

Andlig omvårdnad i Gulbarga, Indien

**- en empirisk studie över hur
sjuksköterskan svarar på patientens
andliga behov**

FÖRFATTARE	Anna Kalin Rebecka Dryselius
PROGRAM	Sjuksköterskeprogrammet, 15 högskolepoäng/OM5250
	VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Susann Strang
EXAMINATOR	Inger Jansson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Andlig omvårdnad i Gulbarga, Indien - en empirisk studie över hur sjuksköterskan svarar på patientens andliga behov.
Titel (engelsk):	Spiritual care in Gulbarga, India - an empirical study of how the nurse respond to the spiritual needs of the patient.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet/OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	15 sidor
Författare:	Anna Kalin, Rebecka Dryselius
Handledare:	Susann Strang
Examinator:	Inger Jansson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Patienter som genomgår en svår livskris, till exempel vid en livshotande sjukdom, kan uppleva ett andligt lidande. Det är viktigt att dessa patienter får stöd av sjuksköterskor som har kompetens i att uppmärksamma patientens andliga behov. Andlig omvårdnad höjer välbefinnandet för patienter som upplever andligt lidande. Andlig omvårdnad kännetecknas bland annat av aktivt lyssnande, relationsskapande, lyhördhet för patientens behov samt en öppen och ärlig kommunikation. Syfte: Studiens syfte var att utforska hur indiska sjuksköterskor svarade på de andliga behoven hos patienterna. Metod: Studien byggde på frågeformulär med öppna frågor som delades ut till sjuksköterskor i Gulbarga, Indien. De nio formulärsvaren analyserades genom kvalitativ innehållsanalys. Resultat: Fyra kategorier utkristalliserades; Värdera patientens andliga behov, Bemöta patientens andliga behov, Ha karaktärsegenskaper närvarande samt Betrakta patienten som medmänniska. Kategorierna svarade på vårt syfte hur de indiska sjuksköterskorna svarade på patientens andliga behov. Slutsats: Studien breddar kunskapen om hur sjuksköterskan kan bedriva andlig omvårdnad. Intervjustudier bör genomföras för att få djupare förståelse för ämnet.

Sökord: Spiritual care, Spirituality, Nurse patient relationship, Nursing, India

INNEHÅLL	Sid
INLEDNING	Error! Bookmark not defined.
BAKGRUND	Error! Bookmark not defined.
Andlighet	1
Andligt lidande	1
Andlig omvårdnad	2
Andliga behov i Indien	3
Teoretisk referensram	3
Problemformulering.....	4
 SYFTE	 4
 METOD	 5
Metodval.....	5
Datainsamling.....	5
Dataanalys	5
Etisk reflektion	6
 RESULTAT	 7
Värdera patientens andliga behov.....	7
Bemöta patientens andliga behov	8
Ha karaktärsegenskaper närvarande	8
Betrakta patienten som medmänniska	8
 DISKUSSION	 9
Metoddiskussion.....	9
Resultatdiskussion	10
Slutsats	12
 REFERENSER	 13
 BILAGOR	 16
Bilaga 1a. Frågeformulär.....	16
Bilaga 1b. Frågeformulär.....	17
Bilaga 1c. Frågeformulär.....	18
Bilaga 2. Information till deltagare.....	19
Bilaga 3. Intyg om godkännande	20

INLEDNING

Vår erfarenhet av svensk hälso- och sjukvård, särskilt den somatiska, är att den andliga omvårdnaden allt som oftast kommer i skymundan. Vi ställer oss frågande till hur detta kan komma sig då det är en självklar del av sjuksköterskans utbildning och kompetensområde. Som en del av vår utbildning tog vi chansen att besöka Indien för att söka efter nya perspektiv på andlig omvårdnad. Detta ämne är relevant då många patienter upplever ett andligt behov och/eller ett andligt lidande, som sjuksköterskan ska vara kompetent att bemöta.

BAKGRUND

Andlighet

Definitioner av och perspektiv på andlighet varierar på grund av begreppets komplexitet. Andlighet kan ses som en del av varje människa, oavsett om hen är religiös eller ej. Andlighet innefattar människans sökande efter mening (Tanyi, 2002).

Vi har valt en bred definition av begreppet andlighet som inkluderar den religiösa samt den existentiella och den humanistiska aspekten.

“Spirituality is distinguished from other things - humanism, values, morals and mental health - by its connection to the transcendent. The transcendent is that which is outside of the self, and yet also within the self...Spirituality is intimately connected to the supernatural and religion, although also extends beyond religion (and begins before it). Spirituality includes a search for the transcendent and so involves traveling along the path that leads from non-consideration to a decision not to believe to questioning to believe to devotion to surrender” (Koenig, King & Carson, 2012, p. 46).

Andligt lidande

Då människor går igenom en svår livskris, så som en livshotande sjukdom, kan de uppleva ett andligt lidande. Det är bevisat att andlighet och andlig omvårdnad har betydande effekter för välbefinnandet hos patienter med svåra sjukdomar (Strang & Strang, 2012; Vallurupalli et al., 2012). Patienter som upplever att deras andliga behov inte tas på allvar kan till och med överväga suicid, kopplat till en känsla av meningslöshet, hopplöshet, förlorad värdighet och ovilja att vara andra till last (LeMay & Wilson, 2008).

Inom palliativ vård har patientens andliga behov en risk att komma i skymundan. Det kan bero på svårigheter att förstå det andliga behovet, oerfaren vårdpersonal samt bristande dokumentation av de omvårdnadsåtgärder som faktiskt genomförs (Boston, Bruce & Schreiber, 2011). Andra orsaker kan vara att sjuksköterskor får otillräcklig utbildning i andlig omvårdnad eller att sjuksköterskan anser att det andliga behovet bäst bemöts av andra (Balboni et al., 2014). Bristande andlig omvårdnad kan även bero på att det finns få studier som fokuserar på patientens upplevelse av andligt lidande. De patienter som kommer till tals i studier uttrycker en stark ensamhet, ett behov av att vara bland andra människor och en stark vilja att känna samhörighet (Boston et al., 2011). En vardag som fylls av ökande begränsningar samt minskad samvaro med andra människor kan leda till djup ensamhet och

lidande hos den palliativa patienten. Som ett resultat av de förändringar som uppkommit i samband med den framskridande sjukdomen försämras patientens och dess närståendes förmåga att skydda sig mot ofrivilliga tankar och känslor kring döden. De patienter och närstående som i ett sådant skede lämnas, blir bemötta fel eller undviks på grund av rädsla riskerar en ökad känsla av ensamhet (Sand & Strang, 2006).

Andlig omvårdnad

Utgångspunkten för all andlig omvårdnad är att känna till att det finns ett behov samt att kunna värdera det. Patienter med kronisk sjukdom kan i princip förutsättas ha ett andligt behov, men det kan ta sig olika uttryck (Tanyi, McKenzie & Chapek, 2009). Patienter som vårdas för en dödlig sjukdom kan vilja prata om mening i livet, relationer och den förestående döden (LeMay & Wilson, 2008). För patienter med obotlig cancer spelar andlighet en stor roll. Det är viktigt att sjuksköterskorna uppmärksammar deras andliga behov och ser det som en självklar del i omvårdnaden. Det finns ett positivt samband mellan andlig omvårdnad och den upplevda livskvaliteten hos dessa patienter (Vallurupalli et al., 2012).

Många sjuksköterskor tar själva upp existentiella och/eller andliga frågor med sina patienter, medan andra väntar in patientens initiativ genom att hela tiden vara lyhörda inför patientens situation och behov (Tanyi et al., 2009). Vissa patienter kan känna sig osäkra för att själva ta upp ämnet och sjuksköterskan kan då underlätta genom att ge möjlighet till samtal. Studier visar att patienter upplever det som bättre att få tacka nej till andligt stöd än att inte erbjudas det (Yardley, Walshe & Parr, 2009). Det är över huvud taget viktigt att vara öppen inför patientens historia och låta patientens berättelse få ta tid och plats. På så vis ingår den andliga omvårdnaden som en självklar del i omvårdnadsarbetet, som präglas av lyssnande och att vara närvarande hos patienten (Tanyi et al., 2009; Strang, Henoch, Danielsson, Browall & Melin-Johansson, 2013). Olika sätt att vara närvarande kan vara genom beröring eller att hålla patientens hand. Att visa förståelse, ge uppmärksamhet, vara empatisk, erbjuda patienten tid, prata om patientens behov, informera om sjukdomen och dess behandling samt att kommunicera med de närstående är alla delar av den andliga omvårdnaden. En hemlik miljö på vårdinstitutionen kan ha terapeutisk verkan för patientens och de närståendes upplevelse av hälsa (Lundberg & Kerdonfag, 2010). Dokumentation är ett medel för sjuksköterskan att säkerställa kontinuiteten av den andliga omvårdnaden (Tanyi et al., 2009).

Det aktiva lyssnandet ses som en omistlig och central del av den andliga omvårdnaden (Street, Makoul, Arora & Epstein, 2009; Tanyi et al., 2009; Yardley et al., 2009; Lundberg & Kerdonfag, 2010). Att lyssna innebär inte bara att med sitt kroppsspråk visa att patientens historia är viktig (Tanyi et al., 2009), utan också att möta den utan fördomar eller med en dömande attityd (Tanyi et al., 2009; Yardley et al., 2009; Lundberg & Kerdonfag, 2010).

Grundläggande för den andliga omvårdnaden är att sjuksköterskan bjuder in patienten till en ömsesidig relation, som bygger på personcentrering (Parker et al., 2007; Yardley et al., 2009; Lundberg & Kerdonfag, 2010). En positiv och genuin attityd från sjuksköterskan ingår i bemötandet av patienter med ett andligt behov (Tanyi et al., 2009). Patienten ska uppleva att sjuksköterskan är intresserad av just hen som person (Yardley et al., 2009). Själva relationen kan ses som ett sätt att ge andlig omvårdnad (Edwards, Pang, Shiu & Chan, 2010). Patienten

får förtroende för sjuksköterskan i vårdrelationen om patienten känner sig lyssnad på angående rädslor och bekymmer. Detta uppnås om sjuksköterskan bemöter och värderar patientens känslor och rädslor på ett sätt som gör att patienten inte känner sig övergiven (Street et al., 2009). Det optimala vore att sjuksköterskan och patienten tillsammans utformar omvårdnaden som ett team bestående av två eller flera medmänniskor. I teamet kan även de närstående ingå (Lundberg & Kerdonfag, 2010). Patienter som är delaktiga upplever en större känsla av kontroll (Yardley et al., 2009).

Kommunikation är av yttersta vikt för att patienten ska kunna ta del av sin vård. Information ska vara tydlig och ärlig för att delaktiggöra patienten. Samtidigt ska den ges med empati, känslighet och med utrymme för hopp. Patienter kan uppleva att det är sättet som kommunikationen sker på som är det viktigaste, inte vad som egentligen sägs (Parker et al., 2007; Yardley et al., 2009). Patienter som har andliga behov kan uppleva tröst och lindring av att mötas av en medmänniska snarare än en expert, som sitter på alla svaren (Yardley et al., 2009). Sjuksköterskor behöver dock fortbildning inom området för att våga bemöta patientens andliga behov (Tanyi et al., 2009).

En del patienter vänder sig till sin religion eller andliga rådgivare för att hantera sitt andliga behov. Sjuksköterskan ska då respektera patientens önskan (Lundberg & Kerdonfag, 2010) och uppmuntra patienten att praktisera det som hjälpt dem tidigare i andlig väg (Tanyi et al., 2009). Religiöst utövande kan ses som ett sätt att hantera kris, få läka eller att få en fridfull död. Sjuksköterskan kan då underlätta för patientens religiösa utövande (Lundberg & Kerdonfag, 2010).

Andliga behov i Indien

Indien influeras av en religiös mångfald. De religiösa riktningarna och trosuppfattningarna är inbegripna i en tusenårig process som påverkar det indiska samhället. Hinduismen och buddhismen har sitt ursprung i landet och alla världsreligioner finns representerade i Indien som ett resultat av yttre influenser (Nationalencyklopedin[NE]¹, 2014).

Indiska patienter som vårdas i livets slutskede kan uppvisa ett andligt behov och anser att den andliga omvårdnaden är lika viktig som den medicinska. Ämnen som tas upp av patienten är bland annat gudstro, oro inför framtiden, acceptans av sin situation och frågan om varför sjukdomen drabbat just den aktuella patienten (Simha, Noble & Chaturvedi, 2013). Andra indiska patienter, som vårdas palliativt, upplever en förändring i sitt känslö- och familjeliv samt att de saknar information om sin sjukdom. Detta leder till att de andliga behoven kan aktualiseras hos patienten (Elsner, Schmidt, Rajagopal, Radbruch & Pestinger, 2012). Andra områden som patienten oroar sig för är föreställningen om återfödelse och karma. Rädsla för förlorad kontroll eller värdighet visar sig ha låg prioritet bland patienterna, vilket kan bero på Indiens sociala struktur med stora familjer. Patienterna rapporterar inte heller ensamhet som ett stort problem kopplat till sitt andliga behov (Simha et al., 2013).

Teoretisk referensram

Det holistiska perspektivet ser människan som en helhet bestående av kropp, själ och ande. Dessa delar bildar tillsammans individens upplevelse av hälsa och mening i livet (Willman, 2009). Sjuksköterskans kompetensområde är att utifrån ett holistiskt perspektiv tillgodose patientens fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga behov. Sjuksköterskan

uppmärksammar patientens lidande och upplevelse av ohälsa och planerar och utför omvårdnadsåtgärder med syftet att lindra. Genom kommunikation, som bygger på respekt och empati, görs patienten delaktig. Respekt för patientens värdighet och självbestämmande genomsyrar omvårdnaden (Socialstyrelsen, 2005).

Travelbee (2002) definierar omvårdnad som en mellanmänsklig process, där sjuksköterskan hjälper en person som drabbats av ohälsa och därmed behöver hjälp för att hantera och finna mening i sin situation. Att hjälpa patienten att finna mening och att lindra lidandet är omvårdnadens främsta syfte. Kommunikation ses som en av grundpelarna i sjuksköterskans profession. Den mellanmänniska processen mellan sjuksköterskan och patienten bygger på att sjuksköterskan betraktar patienten som en medmänniska och blir engagerad i patientens situation.

Denna uppsats utgår ifrån det holistiska perspektivet av människan inom den svenska omvårdnaden och Travelbees teori om omvårdnad som mellanmänsklig process.

Problemformulering

Andlig omvårdnad ingår i sjuksköterskans kompetensområde (Socialstyrelsen, 2005). Tidigare studier betonar vikten av att sjuksköterskan bemöter patientens andliga behov på ett professionellt och närvarande sätt (Street et al., 2009; Tanyi et al., 2009; Yardley et al., 2009; Lundberg & Kerdonfag, 2010; Strang et al., 2013). Sjuksköterskor tenderar att blanda ihop andlighet och religion (Nixon, Narayanasamy, & Penny, 2013), vilket vi befärar kan leda till att sjuksköterskan lämnar över ansvaret för andlig omvårdnad till sjukhuskyrkan eller liknande institutioner. I Indien är religionen ständigt närvarande och är en del av befolkningens vardag (Utrikespolitiska Institutet [UPI], 2011). Vi finner det intressant att undersöka hur den andliga omvårdnaden bedrivs i ett land som genomsyras så av religion som Indien. Tanken är att få nya infallsvinklar till hur sjuksköterskor kan svara på patientens andliga behov.

SYFTE

Studiens syfte är att utforska hur sjuksköterskor svarar på de andliga behoven hos patienterna på ett sjukhus i Gulbarga, Indien.

METOD

Metodval

Studien baserades på en kvalitativ och induktiv design för att skapa teorier utifrån data som rör mänskliga upplevelser och berättelser (Lundman & Graneheim, 2012). Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera insamlad data för att få en djupare förståelse för innehållet. Innehållsanalys är ett forskningsverktyg, som tillåter forskaren att få nya insikter av ett fenomen (Krippendorff, 2004).

Datainsamling

Studien grundas på data insamlad via frågeformulär (Se bilaga 1 a-c) på ett sjukhus i Gulbarga, Indien. Vi delade ut 30 frågeformulär till sjuksköterskor med hjälp av chefen för sjukhusets sjuksköterskor. Ytterligare två frågeformulär delades ut till två sjuksköterskor på en mindre klinik i Aurad, Indien, med hjälp av klinikens AT-läkare. Inklusionskriterierna var manliga och kvinnliga legitimerade sjuksköterskor, som arbetade patientnära. Deltagarna fick, tillsammans med frågeformulären, skriftlig information om att de fick svara så kortfattat eller omfattande som de önskade och på valfritt språk. Vid utlämnandet av frågeformulären förklarades studien för deltagarna på Kannada, delstatsspråket.

Frågeformulären bestod av tre öppna frågor:

1. Hur skulle du definiera andlighet?
2. Hur blir du medveten om de andliga behoven hos patienterna?
3. Hur svarar du på de andliga behoven hos patienterna?

Dataanalys

I början hade vår studie ett bredare syfte vilket förklarar att frågeformuläret bestod av tre frågor. Allteftersom arbetet fortskred stod det dock klart för oss att vi ville fokusera uppsatsen på den fråga som vi ansåg vara viktigast i vårt kommande yrke, nämligen hur sjuksköterskan kan svara på patientens andliga behov. Därför valde vi ut frågeformulärets fråga tre för analys. Vi upptäckte att vissa deltagare hade svarat på fråga tre under de två övriga frågorna. Vi valde därför att inkorporera dessa svar i vår analys även om deltagaren hade svarat på utrymmet för en annan fråga.

Genom kvalitativ innehållsanalys analyserades skillnader och likheter i frågeformulären för att skapa kategorier. Vi påbörjade analysprocessen genom att ett flertal gånger läsa igenom insamlad data för att få överblick av materialet samt att på så sätt påbörja reflektionsarbetet. Vi delade in datan i *meningsbärande enheter*, vilka bestod av ord, meningar eller delar av texterna. Dessa svarade på vår valda fråga (Lundman & Graneheim, 2012). Det var viktigt att de meningsbärande enheterna hängde ihop genom sitt innehåll (Graneheim & Lundman, 2003). Vi *kondenserade* därefter de meningsbärande enheterna vilket gjorde dem kortare utan att något av innehållet gick förlorat. Nästa fas var att *abstrahera*, vilket innebar att vi förde upp de kondenserade innehållet till en högre nivå och gav det *koder*. En kod uttryckte kortfattat innehållet i den meningsbärande enheten och hörde på så sätt samman med de meningsbärande enheterna och den kondenserade texten. Koderna ledde oss i sin tur till *kategorier*. De koder som hade liknande innehåll förde vi samman i kategorier. En kategori svarade på frågan "vad?" (Lundman & Graneheim, 2012). Kategorierna beskrev det manifesta

innehållet i datan (Graneheim & Lundman, 2003). Tabell 1 presenterar exempel från vår analysprocess.

Tabell 1. Analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Kategori
Det viktigaste när vi närmar oss en patient är att vi värderar dem som medmänniskor istället för medicinska fall.	Viktigaste vid kontakt värdera patienten som medmänniska, inte medicinskt fall	Värdera som medmänniska	Betrakta patienten som medmänniska
Som sjuksköterskor ska vi tillhandahålla positivt tänkande kring patienternas välmående och hälsa.	Ge positivt tänkande kring välmående och hälsa	Positivt tänkande	Bemöta patientens andliga behov

Etisk reflektion

I sjuksköterskans kompetensområde ingår att tillämpa de forskningsetiska regler som föreligger (Socialstyrelsen, 2005). Omvårdningsforskning vilar på fyra etiska principer. *Principen om autonomi* innebär att respektera individens rätt till självbestämmande och anonymitet (Sykepleiernes Samarbeid i Norden [SNN], 2003). Vi gav deltagarna i vår studie skriftlig information om att studien var frivillig och att de när som helst kunde välja att dra sig ur. De fick även information om att medverkan var anonym och att all information skulle hanteras konfidentiellt (Se bilaga 2). Genom att skriva under ett godkännande (Se bilaga 3) intygade de att medverkan var valfri och att de var medvetna om att de kunde välja att dra sig ur. *Principen om att göra gott* betyder att forskningen ska bidra med ny kunskap om omvårdnad som gagnar populationen som ingår i studien. Ny kunskap ska röra forskning om hälsa samt lindrande och förebyggande åtgärder. Principen innebär även att ingen forskningsdeltagare ska känna sig överkörd till förmån för vetenskapens nytta (SNN, 2003). Vår studie gagnade deltagarna på så vis att kunskapen om andlig omvårdnad kunde antas växa. Därmed byggdes kunskapen på om hur lidande kan lindras. Då medverkan var frivillig ansåg vi att vi gjort vad vi kunnat för att ingen av deltagarna skulle känna sig förbigången. Deltagarna fick vår e-postadress genom vilken de kunde nå oss på vid eventuella frågor. *Principen om att inte skada* innebär att forskning inte får åsamka fysisk eller psykisk skada på deltagarna (SNN, 2003). Vi beaktade detta genom att förvara vårt insamlade material på ett säkert sätt utom räckhåll för obehöriga. Den sista principen är *principen om rättvisa* och betyder att forskaren inte får utnyttja svaga grupper och att alla deltagare ska behandlas lika (SNN, 2003). I vår studie riskerade inga svaga grupper att utnyttjas och alla deltagare behandlades likvärdigt. Förutom de fyra forskningsetiska principerna, ska fyra etiska krav

beaktas. *Informationskravet* innebär att deltagarna ska få tydlig och saklig information om studiens syfte och metod. I informationen ska det också framgå att deltagandet är frivilligt, att medverkan kan avbrytas när som helst samt vem deltagaren kan kontakta vid frågor. Det andra kravet är *krav på samtycke*, vilket innebär att forskning endast får bedrivas om deltagandet är frivilligt och att deltagaren kan avbryta utan åtföljd. *Kravet på konfidentialitet* säkerställer att den insamlade datan hanteras konfidentiellt. Genom att ansvara för att forskningen avbryts eller skjuts upp om deltagaren känner obehag eller upplever biverkningar uppnås *kravet på deltagarens säkerhet* (SNN, 2003). Vi anser att vår studie uppfyllde dessa krav.

RESULTAT

Av 30 utdelade frågeformulär på sjukhuset i Gulbarga, Indien, fick vi tillbaka nio stycken svar varav samtliga var på engelska. De två frågeformulär som vi lämnade på kliniken i Aurad, Indien, återlämnades inte. Resultatet beskriver hur indiska sjuksköterskor svarar på de andliga behoven hos patienterna och presenteras i fyra kategorier.

Tabell 2. Kategorier

Kategorier
Värdera patientens andliga behov
Bemöta patientens andliga behov
Ha karaktärsegenskaper närvarande
Betrakta patienten som medmänniska

Värdera patientens andliga behov

Värdering av patientens behov ligger till grund för hur de indiska sjuksköterskorna svarar på patienternas andliga behov. Att lyssna och ge patienterna extra uppmärksamhet är något man lägger vikt vid. Att vara lyhörd leder till en mer utförlig värdering av de andliga behoven. Genom att prata med varandra förstår sjuksköterskan patienten bättre. Patientens behov kan uttryckas på olika sätt, både genom verbala och icke-verbala uttryck. Uttrycken ligger till grund för värdering och planering av den andliga omvårdnaden. Sjuksköterskan uppmärksammar även patientens känslor, så som rädsla och ilska, som en del av värderingen av det andliga behovet. Patientens familjemedlemmar ses som viktiga för att göra sjuksköterskan medveten om patientens andliga behov. Sjuksköterskan ska vara uppmärksam på patientens andliga behov om hen ger uttryck för lidandets meningslöshet, vill träffa en andlig ledare, undrar över meningen med sjukdomen, uttrycker ambivalens inför gud eller rädsla inför en dömande gud. Sjuksköterskan ska vara medveten om patientens andlighet. En sjuksköterska uttrycker värderingen av patientens behov på detta vis:

Jag tror att mina patienter har förtröstan i mig eftersom vi hänger ihop på den mest grundläggande nivå. På så sätt kan jag känna de andliga behoven hos mina patienter.

Bemöta patientens andliga behov

De indiska sjuksköterskorna tar upp hur de tycker att sjuksköterskan bör bemöta patientens andliga behov. Klart är att sjuksköterskan ska reagera på behoven och att möta patienten då hen upplever svårigheter och nöd. När patienten kämpar med att utforska meningen med sitt tillstånd eller sin situation så ska sjuksköterskan finnas där som stöd och hjälp. Sjuksköterskan bemöter patientens andliga behov genom att ge patienten sin tid för att prata och genom att beröra patienten. En sjuksköterska ska ge sina patienter ett positivt tänkande kring välmående och hälsa. En sjuksköterska svarar följande:

Som sjuksköterskor måste vi säga till patienten att "varje dag är en gåva, varje andetag är en gåva"

Vidare ska sjuksköterskan skapa ett behov av hopp hos patienten och genom goda ord och gärningar skapa vårdrelationer med patienten. Sjuksköterskan ska även hjälpa patienten att utveckla, behålla och förnya sina relationer med närstående.

En sjuksköterska följer sin patient genom behandling och vård. Sjuksköterskan ser till att patienten får omvårdnad i en terapeutisk miljö. En viktig del av sjuksköterskans bemötande av de andliga behoven är att tillgodose tillgång till andliga rådgivare och att stödja patientens religiösa utövande. Patientens religiositet ska bemötas med respekt från sjuksköterskan.

Ha karaktärsegenskaper närvarande

De indiska sjuksköterskorna tillskriver den egna professionen vissa karaktärsegenskaper som är närvarande när sjuksköterskan svarar på patientens andliga behov. Sjuksköterskan ska vara förstående och accepterande. Hen ska även vara tillgänglig för sina patienter. En sjuksköterska ska inte bara mekaniskt utföra sina arbetsuppgifter och omvårdnadsåtgärder, utan närvara med hjärta och själ. En sjuksköterska beskriver sjuksköterskans karaktärsegenskaper som änglalika:

Sjuksköterskor är änglar på jorden. Änglar ger kärlek, frid, lycka. Så som sjuksköterskor måste vi ge kärlek, lycka och frid till våra patienter och verka som änglar.

Betrakta patienten som medmänniska

De sjuksköterskor, som svarade på våra frågeformulär, uttrycker en syn på omvårdnad som ligger till grund för hur de bedriver andlig omvårdnad:

Det viktigaste när vi närmar oss en patient är att vi värderar dem som medmänniskor istället för medicinska fall.

De anser att sjuksköterskan måste betrakta patienten som medmänniska och alltså inte ur ett medicinskt perspektiv. Varje patientmöte ska vara unikt och utgå från en holistisk människosyn. De andliga och fysiska behoven ges samma uppmärksamhet. Omvårdnadsåtgärder anses ha samma tyngd som medicinsk behandling:

Genom att bara prata med och trösta patienten kommer vi en bra bit på vägen för att få dem att må bättre. Och att må bättre är en medicin i sig självt.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Omvårdnadsforskning med syftet att studera olika kulturers uppfattning och föreställningar om hälsa och ohälsa berikar sjuksköterskans kunskapsfält och verkar stärkande för yrkesutövandet. Om sjuksköterskan breddar sina perspektiv genom omvårdnadsforskning i utlandet och delar med sig av sina fynd kan professionen dra nytta av detta i och med att kunskapen byggs på. I dagens globala värld möter sjuksköterskan patienter från en mängd olika bakgrunder och genom ett breddat kunskapsfält optimeras chansen för en bra vårdrelation (Meleis, 2012).

Att bedriva utlandsforskning inom omvårdnad kan innebära en del utmaningar. Olika forskningskulturer kan ställa till det vad gäller samarbete och förståelse mellan forskningsteamerna. Detta visar sig bland annat i olika utgångspunkter vad gäller forskningsmetod, syfte och problemområden. I Sverige och norra Europa sker företrädesvis kvalitativ omvårdnadsforskning, medan det i Asien främst bedrivs studier i omvårdnad med en kvantitativ utgångspunkt (Polit & Beck, 2009).

Det står tidigt klart för oss, under vår vistelse i Indien, att vi och personal vid Hyderabad Karnataka Education Society College of Nursing (H.K.E.S. College of Nursing) har olika perspektiv på omvårdnadsforskning. Under en föreläsning, som vi närvarar vid, fastslår Jessica Josline, lärare på H.K.E.S. College of Nursing i Gulbarga (personlig kommunikation, 17 december 2013), att inom omvårdnadsforskning är det den kvantitativa metoden som är vanligast och mest lämplig. Sjuksköterskestudenterna får muntligen upprepa det som Jessica Josline undervisar om för att genom repetition lära sig de rätta uppfattningarna. Egen reflektion verkar det inte finnas plats för i denna typ av undervisning. När vi visar våra frågeformulär för Monica Raleigh, rektor på H.K.E.S. College of Nursing i Gulbarga, (personlig kommunikation, 19 december 2013), konstaterar hon att våra studiedeltagare inte skulle kunna svara på vår undersökning. Hon ifrågasätter varför vi väljer att göra en kvalitativ studie med öppna frågor och inte en kvantitativ undersökning med svarsalternativ. Det är tydligt att vår typ av undersökning är ovanlig och inte väger lika tungt som en kvantitativ studie. Många av studiens brister kan härledas till våra olika perspektiv. Vårt insamlade material bär spår av deltagarnas ovana vid reflektion och diskussion, vilket yttrar sig i ett tunt resultat. Vi upplever även en rädsla bland deltagarna för att svara fel, vilket visar sig i att några svarade tillsammans med identiska svar och att andra ger oss svar som verkar hämtade från en lärobok. Vi tolkar detta som ovana vid egen reflektion.

Språkbarriärer kan bidra med missförstånd, bland annat genom att ord kan ha olika innebörd inom olika kulturer. Trossystem, föreställningar och värderingar kan leda till att data tolkas olika beroende på tolkarens bakgrund (Freshwater, Sherwood & Drudy, 2006). Deltagarna, i vår studie, har möjligheten att svara på sitt modersmål. Dock väljer alla att svara på engelska, vilket eventuellt resulterar i svårigheter i att reflektera över ämnet. Vi, som tolkare, har ibland även svårt att förstå innebörden i svaren. Det hela förvärras av att svaren är fåordiga och därmed svårtolkade. Häri ligger en brist i vår studie och val av frågeformulär som datainsamlingsmetod. Intervjuer skulle ha gett möjlighet till följdfrågor och eventuellt större

förståelse mellan oss och deltagarna. Då vi hyste förhoppningar om ett större underlag valde vi frågeformulär som datainsamlingsmetod och gick därmed miste om intervjuens djup.

Resultatdiskussion

De indiska sjuksköterskorna i vår undersökning ger uttryck för en syn på omvårdnad som ligger till grund för hur de svarar på patientens andliga behov. De menar att patienten ska värderas som medmänniska och inte som ett medicinskt fall. Den holistiska människosynen tas upp som en förutsättning. Helhetsperspektivet på människan återfinns även i svenska sjuksköterskors kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005). Således kan den indiska och den svenska andliga omvårdnaden sägas ha samma utgångspunkt, nämligen att människan är odelbar. Under vår vistelse på de två indiska hälsoinrättningarna, i Gulbarga och Aurad, upplever vi dock att det holistiska perspektivet inte är lika närvarande som det medicinska. Vår upplevelse är att Indiens hierarkiska samhälle (UPI², 2013) avspeglar sig i sjukvården. Den indiske patienten befinner sig längst ned i hierarkin och vi uppfattar det som att det kan försvåra för sjuksköterskan att betrakta patienten som medmänniska. Vi observerar situationer då sekretess och patientens integritet och värdighet inte värnas. För våra västerländska ögon upplevs dessa situationer som olustiga och kränkande för patienten. Vi är dock medvetna om att detta bara är vår betraktelse och behöver således inte stämma överens med den faktiska situationen.

De indiska sjuksköterskornas uppfattning om andlig omvårdnad går i linje med tidigare studier i ämnet. Att lyssnandet är en viktig del av värderingen av patientens andliga behov är något som tas upp i tidigare forskning (Street et al., 2009; Tanyi et al., 2009; Yardley et al., 2009; Lundberg & Kerdonfag, 2010) såväl som i vår studie. Deltagarna uppmärksammar att de andliga behoven kan uttryckas på olika vis, både verbalt och icke-verbalt. Detta upplever vi som viktigt då vissa patienter kan ha svårt att uttrycka sina andliga behov genom muntlig kommunikation (Yardley et al., 2009). De indiska sjuksköterskorna konkretiserar situationer och uttryck när man ska vara som mest uppmärksam på om patienten behöver andlig omvårdnad, exempelvis om patienten vill träffa en andlig ledare eller uttrycker meningslöshet inför lidandet. Även tidigare forskning tar upp när sjuksköterskan ska vara uppmärksam för de andliga behoven, som när en patient har en kronisk (Tanyi et al., 2009) eller dödlig sjukdom (LeMay & Wilson, 2008). Något som slår oss när vi läser deltagarnas svar är att i princip alla är skrivna i punktform och det gäller även konkretiseringen om när man ska vara uppmärksam på patientens andliga behov. Vi uppfattar detta som en checklista i andlig omvårdnad, något som kan ses som en spegling av sjuksköterskeutbildningen i Gulbarga där kunskap lärs ut genom upprepning av föreläsarens ord. Återigen är detta enbart vår betraktelse och tolkning och bygger således inte på vetenskapliga studier. Vi förstår vikten av att uppmärksamma situationer när det andliga behoven kan vara som störst, men menar att patienten aldrig kan förstås utifrån en lista eller färdig mall.

Personcentrering bör vara en självklar utgångspunkt för andlig omvårdnad (Parker et al., 2007; Yardley et al., 2009; Lundberg & Kerdonfag, 2010). Sjuksköterskorna i vår studie ger uttryck just för att arbeta personcentrerat vad gäller till exempel att utgå från den enskilde patienten. Genom kommunikation och att betrakta patienten som medmänniska får sjuksköterskan reda på vad den enskilde patientens behov är (Travelbee, 2002). Omvårdnad som mellanmänsklig process innebär att relationen mellan sjuksköterska och patient leder till

att man tillsammans finner kärnan i patientens behov. Att se relationen som en process gör att omvårdnaden utformas dynamiskt och inte utifrån en förutbestämd mall.

Något som sticker ut i vårt material vad gäller att värdera de andliga behoven är den religiösa undertonen som finns närvarande. En sjuksköterska förklarar att hen och patienten hänger ihop på den mest grundläggande nivå och gör på så sätt sin värdering av patientens andliga behov. Eftersom de är sammankopplade möjliggörs det för sjuksköterskan att känna patientens behov. Vi tolkar detta som ett uttryck av hinduismens grundläggande föreställning om att vi alla är ett och på så vis hänger ihop (UPI¹, 2011).

I bemötandet av patienten och det andliga behovet ska sjuksköterskan vara positiv i sin attityd (Tanyi et al., 2009). Positivitet från sjuksköterskan kan ses som en förutsättning för ett bra vårdmöte. Detta återfinns även i vårt material, men vi uppfattar det som att det hela tas ett steg längre. Sjuksköterskan ska med hjälp av sin attityd förändra patienten utifrån, bland annat genom att ge sina patienter ett positivt tänkande och att utifrån skapa ett behov av hopp hos patienten. Ett sådant synsätt utgår ifrån att sjuksköterskan sitter inne med svaren och lösningar på patientens behov. Enligt Travelbee (2002) kännetecknas god omvårdnad av en mellanmänsklig process. I sådana fall kan man tänka sig att sjuksköterskan och patienten tillsammans namnger behoven och hanteringen av dem. Vi tolkar vår studies resultat som att det till viss del går emot Travelbees teori i det att de indiska sjuksköterskorna är överordnade patienterna vad gäller svar på existentiella frågor. Vi upplever sjuksköterskorna som överordnade då de utifrån ska ge patienten till exempel positivt tänkande, som när sjuksköterskan ska säga till patienten att varje andetag och varje dag är en gåva. En positiv attityd är viktigt för mötet mellan patienten och sjuksköterskan (Tanyi et al., 2009) men bör anpassas efter den situation som patienten befinner sig i. Travelbee (2002) menar att omvårdnad kännetecknas av att sjuksköterskan hjälper patienten med att hitta mening och lindra lidande. Denna hjälp får dock aldrig utgå från en mall eller leda till att patienten passiviseras. Då sjuksköterskan med engagemang sätter sig in i patientens situation möts hen och patienten och grunden för omvårdnad läggs.

Sjuksköterskorna i vår studie nämner vissa karaktärsegenskaper som en sjuksköterska bör ha närvarande. Hen bör till exempel vara accepterande och förstående i mötet med patienten. Tidigare forskning tar upp att patienten med ett andligt behov ska känna sig lyssnad på och bli bemött utan fördomar eller dömande attityd från sjuksköterskan (Tanyi et al., 2009; Yardley et al., 2009; Lundberg & Kerdonfag, 2010). Detta återfinns även i vår studie. Ett intressant fynd i vår undersökning är en deltagare som jämför sjuksköterskor med änglar på jorden, med uppgift att sprida kärlek, frid och lycka till sina patienter. Änglar kan förknippas med olika egenskaper, så som att vara hjälpsam och en räddare i nöden. De kan även symbolisera en längtan efter trygghet, lycka och underverk (NE², 2014). Vi finner det intressant att deltagaren i vår studie ser sin yrkesroll som något större eller övermänskligt, så som en ängel kan tänkas vara. Sätter vi detta i ett större perspektiv är det inte långt ifrån att betrakta sjuksköterskeyrket som ett kall, där sjuksköterskan ger upp sig själv till förmån för patienten (Jakobsson & Lützén, 2009). Att verka som ängel, skulle i den meningen innebära att sjuksköterskan bedriver andlig omvårdnad utifrån plikt och uppoffring. Skillnaden mellan att betrakta omvårdnad som mellanmänsklig process (Travelbee, 2002) och att se professionen som ett kall är stor.

Slutsats

De indiska sjuksköterskorna svarar på patientens andliga behov på olika sätt. De pekar ut arbetsuppgifter som hör till den andliga omvårdnaden och karaktärsegenskaper som en sjuksköterska bör ha. Sjuksköterskorna uttrycker en syn på omvårdnad som enligt dem bör ligga till grund för den andliga omvårdnaden. Resultatet breddar kunskapen kring hur sjuksköterskan kan bedriva andlig omvårdnad. Ämnet bör dock undersökas vidare genom intervjustudier för att få djupare insikt.

REFERENSER

Balboni, M. J., Sullivan, A., Enzinger, A. C., Epstein-Peterson, Z. D., Tseng, Y. D., Mitchell, C.,...Balboni, T. A. (2014). Nurse and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life. *Journal of pain and symptom management*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.09.020>

Boston, P., Bruce, A., & Schreiber, R. (2011). Existential suffering in the palliative care setting: an integrated literature review. *Journal of pain and symptom management*, 41(3), 604-618.

Edwards, A., Pang, N., Shiu, V., & Chan, C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliat Med*,0(00), 1-18.

Elsner, F., Schmidt, J., Rajagopal, M. R., Radbruch, L., & Pestinger, M. (2012). Psychosocial and spiritual problems of terminally ill patients in Kerala, India. *Future Oncology*, 8(9), 1183-1191.

Freshwater, D., Sherwood, G., & Drudy, V. (2006). International research collaboration. Issues, benefits and challenges of the global network. *Journal of Research in Nursing* 11 (4), 295–303.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Jakobsson, E., & Lützén, K. (2009). Omvårdnad som profession och akademiskt ämne. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling* (s. 23-45). Lund: Studentlitteratur.

Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: an introduction to its methodology*. Thousand Oaks, CA: Sage.

LeMay, K., & Wilson, K.G. (2008). Treatment of existential distress in life threatening illness: A review of manualized interventions. *Clinical Psychology Review*, 28, 472 – 493.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 187-202). Lund: Studentlitteratur.

Lundberg, P. C., & Kerdonfag, P. (2010). Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 1121-1128.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing. Development & Progress*, 5th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Williams.

Nationalencyklopedin [NE]¹. (2013). Indien: Religion. Hämtad 2014-03-18 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/indien/religion>

Nationalencyklopedin [NE]². (2013). Änglar. Hämtad 2014-03-18 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/anglar>

Nixon, A. V., Narayanasamy, A., & Penny, V. (2013). An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective. *BMC Nursing*, 12(1), 2-2

Parker, S.M., Clayton, J.M., Hancock, K., Walder, S., Butow, P.N., Carrick, S.,...Tattersall, M.H. (2007). A systematic review of prognostic/end-of-life communication with adults in the advanced stages of a life-limiting illness: patient/caregiver preferences for the content, style, and timing of information. *J Pain Symptom Manage*, 34 (1), 81-93.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2009). International Differences in Nursing Research, 2005–2006. *Journal of Nursing Scholarship*, 41 (1), 44–53.

Sand, L., & Strang, P. (2006). Existential loneliness in a palliative home care setting. *Journal of Palliative Medicine*, 9(6), 1376-1387.

Simha, S., Noble, S., & Chaturvedi S. K. (2013). Spiritual concerns in Hindu cancer patients undergoing palliative care: A qualitative study. *Indian J Palliat Care* 19(2), 99-105

Socialstyrelsen. (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 2013-11-22, från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Strang, S., & Strang, P. (2012). Existentiella och andliga dimensioner inom vården. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (s. 102-107). Stockholm: Liber.

Strang, S., Henoch, I., Danielsson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2013). Communication about existential issues with patients close to death—nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, DOI: 10.1002/pon.3456.

Street, R.L., Makoul, G., Arora, N.K., & Epstein, R.M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74, 295–301.

Sykepleiernes Samarbeid i Norden [SNN]. (2003). *Etiske retningslinjer for omvårdnadsforskning i Norden*. Hämtad 2014-03-11, från <http://www.sykepleien.no/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>

Tanyi, R. A. (2002). Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing* 39(5), 500–509.

Tanyi, R.A., McKenzie, M., & Chapek, C. (2009). How family practice physicians, nurse practitioners, and physician assistants incorporate spiritual care in practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioner*, 21(12), 690-697.

Travelbee, J. (2002). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. Köpenhamn: Munksgaard Danmark.

Utrikespolitiska Institutet [UPI]¹. (2011). *Indien: Religion*. Hämtad 2014-03-15 från <https://www.landguiden.se/Lander/Asien/Indien/Religion>

Utrikespolitiska Institutet [UPI]. (2011). *Indien: Sociala förhållanden*. Hämtad 2014-03-18 från <https://www.landguiden.se/Lander/Asien/Indien/Sociala-Forhallanden>

Vallurupalli, M., Lauderdale, K., Balboni, M. J., Balboni, T. A., Phelps, A. C., Block, S. D., . . . VanderWeele, T. J. (2012). The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *The Journal of Supportive Oncology*, 10(2), 81-87.

Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (s. 27-43). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. *Palliative care*. Hämtad 2013-09-26, från <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>

Yardley, S.J., Walshe, C.E., & Parr, A. (2009). Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements. *Palliat Med*, 23, 601-607. DOI: 10.1177/0269216309105726

Bilaga 1a Frågeformulär

1. How would You define spirituality?

Bilaga 1b. Frågeformulär

2. How do You become aware of the spiritual needs of the patients?

Bilaga 1c. Frågeformulär

3. How do You respond to the spiritual needs of the patients?

Bilaga 2. Information till deltagare



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Sahlgrenska Academy
Institute of Health and Care Sciences

Dear respondent!

We are two Swedish nursing-students, who are writing a bachelor thesis on the nurse-provided spiritual care, here in Gulbarga, which will result in our nursing degree. We are now asking for Your help. We have three open questions about spirituality and spiritual care and we would be more than glad if You would like to take Your time to answer them.

You are free to answer as much and as little as You wish and You could chose to write in which language You prefer. Please ask if You do not understand the questions.

Participation in this study is voluntary and you can withdraw Your consent to participate at any time during the study. All data will be handled confidentially.

If You have got any questions please do not hesitate to contact us via e-mail:
rebecka.dryselius.nurse@gmail.com

Thank You for Your cooperation!

Anna Kalin

Rebecka Dryselius

.....

.....

Nursing students
Sahlgrenska Academy
Gothenburg University
Sweden

Bilaga 3. Intyg om godkännande

Paper of approval

I have received information regarding the study and state with my signature that my participation is completely voluntary.

If I wish I can at any moment choose to not participate in the study.

Location, date, signature

.....

Responsible for the study

Anna Kalin
Rebecka Dryselius