle sjukepleie faglege retningslinjer for varetaking av åndeleg omsorg for pasientar med psykiske lidingar.

Forfattarane skriv også at studiens funn viser eit klart behov for meir forskning på åndelighet i psykisk helseomsorg for å få ny kunnskap om korleis pasientars åndelege behov kan møtast i praksis på ein god og konstruktiv måte (Medås et al., u.å., s. 284).

## Vedlegg 12: Sjekkliste artikkel 5: Cone & Giske (2022)

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie.

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten? Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

Kritisk vurdering av:

Cone, P. & Giske, T. (2022). Mental Health Staff Perspectives on Spiritual Care Competencies in Norway: A Pilot Study. *Frontiers in Psychology*, 12, 794165.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.794165>

#### Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

#### Kommentar:

Forfattarane ville finna ut av psykisk helsepersonell sine perspektiver på Åndeleg omsorgskompetanse i Noreg. Det er en pilot studie, med 24 deltakara.

Forfattarane gjennomførte en pilot studie med blandet metode ved bruk av kartleggingsverktøy for selvvurdering for å undersøke kompetansen for åndeleg omsorg for dei som jobbar i psykisk helsevern i Noreg.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

#### Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

#### Kommentar:



I denne studien nyttar dei mixed methods som vil seie at dei nytta ein kombinasjon av kvalitative og kvantitative data.

Forfattarane ville sjå nærmere på dei ansatte sin kompetanse innafor åndeleg omsorg, for å få fram personalets egne erfaringar og opplevingar med åndeleg omsorg i psykisk helsevern er kvalitativ metode hensiktsmessig.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Det vart nytta eit nyleg utvikla og testa EPICC spiritual Care Competency Self-Assessment Tool.

Verktøyet inkluderar 28 spørsmål kor deltakarane kan score sine kunnskapar, ferdigheiter og holdningar på ein fem punktsskala som tek for seg fire områder av åndeleg omsorg.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?

- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Det kjem tideleg fram at dette er ein liten pilot studie med berre 24 deltakarar med ulik fagleg bakgrunn. Pilot studien var gjennomført ved eit psykisk helsesjukehus på Vestlandet av to forskere.

Det var fem ulike avdelingar som vart invitert til å delta i studien, det kjem også fram at på grunn av Corona pandemien var ikke forskarane i stand til å rekruttere personleg.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Datinnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?

- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
  
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Det vart nytta eit nyleg utvikla og testa EPICC spiritual Care Competency Self-Assessment Tool. Verktøyet inneholder 28 spørsmål som deltakarene kan score sine kunnskaper og holdninger på en 5- punkts skala som tek for seg ulike områder av åndeleg omsorgskompetanse.

Student gjennomførte intervju angående omsorg med pasienter og seinere med ansatte ved to av avdelingene på sykehuset. Det ble levert ut undersøkelsen til sykehusleder som hjalp til med distribuere dei til fem av sykehus avdelingene. De utfylte skjemaene skulle legges i en konvolutt for å bli hentet av andre forfatter etter 5 uker. Det kjem fram at på grunn av Covid-19 restriksjoner hindret forfatterene frå å personleg kunne rekruttera og diskutera pilot studien med personalet sjølv.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
  
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Forfatterane presenterar både analyse og resultat under kvalitativ del og kvantitativ del. Kjem ikkje tydeleg fram om dei har vurdert sin eiga rolle i henhold til problemstilling.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Etisk godkjenning for studien vart diskutert med datatilsynet, men siden det ikke skal innhentes personlige identifiserbare opplysninger vart det ikkje nødvendig. Deltakarane ønska sjølv å delta i studien og at personalet leverte ferdig utfylt skjema til sin leder. Studiene som involverer menneskelige deltakarar vert gjennomgått og godkjent av Norske datatjenester.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir

identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Data fra undersøkelsen ble lagt inn i eit rekneark som deretter vart importert til kvalitativ programvare, og dei opne kommentarene vart oversett av den norske forfatteren for diskusjon og analyse. Vidare presenterar dei både dei kvalitative og dei kvanitative dataene og resultatata.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja –  Nei –  Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Funnene blir tydelig presentert, og sett opp mot problemstillingen ved å benytte seg av spørreskjemaet.

Studien avslørte eit behov for undervisningsmaterieil for åndeleg omsorg spesielt for dei som jobbar i psykisk helse og materieil som kan nyttas i tilnærminga til personalet for å forbedre haldningar, ferdigheitar og øke kunnskapen knytt til åndelegheit og åndeleg omsorg.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Dette er en liten pilotstudie som er ein del av eit stort 4-årig forskning. Spiritual Care Education and Practice. (SEP)-prosjektet.

### Vedlegg 13: Sjekkliste artikkel 6: Kao et al. (2020)

Sjekkliste for vurdering av ein oversiktsartikkel.

Hvordan brukes sjekklisen?

Sjekklisen består av tre deler:

- A: Kan du stole på resultatene?
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisen

Sjekklisen er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2017). CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Systematic Review. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 09.03.2017.

Sjekklisen er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisen? Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

Kritisk vurdering av:

Kao, L. E., Peteet, J. R. & Cook, C. C. H. (2020). Spirituality and mental health. *Journal for the Study of Spirituality*, 10(1), 42–54. <https://doi.org/10.1080/20440243.2020.1726048>

Del A: Kan du stole på resultatene?

1. Er formålet med oversikten klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Formålet bør være klart formulert med hensyn til:

- populasjonen (personene oversikten handler om)
- tiltaket som gis til intervensjonsgruppen
- sammenligningstiltaket som gis til kontrollgruppen
- utfallene (endepunktene/resultatene) som vurderes

Kommentar:

Det kjem tydeleg fram av introduksjonen av denne narrative gjennomgangen gir en oversikt over historiske samanhengar mellom psykiske helse og religiøsitet/spiritualitet (R/S), saman med ein oppsummering av nyare forskning, kliniske implikasjonar og moglegheiter for framtidige studiar (Kao et al., 2020, s. 42).

2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Relevante studier:

- svarer på samme spørsmål som oversikten
- har et egnet studiedesign for å besvare spørsmålet. Eksempler på spørsmålstyper og egnede studiedesign:

- o effekt – randomisert kontrollert studie



- o årsak – kohortstudie
- o diagnostikk – tverrsnittstudie med referansetest
- o prognose – kohortstudie
- o erfaringer – kvalitativ studie

· Er det samsvar mellom kriterier for inklusjon av studiene og formålet til oversikten?

Se etter:

- o populasjon
- o tiltak
- o sammenligning
- o utfall

Kommentar:

Dette er en narrative gjennomgang av tidlegare forskning på samanheng mellom psykisk helse og R/S. det blir presentert relevante tema som forfatarane presenterer i oppsummeringa.

Både historiske samanhengar og nyare forskning vert tatt med i studia.

3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Se etter:

- hvilke databaser og eventuelle søkemotorer forfatterne har søkt i, og hvordan de søkte i dem (søkestrategi)
- om de søkte etter ikke-publiserte studier (i for eksempel Trials.gov)
- om det var noen vesentlige begrensninger med hensyn til språk eller tid (hvis kun studier på engelsk er tatt med, kan det gi skjevhet (bias))

Kommentar:

Det blir ikke presentert noen metode del i denne gjennomgang, så er uklart hvordan søkene er gjennomført. Får opp på biblioteket sin side når eg søker på artikkelen at det er en fagfelleverdert tidsskrift.

4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Forfatterne må vurdere den metodiske kvaliteten på enkeltstudiene på en fornuftig måte med gode verktøy/sjekklistor. Systematiske skjevheter (bias) i hvordan studiene er utført kan påvirke resultatene i studiene, og dermed også resultatene og konklusjonene i oversikten.

- Er det oppgitt hvilke verktøy/sjekklistor som ble brukt i vurderingen?
- Er verktøyet/sjekklisten som ble brukt fornuftig?
- Ble vurderingen gjort av minst to personer uavhengig av hverandre?

Kommentar:

Det kommer ikke frem hvordan søke prosessen er gjort eller hvilke verktøy som er benyttet i vurdering av studier. Ser at det er anarkjente forfattarar som skriv artikkelen, dei har fleire artikklar kring same tematikken.

5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er det klart presisert hvilke sammenligninger som ble gjort?
- Kommer resultatene (effektestimater med konfidensintervaller) fra enkeltstudiene klart frem?

- Er enkeltstudiene like nok til å slås sammen? (Har forfatterne for eksempel beskrevet metoder for å teste heterogenitet?)
- Er analysemetodene som er brukt forklart? (For eksempel random eller fixed effect)
- Hvis det ikke er gjort en metaanalyse, er resultatene fra de inkluderte studiene narrativt oppsummert? Var det i så fall fornuftig og forsvarlig?

Kommentar:

Funnene blir ikke presentert som meta analyse.

Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?

Ja –  Nei –  Uklart

Ja, det er ein fagfellovurdert tidskrift. Forfatarane er anarkjente og har jobba kring temaet før, dei har også utgitt forskning tidlegare.

Del B: Hva forteller resultatene?

6. Hva er resultatene?

Tips: Vurder

- hvor godt du forstår hovedkonklusjonen i oversikten
- hvordan resultatene er fremstilt, se etter:
  - o gjennomsnittsforskjell (mean difference)
  - o standardisert gjennomsnittlig forskjell (standardised mean difference)
  - o numbers needed to treat (NNT)
  - o numbers needed to harm (NNH)

- o odds ratio (OR)
- o relativ risiko (RR)
- o relativ risikoreduksjon (RRR)
- o absolutt risikoreduksjon (ARR)

Kommentar:

Forskarane presenterar historiske funn samt nyare forskning kring temaet. Dei trekk fram behovet for meir forskning på R/S og mental helse og at det nødvendig med fremgang i den kliniske anvendelsen.

7. Hvor presise er resultatene?

Tips: Se på

- konfidensintervall (KI/CI)
- interkvartilbredde (interquartile range (IQR))

Kommentar:

Dette vert det ikkje gjort greie for i denne narrative litteraturgjennomgangen.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

8. Kan resultatene overføres til praksis?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Vurder om, og i hvilken grad

- populasjonen (personene) i studiene som inngår i oversikten er representative for de du møter i praksis
- din praksis skiller seg fra den som omtales i oversikten

Kommentar:

Dei konkluderar med at ein treng endå meir nyansert forsikng av høg kvalitet til å bidra med å informera om ytterlegare kliniske og samfunnsmessige intervensjoner for å gi ein endå betre pasientbehandling. Den økte interessa for overlappinga mellom religion/spiritualitet og mental helse har dei siste åra ført til vekst i forskning på området.

Økt interesse for overlappingen mellom R/S og mental helse de siste tiårene har ført til vekst innen både forskning og kliniske domener.

9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Vurder om, og i hvilken grad det finnes ytterligere informasjon som du ville hatt med i oversikten

Kommentar:

Kjem ikkje fram i denne narrative litteraturgjennomgangen.

10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips: Vurder om, og i hvilken grad

- nytten av tiltaket er verd kostnader og eventuelle bivirkninger
- det er praktiske eller organisatoriske ulemper for deg eller pasienten

Kommentar:

Etter som dette er en narrativ litteratur gjennomgang vert ikkje dette presentert.

