



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	329
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7695
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	25
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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



BACHELOROPPGAVE

Et essay om mindfulness og åndelig omsorg i sykepleien

An essay on mindfulness and spiritual care in nursing

Kandidatnummer 329

Bachelor i Sykepleie
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap
Fakultet for helse- og sosialvitenskap

12.05.2023

«Når du mister forbindelsen til din indre stillhet, mister du forbindelsen meg deg selv. Når du mister forbindelsen med deg selv, fortaper du deg i verden. Din innerste fornemmelse av deg selv, av hvem du er, er uadskillelig fra stillhet. Det er det JEG ER, som går dypere enn navn og form».

Eckhart Tolle, Stillhedens Stemme

(Oversatt fra dansk av skribenten)

Abstract

This essay deals with mindfulness as a way to perform spiritual care in nursing. Spiritual care is an important aspect of nursing, but many nurses do not know how to approach this issue. Mindfulness and nursing have one thing in common, the intention to relieve suffering. Inspired by my own experiences with using mindfulness in nursing, this essay will take you through a journey of reflections using literature, research, and a patient meeting. It deals with the opportunities for using mindfulness as a treatment for the patient, as a way of self-care for the nurse, as well as a way of being truly present with the patient in the actual moment of spiritual care. Also, there are reflections around the challenges related to research and how to implement mindfulness in a practical way within all the different areas of nursing.-The theoretical perspective is based on the nurse theorist Jean Watson, especially her carative process number one, that deals with the primary need for the nurse to be in alignment with oneself and take care one's own needs, in order to be present in the caring moment with the patient.

Innholdsfortegnelse

Abstract.....	3
Innholdsfortegnelse	4
Mindfulness – en mulig tilnærming til åndelig omsorg i sykepleien?	5
Hva er åndelig omsorg?	6
Hva er mindfulness?	7
Å forske på tilstedeværelse	8
Tre perspektiver på bruk av mindfulness	9
Mindfulness som en måte å forsone seg med livets lidelse	10
Mindfulness som egenomsorg for sykepleiere.....	13
Mindfulness og pasientmøtet: Omsorgsøyeblikket.....	18
Kjære sykepleier – kan vi bruke mindfulness i åndelig omsorg i sykepleien?.....	21
Referanseliste	24
Vedlegg 1: Metode.....	29

Mindfulness – en mulig tilnærming til åndelig omsorg i sykepleien?

Sykepleieryrket er nært forbundet med omsorg, og på regjeringens nettsider kan vi lese at omsorg ikke bare skal være fysisk, psykisk og sosial men også åndelig (Meld. St. 24 (2019-2020), s. 31). Ifølge Norsk Sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer skal vi som sykepleiere i tillegg understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten og ivareta helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Åndelig omsorg er relevant for alle områder av sykepleie, ikke bare den døende eller palliative pasienten, men også for den som sitter alene hjemme i egen stue og venter på at noen kommer for å lage mat. Utfordringene pasientene har kan være så forskjellige. Åndelig omsorg har betydning for hvordan pasienten klarer å møte helseutfordringene sine (Giske og Cone, 2015). Selv om det foreligger prosedyrer for å kartlegge og ivareta pasientens behov for åndelig omsorg (Hofstad, 2020), har jeg i løpet av studietiden fått vite at mange sykepleiere synes det er vanskelig å snakke om åndelige tema - blant annet fordi man ikke vet helt hva det åndelige er, eller føler at det er andre yrkesgruppers domene. Mangel på utdanning, hvilke ord man skal bruke og ikke minst å ha tid til det, er andre viktige grunner til at denne dimensjonen ikke blir inkludert i omsorgen som gis (Molzahn & Scheilds, 2008). Mindfulness er en urgammel åndelig praksis som søker å øke tilstedeværelsen og (selv)medfølelsen til den som praktiserer. I dette essayet vil jeg utforske på hvilken måte mindfulness kan være et verktøy for helhetlig og åndelig omsorg i sykepleien, altså om og hvordan praktisering av mindfulness kan brukes i utøvelsen av åndelig omsorg.

Jeg vil utforske dette temaet fordi jeg selv har over 20 års erfaring med å praktisere mindfulness, og har erfart det som en åpen dør til å yte åndelig omsorg. Jeg er oppriktig nysgjerrig på om andre sykepleiere har lyst å forsøke mindfulness i arbeidet, og om de vil ha den samme opplevelsen som jeg har, dersom de velger å forsøke å ta det i bruk. Ikke minst lurer jeg på om det i det hele tatt er mulig å gjennomføre systematisk bruk av mindfulness for sykepleiere i praksis, og i så fall på hvilken måte. Lysten til å skrive et essay om mindfulness brenner altså i personlige erfaringer over lang tid. I kunnskapsbasert praksis er erfaringsbasert kunnskap en viktig del av det samlede kunnskapsbildet, sammen med forskning og pasienterfaringer (Helsebiblioteket, 2021). Jeg har hatt stor glede av å utforske

temaet fra et sykepleiefaglig perspektiv der jeg kan reflektere over erfaringene mine ved hjelp av forskning og litteratur som belyser temaet. Essayet som genre passer godt å utforske denne tematikken, fordi det tar utgangspunkt i virkelige erfaringer (Bech-Karlsen, 2003, s. 20), og kan dermed bidra til å gjøre teksten mer levende. Jeg vil ta deg som leser med på en reise gjennom et pasientmøte jeg selv har hatt, i tillegg til et dykk ned i litteratur og forskning. Dette mens jeg utforsker spørsmålet fra tre ulike perspektiver som er dypt forbundet med hverandre: Mindfulness som tiltak for pasientens helse, som en del av sykepleiers egenomsorg og som tilstedeværelse i pasientmøtet.

For å sette essayet inn i et sykepleiefaglig perspektiv vil jeg se på den amerikanske sykepleieteoretikeren Jean Watsons omsorgsteori. Watson understreker behovet for sykepleiers egenomsorg som et grunnlag for tilstedeværelse med pasienten i omsorgsøyeblikket. For en dypere refleksjon over de enkeltmenneskene som møtes - pasient og sykepleier, samt fellestrekkene mellom sykepleiers funksjon og mindfulness, vil jeg sette dette i perspektiv ved hjelp av Giske og Cone sin forståelse av åndelig omsorg, Watsons omsorgsteori og livsvisdommen i mindfulness slik den presenteres av buddhistmunken Thich Nhat Hanh.

Hva er åndelig omsorg?

Sykepleien har flere ulike funksjoner, hvorav en er den lindrende funksjonen (Kristoffersen et al., 2019, s. 17). Denne handler om å redusere eller begrense omfanget av pasientens lidelse, også den åndelige lidelsen. Å finne måter å identifisere og lindre pasientens åndelige lidelse kan være utfordrende, særlig dersom man selv er ubekvem med det åndelige. Det er utfordrende å finne en entydig definisjon av åndelig omsorg egentlig er. Man kan spørre seg om det åndelige bare handler om å bekjenne seg til en religion, eller om det er et eksistensielt fenomen som griper inn i alle menneskers liv uavhengig om man er troende eller ikke. Ifølge Watson er det behov for en ny bevissthet i sykepleiefaget, med en økende forståelse av oss som tilhørende en del av et større, universelt felt av kjærlighet. Dette feltet er hellig, og når man utvikler sin omsorgsbevissthet vil man kunne trekke det hellige inn i øyeblikket og i møtet med pasienten (Watson, 2008, loc. 245). Som sykepleier kan man lett grue seg for å ta fatt i det fordi det føles høytsvevende og uangripelig, men Giske og Cone

opsummerer det på en svært jordnær måte: Å bry seg om hele personen, ha medfølende omsorg, å være til stede gjennom å lytte til hva som er viktig for pasienten. Mange ganger kan også praktisk tilrettelegning være en del av den åndelige omsorgen (Giske & Cone, 2019, s. 15).

Kanskje det er nettopp det å utvikle evnen til kjærlig tilstedeværelse som vil øke sykepleieres kompetanse i åndelig omsorg? Kan en slik evne utvikles gjennom praktisering av mindfulness?

Hva er mindfulness?

Mindfulness er en gammel praksis som har fått betydelig oppmerksomhet i det internasjonale helsefeltet de seneste tiårene, også i Norge. Opphavet finner man i buddhismen slik den originalt ble utformet av Siddharta Gautama (Buddha) som levde 5-400 f.kr (Woods & Rockman, 2021, s.6). I boken *You Are Here*, forklarer buddhistmunkene Thich Nhat Hanh essensen av buddhistisk livsvisdom: Alt som eksisterer, en selv, livet man lever, tingene man har og menneskene man omgås er forgjengelig. Samtidig eksisterer man som en del av en større helhet, der alt er ett i nåtid, fortid og fremtid. Når man kommer til å innse på et dypere plan at man er ett med alt, så er tanken på livets forgjengelighet for eksempel gjennom tap av eiendeler, helse eller nære venner eller familie ikke lenger en like stor kilde til smerte. Øvelsene og refleksjonene som gjøres i mindfulness hjelper en å nå denne innsikten, som en levd indre erfaring. Ved å praktisere mindfulness vil kropp og sinn bli forenet, hjertet kan blomstre og man kan gi sin sanne tilstedeværelse til andre (Hanh, 2009, s. 91-92 og 105 - 114).

Opprinnelig ble det undervist i mindfulness for å lette på den menneskelige lidelsen (Woods & Rockman), 2021, s.6), noe som er sammenfallende med et av sykepleiers funksjoner. En systematisk oversikt fra 2017 viser at Mindfulness Based Stress Reduction har en moderat stor, men signifikant effekt på mental helse, somatisk helse og livskvalitet (de Vibe et al., 2017). Mindfulness har også vist seg nyttig som et middel til selvhjelp og tilstedeværelse i eget liv, men også i sammenheng med behandling av angst og depresjon

(Folkehelseinstituttet, 2023). På kurs i mindfulness øver man på å være oppmerksom og til stede, ikke bekymret over fremtid eller grublende over fortid. Man bruker pusten som en forankring for oppmerksomheten, og flytter så oppmerksomheten til hele kroppen og alle sansene. Man tillater de følelsene eller fornemmelsene man har å være i dette rommet av selvmedfølende oppmerksomhet (Lein, 2023).

Hvordan blir mindfulness som konsept forstått i sykepleien? Lacie White beskriver i sin konseptanalyse mindfulness som en transformerende prosess der utøveren utvikler økende evne til å være til stede med aksept og oppmerksomhet. Mindfulness kan også bidra til økt fysisk, psykisk, psykososialt og åndelig velvære og kan oversette helhetlig omsorg fra teori til praksis. Det er et betydningsfullt konsept for sykepleierprofesjonen med praktiske applikasjoner for sykepleieres eget velvære, evne til å være terapeutisk og gi helhetlig sykepleie (White, 2013). Det er stadig mer forskning på denne opprinnelig buddhistiske praksisen (Folkehelseinstituttet, 2023). I april i år ble det arrangert en konferanse om åndelig omsorg i Bergen, der mindfulness var et av tilbudene deltakerne kunne få for å ivareta egenomsorg (Spiritual Care Education & Practice Development, u.å).

Å forske på tilstedeværelse

For å kunne søke systematisk etter forskning som kan støtte refleksjoner rundt problemstillingen min, har jeg utarbeidet PICO med MeSH-ord og søkehistorikk. I tillegg har jeg laget en litteratormatrise som beskriver forskningen jeg har funnet, med dens styrker og svakheter. Prosessen er beskrevet i sin helhet med tekst og tabeller i vedlegg 1. I dette avsnittet ønsker jeg for leserens forståelse å trekke frem at mindfulness som en spirituell tradisjon kom for alvor til vesten på 70-tallet med professor i medisin, Jon Kabat-Zinn. Han skapte i 1979 8-ukers kurset Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), som i dag er den mest kjente formen for mindfulness i vesten (Woods & Rockman, 2021, s.9).

Det er flere forhold som gjør at det å forske på mindfulness kan være komplisert. Til tross for den økende oppmerksomhet praksisen har fått innen helse, fremstår den fortsatt som ambisiøs og abstrakt (White, 2013). Det er stor variasjon mellom de ulike programmene som tilbys, alt fra Mindfulness Based Stress Reduction, Mindfulness Based Cognitive Therapy og

andre mindfulnessbaserte intervensjoner - alt fra mandalategning til yoga. Dette gjør det utfordrende å skape en arbeidsdefinisjon av hva det egentlig er man driver med og hvordan det virker. Religionsforskeren Siv Ellen Kraft påpeker også hvordan mindfulness på 70-tallet ble en del av den nyreligiøse (new-age) bevegelsen, en løst sammensatt arena der man tar det man ønsker fra ulike religiøse tradisjoner og setter det sammen etter eget forgodtbefinnende (Kraft, 2011, s.36). Dette gjør at noen kan se på konseptet som useriøst.

Samtidig er det å forske på og skrive akademisk og konseptuelt om noe som i sin natur er en unik indre opplevelse av sin egen tilstedeværelse i møte med seg selv og andre, et paradoks. Den dype livsvisdommen buddhismen formidler er en erkjennelse som kommer over tid, som et resultat av å virkelig ønske å forstå seg selv og livet, og å leve i harmoni med de hendelsene man opplever. Det er åpenbart at dette ikke kan læres i løpet av et 8-ukers kurs, som er det mest omfattende tilbudet innen mindfulness. Man behøver langvarig dedikasjon og praksis, mens forskningen i stor grad er fokusert på å gjøre mindfulness kvantifiserbart (White, 2013). Man måler stressnivå, jobbtilfredshet og utbrenthet i tillegg til tilstedeværelse og egenomsorg – for å nevne noe. Mens mindfulness handler om aksept av livet som det er, så er det bakenforliggende målet til den vestlige forskningen å kvantifisere nytteverdien av intervensjonene. Hvordan kan man gjøre mindfulness til noe konkret og nyttig, slik White påstår det kan være?

Tre perspektiver på bruk av mindfulness

Før jeg går inn på de tre ulike perspektivene for bruk av mindfulness i åndelig omsorg, vil jeg beskrive mitt eget møte med helsevesenet, før jeg ble sykepleierstudent. Det følte brutalt å begynne å jobbe som assistent i hjemmesykepleien, fordi jeg da kom fra å undervise yoga og mindfulness i mange år. Et arbeid det var mye glede og nytelse i. I motsetning til i hjemmetjenesten, var jeg min egen sjef og kunne i stor grad velge når jeg ville jobbe. Jeg hadde klienter som i overveidende grad var psykisk og fysisk friske, takknemlige for å få en kombinasjon av åndelig påfyll og fysisk trening når de kom på timene mine. Fordi det var så fredfullt og behagelig å være i en tilstand av mindfulness, ga det å ha en jobb som både tillot

og krevde av meg at jeg møtte klientene mine med tilstedeværelse en helt egen form for tilfredshet som jeg ikke har opplevd i noe annet yrke. Arbeidsdagene var preget av en fredelig flyt der jeg hadde så god plass til egenomsorg at jeg alltid kunne gi mitt beste til klientene mine. Kontrasten til hjemmesykepleien var stor, arbeidsdagene krevende fysisk og psykisk og preget av tidspress. Det var ikke mye tid til egenomsorg. Pasientgruppen var preget av lidelse. Selv om mange var svært takknemlige for den hjelpen de fikk, hadde mange så mye fysisk og psykisk smerte at de var direkte utakknemlige og uforskammede i sin opptreden ovenfor oss personale, som var preget av et konstant press på å komme oss videre med listen over gjøremål. Det er nok få steder det er så mye kaffedrikking og kakespising i pausene som i helsevesenet, og det er det sikkert en grunn til. Med kaffe og kaker forsøkte vi kanskje å kompensere for egenomsorgen vi sårt trengte? Alt dette forårsaket flere ganger situasjoner der pasientene med frustrasjon og sinne krevde sine behov til rett tid og på rett måte, mens personalet som følte de ikke strakk til ikke alltid klarte å være profesjonelle. De gikk inn i en følelsesmessig reaksjon på pasientenes måte å uttrykke seg på. Dermed klarte de heller ikke å møte pasientene med rolig nærvær. Kunne det vært annerledes?

I løpet av essayet skal du få være med og se at stress, manglende tilstedeværelse og en uprofesjonell væremåte ovenfor pasientene også gjaldt meg selv – men at jeg klarte å snu det ved bruk av mindfulness og et sterkt møte med en av pasientene. Jenny var en av de første pasientene jeg møtte da jeg begynte som assistent i hjemmesykepleien for over 13 år siden, og hun skal slå følge med oss gjennom dette essayet. Gjennom de mange møtene med henne skal hun få hjelpe meg å illustrere ikke bare pasientrollen, men også sykepleierrollen og møtet mellom de to. Jenny er naturligvis ikke hennes rette navn, og detaljer som kan avsløre hennes identitet er omformet eller utelatt.

Mindfulness som en måte å forsones seg med livets lidelse

Essensen av mindfulness er å frembringe vår egen tilstedeværelse på en slik måte at vi dypt kan berøre livet som er her, tilgjengelig for oss i hvert øyeblikk (Nhat Hanh, 2001, s.25).

Hjemme hos Jenny var det et lite rose malt skilt på kjøkkenet, der det stod noe sånt som: Kan du være takknemlig for lite, har du mye å være glad for. Hun var imidlertid vanskeligere å gjøre tilfreds enn man kunne tro. Hun og ektefellen hadde vært uadskillelige, inntil han på kort tid ble alvorlig rammet av demens. Mens han forsvant inn i glemselens mørke, ble Jenny like etter blind over natten. Hun hadde dermed en kronisk funksjonssvikt og var hjelpetrengende på livstid. I tillegg utviklet hun angst i kombinasjon med en tung depresjon som ingen klarte å hjelpe henne ut av. Det er mange forhold som kan medføre depresjon hos eldre, så som tap av nære, tap av funksjon, og eller isolasjon (Gonzales, 2020, s.223). Jenny opplevde alt dette, men ville ikke ha noen hjelp. Hun tok beroligende og sovemedisin og var døsig når jeg kom til morgenstell. Hun likte sterk kaffe til frokosten. Dagen hennes bestod av å sitte i sofaen med en TV hun ikke kunne se, avbrutt av hyppige røykepauser på altanen og hjemmesykepleiers besøk.

Ifølge Kirkevold er hjemmeboende pasienters integritet på prøve av mange grunner: Man er avhengig av et personale som er presset på ressurser, sykdommen kan hindre pleieren å se hvem pasienten egentlig er, hjemmet er åpent for andre og pasienten har kanskje ikke kraft til å motstå det som eventuelt blir gjort feil fra omsorgsgivernes side (Kirkevold et al., 2013, s. 214). I denne situasjonen opplevde nok Jenny stor grad av sårbarhet for hvordan vi som personale opptrådte. Hun var låst i sorgen over tapet av ektefellen og sitt eget syn. Hun kunne bare høre oss. Hun hadde pleid å gå lange turer og prate med mannen sin, lage god mat og ha det ryddig og fint. Nå kunne hun ikke lenger holde hjemmet sitt i orden, hun var avhengig av at vi gjorde det slik hun ville ha det.

Buddhistmunken Thich Nhat Hanh sier at vi må være her for oss selv og for de vi elsker, vi må være her med livet og alle dets under. Jeg er her for deg, sier han (Hanh, 2009, s. 25). Det var ikke lett for Jenny å være der for seg selv, for livet føles nok ikke som et under. I boken *The Mindful Way Through Depression* omtales depresjon som en sort hund som kommer om natten og rober deg for glede og får sinnet til å bli urolig og holde deg våken (Williams et al., 2007, s. 1). Jenny var urolig og tung til sinns, og det var ikke lett for meg å være der for henne heller. Hun var sint på meg og alle andre som kom for å hjelpe. Alt ble feil både for henne og de pårørende, som hadde skrevet utallige lapper om hva vi måtte og

ikke måtte gjøre mens vi var der. Jeg har ikke tall på hvor mange ganger jeg måtte lage ny kaffe fordi den ikke var sterk nok, og jeg ble stadig mer frustrert og oppgitt.

De pasientene som noen ganger kan gjøre oss omsorgsarbeidere dypt frustrerte, er, slik jeg opplever det, full av lidelse - enten den er psykisk og/eller fysisk. Den tomheten og lidelsen man kan anta at Jenny følte, var nok ikke den behagelige, aksepterende og kjærlige tomheten man opplever i mindfulness som Kabat-Zinn (2015) beskriver, den som kan romme alt. Hva kunne vi gjøre for henne? Til tross for stort engasjement i personalgruppen for å tilby Jenny hjelp for de psykiske plagene hennes, aviste hun tvert alle tilbud om terapeutiske samtaler og legemidler som kunne avhjelpe depresjonen. Det var kanskje bare beroligende og sovemedisin - pluss de mange sigarettene som ga henne lindring for den følelsesmessige lidelsen hun opplevde. Hva var egentlig hennes åndelige behov og hvordan kunne vi møte henne?

Kabat-Zinn, som med sin tilpasning av mindfulness til vestlig medisin fjernet det buddhistiske aspektet av mindfulness med den begrunnelse at det er en allmennmenneskelig egenskap som handler om å være til stede (Kabat-Zinn, 2015), synes jeg det er interessant å trekke inn en studie som inkluderer nettopp buddhistisk rådgiving. Dette fordi det handler om å finne en indre aksept av sin egen tilsynelatende umulige livssituasjon, ved hjelp av øvelser og refleksjoner i mindfulness. 2008 ble det utført en studie i Thailand, der formålet var å se på effekten av buddhistisk rådgiving på pasienter med angst. Resultatene viste at det var særlig innsikten i buddhistisk livsvisdom, det å akseptere smerten i livets usikkerhet, som gjorde at deltakerne i studien fikk sine angstnivåer redusert. Flere klarte å slutte med eller redusere dosene med angstdempende og søvnfremkallende legemidler (Rungreangkulkij & Wongtakee, 2008). Var Jennys åndelige behov å få hjelp til å akseptere de store endringene som hadde inntruffet i livet hennes? Kunne dette redusert inntaket av legemidler for henne?

Jeg opplever det som svært vanlig i møte med pasienter i krevende livssituasjoner, særlig de som bor alene hjemme, at de har stort behov for å snakke om «elendigheten». Jenny kunne for eksempel briste i gråt rett før jeg skulle gå, og selv om jeg da hadde brukt så lang tid på å gjøre alt om igjen for at det skulle bli perfekt, så følte jeg at jeg måtte være der. Da snakket hun dystert om alt som var galt, uten noe egentlig ønske om å ta imot hjelp. Jeg følte meg

brukt, og jeg tror ikke Jenny fikk det noe bedre heller. På Universitetet i Malaysia ble det i 2019 gjennomført to uavhengige studier på effekten av korte mindfulness-meditasjoner av fred (Yik et al., 2020) og kjærlighet (Lim et al., 2021). Målet var å se på om disse korte intervensjonene kunne ha effekt på lidelse og livskvalitet. På sykehuset i Malaysia fikk intervensjonsgruppene instruksjoner om å finne en komfortabel stilling, lukke øynene og slappe av i kroppen. De som skulle meditere på fred fikk regelmessige veiledede reiser gjennom kroppen med rolige instruksjoner om å være oppmerksomme på kroppen og pusten og føle fred i hele seg. De som skulle meditere på kjærlighet fikk på samme måte en veiledet instruksjon for å slappe av og puste naturlig mens de så ble bedt om å ønske seg selv vel og fylle sinnet med endeløs kjærlighet. De korte mindfulnessbaserte meditasjonene på fred og kjærlighet viste en statistisk signifikant forbedring av opplevelsen av lidelse i begge studiene. Kunne dette vært noe for Jenny i stedet for å snakke om alt som var galt uten at det frembragte noen lindring av lidelsen hennes? I kontrollgruppene i Malaysia fikk deltakerne snakke om seg selv, sykdommen, livet, familie og venner og ellers andre ting de ønsket å si, alt mens noen lyttet, uten at dette ga noen signifikant endring i deres oppfattelse av lidelse og livskvalitet (Lim et al., 2021 og Yik et al., 2020).

Jeg kan ikke la være å tenke på om hvordan jeg kunne hjulpet Jenny til å være kjærlig til stede med seg selv. Men ville hun, som en eldre norsk kvinne overhodet vært interessert i å meditere? Kunne jeg likevel ha sittet meg ned og snakket med henne om den store omveltningen i livet, om sorg og tap, om aksept av livets lidelse? Jeg hadde selv brukt mindfulness og denne typen refleksjoner til å komme gjennom egne tap av nære, men den gangen følte jeg meg usikker på om dette var «mitt bord» i møte med Jenny. Jeg skulle jo bare hjelpe henne med praktiske ting. I tillegg var hun så skeptisk og sint på meg store deler av tiden jeg var der, at jeg ønsket meg ut derfra fortest mulig.

Mindfulness som egenomsorg for sykepleiere

Sykepleiere blir ofte utslitte av å alltid yte omsorg og være til stede for andre, uten å få den kjærlige omsorgen de selv trenger (Watson, 2008, loc. 778).

I møtene med Jenny ble jeg gradvis mer frustrert og sint, og tok sinnet med meg videre til de andre pasientene på listen. Jeg ville hjelpe Jenny, men det ble feil uansett hva jeg gjorde. Jeg som hadde hatt sånn glede og tilfredshet av å praktisere mindfulness både for meg selv og andre sin del, ble absorbert inn i et mønster der jeg tok alt personlig og ble like sur og irritert som Jenny. Jeg ble sliten bare av å tenke på å gå på jobb.

Med Covid-19 pandemien friskt i minne, finner jeg frem Åse Renolens bok Forståelse Av Mennesker. Pandemien fikk virkelig løftet frem alle utfordringene helsevesenet står ovenfor i vår tid, med en enorm økning i arbeidsmengde både i somatikken og psykiatrien. Oppsigelser, bemanningsproblemer og dermed enda større belastning på de som står i jobb er daglig fremme i nyhetsbildet. Renolen skriver at alle har en grense for hvor mye stress man kan tåle, og at det kan være direkte helseskadelig dersom man overskrider denne terskelen (Renolen, 2019, s. 161). Sykepleierens opplevelse og håndtering av stress i arbeidssituasjonen blir også omtalt av Kristoffersen. Arbeidsbyrde og å gi pleie og omsorg til mennesker som opplever sorg, tap, er døende eller har sterke smerter kan være følelsesmessig krevende (Kristoffersen et al., 2019, s. 277 - 288). Forebygging av utbrenthet, enten den kommer av fysiske krav eller emosjonell byrde, er både arbeidsgivers og arbeidstakers ansvar. Arbeidstaker må sette realistiske mål, tenke positivt, lære å sette grenser og sørge for hvile og avkobling (Renolen, 2019, s. 163). Men det er ikke like lett å skille mellom jobb og privatliv, fordi man må bruke seg selv i møte med pasientene. Sykepleiere som i utgangspunktet er idealistiske og engasjerte kan gradvis utvikle en forakt for pasientene fordi oppgavene er for krevende (Kristoffersen et al., 2019, s. 278).

Hvordan kunne jeg, som til vanlig var hjelpsom og engasjert til stede, unngå å bli påvirket av situasjonen? Akkurat da jeg hadde tatt på meg ytterklærne og skoene nede i første etasje for å gå, pleide Jenny å rope etter meg. Du? Har du husket å trekke ut støpselet til kaffetrakteren? Jeg var sikker på at jeg hadde gjort det, men ble tvunget til å gå og sjekke igjen. Jeg lot den gjennomvåte kaffe posen være igjen til jeg kom senere, fordi det var vanskelig å fjerne den uten å søle. Jeg pleide ikke si noe om det for å unngå diskusjon. Hun var dessuten blind. Vel nede i gangen hørte jeg igjen: Har du fjernet kaffe posen? Det MÅ du gjøre! Hvis jeg ikke gjorde det, ringte hun til datteren som kom og gjorde det, for deretter å skrive en sint og irettesettende lapp til meg på kaffetrakteren. Jeg kjente at det kokte inni

meg bare jeg tenkte på Jenny. Jeg var lei av at kaffen aldri ble god nok. Hvordan ville hun egentlig ha den? En morgen laget jeg kruttsterk kaffe til henne og satte den sint på bordet. Sikker på at dette ble for sterkt og klar til å få enda en skyllebøtte slik at jeg måtte gå og lage ny kaffe, ventet jeg.

Jean Watsons Theory of Human Caring ble først publisert i 1979 (Watson, 2008, loc. 189). Den oppstod som en reaksjon på teknisk utførelse av sykepleieroppgaver uten tilstedeværelse og medfølelse. Hun spurte seg hva sykepleiens essens egentlig var hvis arbeidsoppgavene var tekniske og i prinsippet kunne utføres av hvem som helst. Hun har skapt en omsorgsmodell med ti såkalte *carative factors* som de essensielle faktorene ved omsorg i sykepleien. I denne sammenhengen vil jeg trekke frem carative factor 1, som står for et humanistisk altruistisk sett av verdier. Denne har blitt videreutviklet til caritas prosess 1: Kultivering av kjærlig vennlighet og indre likevekt i møtet med seg selv og andre. Denne første prosessen er fundamentet for det Watson kaller *caritas bevissthet*, eller omsorgsbevissthet, som man gjerne kan oversette det med. I denne sammenhengen fremheves også at sykepleiere lærer så mye om å utføre selve den tekniske delen av arbeidet, uten å få lære å utvikle hvordan man *er* mens man gjør jobben (Watson, 2008, loc. 778). Hvordan man *er*, er sterkt påvirket av hvordan man *har det*. Dersom man har tid til egenomsorg, å ta vare på seg selv, har man lite i det berømte vannglasset i møte med utfordrende situasjoner og pasienter. Man kan i større grad evne å stå i situasjonen. Den profesjonelle rollen krever nemlig av oss som sykepleiere at vi oppfører oss nettopp profesjonelt - uavhengig av hva som foregår i ens eget liv og uavhengig av pasientens atferd. Vi skal opptre uten personlige reaksjoner som kan påvirke pasienten negativt. I krevende situasjoner over tid kan det være vanskelig å leve opp til dette kravet. Sykesengsmanerer er beskrivelsen av helsepersonell som distanserer seg følelsesmessig og skaper avstand mellom seg selv og pasienten fordi den likevekten og empatien som kreves i pasientmøtet er for vanskelig. Slike manerer kan ha negative konsekvenser både for pasient og sykepleier (Kristoffersen et al., 2019, s. 282). Også White (2013) påpeker at egenomsorg ikke er tatt inn i sykepleien som profesjon, selv om mange andre deler av helsevesenet har omfavnet dette konseptet. Heller ikke utdannelsen forbereder sykepleiere i nevneverdig grad på hvordan de skal ivareta seg selv i krevende situasjoner som vedvarer over år. Det blir stort sett bare sagt at man må huske å ivareta seg selv, uten noen retningslinjer eller veiledning for hvordan

(White, 2013). Giske og Cone trekker frem at en del av forberedelsene til å yte åndelig omsorg er nettopp selvivaretagelse, blant annet gjennom å kjenne seg selv og sin egen historie på et dypere plan (Giske & Cone, 2019, s. 43)

Hva er egentlig egenomsorg, og kan mindfulness være et verktøy for å ivareta seg selv? I omsorgsteorien til Watson er selvivaretagelse avgjørende for indre likevekt i møte med seg selv og andre (Watson, 2008, loc. 778). På denne måten utvikler sykepleieren sin bevissthet og blir en levende modell for egenomsorg, en egenskap pasienten også trenger for sin helbredelse. For å kunne tre inn i denne bevisstheten kreves det at man klarer å være til stede i øyeblikket, og er mer åpen og tilgjengelig for seg selv og pasientene. Når man som sykepleier er villig til å trå inn i og være selve det tilstedeværende omsorgsfeltet bringer man ro til situasjoner med kriser, sykdom, smerte og lidelse som sykepleiere ofte står i. I modellen hennes har Watson utviklet praktiske metoder for en sykepleier som ønsker å praktisere omsorgsbevissthet. Vi trenger verktøy og ferdigheter for å kunne holde et felt av tilstedeværende og kjærlig omsorgsfull bevissthet (Watson, 2008, loc. 816). Gjennom å praktisere dette vil man i en gitt situasjon kunne sentrere seg selv ved å ta i bruk verktøyene og dermed sette seg selv i en tilstedeværende tilstand som påvirker andre. I kapittel 4 beskriver Watson en rekke ulike øvelser for å utvikle omsorgsbevissthet, og hun foreslår blant annet å begynne dagen med stille takknemlighet, med en intensjon om å være åpen for å gi og ta imot gjennom dagen, fra øyeblikk til øyeblikk. Underveis i dagen bør man ta seg tid til stille øyeblikk for å nullstille seg. For eksempel før man går inn på et pasientrom. Når dagens gjøremål er over, er det viktig å dedikere seg til egenomsorg, rett og slett å ta vare på seg selv gjennom å gjøre det som betyr noe for en selv slik at man får hente seg inn. Mindfulness-meditasjon i form av oppmerksomhet på kropp, pust og bevegelse er et sentralt verktøy for å gjøre disse øvelsene (Watson, 2008, loc. 824 - 1008).

Som nevnt innledningsvis er åndelig omsorg ikke bare viktig for den døende pasienten, men også den som sitter og venter på hjelp til matlaging fra hjemmesykepleien. Sykepleiere møter utfordringer i alle deler av tjenesten, der det å stå trygt i møtet med pasientens åndelige behov blir satt på prøve. Er det noen sammenheng mellom hvordan man møter egne utfordringer i livet og hvordan man møter pasienten? I 2011 ble det utført en kvalitativ studie på sykepleiere i Canada. Intervensjonen bestod av gruppesamtaler knyttet til

meningen med egne liv og lidelseshistorier og aktiviteter som blant annet mindfulness. Sykepleierne som deltok, beskrev etter intervensjonen økt oppmerksomhet rundt åndelige og eksistensielle tema i egne liv fordi de ble oppmerksomme på at også deres egne liv var endelige og tidsavgrensede. De fant gjennom samtaler og refleksjon selv mening og formål med det livet de hadde og kunne også se mening og formål med sin egen livsreise og egen lidelse. På denne måten ble de i større grad i stand til å innta pasientperspektivet fra et dypt aksepterende og medfølende perspektiv. De beskrev en utviklet kapasitet til både å være til stede med seg selv og med sine egne opplevelser, i tillegg til økt evne til å være til stede med pasienten. Flere beskrev at de ville fortsette å bruke mindfulness i møtet med pasientene (Vachon et al., 2011).

I en amerikansk systematisk oversikt fra 2014 ønsket man å undersøke hva som er den mest effektive av de åndelige intervensjonene for helsepersonell. Mindfulness i ulike former viste seg å være den mest brukte og trolig mest effektive. Man så signifikante reduserte nivåer av stress og utbrenthet, sammen med en signifikant økning i tilstedeværelse og selv-medfølelse (Koren & Purohit, 2014). Forskningen dokumenterer i denne oppgaven at tilstedeværelse har betydning for pasientens opplevelse av møtet med helsepersonell, og dermed hvordan de føler seg hjulpet i møte med sine helseutfordringer. Spørsmålet er på hvilken måte denne tilstedeværelsen skal frembringes for sykepleieren. Hvilke intervensjoner er hensiktsmessige på de mange ulike arenaene sykepleiere jobber?

Som nevnt tidligere, omtaler Åse Renolen arbeidstakerens ansvar for å få tid til å hvile og hente seg inn. Også arbeidsgiver har et ansvar for å legge til rette for at arbeidstakerne skal få ivare tatt seg selv (Renolen, 2019, s. 163). Er det mulig for den enkelte avdeling å legge til rette for egenomsorg og tilstedeværelse gjennom bruk av mindfulness? Selv fikk jeg lov å gjennomføre en kort mindfulness-meditasjon på jobb før vi gikk i gang med arbeidsdagen. Dette var en uformell intervensjon som varte ca. 1 år, og jeg har bare de tilbakemeldingene jeg fikk å støtte meg på. Det som slo meg den gangen var at de fleste satte pris på å begynne dagen på denne måten, og fortalte at de følte de fikk et kjærkommet «åndelig påfyll» til seg selv og kunne bruke verktøyet gjennom dagen til seg selv og i møte med pasientene. De som tydelig ikke trivdes med det, var de som syntes intervensjonen forhindret dem fra å komme i gang med arbeidet slik at de ble ferdige før de skulle hjem. Jeg husker at jeg tenkte at dette

passer kanskje ikke for alle. Selv om alle har en livsvei, så er det ikke sikkert at mindfulness er en åpenbar følgesvenn på den veien. Så kan i det hele tatt tilsvarende korte intervensjoner egne seg for sykepleiere i hektiske arbeidsmiljø, eller vil en kort meditasjon medføre en forstyrrelse i dagens planer? Hvordan kan en arbeidsgiver legge til rette for en slik åndelig intervensjon? En on-the-job-intervensjon på barneintensiven i California viste at det er mulig. Sykepleierne var preget av høye stressnivåer og det var ønske om å finne metoder som kunne hjelpe dem å mestre dette stresset. En 5-minutters meditasjon før hvert skift i 30 dager var gjennomførbart og reduksjonen av stressnivåene var signifikante (Gauthier et al., 2014).

Mindfulness og pasientmøtet: Omsorgsøyeblikket

Åndelig omsorg: Å bry seg om personen gjennom medfølelse omsorg, å være til stede gjennom å lytte til hva som er viktig for pasienten og gjennom å legge praktiske forhold til rette (Giske og Cone, 2019, s. 15).

Husker du at jeg ble sint på Jenny og laget kruttsterk kaffe til henne? Det var ikke mye omsorgsbevissthet eller vennlig kjærlighet over det, men overraskende nok likte hun den sterke kaffen. Dette ble på mange måter et transformerende vendepunkt. Jeg tror det må ha vært den gleden hun ga uttrykk for da kaffen endelig var sterk nok, som nådde frem til meg og sa at en annen vei er mulig. Jeg måtte bare være mer til stede og finne ut hvor denne veien begynte og hvor den gikk.

Jeg begynte, før jeg låste meg inn til Jenny, å sentrere meg slik jeg hadde lært meg i mindfulness. Jeg rettet oppmerksomheten på kontakten mellom føttene og bakken, kjente bena, hoftene og hele kroppen. Tok noen dype åndedrag mens jeg lyttet til pusten. Slappet av i hele meg når jeg pustet ut. Sank ned i en behagelig, tilstedeværende tilstand der jeg ikke lenger tenkte på det jeg hadde gjort og det jeg skulle gjøre. Jeg var bare til stede her og nå, og i den tilstedeværelsen visste kroppen og sinnet mitt hva som var rett uten at jeg måtte tenke så mye. Jeg hadde funnet tilbake til mitt oppmerksomme nærvær. Hvordan ville dette påvirke Jenny?

Ved Universitetet i Bergen jobber professor Binder, som er spesialist i klinisk psykologi. I artikkelen «Til stede i glede og smerte – mindfulness og arbeid med emosjoner i psykoterapi», skriver han sammen med Hjeltnes at i psykoterapi kan oppmerksomt nærvær inngå på flere måter: Som en holdning eller forståelsesmåte, som en måte terapeuten arbeider med sitt eget nærvær på, som en måte klienten inviteres til å være til stede her og nå på, og til slutt praktiske øvelser klienten kan utføre hjemme (Binder & Hjeltnes, 2013). Dette kan vi se i sammenheng med hvordan Watson utdyper sin egen teori om menneskelig omsorg gjennom det hun kaller omsorgsøyeblikket, eller «the caring moment», der livsreisen til både pasient og sykepleier møtes, samtidig som sykepleieren oppfordres til å bruke seg selv fullt ut i møtet med pasienten. I omsorgsøyeblikket tillates ikke bare empiri, men også intuisjon og åndelige innsikter. På denne måten kan sykepleieren lese feltet til pasienten og fange opp alle nyanser av omsorgsbehov (Watson, 2008, loc. 304). Også White understreker i sin konseptanalyse betydningen mindfulness kan ha for det hun kaller terapeutisk sykepleie (White, 2014).

Vi har sett at tilstedeværelsen som etterlyses av Watson, kan kultiveres gjennom praktisering av mindfulness. Innledningsvis så vi på hva man gjør når man praktiserer mindfulness. Men hva er det egentlig som skjer? John Teasdale beskriver hvordan sinnet vårt er inndelt i ulike subsystemer for tenkning. For det meste engasjerer vi oss i subsystemet for konseptuell tenkning (Teasdale, 2022, s. 31). Denne måten å tenke på bruker bare en liten del av sinnets kapasitet, og er ikke i direkte kontakt med verden rundt gjennom sansene. Konseptuell tenkning brukes for å strukturere, katalogisere og planlegge. Konseptuell tenkning kan dermed eksistere uavhengig av øyeblikket, på den måten at man kan engasjere seg dypt i tanker om ting som ikke berører det som faktisk foregår i det øyeblikket du er i (Teasdale, 2022, s.31). Tendensen man kan ha til å tenke på det neste oppdraget når man er hos en pasient er lett å kjenne igjen som en noe forstyrrende bruk av det konseptuelle systemet – fordi det gjør en mindre til stede med pasienten man er med. Teasdale beskriver videre en annen av sinnets kapasiteter, det han kaller holistisk-intuitiv viten. Dette subsystemet har direkte forbindelse med sansene; huden, kroppen, øynene og ørene. Ved å aktivt ta i bruk sansene sine i et gitt øyeblikk, åpnes dørene til å ta imot inntrykkene av hva som skjer rundt en. I mindfulness-meditasjoner tar man sanseapparatet sitt i bruk for å sette seg i en tilstand av oppmerksomt nærvær. Teasdale setter dette i sammenheng med Kabat-

Zinns beskrivelse av mindfulness som dannelsen av en opplevelse fra øyeblikk til øyeblikk - styrt av det holistisk-intuitive subsystemet av viten (Teasdale, 2022, s. 110).

Da jeg tok valget om å bruke den fra tidligere ervervede kompetansen i oppmerksomt nærvær i jobben i helsevesenet tok jeg i bruk sansene mine slik at sinnets holistisk intuitive subsystem fikk virke. I tillegg trakk jeg veksler på erfaringer fra min egen livsreise, opplevelser av tap og sorg og hvordan jeg hadde bearbeidet dette gjennom bruk av mindfulness. Dette gjorde opplevelsen av omsorgsøyeblikkene til noe nærende og vakkert, der jeg hadde mye større grad av uanstrengt empati og tilstedeværelse. Samtidig brukte jeg også det konseptuelle subsystemet for å planlegge dagen, men ikke mens jeg var inne hos en pasient. Disse subsystemene er etter min erfaring ikke gjensidig utelukkende, men kan bidra til at man får brukt alle sine ressurser bedre. Jeg er her for deg, sa buddhistmunken Thich Nhat Hanh. Nå kunne jeg være der for Jenny på en helt annen måte.

I en amerikansk studie publisert i 2013, ble klinikers mindfulness observert, og klinikere med høy grad av egenrapportert mindfulness fikk de beste scorene av pasientene. Forfatterne av studien regner resultatene som de første bevisene på at effekten av klinikers nivå av mindfulness strekker seg fra den som praktiserer og videre til pasientene (Beach et al., 2013). Det antas at siden mindfulness er assosiert med økt oppmerksomhet, nysgjerrighet og tilstedeværelse, evne til å innta flere perspektiver samtidig, lavere reaktivitet og økt reaksjonsevne gjør at klinikere med høy grad av mindfulness er gode til å lytte til andres opplevelse. De er mindre troende til å distansere seg i vanskelige situasjoner og mer troende til å kunne vurdere et mangfold av forklaringer på komplekse situasjoner (Beach et al., 2013).

Ricci-Allegra publiserte i 2018 sin studie av sammenhengen mellom mindfulness, åndelig perspektiv og åndelig omsorg. Dette er det eneste studiet jeg har funnet som ser direkte på sammenhengen mellom sykepleieres mindfulness og nivået av åndelig omsorg. Det ble funnet en statistisk signifikant sammenheng mellom mindfulness og åndelig omsorg. Konklusjonen man kan trekke fra dette studiet er at økt tilstedeværelse øker evnen til å yte åndelig omsorg (Ricci-Allegra, 2018).

Da jeg aktivt tok i bruk oppmerksomt nærvær i møtet med Jenny, forandret også hun seg. Da jeg åpnet døren og ropte «hei» opp trappen, var jeg i en tilstand av mindfulness. I begynnelsen kunne jeg fortsatt høre henne sukke av oppgitthet, men dette brydde meg ikke lenger. Jeg holdt et felt av kjærlig tilstedeværelse rundt meg, og det hun sa av nedsettende og klagende ting prellet automatisk av på dette feltet. Dette avvæpnet Jenny uten at noe ble sagt mellom oss. Hun klaget mindre og mindre. Dersom det skjedde noen småting som hun normalt ville blitt sint på meg for, som at jeg hadde handlet inn feil middag, aksepterte hun nå forklaringen om at de ikke hadde dette merket. Mens jeg tidligere hadde blitt så negativt påvirket av hennes dystre og nedsettende kommentarer at jeg ikke klarte å forholde meg profesjonelt til henne, brukte jeg nå tilstedeværelsen til å få med meg detaljer og sanse meg inn på hva som var viktig for henne i dag. Jeg beveget meg rolig og passet på å ikke utføre oppgavene for hurtig. Jeg svarte med ro og tilstedeværelse på alle spørsmål. Jeg hadde ikke lenger noen travelhet i meg. Når jeg hadde forsikret meg om at alt var som det skulle være, alle oppgaver var løst, tok jeg meg tid til å spørre om det var noe mer jeg kunne gjøre for henne før jeg gikk. Da spurte hun gjerne om jeg kunne ta på henne smykket eller hjelpe henne med å finne noen småting. Jeg kunne gjøre alle disse ekstra oppgavene med glede, fordi jeg hadde gått inn i en tilstand av oppmerksomt nærvær, som næret meg hele tiden. Jeg følte en form for uanstrengt tidløshet mens jeg var der, og ble samtidig overrasket når jeg så på klokken at det ikke hadde gått særlig lang tid. Tenk jeg som før hadde stresset med å bli ferdig, og likevel hadde jeg brukt lenger tid. På denne måten fikk også Jenny det bedre. Min fredelige tilstand smittet gradvis over på henne, og hun begynte å fortelle om livet sitt på en annen måte. I istedenfor å sitte og nedtrykt og gråte uten å ville ha trøst, fikk jeg nå mange gode samtaler med henne om ting hun hadde opplevd. På denne måten fikk hun en jordnær form for åndelig omsorg, i form av et lyttende og kjærlig nærvær.

Kjære sykepleier – kan vi bruke mindfulness i åndelig omsorg i sykepleien?

Jeg er nesten ferdig med studiet og er snart autorisert sykepleier. I dette essayet har jeg utforsket om mindfulness kan være et verktøy for helhetlig og åndelig omsorg for oss sykepleiere. Det er over 13 år siden jeg som assistent møtte Jenny, og jeg hadde valgt mindfulness som en måte å reise i livet mange år før jeg begynte å jobbe i helsevesenet. Jeg

hadde brukt verktøyet for å jobbe meg gjennom egne opplevelser av tap og lidelse og hadde på den måten også en form for referanse til hva smerte vil si i møte med pasientene. Det tok meg likevel både tid og vilje å finne tilbake til mitt oppmerksomme nærvær i møtet med pasientene i helsevesenet, og det var min egen lidelse i situasjonen med Jenny som åpnet døren inn til det igjen. Da jeg fant denne døren, ville jeg ikke lukke den igjen. Likevel har jeg opplevd det som en stor utfordring å være fullt ut til stede og ikke-reaktiv i de mange utfordrende situasjonene jeg har opplevd, også i studietiden. Jeg vet at det vil komme mange flere utfordringer, særlig på dager der det er nye oppgaver og mye å gjøre. Utallige ganger har jeg også sett kollegaer forhaste seg, skynde seg, bli lei, sur og irritert på grunn av arbeidspress, indre uro eller andre ting. For så å bli oppgitt fordi man ikke fremstår på sin beste måte. Jeg vet at det ikke bare er meg. Kanskje du også kjenner deg igjen? Enten du jobber på intensiv, i bofelleskap eller i hjemmesykepleien, er tilstedeværelse med seg selv og andre noe man kan søke uavhengig av om man begynner på kurs i mindfulness. Som Kabat-Zinn sier, det hele koker jo ned til å være til stede. Og den dype livsvisdommen i buddhismen er kanskje ikke så langt fra sykepleiens lindrende funksjon?

Innledningsvis beskrev jeg utfordringene ved å forske på noe som er en unik indre erfaring, og jeg har lyst å fremheve den store kontrasten mellom mindfulness som en livsreise inspirert av buddhistisk livsvisdom, og mindfulness som en stressmestringsintervensjon i vår hyperaktive verden. Kontrasten mellom det å finne en dypere mening med livet og en måte å håndtere alle de opplevelsene man har på godt og vondt – og å skulle finne ut hvilken metode som egner seg best på kortest mulig tid, der utbrenthet, stress, angst, depresjon, livskvalitet og tilfredshet med arbeidet blir målt og veid opp mot hverandre og opp mot effekten av mindfulness. Jeg ser uten tvil viktigheten av å innføre tiltak i arbeidsliv og i psykisk og fysisk helsearbeid som faktisk virker, men jeg håper ikke de dypere dimensjonene ved mindfulness som en måte å leve på forsvinner på veien dit. Som Thich Nhat Hanh sa: Det å frembringe vår egen tilstedeværelse på en slik måte at vi dypt kan berøre livet som er her, tilgjengelig for oss i hvert øyeblikk – eller gå inn i det Watson kaller det kjærlige omsorgsfeltet. Kanskje vi som sykepleiere både kan gi oss selv bedre egenomsorg, yte bedre pasientomsorg og bidra til en bedre verden på denne måten?

Man finner sykepleiere på sykehus, skoler, psykiatriske institusjoner, i hjemmene til vanlige folk og på sykehjem. Mindfulness har vist seg å være et verktøy som kan brukes til å utøve åndelig omsorg, men det er uten tvil en utfordring å finne veier inn i alle disse områdene av sykepleien og skape intervensjoner som er tilpasset de enkelte arbeidsplassene. Til tross for undringen omkring hvordan mindfulness kan finne en vei inn i åndelig omsorg rent praktisk, så tenker på at jeg ennå ikke har møtt noen som har reagert negativt på vennlig tilstedeværelse. Er ikke den viktigste måten vi møter pasientene nettopp tilstedeværende, medfølende og oppmerksomme heller enn eller stresset, fraværende og glemsomme? Og det å møte noen med hele seg, er ikke det vesentlig for at pasienten skal føle at vedkommende får god åndelig omsorg, fordi man føler seg sett og møtt? Uavhengig av erfaring med mindfulness, valg av livsvei, intervensjoner, metoder og forskning, kan vi rett og slett velge å være til stede med pasientene våre?

En pasient som hadde vært innlagt på sykehus beskrev så treffende til meg: *Det betyr så mye hvordan sykepleierne er når de serverer mat eller utfører prosedyrene. Mens jeg lå der i sengen, så svak og prisgitt personalets arbeid, så jeg stor forskjell på måten de opptrådte. De kunne sette matbrettet på bordet, utføre prosedyrene og gjøre alt jeg spurte om, men samtidig merket jeg det at de bare gjorde jobben. De var liksom et annet sted og brydde seg egentlig ikke. Mens de som var til stede med hele seg og jeg kjente at de virkelig hadde medfølelse, det var de som gjorde at jeg kom meg gjennom det.*

Referanseliste

Beach, M. C., Roter, D., Korthuis, T. P., Epstein, R. M., Sharp, V., Ratanawongsa, N., Cohn, J., Eggly, S., Sankar, A., Moore, R. D., Saha, S. (2013). A multcenter study of physician mindfulness and health care quality. *Annals of family medicine*. 11(5), 421-428.

<https://www.annfammed.org/content/annalsfm/11/5/421.full.pdf>

Bech-Karlsen, J. (2003). *Gode fagtekster. Essayskriving for begynnere*. Universitetsforlaget.

Binder, P-E., Hjeltnes, A. (2013). Til stede i glede og smerte – mindfulness i arbeid med emosjoner i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 50(6), 814-821.

<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2013/08/tilstede-i-glede-og-smerte-mindfulness-og-arbeid-med-emosjoner-i-psykoterapi>

de Vibe, M., Bjørndal, A., Fattah, S., Dyrdal, G. M., Halland, E., Tanner-Smith, E. E. (2017). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social functioning in adults: A systematic review and meta-analysis. *Campbell Collaboration*. 11.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.4073/csr.2017.11>

Folkehelseinstituttet. (2017, 13. november). *Mindfulness – helsefremjande tiltak som verkar*.

<https://www.fhi.no/nyheter/2017/mindfulness---helsefremjande-tiltak-som-verkar/>

Gauthier, T., Meyer, M. L. M., Greife, D., Gold, J. I. (2014). An on-the-job mindfulness-based intervention for pediatric nurses: A pilot. *Journal of Pediatric Nursing*. 30, 402-409.

<HTTP://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2014.10.005>

Giske, T., Cone, P. H. (2019). *Å ta vare på heile mennesket. Handbok i åndeleg omsorg*. Samlaget.

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

<https://doi.org/10.1111/jocn.12907>

Gonzalez, M. T. (Red.). (2020). *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. Gyldendal.

Hanh, T. N. (2009). *You are Here. Discovering the magic of the present moment*. Engelsk utgave. Shambhala publications. https://www.amazon.co.uk/You-Are-Here-Discovering-Present-ebook/dp/B00I8USOG6/ref=sr_1_13?crid=D65QHX8CUMVS&keywords=you+are+here+kindle&qid=1679920869&s=digital-text&sprefix=you+are+here+kindle%2Cdigital-text%2C104&sr=1-13

Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklister>

Hofstad, E. (2020, 17. april). Ny prosedyre for å møte pasientenes åndelige og eksistensielle behov. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2020/04/ny-prosedyre-mote-pasientens-andelige-og-eksistensielle-behov>

Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*. 2015. 6(6): 1481 – 1483. <https://link-springer-com.galanga.hvl.no/content/pdf/10.1007/s12671-015-0456-x.pdf>

Kirkevold, M, Brodtkorb, K, Ranhoff, A. H. (2013). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal.

Koren, M. E., Purohit, S. (2014). Interventional studies to support the spiritual self-care of health care practitioners. An integrative review of the literature. *Holistic Nursing Practice*. 28(5), 291-300. <http://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000044>

Kraft, S. E. (2011). *Hva er nyreligiøsitet*. Universitetsforlaget.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A, Grimsbø, G. H. (2019). *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. Grimsbø. G. H. (2019). *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg.). Gyldendal.

Kuven, B. M. & Bjorvatn, L. (2015). Åndelig omsorg er en del av sykepleien. *Sykepleien*, 9, 56-58. [10.4220/Sykepleiens.2015.55165](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.55165)

Lein, M. (2019, 22.juli). *Det er mindfulness*. Norsk Helseinformatikk.

<https://nhi.no/psykisk-helse/psykisk-egenpleie/dette-er-mindfulness/?page=4>

Lim, M. A., Ang, B. T., Lam, C.L., Loh, E.C., Zainuddin, S. I., Capelle, D. P., Ng, C. G., Lim, P. K., Khor, P. Y., Lim, J. Y., Huang, S. Y., Low, G. Q. J., Gan, X. Y.m Tan, S. B. (2021). The effect of 5-minute mindfulness of love on suffering and spiritual well-being among palliative care patients: A randomized controlled study. *European Journal of Cancer Care*. 30(5), e13456.

<https://doi.org/10.1111/ecc.13456>

Meld. St. (2019-2020). *Lindrende behandling og omsorg. Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Helse og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/?ch=5>

Molzahn, A. E. & Sheilds, L. (2008). Why is it so hard to talk about spirituality? *Canadian Nurse*, januar. <https://doi.org/10.7939/R3ZS2KK59>

Norsk sykepleierforbund. (2023, 27. mars). *Yrkesetiske retningslinjer*.

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Renolen, Å. (2019). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. (2. utgave). Fagbokforlaget.

Ricci-Allegria, P. (2018). Spiritual perspective, mindfulness and spiritual care practice of hospice and palliative nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 20(2), 172-179.

<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000426>

Rungreangkulkij, S., Wongtakee, W. (2008). The psychological impact of buddhist counseling for patients suffering from symptoms of anxiety. *Archives of Psychiatric Nursing*. 22(3), 127-134. <https://10.1016/j.apnu.2007.07.004>

Spiritual Care Education & Practice Development. (u.å.). *Mindfulness*. Hentet 9.mai 2023. Fra <https://www.spiritualcare.no/conference/program/self-care-sessions/mindfulness>

Teasdale, J. (2022). *What happens in mindfulness. Inner awakening and embodied cognition*. The Guildford Press. https://www.amazon.co.uk/What-Happens-Mindfulness-Awakening-Cognition-ebook/dp/B09XC7GNV5/ref=sr_1_1?crid=3A37TU9NLASBO&keywords=teasdale+kindle+what+happens+in+mindfulness&qid=1679921364&s=digital-text&prefix=teasdale+kindle+what+happens+in+mindfulness%2Cdigital-text%2C85&sr=1-1

Tolle, E. (2003). *Stillhedens budskap*. Borgen Forlag.

Vachon, M., Fillion, L., Achille, M., Duval, S., Leung, D. (2011). An awakening experience: An interpretative phenomenological analysis of the effects of a meaning-centered intervention shared among palliative care nurses. *Qualitative research in Psychology*. 8, 66-80. <https://doi.org/10.1080/14780880903551564>

Watson, J. (2008). *Nursing. The philosophy and science of caring*. University press of Colorado. https://www.amazon.co.uk/Nursing-Philosophy-Science-Caring-Revised-ebook/dp/B01DTLX9YU/ref=sr_1_5?crid=1MZI6MSRIRK42&keywords=nursing+watson+kindle&qid=1679921207&s=digital-text&prefix=nursing+watson+kindle%2Cdigital-text%2C123&sr=1-5

White, L. (2013). Mindfulness in nursing: An evolutionary concept analysis. *John Wiley & Sons Ltd*, 13. Mai, 282 – 294. <https://doi.org/10.1111/jan.12182>

Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression*. Guildford.

Woods, S.L., Rockman, P. (2021). *Mindfulness-based stress reduction. Protocol, practice and teaching skills*. New Harbinger Publications.

Yik, L. L., Ling, L. M., Ai, L. M., Ting, A. B., Capele, D. B., Zainuddin, S. I., Beng, T. S., Chin, L. E., Loong, L. C. (2021). The effect of 5-minute mindfulness of peace on suffering and spiritual well-being among palliative care patients: A randomized controlled study. *American Journal of Hospice and Palliative Care*. 38(9), 1083-1090.

<https://doi.org/10.1177/1049909120965944>

Vedlegg 1: Metode

Jeg har valgt å fremstille metodedelen i et samlet vedlegg, der jeg tar for meg søkestrategi, PICO, søkehistorikk, utvalg av litteratur og til slutt et kritisk blikk på oppgaven.

Metode er en systematisk måte å samle inn informasjon og kunnskap for å kaste lys på en problemstilling (Thiedemann, 2015, s. 76). Problemstillingen som danner grunnlag for refleksjon i denne oppgaven lyder: «På hvilken måte kan mindfulness være et verktøy for helhetlig og åndelig omsorg i sykepleien?». I tillegg til relevant pensumlitteratur og annen faglitteratur, er systematiske søk etter vitenskapelige forskningsartikler en viktig kunnskapskilde som belyser problemstillingen i essayet. I dette vedlegget til oppgaven vil jeg gå gjennom fremgangsmåten jeg har brukt for å søke etter forskningsartikler, hvordan jeg har valgt dem ut og hvilke kvaliteter og svakheter de har.

Søkestrategi og søkehistorikk

Å ha en god søkestrategi er vesentlig for å effektivisere arbeidet med å søke systematisk etter forskning som kan belyse problemstillingen (Thiedemann, 2015, s. 87). For å gjøre problemstillingen presis og søkbar har jeg satt opp en PICO som vist i tabell 1 under. Dette er et verktøy som er vanlig å bruke for å operasjonalisere problemstillingen slik at den får en tydelig struktur, for slik å kunne brukes til å gjøre strukturerte litteratursøk i databaser (Thiedemann, 2015, s. 86). Et annet viktig verktøy i søkestrategien er MeSH-ord. Dette er en forkortelse for Medical Subject Headings, og er en liste over helsefaglige emneord (Thiedemann, 2015, s. 87). Jeg har brukt de ulike databasenes forslag til MeSH ord, som var identiske med de jeg fant i «MeSH på norsk». MeSH-ordene finnes også i tabell 1.

Det ble tidlig i fasen med prøvesøk tydelig for meg at det er et økende antall studier på mindfulness, og at de i overveiende grad enten handler om mindfulness som et tiltak for lindring av pasientenes psykiske eller fysiske plager, og i noen grad mindfulness som et tiltak for sykepleieres og sykepleierstudenters egenomsorg og stressreduksjon. Dersom jeg brukte for vide emneord som for eksempel «health care personell», eller ulike tekstord som indirekte kunne ha med mindfulness å gjøre, så fikk jeg så mange treff at det var ikke

håndterbart. Når jeg gjorde avgrensninger i disse søkene for å snevre treffene inn til å omhandle åndelig omsorg og sykepleie, stod jeg igjen med ingen relevante treff.

Emneordene (MeSH-ordene) som er listet opp i tabell 1 er de som gav flest relevante treff.

Tabell 1. PICO

Problemstilling formulert som et konkret spørsmål:				
På hvilken måte kan mindfulness benyttes som et verktøy for å utøve åndelig omsorg?				
	P Populasjon/ Problem	I Intervensjon / Tiltak Eksposisjon, Interesse	Ɛ Sammenligning (hvis aktuelt)	O Utfall
Norske begrep	Sykepleiere Helsepersonell	Mindfulness Oppmerksomt nærvær		Åndelig omsorg Eksistensiell omsorg
MeSH	Nursing Nurse Nurses Health personell	Mindfulness Mindfulness Based Stress Reduction MBSR Mindfulness Intervention Mindfulness Based Intervention		Spiritual care Existential care
Tekstord				

Søkehistorikk

Etter innledende prøvesøk og med veiledning fra biblioteket på HVL søkte jeg etter fagressurser i bibliotekets databaser (HVL, u.å.): Medline, (Ebsco og Ovid) Cinahl (Ebsco), Academic Search Elite (Ebsco), Amed (Ovid) og Psychinfo (Ovid) slik tabell 2 viser.

Tabell 2: Søkehistorikk

DATABASE	DATO	SØKEORD/KOMBINASJON	ANTALL TREFF	KOMMENTARER
EBSCO: Medline, CINAHL, Academic Search Elite	12/4 -23	Nurse or nurses or nursing AND Mindfulness AND Spiritual care	30 treff	
Ovid: Medline Amed Psychinfo	12/4 -23	Nurse* AND Mindfulness AND Spiritual care	6	Alle de samme som i EBSCO
Ebsco: Medline	12/4 -23	Mindfulness AND Conceptanalysis	18	

Utvelgelse av artikler

Utgangspunktet mitt var å finne enkeltstudier som så direkte på sammenhengen mellom mindfulness og åndelig omsorg i sykepleien, altså hvordan praktisering av mindfulness kan brukes i utøvelsen av åndelig omsorg. Dette perspektivet sammenfaller på mange måter med Watsons omsorgsøyeblikk. Det var imidlertid bare ett av de 30 treffene i de systematiske søkene som omhandlet dette perspektivet direkte. Jeg valgte derfor også å inkludere studier som omhandlet mindfulness som åndelig intervensjon for pasienter og mindfulness som åndelig intervensjon for sykepleiere. Fra et sykepleiefaglig perspektiv støttes valget om å ta inn både pasientperspektivet og sykepleierens perspektiv av sykepleieteoretikeren jeg bruker i oppgaven, Jean Watson, fordi både pasientens og sykepleierens unike personligheter, historie, aktuelle kontekst og evne til tilstedeværelse møtes i det hun kaller omsorgsøyeblikket. Slik det er referert til i selve oppgaven er den forskningen som er gjort, i stor grad gjort fra pasientperspektivet og i noe mindre grad sykepleier-perspektivet.

Inklusjonskriterier:

- Sykepleiere
- Åndelig omsorg
- Mindfulness
- Må være forskningsartikler

Eksklusjons kriterier:

- Artikler i fagblader som ikke er forskningsartikler

Av de 30 artiklene fra søkeprosessen, ble 13 valgt ut for nærmere gjennomsyn fordi de omhandlet mindfulness, sykepleie og åndelig omsorg. 7 av disse var forskningsartikler publisert i vitenskapelige tidsskrift. Etter gjennomlesning ble alle disse valgt ut som relevante til å belyse problemstillingen.

Som det kommer frem av litteratormatrisen, er det 9 studier inkludert i dette arbeidet. Som det kommer frem ovenfor, ble 7 av de 30 treffene valgt ut på bakgrunn av problemstilling, PICO og systematiske søk. Siden jeg også fant det hensiktsmessig å studere og reflektere rundt selve konseptet mindfulness i sykepleien gjorde jeg et strukturert søk i Medline (Ebsco) på MeSH-ordene mindfulness AND conceptanalysis. Her fant jeg en artikkel som var relevant for min problemstilling, Mindfulness in Nursing: An evolutionary Concept Analysis av Lacie White. Denne er med i litteratormatrisen og inkludert som en av forskningsartiklene.

Jeg valgte også å inkludere en forskningsartikkel fra referanselisten til en av de allerede utvalgte forskningsartiklene; A Multicenter Study Of Physician Mindfulness And Health Care Quality av Beach et al. Denne fanget min oppmerksomhet fordi den omhandlet hvordan tilstanden av mindfulness hos klinikere (inkludert sykepleiere) påvirker pasientomsorgen, og er dermed egnet til å belyse det omsorgsøyeblikket som jeg opprinnelig ønsket å se på.

Jeg har dermed med 9 studier i essayet mitt, som belyser hvorvidt mindfulness kan være et virkemiddel sykepleiere kan bruke for å yte åndelig omsorg. 7 av disse er enkeltstudier. De andre to er en konseptanalyse og en systematisk oversikt. Alle 9 artiklene er listet opp i tabell 3.

Tabell 3. Litteratormatrise

Forfatter Tittel År Land	Hensikt	Design Metode	Utvalg	Resultat	Kommentar
Beach, M. C., Roter, D., Korthuis, T. P., Epstein, R. M., Sharp, V., Ratanawongsa, N., Cohn, J., Eggly, S., Sankar, A., Moore, R. D., Saha, S. (2013). A multicenter study of physician mindfulness and health care quality. https://www.annfammed.org/content/annalsfm/11/5/421.full.pdf USA	Undersøker om klinikers selv-rapporterte nivå av mindfulness er assosiert med kvaliteten på pasient-omsorgen	Tverrsnittstudie. Observasjonsstudie. Man målte kvaliteten på kommunikasjon mellom kliniker og pasient gjennom lydopptak med Roter Interaction Analysis System (RIAS), kliniskenes egenrapporterte nivå av mindfulness målt med Mindfulness Awareness Attention Scale (MAAS) og pasientenes rating av kliniskene.	N = 45 kliniskere (Derav 8 sykepleiere) Som møtte 437 pasienter med HIV.	Pasient-visitasjoner med kliniskere som oppgav høyere nivå av egenrapportert mindfulness hadde mer fornøyde pasienter, større sannsynlighet for å være mer pasientsentret, med mer positiv emosjonell holdning overfor pasientene. De fikk også høyere rating av pasientene.	Hentet fra referanselisten til Ricci-Allegra. Deltakerne visste at de ble studert. Kan påvirke deres vilje til tilstedeværelse. Denne påvirkningen er avkreftet av andre studier som tar opp tematikken. Usikkert i hvilken grad MAAS fanger opp alle aspekter ved tilstanden mindfulness. Kliniskenes tidligere erfaring med mindfulness kan påvirke graden av mindfulness. I denne studien er det kun en deltaker som hadde en aktiv mindfulness praksis. Studien er ikke en mindfulness intervensjon. Man kan ikke uten videre konkludere med at trening i mindfulness automatisk vil medføre bedre kommunikasjon fra kliniskerens side, og økt pasienttilfredshet. Det kan være andre aspekter ved deres tilstedeværelse som gjorde at pasientene var mer tilfredse med kliniskene som har høy grad av egenrapportert mindfulness.
Gauthier, T., Meyer, M. L. M., Greife, D., Gold, J. I. (2014). An on-the-job mindfulness-based intervention for pediatric nurses: A pilot. <i>Journal of Pediatric Nursing</i> . HTTP://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2014.10.005 USA	Undersøke gjennomførbarhet og effekt av en 5 minutters mindfulness-meditasjon for sykepleiere på barneintensiven	Pilotprosjekt på barneintensiven. Pretest – posttest – en måneds oppfølging.	N= 45	En slik kort intervensjon er gjennomførbar. Signifikant reduksjon av stress som vedvarte over tid. Signifikant sammenheng mellom stress og mindfulness, og stress og selv-medfølelse. Ingen signifikant økning i mindfulness.	Behov for RCT studie. At mindfulness ikke økte signifikant mener forfatterne kan komme av at intervensjonen var så kortvarig og med så lite informasjon om hva mindfulness er at det kan ha gjort at man ikke fikk kommet så godt inn i praksisen.
Koren, M. E., Purohit, S. (2014).	Formålet er å få en systematisk	Systematisk oversikt Litteratursøk	N= 11 studier	Mindfulness var den vanligste åndelige intervensjonen, og trolig	Det er kun 11 studier i oversikten. I disse er det generelt lavt antall

<p>Interventional studies to support the spiritual self-care of health care practitioners. An integrative review of the literature.</p> <p>http://doi.org/10.1097/HNP.000000000000044</p> <p>USA</p>	<p>oversikt over forskning som tester spirituelle/åndelige intervensjoner for helsepersonell inkludert sykepleiere, for å kunne anbefale de mest effektive intervensjonene for å støtte åndelig/spirituell helse hos helsepersonell.</p>			<p>den mest effektive.</p>	<p>deltakere. Dette begrenser muligheten for generalisering.</p> <p>Kun en studie målte fysiologiske endringer i deltakernes stressnivå. Fysiologiske endringer kan anses som mer objektive.</p> <p>Deltakernes tidligere erfaring med spirituelle intervensjoner kan påvirke resultatene. Slik erfaring er kun oppgitt en av de inkluderte studiene.</p> <p>Svært stor variasjon i de ulike studiene som er inkludert med hensyn til design, intervensjon, utvalg og frafall. Dette er en utfordring med tanke på generalisering som er godt redegjort for i oppsummeringen.</p> <p>Det er kun 2 studier som bruker konseptuelle rammeverk. Dette gjør det vanskelig å organisere og rapportere data. Det kommer frem stor variasjon i de ulike studiene angående type åndelig intervensjon og varigheten av denne, eksklusjons-/inklusionskriterier fra studien og hva som blir målt. Lite informasjon om intervensjonen var bærekraftig over tid.</p>
<p>Lim, M. A., Ang, B. T., Lam, C.L., Loh, E.C., Zainuddin, S. I., Capelle, D. P., Ng, C. G., Lim, P. K., Khor, P. Y., Lim, J. Y., Huang, S. Y., Low, G. Q. J., Gan, X. Y. m Tan, S. B. (2021).</p> <p>The effect of 5-minute mindfulness of love on suffering and spiritual well-being among palliative care patients: A randomized controlled study.</p> <p>https://doi.org/10.1111/ecc.13456</p> <p>Malaysia</p>	<p>Undersøke effekten en kort mindfulness-praksis med kjærlighet har på lidelse hos palliative pasienter</p>	<p>Randomisert kontrollert studie med parallelle blindgrupper.</p>	<p>N = 30 pasienter</p>	<p>Statistisk signifikant forbedring av lidelse. Forbedring av åndelig kvalitet/velvære</p>	<p>En slik relativt kort intervensjon kan si noe om midlertidige endringer i mindfulness (state mindfulness), men siden det ikke er et langvarig studie med oppfølging utover den første intervensjonen, kan man ikke si om trait mindfulness (vedvarende endringer i personlighetstrakk som følge av langvarig praksis) påvirkes av en slik intervensjon.</p>
<p>Ricci-Allegria, P. (2018). Spiritual perspective, mindfulness and spiritual care practice of hospice and palliative nurses.</p> <p>https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000426</p> <p>USA</p>	<p>Undersøke forholdet mellom og blant åndelig perspektiv, mindfulness og åndelig omsorg, for å finne ut betydningen av mindfulness og åndelig perspektiv på åndelig omsorg</p>	<p>Design: Beskrivende tverrsnittstudie som ser på korrelasjoner mellom åndelig perspektiv, mindfulness og åndelig omsorg hos palliasjons-sykepleiere.</p> <p>Datainnsamling: Spørreundersøkelse med bruk av Spiritual Perspective Scale, Mindfulness Awareness Attention Scale og Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale</p>	<p>N = 104</p>	<p>Klinikeres mindfulness kan påvirke åndelig omsorg. Statistisk signifikant.</p> <p>Ingen korrelasjon mellom åndelig perspektiv og åndelig omsorg.</p>	<p>Deltakerne kan ha bias fordi de selv valgte å delta og fordi åndelig perspektiv blir ansett som en god kvalitet hos palliative sykepleiere.</p> <p>Selvrapporterte verdier kan være ukorrekte.</p>
<p>Rungreangkulkij, S., Wongtakee, W. (2008). The psychological</p>	<p>Undersøke effekten av buddhistisk rådgiving på</p>	<p>Pretest og posttest design.</p>	<p>N=21</p>	<p>16 av pasientene fikk lavere doser legemidler mot angst.</p> <p>2 pasienter avbrøt</p>	<p>Ikke RCT-studie</p> <p>Alle deltakerne var buddhister</p>

<p>impact of buddhist counseling for patients suffering from symptoms of anxiety.</p> <p>https://10.1016/j.apnu.2007.07.004</p> <p>Thailand</p>	<p>pasienter diagnostisert med angst ved hjelp av State Trait Anxiety Inventory</p>	<p>Kvantitativ metode men også med kvalitative komponenter i form av samtaler med rådgiveren som utdyper forståelsen av pasientenes opplevelse.</p>		<p>legemiddelbehandling og 3 pasienter seponerte legemiddelbehandling fullstendig som følge av bedring i tilstanden.</p> <p>De fleste oppga at det beste med behandlingen var de hadde fått en ny forståelse for livets usikkerhet, som de mente ville styrke dem i det lange løp.</p>	<p>Men rådgivingen kan være bra for ikke-buddhister også, så lenge det ikke er i konflikt med annen tro.</p> <p>De som hadde en eksisterende mindfulnesspraksis fikk bedre resultater enn de som ikke hadde det.</p>
<p>Vachon, M., Fillion, L., Achille, M., Duval, S., Leung, D. (2011).</p> <p>An awakening experience: An interpretative phenomenological analysis of the effects of a meaning-centered intervention shared among palliative care nurses.</p> <p>https://doi.org/10.1080/14780880903551564</p> <p>Canada</p>	<p>Undersøke den kvalitative effekten av palliasjonssykepleieres åndelige og eksistensielle opplevelse av en menings-sentrert intervensjon.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>En menings-sentrert intervensjon etter Viktor Frankls metode.</p> <p>Intervensjonen analysert ved hjelp av fortolkende fenomenologisk analyse.</p>	<p>N = 10 sykepleier</p>	<p>Intervensjonen medførte økt åndelig og eksistensiell bevissthet på fire måter: Bevissthet om livets endelighet, åpnet opp for nye meninger med lidelse, ny bevissthet om egne kilder til mening og formål i livet, ved å bli satt i en tilstand av mindfulness. Gruppen hadde en funksjon av at de som deltok følte seg ivaretatt og «holdt» av hverandre.</p>	<p>Dette er ikke en mindfulness intervensjon, men den ser blant annet på det samme eksistensielle temaet som mindfulness: Lidelse.</p> <p>Designet har heuristiske verdier. Man kan ikke trekke presise konklusjoner pga designet, men det er egnet til å øke forståelsen av sykepleieres egen åndelige oppvåkning gjennom forståelse av den buddhistiske livsvisdommen som førte til økt tilstedeværelse og dypere empati i pasientmøter.</p>
<p>White, L. (2013). Mindfulness in nursing: An evolutionary concept analysis.</p> <p>https://doi.org/10.1111/jan.12182</p> <p>Canada</p>	<p>En analyse av konseptet mindfulness innenfor sykepleie.</p>	<p>Rodgers evolutionary method of concept analysis.</p>	<p>N = 59 teoretiske og forsknings-baserte artikler</p>	<p>Mindfulness er et betydelig konsept for sykepleie som disiplin, med praktiske tilpasninger for sykepleieres velvære, terapeutiske kvaliteter og holistisk ivaretagelse av helse.</p>	<p>Understreker at konseptet er i sin spede begynnelse i sykepleiefaget, og at det er behov for mye mer forskning på området.</p>
<p>Yik, L. L., Ling, L. M., Ai, L. M., Ting, A. B., Capele, D. B., Zainuddin, S. I., Beng, T. S., Chin, L. E., Loong, L. C. (2021).</p> <p>The effect of 5-minute mindfulness of peace on suffering and spiritual well-being among palliative care patients: A randomized controlled study.</p> <p>https://doi.org/10.1177/1049909120965944</p> <p>Malaysia</p>	<p>Undersøke effekten av en kort mindfulness-praksis med fred på lidelse og åndelig velvære hos palliative pasienter</p>	<p>Randomisert kontrollert studie</p>	<p>N = 40 deltakere</p>	<p>Statistisk signifikant reduksjon av lidelse</p> <p>Økt åndelig velvære</p>	<p>Målinger ble gjort like etter intervensjonen, uten noen oppfølging som så på de langsiktige virkningene.</p> <p>Deltakerne hadde moderate lidelsesnivåer, og man kan ikke konkludere med at pasienter med høye nivå av lidelse vil ha samme egenrapporterte effekt.</p> <p>Intervensjonen kom inn på et sent tidspunkt i den palliative fasen, og man lurer på om en tidligere intervensjon (i sykdomsforløpet) ville vært mer ideelt.</p>

Valg av sykepleieteoretiker

Da jeg begynte arbeidet med dette essayet, jobbet jeg med utgangspunkt i Joyce Travelbees Mellommenneskelige Forhold i Sykepleie. Selv om jeg fant god resonans i hennes teori, særlig den delen som handler om å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2001, s. 44), så følte jeg at jeg ikke kom helt i mål med hennes teori i forhold til temaet mitt, det var noe som manglet. Langt ute i skriveprosessen fanget Jean Watson oppmerksomheten min etter gjennomlesning det teoretiske grunnlaget for flere av artiklene fra søkeprosessen. Da jeg undersøkte nærmere forstod jeg at dette var «min» sykepleieteoretiker. Fra å føle at jeg måtte ha med en teoretiker, møtte jeg nå en sykepleier som snakket om de tingene jeg selv ser som viktig for å beholde selve essensen av profesjonen, særlig i en tid der det er store utfordringer både med hensyn til bemanning og rekruttering.

Kildekritikk

Mindfulness er en tradisjon som går tusener av år tilbake i tid, og har nok kommet til Vesten for å bli. Jeg har valgt et smalt tema ved å se på mindfulness i åndelig omsorg, og forskningen på dette er i sin spede begynnelse. Fra et forskningsmessig perspektiv er 30 treff et lite utvalg, men dersom man skal finne ut noe om et tema som det ikke er forsket særlig mye på, må man begynne med det man har. Jeg har brukt helsebibliotekets sjekklister for de ulike studiene (Helsebiblioteket, 2016). Alle studiene jeg har brukt gjør tydelig rede for problemstilling og design som er brukt for å svare på denne. Gjennomgangen av sjekklister gjør at jeg stoler på resultatene, samtidig som det er svakheter ved studiene som også er redegjort for i de enkelte artiklene.

Det er en åpenbar svakhet ved alle artiklene at det ikke kommer frem om de er fagfellevurdert, selv om de er publisert i anerkjente fagtidsskrifter. Fagfellevurdering vil si vurdering av uavhengige og anonyme eksperter innen fagfeltet før artiklene blir publisert, noe som sikrer kvaliteten (Utdanningsforskning, 2016). Siden studiene tilfredsstillere kriteriene i sjekklister er jeg imidlertid av den oppfatning at jeg kan ikke stoppe opp fordi jeg ikke finner fagfellevurderte studier når det er behov for forskning på et tema. Man må heller sette seg inn i den forskningen som er gjort, finne styrker, svakheter og

sammenhenger. På den måten kan man få kunnskap og overblikk og dermed utforme et konsept som kan danne grunnlag for nye studier med høyere kvalitet. I det følgende vil jeg oppsummere det jeg har funnet ut som er viktig med hensyn til å utforme nye studier.

Det behov for mer forskning på dette emnet, både kvantitativ og kvalitativ, slik at studiene kan utfylle hverandre med tanke på dybden og livsvisdommen i mindfulness (kvalitative studier) og effekten målbare parametere som for eksempel egenrapporterte nivåer av tilstedeværelse, livskvalitet, stress angst og depresjon (kvantitative studier). Det er viktig å understreke at man i utformingen av hvilket konsept og hvilken teoretisk forståelse man jobber utfra bør ha en ryddig bruk av parametere. Som det kommer frem av Koren og Purohit sin oversikt er det et stort antall parametere som blir målt, og noen av disse måler ikke direkte det mindfulness skal ha en effekt på. Snarere måler man noen ganger det man ønsker at mindfulness også skal ha en effekt på, så som utbrenthet eller jobb-tilfredshet. Dette gjelder særlig for kvantitative studier. Etter min oppfatning er det vesentlig at man måler det mindfulness sies å skulle ha effekt på, uansett design. Man bør heller ikke gjøre studiene for komplekse med for mange sammenstillinger mellom parametere, særlig de som ser på mulige sekundæreffekter av mindfulness, så som utbrenthet og jobbtillfredshet (se ytterligere kommentar om Gauthier et al. sin studie nedenfor).

Det er bare to av studiene i mitt utvalg som har blindgrupper, og i alle studiene vet deltakerne at de blir studert. Noen av dem har selv valgt å delta. Det har ikke vært et skille i noen av studiene mellom deltakere med og uten tidligere erfaring med mindfulness, samtidig som man i fagfeltet er klar over at såkalt «trait mindfulness» (vedvarende endringer i tilstedeværelse) utvikles over tid, og at dette trolig kan påvirke «state mindfulness» (midlertidig endring i tilstedeværelse) og vice versa. Dersom noen av deltakerne har tidligere erfaring vil de kunne få lavere økning fra bunnlinjen på for eksempel Mindfulness Awareness Attention Scale enn de med mindre erfaring, noe som kan gi feilaktige resultater med tanke på effekten av mindfulness. Disse faktorene til sammen gjør at deltakerne i mindfulnessintervensjoner kan være partiske på ulike måter.

Det er behov for både kvantitative og kvalitative studier, og særlig studier som har blindgrupper, inkluderer ulike aldersgrupper av begge kjønn, samt studier der det

spesifiseres hvilken erfaring deltakerne har med mindfulness. Videre bør man ved inkludering av parameteren stress i intervensjonen, om mulig også måle fysiologiske endringer. Siden det å delta i en mindfulnessintervensjon er svært vanskelig å utføre uten at man vet at man gjør det, vil man måtte ta høyde for denne faktoren når man vurderer resultatene.

For å kunne forske på mindfulness, åndelig omsorg og sykepleie må man i tillegg ha en klart uttrykt konseptuell forståelse av både mindfulness og åndelig omsorg, og man må ha tanker om hvordan dette praktisk kan gjennomføres i de ulike grenene av sykepleien, som kan være ganske så forskjellige. Det beste for forskningen ville vært om det var generell enighet om den konseptuelle forståelsen av disse to faktorene, men det bør i alle fall komme tydelig frem i enkeltstudiene hvordan man forstår konseptene, hvilket teoretisk grunnlag man benytter, hva man vil måle og hvordan man målet det.

Svakheter, styrker og relevante kjennetegn ved de enkelte studiene utover dette er listet opp i tabell 3. Jeg vil trekke frem her at jeg valgte å inkludere enkeltstudiet *The Psychological Impact of Buddhist Counselling for Patients Suffering from Symptoms of Anxiety* av Rungreangkulkij & Wiwat Wongtakees selv om denne ikke var randomisert-kontrollert. Dette gjorde jeg fordi innholdet var velegnet til å kaste lys over hva mindfulness opprinnelig er og hvordan den buddhistiske livsvisdommen kan benyttes i helsevesenet gjennom praktisering av mindfulness. Dette uten at det trenger å være noe religiøst over det for dem som ikke føler seg tilknyttet noen tro, men likevel er opptatt av det eksistensielle. Som det kommer frem av refleksjonene i essayet er ikke det så stor avstand mellom mindfulness og åndelig omsorg som man skulle tro; begge griper fatt i noe essensielt ved det å leve – hvordan man forholder seg til livets uunngåelige lidelse. Av lignende grunner inkluderte jeg Gauthier et al. sitt pilotprosjekt på barneintensiven, som ikke er randomisert kontrollert, fordi det er interessant å se om det å iverksette en slik intervensjon i det hele tatt er mulig i praksis – noe studien viste at det var. Denne studien er imidlertid preget av å se på svært mange sammenhenger, noe som gjør det uoversiktlig og vanskelig å trekke noen konklusjoner, jamfør det jeg skrev ovenfor om behovet for å utforme presise studier.

Forskningsetikk

Jeg har i dette essayet benyttet meg egen personlig erfaring og et pasientmøte. I henhold til Høgskulen på Vestlandet sine regler for skriving av bacheloroppgave, pkt 5., Forskningsetikk, må studenten benytte seg av nasjonale og internasjonale prinsipper for forskningsetikk og har i utgangspunktet ikke anledning til å hente inn data fra pasienter, klienter eller pårørende (Høgskulen på Vestlandet, 2023). Siden en pasienthistorie er det bærende elementet i akademiske essay slik vi som studenter blir veiledet til å gjøre det, har jeg anonymisert pasienten ved å endre navn og flere ulike kjennetegn. På denne måten skal det ikke være mulig for noen som leser å skjønne akkurat hvem det er, og enhver likhet med virkelige personer er tilfeldig.

Referanser til metode

Folkehelseinstituttet. (2017, 13. november). *Mindfulness – helsefremjande tiltak som verkar*.
<https://www.fhi.no/nyheter/2017/mindfulness---helsefremjande-tiltak-som-verkar/>

Helsebibliteket. (2016, 30. juni). *Sjekklistor*. Helsebibliteket.
<https://www.helsebibliteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>

Høgskulen på Vestlandet. (u.å). *Søk etter fagressursar*. Hentet 12.04.23 fra
<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=Sjuepleie>

Høgskulen på Vestlandet. (u.å). *Rettleiar for bacheloroppgåva ved fakultetet for helse- og sosialvitskap*. Hentet 12.04.23 fra
<https://www.hvl.no/contentassets/638d8fbb3c13409fa5dd04e24c3be0c9/retteiar-for-bacheloroppgava-2022.pdf>

MeSH på norsk og engelsk <https://mesh.uia.no>

Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Gyldendal Akademisk.

Utdanningsforbundet. (2016, 15. april). *Hva er en fagfelleurdert artikkel*.

Utdanningsforskning. <https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/hva-er-fagfelleurdert-artikkel/>