

ETT SVÅRT ARBETE

Andlig omvårdnad som en del av sjuksköterskans ansvarsområde

FÖRFATTARE	Hanna Algsten Arvid Brunnegård
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Omvårdnad – Eget arbete VT 2009
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Ingegerd Lindquist
EXAMINATOR	Helle Wijk

FÖRORD

Vi vill tacka vår fantastiska handledare Ingegerd Lindquist som uppmuntrat oss och stöttat oss då arbetet ibland känns hopplöst. Vi vill också tacka Madde och Malin för ett mycket gott samarbete när det gäller fikapauser och då särskilt fredagsfikan. Slutligen ett stort tack till våra respektive, Anders och Sara, som stöttat och stått ut med oss under dessa veckor.

Titel (svensk):	Ett svårt arbete - Andlig omvårdnad som en del av sjuksköterskans ansvarsområde
Titel (engelsk):	A hard work – Spiritual care as a part of the nurses' responsibility
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå 1
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng/ Omvårdnad – eget arbete/OM2240/SPN11
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	20 sidor
Författare:	Hanna Algsten Arvid Brunnegård
Handledare:	Ingegerd Lindquist
Examinator:	Helle Wijk

SAMMANFATTNING

En holistisk människosyn omfattar även att den andliga dimensionen inom omvårdnad beaktas. I sjuksköterskans kompetensområde ingår således att utöva andlig omvårdnad. Med syftet att undersöka sjuksköterskans attityder till en andlig aspekt av omvårdnad, vilka hinder som finns för att utöva detta och vilka vårdhandlingar som kan tänkas ingå inom detta fält har en litteraturstudie genomförts. Litteraturstudien omfattade 13 vetenskapliga artiklar. Data analyserades genom att använda en metod inspirerad av Graneheim & Lundmans innehållsanalys. Resultatet presenterades uppdelat under tre områden: attityder, hinder samt vårdhandlingar. Under resultatanalysen framkom underkategorier: sjuksköterskans egen andlighet, känsla av otillräcklighet, hinder i organisationen, förhållningssätt, bedömning, stöd, samtal, relation, närstående, samordning samt praktiska åtgärder. Resultatet tyder på att sjuksköterskan är positivt inställd till andlig omvårdnad men upplever den svår att utföra. Hinder som nämndes var brister i sjuksköterskans utbildning, sjuksköterskans egen andlighet samt tidsbrist. Den vårdhandling som nämndes flest gånger var att hänvisa till präst, pastor eller annan andlig ledare. Sjuksköterskan utövade även andlig omvårdnad genom samtal och bön. För att stötta hjälpte sjuksköterskan patienten att finna mening, tröstade samt underlättade patientens andliga utövande. Det fanns delade meningar angående kompetensen att utöva andlig omvårdnad. Det framkom att utbildning har ett värde, men också att erfarenhet var det väsentliga. Troligtvis har båda betydelse. Då studier i ämnet företrädesvis gjorts i andra länder och att man i Sverige endast har påbörjat dessa, behövs mer forskning inom andlig omvårdnad göras i Sverige.

SÖKORD: Spiritual care, nursing, attitudes, spiritual

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
HISTORIK	1
Människosyn.....	1
Sjukvården i Sverige	2
ANDLIGHET I SVERIGE IDAG	2
ANDLIGA BEHOV ENLIGT TRE OMVÅRDADSTEORIER	2
Virginia Hendersons omvårdnadsteori	2
Jean Watsons omvårdnadsteori	3
Katie Erikssons omvårdnadsteori	3
BEGREPPET ANDLIGHET I EN VÅRDKONTEXT	4
SYFTE	5
METOD	5
LITTERATURSÖKNING	5
URVAL	6
DATAANALYS	6
RESULTAT	6
SJUKSKÖTERSANS ATTITYDER TILL ANDLIG OMVÅRDAD	6
Sjuksköterskans egen andlighet.....	7
HINDER	7
Känsla av otillräcklighet.....	7
Hinder i organisationen	8
VÅRDHANDLINGAR	9
Sjuksköterskans förhållningsätt till patienten	9
Bedömning	9
Samtal.....	9
Att skapa en relation.....	10
Stöd	10
Involvera närstående	11
Samordning.....	11
Praktiska åtgärder	11
DISKUSSION	12
METODDISKUSSION	12
RESULTATDISKUSSION	13
Patienters behov av andlig omvårdnad.....	14
Sjuksköterskan som andlig vårdare	15
Sjuksköterskans andliga livsrum.....	16
Att ge andlig omvårdnad i Sverige	17
KONKLUSION	17
REFERENSLISTA	18
BILAGOR	21
BILAGA 1 - SÖKÖVERSIKT	21
BILAGA 2 - ARTIKELPRESENTATION	22

INTRODUKTION

INLEDNING

Vårdvetenskapens människosyn är holistisk, sjuksköterskan ska se till hela människan och inte bara till en eller några delar. Enligt Eriksson (1) ska människan inte bara ses som en kropp utan som kropp, själ och ande. I sjuksköterskans arbetsuppgifter ingår att tillgodose patientens fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga behov (2) och i utbildningsplanen för Göteborgs universitets sjuksköterskeprogram finns det att läsa att studenten efter avslutad utbildning ska ha ”... utvecklat sin självkännet och förmåga till inlevelse och därigenom, med beaktande av ett etiskt förhållningssätt och en helhetsbild av människan, utvecklat sin förmåga till goda relationer med patienter och dess närstående” (3).

Hur väl fungerar detta i verkligheten? Tas de andliga aspekterna inom omvårdnad i beaktande? I den kliniska verksamheten har vi sett tydliga brister när det gäller den andliga dimensionen av omvårdnad, bland annat uttryckt som avsaknad av dokumentation om patientens andlighet i patientjournalen. Vi upplever att det finns en osäkerhet bland sjuksköterskor när det gäller att ta upp frågor kring patientens andlighet. Omvårdnad ska vara inriktad på hela människan, vilket även bör omfatta den andliga aspekten. Detta är väl förankrat i styrdokument (2, 3). Tycker sjuksköterskor att det är svårt att ta upp andliga frågor med patienten?

HISTORIK

Människosyn

Bilden av människan och dess relation till sin kropp har varierat genom historien. Något som påverkat synen på detta har varit religion och senare också vetenskap. Inom judendomen anses kroppen och själen vara en enhet medan kristendomen tredelar denna enhet till kropp, själ och ande, något som den västerländska traditionen håller fast vid än idag (4).

Under medeltiden, då stora delar av Europa var enat under den katolska kyrkan ansågs kroppen var oren och materiell medan anden och själen istället var gudomliga och rena. Inom kristendomen förknippas just kroppen, eller köttet, med synd och lust till skillnad från anden som är en del av Gud. På 1400-talet fick individualismen fäste i västvärlden och människokroppens anatomi och fysiologi började utforskas vetenskapligt. Detta nådde sin kulmen under 1600-talet då synen på människokroppen nästan kunde jämföras med synen på en maskin. Människan var inget mystiskt och gudomligt väsen utan man trodde att alla funktioner skulle kunna förklaras av vetenskapen i sinom tid. Till detta kom också de tankar som lever kvar ännu idag om att människan är en förnuftig, intellektuell och rationell varelse (4).

Teorierna om att människan skulle kunna liknas vid en maskin förkastades så småningom och mer vikt lades vid biologiska utvecklingsteorier. Humanismen fick fotfäste och bilden av människan ändrades (4). Det centrala i den humanistiska världsbilden är att den tar människan som utgångspunkt när det gäller hur man uppfattar och förstår världen. Människan är inte uppdelad i delar, hon är en helhet. Hon betraktas också som en individ som är unik. Människan kan inte enbart definieras i relation till sin fysiska kropp. Helheten består även av alla de relationer människan är en del av (5).

Sjukvården i Sverige

Ett nytt kulturmönster framträdde i och med kristnandet av Sverige. I Bibeln stod att människan skulle ta vara på sin nästa som en jämlike och broder. Varje medmänniska var ens nästa och omsorgen vidgades utanför släktens gränser. En tredjedel av kyrkans skatteintäkter skulle tillfalla de behövande och vården blev ett kollektivt ansvar. Kloster bildades och en av dess uppgifter var att ta hand om sjuka. Klostren hade speciella sjuksalar där patienterna fick vård av nunnorna. Deras huvuduppgift var att ge andlig styrka men samtidigt gav de kroppen god omvårdnad. Långt efter det att klostren upphört var nunnan förebild för den självuppoftande vårdarinnan (6).

Sverige blev protestantiskt på 1500-talet. Klosters egendomar drogs in och staten fick ansvaret för hospitalen. Kyrkan fortsatte dock ha ansvar för övrig sjuk- och fattigvård. På 1800-talet bildades en stark väckelserörelse i Sverige, och 1849 bildades den svenska diakonirörelsen med den europeiska diakonirörelsen som förebild. Diakonissan skulle helt ägna sig åt Herrens tjänst såsom skollärling, sjuksköterska och föreståndarinna för inrättningar där den kristliga barmhärtigheten behövdes. Diakonissorna utbildades för ett mångsidigt arbete och de gjorde en stor insats inom sjuk- och socialvård. Diakonissorna hade ett helhetstänkande, själen var viktig men det var också den sociala miljön och läkarnas kunskaper. 1923 blev diakonissanstalten en av staten godkänd sjuksköterskeskola. Den första sekulariserade sjuksköterskeutbildningen startades 1867 i Uppsala av Röda korset. Idag drivs samtliga utbildningar av universitet och högskolor (6).

ANDLIGHET I SVERIGE IDAG

World Values Survey (7) har gjort världstäckande undersökningar med bland annat frågor om mening i livet och tro på Gud. Den senast publicerade undersökningen är från 2006 och en av frågorna som ställdes var om de tillfrågade tänkte på meningen och syftet i livet. I den svenska delen av undersökningen svarade 31,2% av de tillfrågade att de gjorde det ofta, 38,5% ibland, 24,1% sällan och 6,2% att de aldrig tänkte på meningen och syftet i livet.

En sammanställning av undersökningar om ateism i världen placerade Sverige bland de fem länder med högst andel ateister, mellan 46-85% sa sig vara ateister (8). I World Values Surveys (7) undersökning år 2006 var det bara 17,2% av de tillfrågade som ansåg sig vara övertygade ateister. 33,4% sa sig vara religiösa och 49,3% ville inte kategorisera sig som religiösa personer.

När det gäller tron på Gud i Sverige är således svaren tvetydiga. I Nationalencyklopedin kan vi läsa att: *”Det mest dominerande draget vid sekelslutet är snabbt fortskridande sekularisering och en religiös individualism som kan ta sig de mest skilda uttryck”* (9). Sverige är också ett mångreligiöst land. Nationalencyklopedin (9) uppskattar antalet muslimer som idag bor i Sverige till mellan 85 000-400 000. Det beräknas samtidigt att ca 5000 hinduer, 15 000 buddhister och 20 000 judar bor i Sverige (9). Detta betyder att sjuksköterskan behöver ha kunskap om olika religioner samt vara lyhörd för patientens andliga behov.

ANDLIGA BEHOV ENLIGT TRE OMVÅRDNADSTEORIER

Virginia Hendersons omvårdnadsteori

Enligt Henderson (10) är en av faktorerna i omvårdnad att *”hjälpa patienten att utöva sin religion och leva i enlighet med sin uppfattning om rätt och orätt”* (10, sid 47). I patientvårdande verksamhet ingår att i varje situation respektera patientens andliga behov och att hjälpa patienten så att hon/han kan utöva sin religion. Om förrättandet av

en andakt är viktigt för en människa när hon är frisk, blir det kanske än mer viktigt då hon är sjuk. Det krävs en mängd åtgärder för att kunna göra det möjligt för patienten att utöva sin religion. Några av de mer självklara är att ta upp den andliga dimensionen i sjuksköterskans anamnes, att hjälpa patienten förflytta sig till ett andaktsrum eller ordna så en andlig ledare kan komma till patienten, se till att de får tala ostört och göra det möjligt för patienten att motta de sakrament som ingår i religionen. För de flesta sjuksköterskor bör detta inte innebära några problem om de känner till något om patientens trosuppfattning (10).

Henderson (10) påpekar också att sjuksköterskan, som verkar så nära patienten, bättre än andra kan komma underfund med vilken hjälp patienten behöver för att kunna tillfredställa sina andliga behov. Ju mer sjuksköterskan vet om olika trosuppfattningar, desto större tro hon har på religionens läkande kraft och ju toleranter hon är mot andra trosbekännelser, desto större tjänst kan hon göra den sjuke (10).

Jean Watsons omvårdnadsteori

Enligt Watson (11) är andlig och religiös medvetenhet ett av sjuksköterskans ansvarsområden. Att sjuksköterskan visar respekt för patientens andlighet kan vara tröstande för personen. Sjuksköterskor har möjlighet, och ett ansvar att bekanta sig med patientens andliga och religiösa influenser. Detta gäller t ex förståelse för grundläggande trosuppfattningar, dietlagar, idéer om hälsa och sjukdom, kropp och ande samt syn på döden. Trösten som sjuksköterskan erbjuder i den andliga sfären är relaterad till andlig uppskattning och respekt. Detta medför att sjuksköterskan kan bli en länk mellan patienten och hennes/hans andliga behov.

Att arbeta enligt en holistisk syn på människan innebär enligt Watson (11) att innefatta andlighet som en viktig del av en patients behov och problem. Watson påtalar även vikten av att ha en kaplan bland sjukhuspersonalen och att sjuksköterskan som tillägg kan ha en lista med andra andliga ledare som kan kontaktas vid behov. Vidare menar hon att ordna med en lämplig miljö för en andlig session är något som också kan vara sjuksköterskans ansvar. Sjuksköterskan kan t ex arrangera för avskildhet eller ordna ljus, blommor eller en personlig ickesteril miljö. Det kanske också går att ordna så att patienten får en stund utomhus. Miljöer som är lämpliga för situationen och personen bidrar till lättnad och tröst vid ångest hos patienten. Miljöbetingade åtgärder är väsentliga för sjuksköterskans arbete. Kunskap om ämnet är till stor hjälp i arbetet för att tillgodose patientens andliga behov (11).

Katie Erikssons omvårdnadsteori

Enligt Eriksson (1) ska sjuksköterskan möta människan, patienten, som kropp, själ och ande. Vården ska bygga på en helhetsbild av människan och tillgodose alla aspekter, även om det aktuella hälsohindret rör en viss del av patienten. Eriksson talar om ett andligt livsrum. I det andliga livsrummet har människan utrymme för etiska, estetiska och religiösa upplevelser. Alla människor behöver ett andligt livsrum. Detta är oberoende av hur förhållandet ser ut till människans Gud eller trosform. I livsrummet finns individens plats att finna sig själv, sina livsvärden och livets mening. Det är ett personligt rum, och därför viktigt att respektera varandras andliga livsrum genom att ge det utrymme i de mellanmänniska relationerna.

Alla människor har andliga behov, och dessa kan delas upp i estetiska, moraliska/etiska och religiösa. Varje individ har ett behov av ordning, harmoni och skönhet. Människan mår dåligt av brist på skönhet. Moraliska och etiska behov har sin grund i att människan också är en medmänniska. De religiösa behoven har sin grund i de stora djupa

livsfrågorna. Alla människor har ett behov av att ställa frågor om livets mening, livet efter detta, det onda och det goda och om människans ursprung. Människans behov av förståelse är centralt (1).

Eriksson (1) menar att den vanligaste orsaken till att människans helhetsvård inte tillgodoses är att personen som vårdar är dålig på att känna igen och bemöta de andliga behoven. Sjuksköterskan bör ha samma beredskap för att möta andliga behov som hon/han har för att möta de kroppsliga.

BEGREPPET ANDLIGHET I EN VÅRDKONTEXT

Andlighet är ett vitt begrepp som enligt Nationalencyklopedin ”...*avser mänskliga strävanden som inte tar sin utgångspunkt i det materiella, men som inte med nödvändighet är religiösa*” (9). Att andlighet inte är samma sak som religion är litteraturen överens om. Sekularisering i samhället har gett en minskning av den religiösa betydelsen av begreppet andlig och istället breddat begreppet (12). Patienter har i studier uttryckt att behovet av andlig vård finns (13, 14) och att andlighet: är en del av livet och stärker copingförmågan (13). Patienter känner dock inte alltid att de får andlig vård av sjuksköterskan. De upplever att det ibland inte finns tid och att sjuksköterskan är rädd eller obekvämd i rollen som andlig vårdare (13, 15). Frånvaron av lugna och privata miljöer är också ett hinder för patientens utövande av andlighet och samtal kring andlighet (14, 15).

Det framkommer också av litteraturen att inte alla patienter anser att det är sjuksköterskans roll att tillgodose andliga behov (13, 15). Cavendish et al (13), Ross (14) och van Leeuwen et al (15) studier pekar på att patienterna upplever att familjen istället är den viktigaste andliga vårdgivaren. Highfield (16) lät både patienter och sjuksköterskor ranka vilka de ansåg skulle ge andlig omvårdnad och resultatet blev att framför allt familj och närstående förväntades tillgodose andliga behov. Några patienter rankade också sin personliga präst eller pastor som den viktigaste personen när det gällde att tillgodose andliga behov. Den person som sjuksköterskorna ansåg tillgodoså andliga behov, efter närstående, var sjukhuspräst eller personlig pastor. Patienterna menade däremot att läkaren var viktigare i den rollen. Undersökningens resultat visade dock att både patienter och sjuksköterskor var eniga om att sjuksköterskan var den fjärde viktigaste andliga vårdgivaren. Highfield (16) menar att detta skulle kunna betyda att patienterna är mer öppna för att diskutera andliga behov med läkaren än med sjuksköterskan. Detta skulle i så fall kunna utvecklas och ge läkaren större möjlighet att utreda patienternas andliga behov.

Vad andliga behov är för patienter varierar kraftigt och visar hur komplext begreppet andlighet är. Andliga behov kan vara behov av religion, men måste inte vara det. Det kan vara behov av kontroll och deltagande, sällskap, att få uppleva naturen, att avsluta saker i livet eller att se positivt på tillvaron även när livet är svårt (17). Att få utöva sin tro i olika former kan tillgodose behoven (13). En patient i Cavendish et al (13) studie menar att andlighet är ett medfött behov hos människan och att andlighet är kopplat till mening i livet. I samma studie framkommer att relationer med andra, sig själv, universum, en högre makt och naturen kan vara andlighet, något som också Burkhardts (18) studie styrker. Ross (14) vidgar begreppet ytterligare och menar att aktiviteter som att: vara ute i grönsakslandet, laga mat, läsa, ordna hemma och vara med sina barn också kan ge mening i livet.

Strang et al (19) intervjuade patienter med hjärntumör angående begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet och där endast tre av de 20 intervjuade patienterna trodde på Gud, framkom det tydligt att majoriteten brottades med olika andliga och existentiella frågor. ”Varför jag?”, ”Vad är meningen, var är rättvisan?” visade sig vara vanliga frågor hos dessa patienter. Begriplighet nådde patienterna genom att söka orsaken till sjukdomen, så som exempelvis ärftlighet, hormonella rubbningar, skallskada, tinnitus, nedsatt immunförsvar, kemikalier, rökning och miljöbetingade orsaker. När det gäller hanterbarhet framkom olika former av copingstrategier. Till dessa hörde rationalisering, köpslående, kontroll, distansering, humor och förträngning. Arbete och hobby nämndes också som en form av distraktion. Majoriteten av de tillfrågade nämnde familj, nära vänner och sjukhuspersonal som stöd i hanterandet av sin sjukdom.

Meningsfullhet uppnåddes genom relationerna till familj och barn, musik, hobbys och arbete. Många förlorade dock sina arbeten i och med sitt tillstånd, men kom ändå fram till någon form av acceptering av detta. Acceptering kom genom en omprövning av livet. Andlighet stod i relation till mening, fast värdet av religiositet var oklar då endast tre patienter tillskrev sig någon tro på Gud. Trots detta hade patienterna någon form av erfarenhet med sig som hade hjälpt dem att skapa mening. Detta kunde vara en tro på en högre makt, ett liv efter döden, ödet, det goda i livet eller storheten i naturen (19).

Efter att ha tagit del av ovanstående forskning har tre frågeområden vuxit fram som är relaterade till arbetet med det andliga perspektivet inom omvårdnad:

- Vilka attityder har sjuksköterskan till andlig omvårdnad?
- Vilka hinder finns för utövandet?
- Hur utövar sjuksköterskan andlig omvårdnad?

SYFTE

Syftet med litteraturstudien är att undersöka: Vilka attityder som sjuksköterskan har till andlig omvårdnad, vilka hinder som finns för utövandet av andlig omvårdnad samt hur sjuksköterskan utövar andlig omvårdnad.

METOD

Denna uppsats är genomförd som en litteraturstudie. Metoden har varit deduktiv i den bemärkelsen att de tre frågorna i syftet har funnits i åtanke när artiklarna har lästs. Dessa tre frågor har sedan använts som huvudrubriker i resultatet. Till viss del har metoden även varit induktiv då artiklarna lästs med en öppenhet för vad studierna kommit fram till inom de tre huvudområdena. Nya strukturer har då vuxit fram i form av underrubriker till de tre huvudrubrikerna.

LITTERATURSÖKNING

Sökningar i databaserna Cinahl och Pubmed genomfördes 2009-03-19 respektive 2009-03-25 (se bilaga 1). Sökorden som användes i Cinahl var *spiritual care*, *spiritual*, *nursing* och *attitudes*. I Pubmed genomfördes sökningar med sökorden *spiritual care*, *spiritual* och *nursing*. Sökordet *nursing* användes för att få ett tydligt sjuksköterskeperspektiv och begreppet *spiritual care* är den engelska motsvarigheten till *andlig omvårdnad*. Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade och vara antingen forsknings- eller litteraturöversiktsartiklar. Sökningarna begränsades till åren 1994 – 2009.

URVAL

Titlarna på artiklarna lästes igenom och vid intresse eller tveksamhet lästes även abstract. Artiklar med tydlig palliativ inriktning sorterades bort. Detta berodde på uppfattningen att det inom detta område tas mycket hänsyn till andlighet. En mer heltäckande bild av vården eftersöktes och syftet var att undersöka om andliga frågor prioriteras även inom andra delar av vården. Artiklar i fulltext som fanns tillgängliga i elektronisk form fick företräde. En artikel beställdes fram i pappersform. Sökningarna i Cinahls databas resulterade i 12 artiklar som ingår i studien. Sökningarna i Pubmed kompletterade materialet med en artikel. Fem av de valda artiklarna har kvantitativ ansats, fem har kvalitativ ansats och tre har en ansats som är både kvantitativ och kvalitativ. Av sökningarnas träffar var majoriteten av artiklarna skrivna i USA. De artiklar som valdes ut kommer från sex olika länder: Sverige, Danmark, Storbritannien, Malta, USA och Kina. Detta för att den geografiska bredden skulle bli så stor som möjligt. För en utförligare presentation av artiklarna, se bilaga 2.

DATAANALYS

Analysen har inspirerats av Graneheim & Lundmans (20) artikel om kvalitativ innehållsanalys. Detta innebär att artiklarna lästs upprepade gånger och utifrån syftet har sedan meningsbärande enheter tagits ut. Dessa har kodats och till sist ordnats efter de tre frågorna i syftet. Under arbetet trädde ett visst antal underkategorier fram som efter diskussion användes som rubriker då det ansågs förenkla läsningen.

RESULTAT

Resultatet är uppdelat efter de tre frågorna i syftet:

- Sjuksköterskans attityder till andlig omvårdnad.
- Hinder för utövandet av andlig omvårdnad.
- Vårdhandlingar som sjuksköterskan genomför för att möta patientens andliga behov.

SJUKSKÖTERSKANS ATTITYDER TILL ANDLIG OMVÅRDNAD

Alla patienter har en andlig dimension men andliga behov måste inte vara länkat till religion (21-24). En sjuksköterska i Kociszewskis (24) studie uttrycker det så här: *"Spirituality is not only a religious factor, it is a component of everything— emotional, whole mind, body, and spirit ... all gathered into one"* (24, sid 404). Sjuksköterskornas svar i Baldacchinos studie (25) pekar dock på att andlighet ofta blandas ihop med religion. Sjuksköterskans medvetenhet om sin egen andlighet påverkar både attityder och utövandet av andlig omvårdnad (24). Förmågan att ge andlig omvårdnad är inte beroende av var andligheten kommer ifrån, samma budskap och känslighet kan förmedlas till patienten oavsett religion eller andlig hemvist (26).

Sjuksköterskan bör både i sitt arbete och utanför detta, reflektera över hur problem ska mötas i livet och då också ta med religiösa aspekter (25). Det är viktigt att stanna upp och fundera över vad händelsen kan ge för ny lärdom. Till hjälp kan sjuksköterskan ha äldre, mer erfarna, kollegor som mentorer (26) men också professionell hjälp efterfrågas för att komma i harmoni med sig själv (25). Ju äldre sjuksköterskan är, desto mer erfaren och bekväm blir hon/han i att ge andlig omvårdnad (25, 26).

Andlig omvårdnad bör vara en del av den holistiska vården som sjuksköterskan har ansvar för (25, 27, 28). I Christensen & Turners (29) studie framkommer dock åsikten att andlig omvårdnad tvärtom är något som bör vara en prästs eller en pastors ansvarsområde. Andlig vård är viktigt och spännande men komplext och svårt att ge. Det krävs mod att våga fråga patienter om deras andliga behov (25, 29) och det kan

uppfattas som ett känsligt område (29), något som är för personligt och privat för individen (29, 30). De andliga behoven ser olika ut för olika patienter (22, 24). En del patienter vill inte tala om sina andliga behov (23) eller vill själva välja vem de ska tala med (25). På frågan om det finns särskilda patientgrupper inom vården som har större behov av andlig omvårdnad än andra nämnde sjuksköterskorna i Strang et al. studie (22) bland annat äldre, svårt sjuka och döende, immigranter och de som aktivt utövar sin tro. För att kunna ge god andlig omvårdnad krävs att sjuksköterskan har mycket kunskap om patienten (29). I Kociszewskis (24) studie poängteras att sjuksköterskan måste känna patienten på ett djupare plan än det som framkommer genom rapportering eller dokumentation. Sjuksköterskan måste även lära känna familjen och de närstående eftersom även de innefattas i den andliga omvårdnaden.

Att ge andlig omvårdnad kräver hårt arbete (24, 29) men upplevs meningsfullt då sjuksköterskan blir en del av patientens sökande efter mening och får tillbaka något själv (26). Det är ett privilegium att få ge andlig omvårdnad (24, 26) och det kan också ge stolthet och glädje till sjuksköterskan (26). Att ge näring och tröst till anden är lika viktigt som att beakta det fysiska och emotionella välbefinnandet (31). Sjuksköterskan ska hjälpa patienten att använda hennes/hans andliga resurser för att hantera sin sjukdom (28). I Strang et al (22) studie ansåg 87% av de tillfrågade sjuksköterskorna att det är viktigt att se till patientens andliga behov. Burkhart & Hogan (26) styrker detta och tillägger att arbetet med andlighet ger riktning i det dagliga arbetet med patienten.

Sjuksköterskans egen andlighet

Chung et al (32) har i sin studie undersökt två dimensioner hos sjuksköterskan som kan påverka inställning till och utövandet av andlig omvårdnad. Den första dimensionen handlar om sjuksköterskans relation till sig själv där olika påståenden radats upp som sjuksköterskan får instämma till mer eller mindre enligt graderingen 1 till 5. Exempel på dessa frågor är: Jag finner att mitt liv är meningsfullt och jag anser att jag lever upp till min egen potential. Den andra dimensionen benämns "en dimension bortom jaget" och består av påståenden om tro på Gud eller en högre makt och huruvida bön eller andlig läsning är viktiga delar av livet. Resultatet visar att om sjuksköterskans relation till sig själv eller dimensionen bortom jaget är stark, så påverkar detta inställningen till andlig omvårdnad positivt. Sjuksköterskans relation till sig själv visar också ett starkt positivt samband till utövandet av andlig omvårdnad.

I tre av studierna framkommer att sjuksköterskans egen andlighet hjälper sjuksköterskan att ge andlig omvårdnad (24, 26, 30) och i Burkhart & Hogans (26) studie uttrycker en sjuksköterska att tron på Gud är en styrka. Den andliga omvårdnaden bygger på sjuksköterskans egen tro och tidigare andliga upplevelser influerar således utövandet av andlig omvårdnad. Lundmarks (27) studie visar på att de med en egen tro känner sig mer bekväma med att ge andlig omvårdnad. Genom att ge kan sjuksköterskan också få tillbaka och växa i sin andlighet (26). För att kunna ge andlig omvårdnad krävs det av sjuksköterskan att hon/han också tar hand om sig själv (24, 26, 32).

HINDER

Känsla av otillräcklighet

Att ge andlig omvårdnad är svårt (23, 24) och ibland vågar sjuksköterskan inte ta upp ämnet. Sjuksköterskan uppfattar det som att patienten ibland tycker att det är pinsamt att tala om andliga behov (29). Det är ett svårt ämne att tala om, något mycket privat (23), svårt att utvärdera (25), kräver en relation till patienten och dess familj (24) och det är ett val att gå in i detta eller inte (26). Brist på erfarenhet, oförmåga att hantera andligt

komplexa situationer (24), brist på egen andlighet (23), otillräcklig självtillit (30), känsla av otillräcklighet och frustration över att inte ha tillräckligt med kompetens för att tillfredsställa patienternas andliga behov (25) är hinder som sjuksköterskorna nämner i studierna. En annan faktor som påverkar sjuksköterskans andliga kompetens är tidigare utbildning. I fyra av artiklarna är just brister i utbildningen när det gäller andlig omvårdnad något som lyfts fram (25-27, 30).

Rädsla är ett hinder för utövandet av andlig omvårdnad. Dels finns en rädsla för att stöta sig med patienten och påtvinga henne/honom sin tro (23, 29, 30), dels finns en rädsla för det okända och för att sjuksköterskan själv ska bli tvungen att öppna sig (23). Sjuksköterskans egna fördomar kan vara ett hinder då detta riskerar att påverka inställningen till att ge andlig omvårdnad till vissa patientgrupper (24). Sjuksköterskan är också beroende av sina kollegor och deras stöd. Brist på detta stöd kan vara ett hinder för att orka utöva andlig omvårdnad (26). Om sjuksköterskan lägger alltför mycket personligt engagemang i den andliga omvårdnaden finns också risken för utbrändhet. Detta kan leda till att sjuksköterskan inte orkar ge mer och inte tillåter sig själv att utöva andlig omvårdnad. *"There's only so much you can give of yourself, and then you don't have any more to give, then the compassion is gone. The wall goes up and then it is just a physical pass"* (26, sid 932). Att tidigare ha varit med om situationer som gett negativa känslor, t ex känsla av att ha misslyckats (26), samt att känna sig paralyserad då en patient ifrågasätter meningen med sitt lidande (25) är andra faktorer som påverkar det fortsatta utövandet av andlig omvårdnad.

Om sjuksköterskan har personliga problem (24) eller har många roller i sitt liv som gör att hon/han inte orkar arbeta även med andliga frågor (25), kan detta ha negativ påverkan på hur mycket sjuksköterskan orkar engagera sig på arbetet. Något som kan göra sjuksköterskan tveksam i sin inställning till att ge andlig omvårdnad är om patientens religion inte är samma som sjuksköterskans (23). Johnston Taylor et al (31) finner i sin studie ett positivt samband mellan att ofta besöka religiösa sammankomster och att dela med sig av sina egna övertygelser och diskutera andliga frågor. I avslutningen av sin studie diskuterar de huruvida det är negativt med en stark religiositet hos sjuksköterskan eller inte. De menar att risken finns att sjuksköterskor med en stark religiös övertygelse anser att patienter med en annan övertygelse är "andligt ohälsosamma" och att de försöker omvända dem som inte har samma övertygelse. De menar dock att dessa farhågor kan vara överdrivna och lyfter samtidigt upp att det i nuläget inte finns studier genomförda som undersökt om personer utan religiös övertygelse försöker omvända dem som har en övertygelse eller inte.

Hinder i organisationen

En holistisk människosyn är en av grundpelarna inom omvårdnad (27, 31) men resultatet i Baldacchinos (25) studie pekar på att vården kan upplevas vara uppgiftsorienterad. Dels är den organiserad så att varje sjuksköterska har hand om många patienter, dels arbetar vårdpersonal enligt en medicinsk modell där andlig omvårdnad inte har någon plats. I Lundmarks (23) studie gjord i en svensk vårdkontext lyfter en av sjuksköterskorna att det är svårt att komma ihåg att se hela människan och inte bara sjukdomen. Ett av skälen till att inte komma ihåg att se hela människan är bristen på tid (23, 26, 29, 30). En av sjuksköterskorna i Lundmarks (23) studie påpekar att andlig omvårdnad inte prioriteras och att patienten inte får information om att denna form av vård är tillgänglig.

Praktiska svårigheter, som brist på ett rum som ger avskildhet (23, 25) och brist på resurser (23) påverkar också möjligheten till att ge andlig omvårdnad. Dokumentations-

och sekretessrelaterade hinder nämns också. Svårigheter som beskrivs är om det som en patient berättat i förtroende ska rapporteras vidare muntligt samt om kontakt med präst eller pastor får tas utan patientens samtycke (25).

”Through experience I have learnt that nurse–patient trust is sustained by confidentiality. Very often, patients find it difficult to confide in us because of lack of privacy on the ward..... Then, if I may ask, to what extent should I give over to the next shift of nurses about patients’ problems, especially when they are too personal? Many a times I just zip my mouth and tell nothing....” (25, sid 893)

VÅRDHANDLINGAR

Sjuksköterskans förhållningssätt till patienten

Varje person bör ses som en individ och ska behandlas rättvist (21). Sjuksköterskan ska vara en medmänniska och möta patienten där hon/han befinner sig (23). Att se patienten som en andlig varelse, räkna med människans andliga dimension och vara öppen inför det främmande ingår i ett öppet förhållningssätt (21, 23). En del av andlig omvårdnad är att vara öppen inför patientens tro (24) och önskingar (22). Sjuksköterskan kan inte se patientens själ men måste vårda den (24). Att tillåta utrymme för patienten att berätta om sin syn på situationen ger sjuksköterskan värdefull information om patientens andliga behov (22). Sjuksköterskans vård bör stödja patientens övertygelser, religiösa eller andra (31) och inte påverka patienten med sina egna åsikter (23).

För att kunna ge god andlig omvårdnad ska sjuksköterskan visa respekt och hänsyn (22-24, 31). Känslighet för patientens integritet, behov och övertygelser betonas också (22). Ett sätt att förmedla en känsla av respekt för patienten är att inte döma patienten (24) utan istället erkänna och acceptera patientens andliga utövande som en del av henne/honom (21). En del i utövandet av andlig omvårdnad är att vara tillgänglig och ta sig tid för patienten. Genom att förmedla trygghet och visa förståelse kan sjuksköterskan få patientens förtroende (23).

Bedömning

Sjuksköterskan har olika metoder för att bedöma patientens andliga behov. Att tala om andliga behov redan vid ankomst underlättar bedömningen (21). Sjuksköterskan samtalar med patienten, lyssnar, frågar och försöker komma underfund med vilka tankar patienten har. Det krävs att sjuksköterskan är öppen inför patienten så att hon/han har möjlighet att berätta om sina tankar (29). Vissa patienter uttrycker tydligt sina andliga behov (33) medan sjuksköterskan behöver fråga andra (21, 23). En del patienter kan inte kommunicera muntligt och då krävs det att sjuksköterskan ändå försöker utreda vilka andliga behov patienten kan ha. En del av bedömningen sker genom observation. Sjuksköterskan observerar patientens religiösa handlingar (33) och söker efter ledtrådar vid sängen såsom fotografier eller bibel. Att se någon be vid sängen eller att någon frågar efter en präst blir en naturlig start för ett samtal om andlighet. Även lyhördhet är viktigt för att kunna få en uppfattning om patientens andliga behov. Sjuksköterskan kan se hur patienten mår bara genom att iaktta och känna igen gester, tonfall och på vilket sätt patienten pratar eller inte pratar (24).

Samtal

Sjuksköterskan nämner samtal som en viktig del av andlig omvårdnad. Detta kan innefatta samtal om: rädslor, känslor, döden, meningen med livet, dess värden och bekymmer och Gud (21, 22, 26, 29, 31). Sjuksköterskan svarar på frågor (31) och ger

förslag på andliga övningar för att minska smärtan (21). Förmågan att lyssna ingår som en essentiell del i samtalet. Sjuksköterskan lyssnar på patientens bekymmer och det som oroar patienten (21, 22, 33). Att vara villig att lyssna (31) och ta sig tid för samtal betonas (25). *"Spiritual care is to put it in words, to dare to ask, to dare to sit down and listen, also if uninvited. It is to communicate a sort of peace and confidence"* (29, sid 11). Genom att lyssna på patienten kan sjuksköterskan lättare identifiera andliga behov och problem (25). Det poängteras att sjuksköterskan ska låta patienten tala om sig själv och inte fokusera på patientens sjukdom utan på individen (21).

För att kunna utöva andlig omvårdnad ska sjuksköterskan vara närvarande helt och fullt när patienten uttrycker sina andliga behov (21). Den andliga omvårdnaden kan vara något naturligt och något sjuksköterskan gör varje dag genom att beröra, lyssna, trösta och vara närvarande (24).

En central del i sjuksköterskans uppgift är att trösta (22, 23). Detta gör hon/han bland annat genom att lyssna på patientens bekymmer (21, 22). Om sjuksköterskan har en egen tro kan den användas för att trösta patienten, exempelvis när patienten tvivlar i sin tro på grund av sjukdomen eller undrar om Gud är arg på grund av hennes/hans tidigare livsstil (33).

Att skapa en relation

För att kunna utöva andlig omvårdnad krävs en relation till patienten. Patienterna är inte bara en patient utan en speciell och unik individ. Sjuksköterskan måste lära känna patienten och hennes/hans familj för att kunna utöva andlig omvårdnad (24, 29). Den fysiska omvårdnaden banar väg för den andliga omvårdnaden genom att etablera förtroende. Det är genom den fysiska omvårdnaden sjuksköterskan först kommer patienten nära. Att bygga upp ett förtroende och att kunna ta emot förtroenden utan att föra dem vidare är en viktig grund för den andliga omvårdnaden (29).

Stöd

I den andliga omvårdnaden ingår även att ge stöd till patienten (23, 31). Sjuksköterskan är ett stöd för patientens övertygelser, religiösa eller andra (31) och hjälper henne/honom att finna mening, styrka och hopp (25, 31). Att som sjuksköterska vara tröstande och hoppfull är en del i detta (31). Vidare kan sjuksköterskan hjälpa patienten till acceptans av situationen och att finna positiva aspekter av sjukdom och lidande (25). Sjuksköterskan uppmuntrar till självreflektion, underlättar patientens relation till sig själv (26, 31) och använder sig själv för att ge terapeutiskt stöd till patienten (31). Patientens behagliga tankar och positiva övertygelser främjas (21). Att kommunicera med empati och visa medkänsla är även det en del av den andliga omvårdnaden (25, 26). Även humor kan användas som ett verktyg. Detta kan innefatta att berätta roande berättelser och använda humor för att få patienten att le. Sjuksköterskan uppmuntrar patienten för att höja humöret (21). Som åtgärder nämns också att hjälpa patienten att avsluta ouppklarade "affärer" samt att underlätta för patienten att lösa konflikter (31, 33). Detta är ett sätt att hjälpa patienten att få frid (31). Sjuksköterskan ser sig själv som patientens "advokat" som alltid ska stå på patientens sida (21, 25) och söka patientens medgivande (25).

Även stöd till varandra i personalgruppen nämns. Nyutbildade sjuksköterskor kan tycka att det är svårt att "bara vara" och egentligen inte kunna göra något mer för patienten eller familjen. En stöttande atmosfär bland sjuksköterskekollegor underlättar arbetet med andlig omvårdnad (24).

Involvera närstående

Att involvera närstående och främja kontakten mellan patienten och hennes/hans familj hjälper patienten att känna sammanhang (25, 26, 31). Relationer till andra är viktigt för patientens andliga hälsa (28) och sjuksköterskan uppmuntrar familjen att hälsa på, prata med och vara hos patienten (33). Att få med sig familjen i den andliga omvårdnaden hjälper också familjen att känna sig behövd. Sjuksköterskan kan uppmuntra närstående att be för patienten och hjälpa patienten att tillfredställa övriga andliga behov. Familjen söker efter guidning och behöver mycket stöd när en närstående är svårt sjuk (24). Även familjen erbjuds andlig omvårdnad (21) och samtalen leder till trosfrågor och andliga spörsmål. Familjer som sörjer söker svar som förklarar lidandet, smärtan och döden (21, 33). *"You are not just taking care of a patient but the whole family"* (24, sid 407).

Samordning

Sjuksköterskan ger utrymme för patienten att utöva sin tro (25) t ex genom att ordna så att patienten kan ta nattvard eller ta del av andra sakrament (26, 31, 33). Patienten kan också få tid för bön, nattvard eller besök av präst före kirurgiska ingrepp (21). Att hänvisa till pastor/präst eller annan andlig ledare är den åtgärd som oftast genomförs av sjuksköterskan (21, 22, 25, 26, 28, 29, 31) men även hänvisning till psykolog nämns (23). Sjuksköterskan bidrar till att underlätta relationen till Gud eller annan högre makt (31) och gör det möjligt för patienten att utöva sin religion (22). Detta kan ske genom att låta patienten vara ostörd (21) eller låta familjen vara hos patienten vid religiösa högtider (33). Samordning mellan olika avdelningar och inom interdisciplinära team är även det åtgärder som främjar den andliga omvårdnaden (25, 26).

Praktiska åtgärder

Den finns många praktiska åtgärder som sjuksköterskan gör för att främja patientens andlighet. Sjuksköterskan tänds ljus och ordnar med avskildhet och lugn och ro för patienten (22, 23, 26). Hon/han skapar en miljö som är stödjande för patientens och familjens andliga behov. Detta kan exempelvis ske genom att ordna så att familjen kan sova i rummet och ta med egen mat (21) eller att möjliggöra sång, läsning och andakt (23, 31) på avdelningen. Sjuksköterskan kan också låta patienten lyssna på avslappningsmusik (21, 31) eller själv sjunga andliga sånger med eller för patienten för att lugna. Vidare kan sjuksköterskan hjälpa patienten med andningsövningar (21) eller visualisering (21, 24). Kociszewski (24) tar upp ett exempel där en sjuksköterska använde visualisering med en närstående. Patienten skulle opereras och hustrun instruerades att visualisera maken på operationsbordet. Hustrun föreställde sig maken med ett operationsteam runt sig som gjorde allt för att rädda honom samt änglar i rummet som skapade ett helande ljus. Sjuksköterskan hjälper även patienten att främja sin andlighet genom att följa henne/honom till gudstjänst på sjukhuset eller ta med religiösa föremål till patienten, t ex en bönbok (21). Att hjälpa patienten genom att ringa någon åt henne/honom är också en praktisk åtgärd som sjuksköterskan genomför (31).

Sjuksköterskan ber med patienten (26, 28, 31) och för patienten (21, 26). Även deltagande i familjens bön eller bön som initierats av andlig ledare förekommer. Sjuksköterskan använder sig av fysisk förstärkning så som att krama, beröra och hålla handen. Positiv energi förmedlas genom beröringen (21). I Kociszewskis (24) studie påvisas att intensivvårdssjuksköterskor har en ökad medvetenhet för hur viktigt det är med beröring och en försiktig och ibland tyst närvaro. Beröring har för dessa sjuksköterskor blivit något naturligt.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Denna studie är genomförd som en litteraturstudie. Syftet har varit att undersöka sjuksköterskors attityder till andlig omvårdnad, vilka hinder som finns och vilka vårdhandlingar kopplade till andlig omvårdnad som sjuksköterskan utför. Antalet genomförda studier som behandlar detta område är förhållandevis många, vilket gjort att materialet varit tillräckligt omfattande för att kunna genomföra en litteraturstudie. Resultatet från utvalda studier har analyserats för att skapa en överblick över kunskapsläget gällande andlig omvårdnad ur ett sjuksköterskeperspektiv.

Sökordet *spiritual* användes enskilt och inte endast tillsammans med sökordet *care*. Denna sökning gav dock inga fler uppslag då begreppet *spiritual care* bevisligen är det mest använda både i titel och som sökord. I en av sökningarna användes sökordet *attitudes* tillsammans med *spiritual* vilket medförde att studien av Vance (30) inkluderades.

Sökningen begränsades till studier publicerade 1994 – 2009. Urvalet gjordes med avsikten att använda studier publicerade på 2000-talet. Detta för att inkludera så aktuell forskning som möjligt. Tolv av studierna (21-30, 32, 33) är publicerade på 2000-talet och en är publicerad 1994 (31). Den sistnämnda studien inkluderades eftersom den ansågs tillföra ytterligare substans till resultatet framför allt när det gäller sjuksköterskans förhållningssätt till patientens andlighet. USA är det land som representeras av flest studier (21, 24, 26, 28, 30, 31). Både det andliga och religiösa klimatet i USA skiljer sig mycket från det svenska, vilket bör finnas i åtanke när resultatet läses. Tyvärr fanns bara ett fåtal studier av svenska författare varav tre inkluderades i denna litteraturstudie. Två artiklar från samma studie användes vilket ansågs giltigt då de belyste två olika aspekter av syftet (23, 27). Rent palliativt inriktade artiklar sorterades bort när artikelsökningen genomfördes. Genom detta framkom en mer heltäckande bild av vården. Om palliativt inriktade artiklar använts hade resultatet antagligen färgats av att andlig omvårdnad prioriteras i högre grad i denna vårdform. Resultatet hade då inte blivit representativt för vården i stort.

Det har i valet av artiklar eftersträvat att inkludera en representation av så många typer av vårdkontext som möjligt. I tre av studierna arbetar de tillfrågade på onkologiska avdelningar, och tre studier representerade en geriatrisk avdelning, en akutvårdsavdelning samt en intensivvårdsavdelning. De sju övriga studierna genomfördes med respondenter från flera olika avdelningar. Studier där de tillfrågade endast arbetade inom barnsjukvård valdes bort då detta ansågs vara ett område för sig och att resultat från studier inom barnsjukvård inte kan generaliseras till att även gälla vuxensjukvård.

Majoriteten av studierna använder sig av sjuksköterskor som respondenter (21, 24-26, 28-33). Lundmark (23, 27) och Strang et al (22) använder sig dock av både sjuksköterskor och undersköterskor i sina studier. Eftersom de bägge yrkesgrupperna till viss del har gemensamma arbetsuppgifter och att författarna till viss del särskiljer dessa två yrkesgrupper, ansågs inte detta vara någon nackdel för resultatet.

Valet att inkludera en lika stor andel kvantitativa studier som kvalitativa har medfört att attityden till andlig omvårdnad tydligare framkommit i form av hur stor andel som utövar andlig omvårdnad och hur stor andel som anser att andlig omvårdnad är viktigt. Fem av studierna är genomförda med en kvalitativ ansats vilket medfört att de använda

kategorierna utvecklats på ett djupare sätt då svar som ges i frågor med öppna svarsalternativ är mer utförliga.

Studiernas svarsfrekvens är i vissa fall låg. Lägst svarsfrekvens är det i Taylor et al (31) studie där endast 35% svarade. Författarna diskuterar och kommer fram till att eftersom många av de som svarade på enkäten var andliga och religiösa, kan resultatet vara partiskt. Men just därför tycker de också att det är intressant och kan ge vissa insikter. I Baldacchinos (25) studie svarade 36% av de tillfrågade på den del av enkäten som hade öppna svarsalternativ. Baldacchino erkänner att generaliserbarheten blivit lidande men påpekar samtidigt att det till följd av den låga svarsfrekvensen också genomfördes djupintervjuer med 14 av de tidigare respondenterna för att vidare utveckla framkomna teman. 40% av de tillfrågade i Cavendish et al (21) svarade på frågorna. 40% är i denna studie 404 sjuksköterskor. Författarna diskuterar endast bortfallet som gäller den fråga som hade öppet svarsalternativ och menar att det ej är möjligt att dra några signifikanta slutsatser baserat på just svaren på denna fråga. Studien är trots detta relevant då den belyser många vårdhandlingar som sjuksköterskan genomför. Vance (30), vars studie har en svarsfrekvens på 41%, diskuterar inte hur detta påverkar resultatets generaliserbarhet.

Det kan antas att det är de sjuksköterskor som intresserar sig för andlig omvårdnad som valt att medverka i studierna. Läsaren av resultatet kan således inte dra slutsatser som gäller hela sjuksköterskekåren utan att ta detta i beaktande.

Graneheim & Lundmans analysmetod (20) användes som underlag för datasammanställningen. Metoden är utformad för att användas i arbete med vårdvetenskapliga studier med kvalitativ ansats. Analysen går ut på att söka meningsbärande enheter från texten som kondenseras och sedan kodas. Med dessa koder bildas sedan teman eller kategorier. Då materialet i denna litteraturstudie består av både studier med kvalitativ och kvantitativ ansats anpassades metoden. Eftersom syftet var uppdelat i tre olika problemformuleringar valdes en deduktiv ansats i början av analysen. Detta förenklade arbetet med dataanalysen då det tydligt begränsade vilka studier som kunde tas med och vad i studierna som var relevant för syftet. Att även en induktiv metod användes beror på en önskan om öppenhet gentemot materialet samt att användandet av underrubriker kan upplevas underlätta läsningen. Det kan anses vara en svaghet i denna litteraturstudie att metoden inte är renodlat induktiv eller deduktiv, men samtidigt fyller valet av metod ett syfte, nämligen att underlätta datasammanställningen.

RESULTATDISKUSSION

Att andlig omvårdnad hör ihop med holistisk vård är något som majoriteten av författarna är överens om. Då sjuksköterskans utbildning dessutom vilar på en holistisk människosyn ansågs det vara intressant att undersöka hur sjuksköterskor i den kliniska verksamheten själva ser på detta. I litteraturstudiens bakgrund lades fokus på begreppet andlighet och patienters beskrivningar av andliga behov vilket gör det än mer intressant att undersöka sjuksköterskans beskrivningar av vad andlig omvårdnad är.

Det andliga livsrummet är ett begrepp som Eriksson (1) använder för att beskriva människans andliga dimension. Detta begrepp går att använda i mycket av det som resultatet i denna litteraturstudie visar. Människan kan välja att öppna sitt andliga livsrum eller stänga det för sjuksköterskan, sina närstående och kanske t.o.m. för sig själv. Människor har olika stora rum. Det har visat sig i denna studie att sjuksköterskor anser att alla människor är andliga samt har andliga behov (21-24). Detta bekräftar Erikssons (1) teori. Eriksson menar också att människor har olika andliga behov vilket

studierna visar tydligt. Eriksson delar upp de andliga behoven i estetiska, etiska/moraliska och religiösa. Sjuksköterskorna i studierna har inte nämnt estetik som vårdhandling, med undantag av tända ljus (26) samt att patienten tar med sig andliga föremål till patientsalen (21). Det är möjligt att sjuksköterskor som arbetar med hemsjukvård eller döende patienter skulle ha nämnt exempelvis vistelse i naturen som ett andligt behov. Detta behov framkommer i flera studier av patienters andliga behov (13, 14, 17, 18).

Patienters behov av andlig omvårdnad

Vad andliga behov är kan variera stort och av resultatet att döma finns en osäkerhet över vad begreppet "andlighet", "andliga behov" och "andlig omvårdnad" egentligen betyder. I vissa studier har man valt att definiera begreppet för de tillfrågade och i andra har man valt att inte göra det. Vad detta har för betydelse för resultatet är svårt att avgöra. Strang et al (22) och Taylor & Highfield (31) menar båda att de tydligt kan se att sjuksköterskan brottas med dessa definitioner och att förvirring förekommer angående andliga, existentiella och psykosociala behov. Detta kan förklara den spridning av vårdhandlingar som nämns i resultatet av vår studie. Jämför man däremot vilka andliga behov som patienter själva nämner och de som sjuksköterskor har sett kan man se att de har mycket gemensamt. Exempel på detta är att hjälpa patienten: med oavslutade affärer (17, 31, 33), att utöva sin tro (13, 31), till att nå acceptans (19, 25, 31) och att underhålla och förbättra sin relation till sig själv, andra, Gud eller högre makt (13, 18, 19, 21-23, 25, 26, 28, 31, 33).

Enligt humanismen är varje människa unik och har unika behov (5). Resultatet av denna litteraturstudie visar tydligt att sjuksköterskors upplevelser av patienters behov av andlig omvårdnad stämmer överens med detta. Alla patienter har andliga behov, men det är individuellt hur stort detta behov är och om patienten vill uttrycka det eller inte. Detta kan jämföras med Erikssons (1) begrepp andligt livsrum. Henderson (10) menar att människor som anser att förrättande av andakt är viktigt i vanliga fall, får ett ännu större behov av detta vid sjukdom. För patienter med svår sjukdom skulle detta innebära att de är i stort behov av andlig omvårdnad. Detta verkar stämma överens med resultatet då sjuksköterskor uppfattar att svårt sjuka och döende patienter har ett större behov av andlig omvårdnad än andra patienter. Något som flera av studierna visar är att sjuksköterskans andliga kompetens blir större med erfarenhet och ålder vilket kanske också innebär att människans behov av andlighet och förmåga att uttrycka andliga behov ökar med åldern. Något som inte diskuteras i dessa artiklar är varför svårt sjuka och döende patienter skulle ha mer andliga behov, men det beror troligtvis på att studier inom palliativ vård exkluderats ur denna litteraturstudie.

Andlig omvårdnad är ett svårt område att utvärdera (25) då möjligheten till andlig omvårdnad är starkt relaterat både till sjuksköterskans och till patientens egen andlighet och öppenhet. Även om andlig omvårdnad är svårt och kan vara frustrerande verkar det finnas oerhört mycket som sjuksköterskan gör och kan göra för att möta patientens andliga behov. Mycket av svårigheterna kanske ligger i att instrumenten och vanan att utföra detta inte finns. Ett möjligt hinder för detta kan också ligga i det faktum att de medicinska och de fysiska aspekterna är de som tar störst plats i sjukvården. Detta kan man jämföra med 1600-talets syn på människan som en maskin. Allt går att förklara och bota med rätt behandling. Detta kan uppfattas som paradoxalt då människan idag anses bestå av en helhet av kropp, själ och ande. Vem ska ta ansvaret för de två sistnämnda dimensionerna om inte sjukvården behandlar människan utifrån en holistisk människosyn? Eriksson (1) menar att sjuksköterskan bör ha samma beredskap för andliga behov som kroppsliga behov. Frågan är dock om denna möjlighet finns när

vården upplevs som uppgiftsorienterad och sjuksköterskan har ansvar för många patienter (23, 25).

Att andlighet är privat framkommer i Lundmarks (23) studier och detta kan kopplas till det som patienterna också menar när de lyfter upp bristen på avskildhet och privat miljö att vistas och samtala i (14, 15). Sjuksköterskan försöker göra detta möjligt genom att erbjuda avskildhet när så är möjligt (22, 23, 26), men lyfter också upp de brister som finns på avdelningar där det saknas enkelrum och rum med möjlighet för avskildhet (23, 25). Att en människas andlighet är något privat och något som patienten själv väljer att samtala om är också en faktor som spelar in när sjuksköterskan ska välja om hon/han ska dokumentera eller rapportera vidare det som sagts i förtroende eller inte (25). Kan detta vara något att fråga patienten efter samtalet eller kan det upplevas som kränkande? Detta område är viktigt att studera mer och är också viktigt att lyfta upp i utbildningen av sjuksköterskor när det gäller sekretess och dokumentation.

Sjuksköterskan som andlig vårdare

Enligt Eriksson (1) är sjuksköterskan dålig på att möta och känna igen patientens andliga behov. Det kan diskuteras om denna brist beror på för lite kunskap, för lite tid eller för lite mod hos sjuksköterskan. Tidsbrist kan oftast anges som ett hinder men samtidigt handlar antagligen mycket om prioriteringar. Kan det vara så att andlig omvårdnad inte ges tid eftersom annan omvårdnad anses viktigare och mer nödvändig? Kanske är det till och med så att de rent medicinska åtgärderna värderas högre. Fyra av de studier som använts till resultatet kopplar ihop bristen på andlig omvårdnad med brister inom sjuksköterskans utbildning (25-27, 30). Kosckiewski (24) menar däremot att förmågan att ge andlig omvårdnad växer med erfarenhet och ålder. Andlig omvårdnad är alltså något sjuksköterskan lär sig genom att utföra och inget man kan utbildas till. Det kan antas att all form av omvårdnad blir bättre med erfarenhet, men sjuksköterskan behöver antagligen teoretisk kunskap som grund. Om denna grund finns vågar sjuksköterskan troligtvis ta upp detta ämne i större utsträckning. En annan möjlighet är att sjuksköterskans personlighet och personliga tro är det som är avgörande. I så fall kanske avdelningen borde ha sjuksköterskor som är ansvariga för andlig omvårdnad precis som det finns de som är ansvariga för nutrition.

Av Cavendish et al och Ross (13, 14) studier framkommer att patientens andlighet kan stärka copingförmågan vid sjukdom. Begreppet coping återfinns inte i resultatet, däremot tas detta upp indirekt. Sjuksköterskan hjälper patienten att finna styrka, mening och hopp (25, 31), vilket stärker copingförmågan. I arbetet med att identifiera vad patienten har för resurser till sitt förfogande i hanterandet av sin sjukdom kan insikten om att en hälsosam andlighet styrker patientens copingförmåga vara viktig. Även närstående behöver hjälp med att hantera situationen och det kan ge mening till dem att få hjälpa patienten.

Att vara närvarande och ge patienten tid, eller en känsla av att det finns tid för henne/honom anser sjuksköterskan är viktigt för samtalet och den andliga omvårdnaden (21, 24). Dock framkommer det både hos patienter (13, 15) och sjuksköterskor att upplevelsen snarare är den att tillräckligt med tid inte finns (23, 26, 29, 30). Detta leder till diskussionen om vem som ska ge patienten andlig omvårdnad. Studien har visat att det finns de som anser att sjuksköterskor inte är de som är mest lämpliga för denna uppgift (29). Patienterna i Burkhardtts (18) studie framhäver även de detta tvivel. Studien pekar på att varken patient eller sjuksköterska ser sjuksköterskan som den främsta givaren av andlig omvårdnad. Den vårdhandling som däremot oftast nämns i studierna är att hänvisa till präst, pastor eller annan andlig ledare (21-23, 25, 26, 28, 29,

31, 33). Sjuksköterskan underlättar genom detta patientens andliga utövande. Säkerligen kan vissa frågor anses för svåra och ligga utanför sjuksköterskans kompetensområde. Vissa åtgärder kan inte heller utföras av sjuksköterskan som tex. att dela ut nattvard. Hur mycket en sjuksköterska kan göra innan en andlig ledare tillkallas varierar naturligtvis. Vissa sjuksköterskor känner sig bekväma med att be med patienten medan andra vid en sådan fråga direkt skulle hänvisa vidare. Någon exakt gräns för sjuksköterskans kompetensområde är således svår att dra. Det kan dock antas att anledningen till att hänvisning till andlig ledare är så flitigt använd är en kombination av frågor utanför sjuksköterskans kompetensområde och en rädsla och osäkerhet inför dessa frågor. Att sjukhus har tillgång till sjukhuskyrka måste ses som en stor tillgång. Det kan vara så att sjuksköterskor endast är en länk i kedjan av resurser som patienten har i sin omgivning. Närstående, sjukhuspräst, personlig andlig ledare och övrig vårdpersonal är alla en del av detta. Intressant från Burkhardts (18) studie är att läkaren hamnar före sjuksköterskan på listan av andliga vårdare som patienterna räknar upp. Detta stöds dock inte av några andra källor.

Angående frågan om en relation till patienten är nödvändig för att kunna fråga om andliga behov finns det delade meningar. Det som är intressant är att den fysiska vården kan öppna möjligheten för samtal (29). Henderson (10) menar att sjuksköterskan är den som har störst möjlighet att se patientens andliga behov då det är hon/han som arbetar nära patienten och kan observera. Vid den basala omvårdnaden, i situationerna där sjuksköterska och patient är nära varandra och samarbetar, finns kanske således de bästa möjligheterna till att börja närma sig dessa frågor.

Sjuksköterskans andliga livsrum

Sjuksköterskans egen andlighet kan vara både ett hinder och en styrka i arbetet med patienter. Hur mycket sjuksköterskans andliga livsrum kan påverkas från ledning och utbildning när det gäller detta är osäkert. Hur mycket kan förväntas av sjuksköterskan, är det hennes/hans ansvar att ta tid till att reflektera och vårda sig själv eller är det ledningens ansvar att ge sjuksköterskan denna tid? Vad händer om sjuksköterskan, precis som patienten, inte är medveten om sitt andliga livsrum eller väljer att stänga det? Vad som framgår som viktigt i en av studierna är just sjuksköterskans medvetenhet om sin egen andlighet (24). Fokus ligger alltså inte på att sjuksköterskan har en tro eller inte, utan på att hon/han ska vara medveten om hur den egna andligheten ser ut. Om sjuksköterskan blir medveten om sin egen andlighet kanske detta öppnar upp det andliga livsrummet och ger möjlighet till vidare utveckling. I resultatet framkommer både att andlig omvårdnad kan bli något som utförs naturligt varje dag (24) och att andlig omvårdnad kan uppfattas svårt och obekvämt (25, 29). Om andlig omvårdnad ska kunna upplevas vara en naturlig del i arbetet krävs kanske att sjuksköterskans relationer till kollegorna präglas av en stöttande atmosfär då vissa anser att det är svårt. Detta leder antagligen till en större trygghet då sjuksköterskan vet att även kollegorna stöttar arbetet med andlig omvårdnad. Det kan antas att sjuksköterskans grundinställning till andlig omvårdnad influerar hur obekvämt sjuksköterskan känner sig. Om hon/han har för vana att ta upp andliga frågor med patienten och är medveten om sin egen andlighet blir detta med tiden ett naturligt inslag under arbetsdagen. Att se den andliga dimensionen hos människan som något viktigt och något som behöver vårdas kan ge sjuksköterskan en större känsla av att detta är en del av hennes/hans ansvar. Men om det andliga blir för svårt och oöverkomligt hos lidande patienter finns risken att sjuksköterskan drar sig undan eller hänvisar till någon annan. Om sjuksköterskan aldrig tar upp andlighet med patienten växer troligtvis känslan av att ämnet är svårt och obekvämt.

I Burkhart & Hogans (26) studie nämns att när andlig omvårdnad ges, får sjuksköterskan mer tillbaka själv. Någon utveckling av detta finns inte, men i två av studierna nämns att få ge andlig omvårdnad är ett privilegium (24, 26). Detta kan tolkas på ett liknande sätt, det vill säga att utövandet av andlig omvårdnad inte endast är positivt för patienten utan även kan vara positivt för sjuksköterskan. Mer studier inom detta område hade varit intressant för att utröna vad hon/han gör för att upplevelsen ska bli positiv för båda parter.

Att ge andlig omvårdnad i Sverige

Att flera av studierna är gjorda i en miljö där majoriteten av respondenterna har en kristen övertygelse kan vara en svaghet i studien då Sverige enligt Nationalencyklopedin (9) är ett sekulariserat land. Samtidigt är Sveriges och sjuksköterskans historia starkt påverkade av kristendomen. Många av samhällets lagar är inspirerade av de lagar som finns nedtecknade i bibeln. De flesta länderna i västvärlden benämns fortfarande som kristna. Resultatet av denna litteraturstudie bör läsas med insikten om att andelen troende som varit med i samtliga studier troligtvis är större än andelen troende sjuksköterskor i Sverige. Att be med en patient känns säkerligen inte bekvämt om sjuksköterskan själv inte har en tro på att det hjälper eller en vana att göra det. Detsamma gäller för det som en sjuksköterska i Kociszewski (24) studie benämner visualisering, åtminstone i den form som beskrivs med änglar som är runt patienten. Däremot kan detta troligtvis användas som en form av positivt tänkande och för att inge hopp för närstående. Då religiositet och andlighet verkar vara svåra att hålla isär kan det också troligtvis upplevas som skrämmande för patienten om sjuksköterskan frågar om patientens andlighet, då patienten kanske likställer detta med religion.

KONKLUSION

Sjuksköterskeutbildningen ska utgå från en holistisk människosyn och där ingår den andliga dimensionen. Denna litteraturstudie har gett insikt i ämnet och vad som krävs av sjuksköterskan för att hon/han ska kunna utöva andlig omvårdnad. Det framkommer att utbildning är viktigt för att sjuksköterskan ska känna sig bekväm i sin roll som andlig vårdare men också att erfarenhet betyder mycket. Sjuksköterskan har även ett ansvar att reflektera över sin egen andlighet och att våga ta upp andliga frågor med patienten. För att underlätta för sjuksköterskan behöver också sjukhusledningen främja ett klimat som ger utrymme för andlig omvårdnad.

När vi nu börjar arbeta som sjuksköterskor hoppas vi att denna litteraturstudie gjort oss mer lyhörda inför patienters andliga behov. Vid ankomstsamtalet kommer vi förhoppningsvis inte rutinmässigt hoppa över sökordet andligt/kulturellt utan med ett öppet förhållningssätt fråga patienten om dennes andliga tillhörighet och behov. Om vi tex. ser en bibel eller psalmbok vid patientens säng vågar vi förhoppningsvis prata om det med patienten. Att säga hur vi själva kommer att göra är svårt just nu. Vissa vårdhandlingar, såsom att be eller sjunga med patienten, känns väldigt personliga och beror på våra övertygelser och hur trygga vi är med våra andliga livsrum. Kanske är det också något som vi kommer att vilja diskutera med personalen på vår avdelning.

I framtiden behövs mer studier inom detta område. Inte minst i Sverige där studierna är få och det andliga klimatet skiljer sig mycket från exempelvis USA där mycket av den nuvarande forskningen är gjord. Det vore mycket intressant att undersöka svenska patienters behov av andlighet ytterligare och hur väl dessa tillgodoses i vården. Inte minst med tanke på den sekularisering och mångreligiositet som finns i Sverige. Än så länge är detta till stor del utforskat i en svensk vårdkontext men vi hoppas att fler kommer att studera detta område.

REFERENSLISTA

1. Eriksson K. Vårdprocessen. 4 uppl. Liber utbildning: Göteborg; 1995
2. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.
<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8673/2005-105-1.htm>
Tillgänglig: 2009-04-20.
3. Undervisningsplan för sjuksköterskeprogrammet 120p.
<http://www.kursportalen.se>
Tillgänglig: 2009-03-20.
4. Qvarsell R. Vårdens idéhistoria. 2 uppl. Carlsson; Stockholm; 1996.
5. Birkler J. Filosofi och omvårdnad. Liber: Stockholm; 2007.
6. Holmdahl B. Sjuksköterskans historia: från siukwacterska till omvårdnadsdoktor. 2 uppl. Liber: Stockholm; 1997.
7. World Values Survey. <http://www.worldvaluessurvey.org>
Online Data Analysis. Analysis module. WVS 2005-2008. Religion and moral
Tillgänglig: 2009-03-15.
8. Zuckerman P. Atheism: Contemporary Rates and Patterns. Cambridge companion to atheism. Cambridge University Press: New York; 2007.
9. Nationalencyklopedin. <http://www.ub.gu.se> Tillgänglig 2009-03-14.
10. Henderson V. Grundprinciper för patientvårdande verksamhet. 3 uppl. LiberTryck: Stockholm; 1982.
11. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Colorado univ pr: Boulder; 1985.
12. Cassidy JP, Davies DJ. Cultural and spiritual aspects of palliative medicine. Oxford textbook of palliative medicine. 3 uppl. s.954. Edited by Doyle, D. Oxford university press: Oxford; 2005.
13. Cavendish R, Konecny L, Naradovy L, Luise BK, Como J, Okumakpeye P, Mitzeliotis C, Lanza M. Patients' Perceptions of spirituality and the Nurse as a Spiritual Care Provider. Holisitc Nursing Practice. 2006; 20(1):41-47.
14. Ross LA. Elderly patients' perceptions of their spiritual needs and care: a pilot study. Journal of Advanced Nursing. 1997; 26(4):710-715.
15. van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. Journal of Clinical Nursing. 2006; 15(7):875-884.
16. Highfield MF. Spiritual health of oncology patients. Cancer Nursing. 1992; 15(1):1-8.

17. Hermann CP. Spiritual needs of dying patients: A qualitative study. *Oncology Nursing Forum*. 2001; 28(1):67-72.
18. Burkhardt MA. Characteristics of spirituality in the lives of woman in a rural Appalachian community. *Journal of Transcultural Nursing*. 1993; 4(2):12-18.
19. Strang S, Strang P. Spiritual thoughts, coping and 'sense of coherence' in brain tumour patients and their spouses. *Palliative Medicine*. 2001; 15(2):127-134.
20. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004 (24):105-112.
21. Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, Russo D, Luise BK, Lanza M, et al. Spiritual care activities of nurses using nursing interventions classification (NIC) labels. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2003; 14(4):113-124.
22. Strang S, Strang P, Ternstedt B. Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*. 2002; 11(1):48-57.
23. Lundmark M. Andlig omvårdnad- definition av begreppet och svårigheter med att ge sådan enligt svensk vårdpersonal. *Vård i Norden*. 2005; 25(4):30-36.
24. Kociszewski C. Spiritual care: A phenomenologic study of critical care nurses. *Heart & Lung*. 2004; 33(6):401-411.
25. Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15(7):885-896.
26. Burkhart L, Hogan N. An Experiential Theory of Spiritual Care in Nursing Practice. *Qualitative Health Research*. 2008; 18(7):928-938.
27. Lundmark M. Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15(7):863-874.
28. Stranahan S. Spiritual perception, attitudes about spiritual care, and spiritual care practices among nurse practitioners. *Western Journal of Nursing Research*. 2001; 23(1):90-104.
29. Christensen KH, Turner DS. Spiritual care perspectives of Danish registered nurses. *Journal of Holistic Nursing*. 2008; 26(1):7-14.
30. Vance DL. Nurses' attitudes towards spirituality and patient care. *MEDSURG Nursing*. 2001; 10(5):264-268.
31. Taylor EJ, Highfield M, Amenta M. Attitudes and beliefs regarding spiritual care – a survey of cancer nurses. *Cancer Nursing*. 1994; 17(6):479-487.
32. Chung LYF, Wong FKY, Chan MF. Relationship of nurses' spirituality to their understanding and practice of spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 58(2):158-170.

33. Narayanasamy A, Clissett P, Parumal L, Thompson D, Annasamy S, Edge R. Responses to the spiritual needs of older people. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 48(1):6-16.

BILAGOR

BILAGA 1 - SÖKÖVERSIKT

Datum för sökning	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Art. ref. nr.
2009-03-19	Cinahl	Spiritual care, nursing, attitudes	Peer reviewed, Research OR review article 1994-2009	88	21, 23-25, 27, 29-33
2009-03-19	Cinahl	Spiritual care (title)	Peer reviewed, Research OR review article 1994-2009	108	21, 23-29, 31, 32
2009-03-19	Cinahl	Spiritual, nursing (title)	Peer reviewed, Research OR reviewed article 1994-2009	65	21-23, 25-27
2009-03-25	Pubmed	Spiritual care (title)	1994-2009	273	21, 24-28, 31, 32
2009-03-25	Pubmed	Spiritual, nursing (title)	1994-2009	75	21, 22, 25-27

BILAGA 2 - ARTIKELPRESENTATION

Referensnummer: 21

Författare: Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, Russo D, Luise BK, Lanza M, et al.

Titel: Spiritual care activities of nurses using nursing interventions classification (NIC) labels

Tidskrift: International Journal of Nursing Terminologies and Classifications

År: 2003

Land: USA

Syfte: Att beskriva sjuksköterskors andliga omvårdnadshandlingar genom den klassificering som används i *the Nursing Interventions Classification* (NIC).

Metod: En enkät bestående av två kvantitativa delar med 12 respektive 13 påståenden och en fråga med öppet svarsalternativ skickades ut till 1000 av de amerikanska medlemmarna i den internationella sjuksköterskeorganisationen Sigma Theta Tau International (STTI). En svarsfrekvens på 40% erhöles. Var och en av forskarna analyserade data med kvalitativ analysmetod enligt Munhall & Oiler-Boyd. Data grupperades för att hitta mönster enligt Bodgan & Bilkens analysmetod.

Antal referenser: 40

Referensnummer: 22

Författare: Strang S, Strang P, Ternstedt B.

Titel: Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

År: 2002

Land: Sverige

Syfte: Att beskriva hur sjuksköterskor från sex olika avdelningar betecknar betydelsen av andliga behov och vilken vikt de lägger vid den andliga dimensionen.

Metod: En enkät bestående av sex bakgrundsfrågor med svarsalternativ i en likertskala från 1-7 och två frågor med öppna svarsalternativ användes. Svaren på frågorna med öppna svarsalternativ analyserades och kategoriserades med hjälp av Miller & Crabtrees mall. *T-test* och *chi-test* användes för att analysera bakgrundsfrågorna. Urvalet gjordes sådant att en blandning i åldrar och arbetsplatser/specialiteter representerades. 191 enkäter skickades ut och 141 (74%) svarade på den första delen och 102 svarade även på frågorna med öppna svarsalternativ. Studien innefattade sjuksköterskor, undersköterskor och annan stödpersonal.

Antal referenser: 59

Referensnummer: 23

Författare: Lundmark M.

Titel: Andlig omvårdnad- definition av begreppet och svårigheter med att ge sådan enligt svensk vårdpersonal.

Tidskrift: Vård i Norden

År: 2005

Land: Sverige

Syfte: Att belysa vårdpersonalens förståelse av och förhållningssätt till andlig omvårdnad i en svensk holistisk vårdkontext.

Metod: Enkäterna delades ut till sjuksköterskor och undersköterskor som arbetade under två veckor i skiftet mellan januari och februari 2003 (n=93) av den ansvarige för var och en av de fyra avdelningarna på den onkologiska kliniken på universitetssjukhuset i Umeå. 17 frågor hade färdiga alternativ och två var frågor hade

öppna svar. Denna artikel behandlar de två frågorna med öppna svarsalternativ. Det ena svaret analyserades med hjälp av innehållsanalys och det andra med tematisk analys.
Antal referenser: 36

Referensnummer: 24

Författare: Kociszewski C.

Titel: Spiritual care: A phenomenologic study of critical care nurses

Tidskrift: Heart & Lung

År: 2004

Land: USA

Syfte: Att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av att ge andlig omvårdnad till svårt sjuka patienter och dess familj.

Metod: Intervjuer med 10 sjuksköterskor genomfördes. Inklusionskriterier var att sjuksköterskorna skulle ha arbetat direkt med omvårdnad på en intensivvårdsavdelning, haft erfarenhet av att ge andlig omvårdnad till patient eller närstående och önskade dela med sig av dessa erfarenheter. Data analyserades med hjälp av Colaizzis fenomenologiska metod.

Antal referenser: 52

Referensnummer: 25

Författare: Baldacchino D.R.

Titel: Nursing competencies for spiritual care

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

År: 2006

Land: Malta

Syfte: Att identifiera och utforska de viktigaste kompetenserna för en sjuksköterska när det gäller andlig omvårdnad.

Metod: En deskriptiv utforskande design i två steg användes. A-delen bestod av både kvantitativa och kvalitativa frågor som skickades ut till 215 sjuksköterskor, d.v.s. alla sjuksköterskor mellan 15-55 år som arbetade på en akut medicinsk avdelning på de två stora sjukhusen på Malta i november 2000. 36% svarade på frågorna med öppna svarsalternativ. I B-delen intervjuades 14 av de tillfrågade sjuksköterskorna som svarat på del A i en semistrukturerad intervju då svarsfrekvensen i A-delen blev så låg. De demografiska frågorna analyserades genom deskriptiv statistik. De kvalitativa frågorna och intervjuerna i B-delen analyserades tematiskt med Burnards metod för innehållsanalys.

Antal referenser: 87

Referensnummer: 26

Författare: Burkhart L, Hogan N.

Titel: An experiential theory of spiritual care in nursing practice

Tidskrift: Qualitative Health Research

År: 2008

Land: USA

Syfte: Att utforska sjuksköterskors erfarenhet av att tillhandahålla andlig omvårdnad.

Metod: En kvalitativ studie där Grounded theory användes. Data samlades in från fokusgrupper (fyra fokusgrupper som tillsammans blev 25 personer) som vårdade kroniskt sjuka patienter i USA.

Antal referenser: 46

Referensnummer: 27

Författare: Lundmark M.

Titel: Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

År: 2006

Land: Sverige

Syfte: 1) utforska vilka faktorer som kan influera attityder till andlig omvårdnad. 2) att testa relevansen av dessa faktorer i en svensk sjuksköterskekontext genom en enkät. 3) att reproducera en tidigare genomförd studie av Strang et al. angående attityder till andlig omvårdnad.

Metod: Enkäterna delades ut till sjuksköterskor och undersköterskor som arbetade under två veckor i skiftet mellan januari och februari 2003 (n=93) av den ansvarige för var och en av de fyra avdelningarna på den onkologiska kliniken på universitetssjukhuset i Umeå. 17 frågor hade färdiga svarsalternativ och två var frågor hade öppna svarsalternativ. Analysering av kvantitativ data gjorde med Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). I detta ingår deskriptiva analysmetoder, *chi-square test* med korstabeller och vid behov *Fishers precise test* med korstabeller.

Antal referenser: 36

Referensnummer: 28

Författare: Stranahan S.

Titel: Spiritual perception, attitudes about spiritual care, and spiritual care practices among nurse practitioners

Tidskrift: Western Journal of Nursing Research

År: 2001

Land: USA

Syfte: Att undersöka relationerna mellan andlig uppfattning, attityder till andlig omvårdnad och utövandet av andlig omvårdnad hos legitimerade sjuksköterskor.

Metod: En icke-experimentell tvärsnittsstudie där en enkät skickades ut till alla legitimerade sjuksköterskor licensierade i staten Indiana, USA. 269 enkäter skickades ut och 102 enkäter besvarades (40%). Enkäten bestod av tre delar: 1) En modifierad variant av *the Oncology Nurse Spiritual Perspectives Scale* (ONSPS) som användes för att utforska hur ofta sjuksköterskan använde sig av vissa interventioner. 2) *Spiritual Perspectives Scale* (SPN), som mätte sjuksköterskans egen andlighet genom 10 frågor, och 3) en sida med frågor av demografisk karaktär.

Antal referenser: 24

Referensnummer: 29

Författare: Christensen KH, Turner DS.

Titel: Spritual care perspectives of Danish registered nurses

Tidskrift: Journal of Holistic Nursing

År: 2008

Land: Danmark

Syfte: Att utforska betydelsen av begreppet andlig omvårdnad.

Metod: Gadamers hermeneutiska fenomenologiska metod användes vid analys av intervjuer med sex danska sjuksköterskor. Dessa sex sjuksköterskor rekryterades genom informationsblad på sjukhuset med en förfrågan efter sjuksköterskor som var intresserade av ämnet och kunde tänka sig att ställa upp på bandade intervjuer på ca en timma.

Antal referenser: 28

Referensnummer: 30

Författare: Vance DL.

Titel: Nurses' attitudes towards spirituality and patient care

Tidskrift: MEDSURG Nursing

År: 2001

Land: USA

Syfte: Att undersöka hur sjuksköterskans egen andlighet influerar dess utövande av andlig omvårdnad på en akutmårdsavdelning, och att identifiera vilka hinder som finns för att ge andlig omvårdnad.

Metod: En deskriptiv korrelationsundersökning där enkäter skickades ut till ett proportionerligt, stratifierat slumpmässigt urval av 425 sjuksköterskor som arbetade direkt med patienter på en akutmårdsavdelning. 173 sjuksköterskor svarade på enkäten (41%).

Antal referenser: 25

Referensnummer: 31

Författare: Taylor EJ, Highfield M, Amenta M.

Titel: Attitudes and beliefs regarding spiritual care

Tidskrift: Cancer Nursing

År: 1994

Land: USA

Syfte: 1) Hur definierar cancersjuksköterskor andlig omvårdnad? 2) Vilka attityder och övertygelser har cancersjuksköterskor angående andlig omvårdnad? 3) Vilka demografiska faktorer associeras med cancersjuksköterskors attityder och övertygelser?

Metod: En deskriptiv studie där ett frågeformulär, *the Oncology Nurse Care Perspectives Survey* (ONSCPS), med 13 frågor med fempoängsalternativ och 2 öppna frågor användes. Frågeformuläret skickades till 700 medlemmar av the Oncology Nursing Society (ONS) i hela USA. Till formuläret skickades även ett formulär med demografisk data. 181 (35%) svarade på frågeformuläret.

Antal referenser: 28

Referensnummer: 32

Författare: Chung LYF, Wong FKY, Chan MF.

Titel: Relationship of nurses' spirituality to their understanding and practice of spiritual care

Tidskrift: Advanced Nursing

År: 2007

Land: Kina

Syfte: Att undersöka sjuksköterskors andlighet i relation till förståelsen och utövandet av andlig omvårdnad.

Metod: En enkät med 27 frågor med 5-poängs likertskala användes. Urvalet bestod av 61 legitimerade sjuksköterskor som läste på ett universitet i Hong Kong. *Power analysis* med *tvåsidigt test* användes.

Antal referenser: 112

Referensnummer: 33

Författare: Narayanasamy A, Clissett P, Parumal L, Thompson D, Annasamy S, Edge R.

Titel: Responses to the spiritual needs of older people

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

År: 2004

Land: Storbritannien

Syfte: 1) Att undersöka sjuksköterskors uppfattning om deras roll riktad till äldre människors andliga behov. 2) att beskriva vad som utgör äldre människors andliga omvårdnad.

Metod: En deskriptiv studie med kvalitativ ansats. 52 sjuksköterskor som läste kurser i vård av äldre och arbetade på avdelningar med äldre patienter fick svara på en enkät där de fick beskriva en situation där de uppmärksammat ett andligt behov, hur och varför de kunde identifiera andliga behov, vad de gjorde för att möta dessa behov, vilken effekt det hade fick patienten och dess närstående och varför handlingen hade den effekten. Data analyserades med innehållsanalys och klassificering enligt Cormacks metod. På ett objektiva och systematiska sätt bearbetades data för att dra slutsatser.

Antal referenser: 48