

Hinder och möjligheter för andlig omvårdnad

FÖRFATTARE	Britta Grönqvist Karen Marie Slunge Buus
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad - Eget arbete VT 2007
OMFATTNING	10 p
HANDLEDARE	Isabell Fridh
EXAMINATOR	Ingvar Frid

Titel (svensk):	Hinder och möjligheter för andlig omvårdnad
Titel (engelsk):	What prevents and promotes spiritual care
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete/VOM200/SPN7
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	23
Författare:	Britta Grönqvist Karen Marie Slunge Buus
Handledare:	Isabell Fridh
Examinator:	Ingvar Frid

SAMMANFATTNING

Enligt Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska skall sjuksköterskan ha förmåga att tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov, såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga. Trots detta tenderar andliga behov att hamna i skymundan. Kritik kan riktas mot att vården har en för endimensionell syn på patienten. Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka vilka hinder och möjligheter som finns för att utöva andlig omvårdnad. Studiens resultat baseras på 11 artiklar. En induktiv analys av innehållet i dessa artiklar ledde fram till sju teman som syntes ha stor påverkan på bedrivandet av andlig omvårdnad. Dessa teman var: Begreppets mångtydighet, Utbildning och träning, Inställning och beredskap, Trosuppfattning, Resurser, Kommunikation och slutligen Vårdkultur. Resultatet sammanfattades i en tentativ modell över faktorer som påverkar andlig omvårdnad och visar på var i sjukvården dessa hinder och möjligheter finns. Uppsatsens resultat diskuterades med hjälp av Katie Eriksson och Jean Watsons omvårdnadsteorier. En slutsats var att de faktorer som påverkar sjuksköterskans förutsättningar att bedriva andlig omvårdnad samspelar. Medvetenheten om och lyhördheten för människans andliga dimension bör integreras i allt arbete som omgärdar patienten för att kunna nå det mål om helhetshälsa som Eriksson och Watson menar skall styra omvårdnaden.

INNEHÅLL

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Människosyn i vetenskap och vård.....	1
Naturalistisk/biomedicinsk människosyn	1
Humanistisk människosyn	2
Definitioner av andlighet	4
Andlighet i omvårdnadsteori.....	4
SYFTE	7
METOD	7
Urval	8
Analys	8
RESULTAT	9
Begreppets mångtydighet.....	9
Utbildning och träning	10
Inställning och beredskap	10
Trosuppfattning.....	12
Resurser.....	13
Kommunikation	13
Vårdkultur	14
Sammanfattande tolkning	14
DISKUSSION.....	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion.....	17
Slutsatser	20
REFERENSER	21

BILAGOR

- Bilaga 1: Artikelpresentation
- Bilaga 2: Tabell över artikelsökning

INLEDNING

Under utbildningen till sjuksköterskor har det återkommande talats om människan som en flerdimensionell varelse. Vi har uppfattat att den ideala omvårdnaden använder sig av en helhetssyn på människan, den är holistisk.

I Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (1), läser vi bland annat att sjuksköterskan skall ha förmåga att tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov, såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga. Särskilt har vi kommit att fundera kring människan som andlig varelse. Vad ligger egentligen i detta begrepp? Hur ska sjuksköterskan i omvårdnadshandlingar kunna praktisera något så abstrakt som andlighet? Med tanke på ämnets komplexitet har det fått förvånansvärt litet utrymme i utbildningen. Dessutom har vi reagerat på att det, när andlighet kommit upp, nästan uteslutande varit i samband med palliativ omvårdnad. Vår upplevelse är att förlorad hälsa, av både större och mindre allvarlighetsgrad, ofta väcker tankar av existentiell karaktär hos människan.

Ytterligare en påminnelse om att sjuksköterskan förväntas bemöta patienters andliga behov hittar vi i modellen för omvårdnadsdokumentation, VIPS, där Andligt/Kulturellt finns med som ett sökord (2). Utifrån erfarenheter av klinisk utbildning och från tidigare arbete i vården tycker vi oss kunna se att andliga behov finns men sällan uppmärksammas, de lämnas okommenterade. Som exempel har vi sett avdelningar där sökordet tagits bort ur dokumentationsmallen eller enbart använts för att redovisa eventuell religiositet. Varför verkar andlig omvårdnad så ofta komma i skymundan?

BAKGRUND

Människosyn i vetenskap och vård

Huruvida andlighet erkänns som en del av människan eller ej, beror på vilken människosyn som antas. För sjuksköterskan är det viktigt att göra sig medveten om vilken människosyn som vägleder henne/honom.

”Sjuksköterskans människosyn utgör tillsammans med rådande vårdideologi och vetenskapssyn en viktig grundval för den professionella vården. Det är på detta fundament vårdarbetet vilar. Det är därför av avgörande betydelse att varje sjuksköterska klargör för sig själv vilken människosyn som ligger till grund för hennes handlingar.” (3 sid 125)

Naturalistisk/biomedicinsk människosyn

Sedan upplysningen (1700-tal) har den naturalistiska människosynen haft stort inflytande i det västerländska samhället och således också inom vården. Den medicinska vetenskapen gjorde under denna epok stora framsteg. Ständigt nya forskningsresultat och framsteg inom det biomedicinska fältet har efter hand gjort att människan invaggats i en tro att man är på väg att få kontroll över sjukdomars förekomst och utbredning. Idag riktas ibland kritik mot sjukvården för att den inte

förmår se utöver den biomedicinska modellen av människan. Denna modell är enligt kritiker nödvändig men inte tillräcklig för att förklara sjukdom och hälsa (4, 5).

Den naturalistiska synen på människan är materialistisk. Med detta avses att den söker förklara alla människans aspekter genom materiella förlopp. Bara det som kan kvantifieras och mätas är meningsfullt ur vetenskaplig synpunkt. Det andra saknar sanningsvärde (4).

Naturalister menar att människan är en del av naturen och att hon inte i sig själv har något värde. En människas värde uppstår istället till exempel genom produktionsförmåga eller förmåga att överleva. Skillnaden mellan djur och människa är inte kvalitativ utan mer en gradskillnad (3). Precis som djuren är människan driven av instinkter och har ingen fri vilja att handla. Detta sätt att se på människan är deterministiskt vilket innebär att man ser människan som styrd av yttre faktorer som hon inte kan kontrollera. Genom att människan inte är fri utan alltså styrs av drifter eller genom betingning så kan hon inte heller avkrävas ansvar för sina handlingar.

Den naturalistiska synen på människan är reduktionistisk, man försöker förstå människan genom att bryta ner henne i mindre beståndsdelar som går att analysera. Människan reduceras till olika biologiska mekanismer och förlopp. Människan tillerkänns ingen själ eller andra dimensioner än den rent kroppsliga/fysiska. Man utgår från att själen, liksom alla andra företeelser i världen, består av materia och de själsliga processerna är i själva verket även de kemiska eller fysiska processer (5).

En strikt biomedicinsk människosyn ger att sjukdom betraktas som ett fel i maskineriet, således behöver ”maskinen” stundom manipuleras, till exempel med kirurgi eller om det är fel på maskinens beteende, genom bestraffning eller belöning. Det senare är i överensstämmelse med behaviorismen där man menar sig kunna bevisa att människan i allt styrs av betingning enligt stimulus-responsmodellen (4).

I sjukvården får en ensidigt naturalistisk/materialistisk människosyn konsekvenser som att vårdarna handlar paternalistiskt. Patienten betraktas som ett passivt objekt, inte fri och alltså utan möjlighet att själv ta ansvar för sin hälsa. Vården behöver inte ta hänsyn till patientens känslor eftersom dessa inte tillskrivs någon betydelse för patientens tillfrisknande (4). Om man ställer detta mot Hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (6) så inser man att en ensidigt materialistisk människosyn inte är förenlig med svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning.

Humanistisk människosyn

Som tidigare nämnts riktas kritik mot att vården fortfarande har en alltför endimensionell syn på patienten/människan (4, 5). Dock, menar Laghé (7) finns tecken på att det på senare år har skett en förändring på det vårdideologiska området. Laghé tar upp att den materialistiska människosynen i större utsträckning ersatts av ett mer holistiskt synsätt. Som tecken på detta anges bland annat utredningarna Döden angår oss alla – värdig vård i livets slut (8) och Vårdens svåra val (9). I dessa betonas särskilt att människosynen i vården ska bygga på humanistisk tradition. Noterbart är att det i utredningen Döden angår oss alla (8) ändock framgår att

andliga och existentiella behov ofta försummas, att personal inom vård och omsorg i stor utsträckning undviker frågor kring detta. Tendenser liknande de Laghé påpekar bekräftas också av mängden ny omvårdnadsforskning inom området holistisk vård och andlig omvårdnad.

En humanistisk människosyn kan sägas i allt väsentligt skilja sig från den naturalistiska. Det centrala i humanismen är att människan betraktas som universums centrum. Människan är höjd över naturen (3). Humanismen reducerar inte människan till en enda dimension utan tillskriver henne kropp, själ och i flera fall även en andlig dimension. Man menar att människan är ett subjekt, ett jag som har frihet och därigenom även ansvar. Människan har också ett värde i sig själv ett värde som är lika för alla människor (4).

Humanismen kan delas in i en religiös och en profan del. De överensstämmer i det mesta men den senare kan sägas ha en något mer positiv människosyn genom att den ser människan som grundläggande god, med förnuft och i ständig utveckling. Människor förenas och ges samma värde genom de grundläggande behov som alla delar. Människan är autonom och har möjlighet att påverka sin livssituation. Hon har även förmågan till självreflektion vilket är något som skiljer henne från djuren. Existentialismen är ett exempel på profan humanism. Där betonas främst människans valfrihet (10). Den kristna humanismen utgår från att varje människa är en avbild av Gud och därigenom får ett evigt, okränkbart värde. På grund av synd förmår dock inte människan genomföra det goda hon vill. Endast genom frälsning kan denna synd lyftas av människan. Också inom islamsk och judisk tradition får människan sitt värde genom att hon är en Guds avbild (4,10).

Ett annat exempel på flerdimensionell människosyn har antroposofin som har utvecklat sina egna principer inom läkekonst och pedagogik. Antroposoferna utgår från människan som andlig varelse. Inom den antroposofiska sjukvården är det centralt att kropp och själ hänger ihop (10).

I svensk hälso- och sjukvård ska den humanistiska människosynen vara den rådande, för såväl medicinskt- som omvårdnadsutbildade (1,11). Den humanistiska människosynen får i omvårdnaden konsekvenser som att patienten skall vara självbestämmande, hon anses kunna ta ansvar för de olika val hon gör. Vårdens mål är att främja människors hälsa. Då människan anses ha olika dimensioner blir det vårdens uppgift att befrämja hälsa på alla dessa områden, fysiskt, psykiskt, socialt och andligt. En holistisk vård har just detta syfte. Eftersom människan är mer än bara summan av sina delar gäller att ta sig an helheten. Helheten är alla de relationer som vi som människor är en del av (3).

”Man bör argumentera för den människosyn som gör rättvisa åt ens totala upplevelser eller erfarenheter av att vara människa.” skriver Barbosa da Silva och Andersson (4 sid 257). Birkler (3) hävdar att de materialistiska och humanistiska människosynerna i vården bör ses som kompletterande till varandra eftersom förståelse av båda slagen är central för att få en så nyanserad bild av patienten som möjligt och därigenom kunna ge bästa möjliga vård. Framförallt, påpekar Birkler, är det viktigt att sjuksköterskan gör sig medveten om sin egen människosyn.

Definitioner av andlighet

I ordböcker och uppslagsverk framkommer följande definitioner och synonymer till andlighet: själslig, mental, psykisk, ideell, översinnlig, transcendent, icke-världslig, kyrklig, religiös. Något som gäller själslivet särskilt med tanke på högre (religiösa) värden. Ordet ande har ursprungligen betydelsen andetag, senare betydelse själ, okroppsligt väsen, har tillkommit under den kristna missionen (12-14).

Termen andlig kan enligt Barbosa da Silva och Andersson (4) definieras på tre sätt: Andlig kan betyda kulturell, man talar då om andliga värden eller andliga arv. Andlig kan även användas som synonym till existentiell. Existentialistiska filosofer som till exempel Kierkegaard och Frankl beskriver upplevelsen av livets och lidandets mening eller meningslöshet, skuld, frihet, ansvar och förtvivlan som andligt. Andlig kan även användas i betydelsen religiös. Som exempel på religiösa upplevelser eller erfarenheter kan nämnas känslor av synd, skuld, religiös omvändelse, hopp om evigt liv, mening med liv och lidande.

Omvårdnadsforskaren Linda A. Ross (15) definierar andlighet som: Det i människan som strävar efter mening och mål med existensen/livet. En gränsöverskridande dimension som strävar efter att gå utöver här och nu i ett sökande efter högre krafter/värden eller en Gud, något större än en själv. Andlighet är det som inspirerar, motiverar och ger hopp. Den kan hittas genom att människan vänder sig mot kärleken, konsten, skönheten, tro och kreativitet.

I omvårdnadsdokumentation enligt VIPS-modellen ingår det i omvårdnadsstatus även en bedömning av andlig status. Andligt beskrivs där som de värderingar, kultur, religion, livsåskådning, intressen och liknande som har stor betydelse för människans livssituation. Den andliga dimensionen behöver inte vara religiös i traditionell mening, den kan också vara av existentiell art. Andligheten kan yttra sig i estetiska behov som konst, poesi, och musik (2).

Andlighet är ett komplext begrepp som är svårt att beskriva och förklara. Sivonen (16) jämför det med att beskriva vinden eller havet och säger därmed att analysen av begreppet andlighet är outtömlig. Sivonen tar också upp att det i många beskrivningar av människan, där människan uppfattas som en enhet av kropp, själ och ande ofta saknas en precisering av vad ande är.

Andlighet i omvårdnadsteori

Flera omvårdnadsteoretiker tar upp att det är en av sjuksköterskans uppgifter att uppmärksamma patienters andliga behov. I till exempel Katie Eriksson och Jean Watsons teorier om omvårdnad är andlighet av central betydelse.

Erikssons teori bygger på kristen tro men har även filosofisk karaktär. Substansen i vårdandet består enligt Eriksson av ansning, lekande och lärande (17). Genom dessa processer kan man åstadkomma tillstånd av tillit, tillfredställelse, kroppsligt och andligt välbehag. Det ger en känsla av tro, hopp och kärlek som kan användas för helandet, för att stödja hälsoprocesserna. Ansningen ger kroppsligt välbehag och renlighet. Den kännetecknas av värme och beröring, den inkluderar också tillfredställelse av grundläggande behov. Lekandet ger tillit och välbefinnande, i leken uttrycks även attraktion och kreativitet. Lärandet leder till utveckling,

självständighet, mognad och självförverkligande. Tro, hopp och kärlek är tre meningsbärande begrepp som är viktiga för Eriksson, tillsammans bildar de kärnan för vård (17).

Ett grundantagande för vårdvetenskapen är enligt Eriksson att människan består av en enhet av kropp-själ-ande och att människan är en religiös varelse. Detta behöver dock inte vara bejakat av alla personer, men grundantagandet berör alla människor och gör människan till en andlig varelse (16). Hälsa innebär helhet och integration av kropp, själ och ande (17). I beskrivningen av människan och hennes olika dimensioner framkommer också tankar om människans existens och relationer till andra.

I Erikssons omvårdnadsteori har människan, självet, en relation till andra människor och till en abstrakt andra (Gud). Självet består av kropp, själ och ande. Kroppen är den del av självet som är direkt förknippad med andra människor. Själen kombinerar Eriksson så att den består av en andlig och en psykisk dimension. Dessa dimensioner är förknippade med relationen till den abstrakta andra (Gud). Denna syn på människan ger upphov till något som Eriksson kallar människans livsrum. Det första är det fysiska livsrummet där förutsättningarna och behoven för de primära livsfunktionerna finns. I detta rum är individen vid sjukdom ofta i hög grad beroende av andra. Det andra rummet är det fysio-psyko-sociala och utgör ett livsrum för samspel mellan självet och andra. Förutsättningarna är relationer med andra. Det tredje är det andliga rummet där kärnan är självets relation till den abstrakta andra, till en gud eller till en personlig tro. Summan av rummen är människans hela kapacitet och optimala hälsa och det är därför omvårdnad måste bedrivas i alla rummen, alltså även andlig omvårdnad (17).

Den andliga omvårdnadens specifika innehåll redovisas inte av Eriksson. Hon beskriver dock själavård vilket enligt henne innebär lyssnande, samtal, undervisning eller vägledning. Eriksson gör distinktionen mellan själavård och andlig vård, där själavård mer handlar om vård av psykisk ohälsa och andlig vård handlar om klassisk kristen själavård eller annan andlig vård. Det finns enligt Eriksson behov av att skilja mellan profan själavård och psykoanalytisk själavård och att renodla formerna. Det skulle ge en tydligare signal till patienterna menar hon. Det gemensamma syftet med båda formerna av själavård är att nå helhetshälsa hos människan (17).

Varje vårdare bör ha grundläggande beredskap att möta patientens själsliga och andliga behov men mer avancerad själavård och andlig vård ska utföras av specialutbildad personal. Eriksson menar att det är viktigt att känna begränsningarna för sin kompetens så att inte oförmågan att svara an på patienters andliga behov gör att man förnekar att behoven ens finns (17).

I ”Den lidande människan” (18) beskriver Eriksson att ett syfte med andlig omvårdnad är att lindra lidande. Lidandet delas in i tre former: Sjukdomslidande som är den kroppsliga smärtan förorsakad av sjukdom. Vårdlidande är det lidande som vården eller behandling av sjukdom kan ge upphov till, exempelvis genom dåligt bemötande, långa väntetider och den smärta och obehag som själva behandlingen kan medföra. Livslidande, det existentiella lidandet, innebär att hela människans livssituation berörs av sjukdom och ohälsa, det kan hota människans

totala existens på grund av förlust av möjligheten att leva det liv man vill eller har tänkt sig. Den andliga omvårdnadens syfte är främst att lindra det existentiella lidandet.

En annan omvårdnadsforskare som tillmäter andliga behov stor betydelse är Jean Watson. Watsons omvårdnadsteori bygger på en existentiellistisk-humanistisk människosyn. Hon är inspirerad av österländskt tänkande och filosofi där människans andliga sida utgör en viktig dimension. Människan ses som en flerdimensionell, icke delbar helhet. Watson sätter omvårdnad i en metafysisk kontext (läran om den översinnliga världen) och detta gör omvårdnaden till en mellanmänsklig omsorgsprocess med andliga dimensioner (19, 20).

Andlighet sätts mot fysisk-materialistiska värden och Watson uttrycker att österländska kulturer med sin långa andliga tradition är mera andligt utvecklade och har högre nivåer av medvetenhet än den västerländska delen av världen. Hon skriver också att den betydelse man ger den andliga dimensionen varierar mellan människor, individer och mellan kulturer (20). Enligt Watson skall sjuksköterskan ha kunskap och förståelse för patientens tro, lagar om kost, idéer om hälsa och sjukdom, om kroppen, själen, mystik, smärta, död, renhet och familjeband. Hon menar att om sjuksköterskan visar erkännande, uppskattning och respekt för andlig mening i en annan persons liv kan detta ge tröst. Sjuksköterskan kan vara länken mellan patienten och hennes eller hans andliga behov. Relationen mellan sjuksköterska och patient är enligt Watson den innersta kärnan i omvårdnadsarbetet och är förutsättningen för positiva hälsoresultat (19, 20).

För att ytterligare beskriva omvårdnaden och sjuksköterskans uppgifter har Watson utvecklat tio karaktäristiska faktorer (19). Flera av dessa faktorer berör andlighet. Faktor nr 2 handlar bland annat om att det är en viktig uppgift för sjuksköterskan att etablera tro och hopp hos patienten. Under denna faktor betonas den andliga dimensionen som en viktig helande kraft. Personlig tro och personliga värderingar är viktiga för återvinnandet av hälsa. Faktor nr 8 innefattar stödjande, skyddande och förbättrande av psykisk, fysisk, social och andlig miljö. Miljön runt patienten måste vara trygg och säker men även estetiska hänsyn kan höja patientens välbefinnande. Konst, färgen på väggarna, blommor och ljus kan bidra till detta. I denna faktor beskrivs även att det är sjuksköterskans uppgift att kontakta präst eller annan andlig ledare för att tillfredsställa andliga behov. Watson skriver: *"Andlig och religiös medvetenhet/uppmärksamhet är ett av sjuksköterskans ansvarsområden"* (19 sid 92, vår översättning). Faktor nr 9 handlar om att tillgodose mänskliga behov, det gör även flera av de andra faktorerna men under denna faktor beskrivs de utifrån en behovshierarki. Även om behov är ordnade hierarkiskt menar Watson att de kan påverka varandra nivåerna emellan och att ett holistiskt synsätt och tänkande därför är viktigt för att identifiera ursprungligt problem och behov (19). De andliga behoven beskrivs inte explicit under denna faktor.

Även faktor nr 10; att ge existentiell-fenomenologiska krafter möjlighet att verka, skall beskrivas här eftersom det kanske är den faktor som bäst ger svar på hur sjuksköterskor kan arbeta för att tillfredsställa patienters behov, även de andliga (19). Fenomenologi handlar om att förstå en människa utifrån hur hon eller han upplever och erfar saker och ting, det är hennes eller hans yttre eller inre erfarenhet som är i fokus. Sjuksköterskor konfronteras dagligen med människor som i samband

med sjukdom upplever stress, stora förändringar, förlust, död och döende, människor som kämpar med existentiella frågor i svåra stunder i livet. Mötet med dessa människor kan ge upphov till att sjuksköterskan tvingas konfrontera sina egna tvivel, sin egen mening med livet. Watson menar att existentiella frågeställningar har stort inflytande på hälsan och på hälsobefrämjande vård. Sjuksköterskan kan inte eliminera de känslor av ensamhet och utanförskap som sjukdom kan ge upphov till hos patienten. Varje människa måste själv hitta sin väg genom de existentiella frågorna. Sjuksköterskans möjlighet ligger i att känna till känslorna och därmed uppmuntra och stödja existentiell medvetenhet hos andra. Att anta ett existentiell-fenomenologiskt perspektiv är att anta en filosofisk ansats för att se eller förstå en annan människas hela situation. Det är ett sätt att förhålla sig för att medvetet visa uppmärksamhet. Att använda denna filosofi eller medvetenhet kan hjälpa sjuksköterskan privat och professionellt, det kan bli en guide som vänder människors tragedi och svåra livserfarenheter till styrkor. Att studera patienter utifrån denna ansats menar Watson är viktigt för att sjuksköterskan skall bli bättre på att förstå och stödja patienter och därmed att främja hälsa (19).

Även om Eriksson och Watsons omvårdnadsteorier har skilda utgångspunkter, den första mer kristen och den senare existentialistisk med inflytande av österländskt filosofi, så har de flera gemensamma begrepp när det gäller andlighet och andlig omvårdnad. Helhetssynen på människan som bestående av kropp, själ och ande är gemensam. Båda uttrycker att etablering av tro och hopp är centrala kännetecken för andlig omvårdnad. I Erikssons livsrum och Watsons behovshierarkier finns gemensamma beröringspunkter som har betydelse för att förstå och identifiera patienters andliga behov. Vad gäller de vårdande handlingarna för andlighet finns också mycket gemensamt. Eriksson nämner lyssnande, samtal, vägledning som vårdande handlingar. Watson skriver att om sjuksköterskan visar erkännande och respekt för patientens andliga mening så kan det ge tröst.

Utifrån ovan studerade omvårdnadsteoretiker och även Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (1), står det helt klart att andlig omvårdnad är något som sjuksköterskan förväntas ta del i men att det är något som sker i icke tillfredsställande utsträckning. Varför ser det ut så? Hur kommer det sig att den andliga omvårdnaden får så litet utrymme inom den kliniska verksamheten?

SYFTE

Syftet med uppsatsen är att undersöka vilka hinder och möjligheter som finns för att utöva andlig omvårdnad.

METOD

Arbetet har genomförts som en litteraturstudie. Resultatet baseras på en kvantitativ studie, åtta kvalitativa studier, en artikel där både kvantitativ och kvalitativ metod har använts samt en litteraturstudie, totalt 11 artiklar (bilaga 1).

Urval

För insamling av data har databaserna CINAHL och PubMed/Medline använts. En sökning i CINAHL gjordes med sökorden spiritual care, nursing och spirituality. Genom att använda dessa tre sökord tillsammans framkom (den 28 mars 2007) 220 artiklar. Ett kriterium för urvalet var artiklar från åren 1997-2007, detta gjordes dels för att begränsa men också för att få med ny, mer aktuell forskning. Som blivande sjuksköterskor i svensk, västerländsk vårdkontext valdes vad som kan uppfattas som artiklar skrivna under västerländska förhållanden. Titlarna på de 220 artiklarna lästes igenom. I de fall osäkerhet om innehållet förelåg lästes även abstrakt. Kvar efter denna genomläsning var 45 artiklar, samtliga 45 abstrakt lästes och utifrån detta valdes 24 artiklar. Nästa sällning gjordes delvis utifrån artiklarnas tillgänglighet vid Göteborgs universitetsbibliotek och artiklar som till exempel enbart behandlade omvårdnad av barn valdes bort. Tretton artiklar lästes igenom, fyra artiklar sorterades bort efter genomläsning då de inte svarade an på uppsatsens syfte eller höll vad som uppfattades som tillräckligt hög vetenskaplig standard. Nio artiklar återstod därefter. En av artiklarna, ej tillgänglig vid Göteborgs universitetsbibliotek, verkade särskilt intressant (21) varför denna beställdes. Ytterligare en artikel (22) valdes eftersom den fanns med som referens i en annan (23). Det faktum att denna studie utförts bland svenska sjuksköterskor sågs som en fördel (bilaga 2).

En andra sökning genomfördes i databasen PubMed/Medline (den 10 april 2007). Sökord i denna sökning var spiritual care och spiritual needs. Följande begränsningar för urvalet gjordes: endast engelskspråkiga artiklar, artiklar från de senaste tio åren, från nursing journals, åldersgrupper 19-44 år samt 45-64 år och endast artiklar med abstrakt. Denna sökning gav 90 träffar. Samtliga titlar lästes, artiklar från Asien och Afrika valdes bort samt artiklar som redan hade framkommit i databasen CINAHL. Nio artiklar valdes utifrån titel och deras abstrakt lästes. Efter denna sällning återstod endast en artikel som tillräckligt motsvarade syftet (bilaga 2).

Analys

Artiklarnas kvalitet granskades med hjälp av de från institutionen erhållna checklistorna för granskning av kvalitativa, kvantitativa- samt litteraturstudier. Artiklarna hade enligt dessa genomgående god kvalitet.

En induktiv analys av innehållet i artiklarnas resultatdelar genomfördes. Artiklarna lästes igenom i sin helhet och nyckelord utifrån syftet noterades. Olika hinder respektive möjligheter urskiljdes och sammanfördes. Dessa hinder och möjligheter analyserades och jämfördes och fram trädde olika teman. Ingående diskussion av dessa teman följde för att skapa samstämmig uppfattning mellan författarna. Efter mindre justeringar framstod sju teman som syntes påverka förutsättningarna för andlig omvårdnad. Dessa teman gavs följande rubriker:

- Begreppets mångtydighet
- Utbildning och träning
- Inställning och beredskap
- Trosuppfattning
- Resurser
- Kommunikation
- Vårdkultur

Resultatet sammanfattades slutligen i en tentativ modell över faktorer som påverkar andlig omvårdnad (figur 1).

RESULTAT

Utifrån analysen av artiklarna, som är grunden för denna uppsats resultat, framkom sju teman som sammanfattade olika hinder och möjligheter för andlig omvårdnad. Nedan presenteras dessa.

Begreppets mångtydighet

Flertalet artiklar kom fram till att andlighetsbegreppets mångtydighet, att det inte finns en tydlig och universell definition, var något som försvårade bedrivandet av andlig omvårdnad (22, 24-29).

van Leeuwen et al. (24) som genomförde intervjuer av sjuksköterskor, patienter och sjukhuspräster i fokusgrupper fann att begreppets otydlighet gjorde det svårt att arbeta med. Sjuksköterskorna drog sig för att föra andlighet på tal och hade svårt att veta vad som skulle dokumenteras och var. Detta framkom också i McSherrys (29) studie av vilka faktorer som hämmade respektive främjade andlig omvårdnad. van Leeuwen et al. (24) såg hur andliga behov tenderade att blandas ihop med andra behov, främst de psykosociala. Detta var även något som kunde utläsas i Strang et al.s (22) undersökning av hur svenska sjuksköterskor definierar andliga behov. ”*It was quite obvious that they had difficulty in distinguishing between spiritual/existential and psychosocial care.*” (22 sid 53).

Om patienten och sjuksköterskan hade skilda uppfattningar om vad andlighet innebar försämrade det förutsättningarna för den andliga omvårdnaden (25). Exempel på detta var att framförallt patienter hade uppfattningen att andlig vård endast var något som uppmärksammades vid vård i livets slutskede. Detta kunde leda till att patienten inte ville kännas vid att andlig omvårdnad togs upp. Det skapade ett motstånd och förnekelse av behoven eftersom de på sätt och vis kunde innebära ett hot (30, 27).

Att andlighet i vissa fall enbart sågs som religiositet, att likhetstecken sattes mellan de två, visade sig kunna komplicera den andliga omvårdnaden (22, 27).

Utbildning och träning

I Vance (25) kvantitativt genomförda studie av vad som hindrar sjuksköterskor att bedriva andlig omvårdnad, hamnade sjuksköterskans otillräckliga utbildning på en andra plats. Brist på utbildning i andlig omvårdnad eller för lite träning i att utöva andlig omvårdnad samt i att tala om ämnet behandlas även i flera andra av artiklarna (23, 24, 28, 30).

Enligt van Leeuwen et al.s (24) studie berördes ämnet andlig omvårdnad ytterst lite inom holländska sjuksköterskors grundutbildning. Det framkom av studien att det fanns ett behov av ytterligare träning i andliga samtalsmetoder, träning i att utveckla den personliga andliga medvetenheten och hur man applicerar denna i den professionella vården. I Kuuppelomäkis (30) studie som undersökte andligt stöd till terminalt sjuka patienter, uttalade en sjuksköterska att hon/han saknade kompetens och färdigheter i andlig omvårdnad: *"I would need additional training so that I could speak more competently with patients."* En annan uttryckte: *"You'd need to know more about different religions."* (30 sid 666). Carrol (31) påpekade i sin fenomenologiska studie där andligheten och andlig omvårdnad undersöktes, att sjuksköterskans erfarenhet utgjorde en viktig faktor för andlig omvårdnad, att kunskapen inte kunde läras genom att läsa sig till det ur en bok. Sjuksköterskans utbildningsgrad påverkade dock enligt Vance (25) inte givandet av andlig omvårdnad, inte heller sjuksköterskeskolans inriktning, (religiös eller annan) eller antal år inom yrket.

Att ökad utbildning och praktisk träning specifikt i ämnet andlighet och andlig omvårdnad underlättade konstaterades däremot av flera (22, 24, 30). Medelvärdet för det uppmätta andliga stöd eller andlig omvårdnad som sjuksköterskor gav, var högst för sjuksköterskor som frekvent hade tagit del i seminarier om palliativ vård (30). Praktiska redskap för att tala om andlighet, till exempel bilder nämns som en möjlighet för att utveckla den andliga omvårdnaden, liksom fortbildning inom densamma. Även handledning i omvårdnadslaget föreslogs som möjlighet för att utveckla den andliga omvårdnaden (24).

Inställning och beredskap

Flera hinder och möjligheter för utövandet av andlig omvårdnad visade sig bero på sjuksköterskans och patientens inställning och beredskap för andlig omvårdnad. Detta kunde för sjuksköterskan handla om känslor inför ämnet såsom rädsla, upplevelsen av att inte räcka till men även förhållningssätt och attityder till andlig omvårdnad. En viktig del av detta var också hur man såg på relationen mellan patient och sjuksköterska.

Frågan om inställningen till huruvida andlig vård är en sjuksköterskeuppgift eller ej lyftes fram i flera artiklar (24, 25, 27, 30). Till exempel fanns intervjuade patienter som uttryckte att de inte uppfattade att det var en sjuksköterskas uppgift att tillse deras andliga behov. Deras förväntningar på sjuksköterskan handlade om att få god kroppslig omvårdnad. Andra ansåg att de föredrog och fick andliga behov tillfredsställda på annat håll, till exempel av närstående (24, 27, 30).

Enligt Strang et al. (22) hade en majoritet (87 %) av sjuksköterskor en positiv vilja och inställning till att ge andlig omvårdnad. I andra artiklar visades på

sjuksköterskor som ifrågasatte eller inte var säkra på sin roll vad gäller denna uppgift (24, 30). *"I find it difficult to say whether it is part of my professional duty, or whether it is something personal"* (24 sid 878). Att denna inställning kunde utgöra ett hinder kom också till uttryck i Vance (25) studie där 12 % av de tillfrågade sjuksköterskorna uttryckte att andlig omvårdnad var en olämplig professionell aktivitet. För Ross (21), som i en kvalitativ studie undersökte vilka faktorer som påverkade andlig omvårdnad, uppgav sjuksköterskor att de kände sig oförmögna att svara på patienters andliga behov. Dock ansåg 93,7 % att de hade ett delat ansvar med andra att ta hand om dessa behov.

Om sjuksköterskan hade inställningen att andlighet var något privat för patienten, som sjuksköterskan inte skall ta upp eller lägga sig i så förhindrades andlig omvårdnad. *"The third greatest barrier was the belief that spiritual matters are private to the individual and should not be addressed by the nurse"* (25 sid 267). Även de intervjuade sjuksköterskorna i Lundmarks (23) studie, som undersökte vilka svårigheter svensk vårdpersonal såg med att ge andlig omvårdnad, uppmärksammade detta som ett hinder. Vidare beskrev sjuksköterskorna att det kunde vara svårt att komma patienten tillräckligt nära så att samtal om andliga frågor blev möjliga. Sjuksköterskor i Carrols (31) studie ansåg också andlighet som något privat och att det behövdes en förtroendefull relation mellan sjuksköterska och patient för att patientens andliga bekymmer skulle kunna identifieras.

Inställningen till den egna andligheten påverkade utövandet av andlig omvårdnad och kunde som andra faktorer både utgöra ett hinder men också förbättra eller ge möjligheter för utvecklandet av den andliga omvårdnaden. I Vances (25) studie anges förnekande av egen andlighet som ett hinder för andlig omvårdnad. Detta menade 8,8 % av de tillfrågade sjuksköterskorna.

Den egna livserfarenheten ansågs av sjuksköterskor i Carrols (31) studie vara av betydelse för att kunna identifiera och bemöta patienters andliga behov. En av slutsatserna i samma studie var att det var viktigt för sjuksköterskor att utveckla en förståelse av sin egen andlighet för att på så vis få ökad beredskap att förstå och möta andras andliga behov. Även Ross (21) konstaterade att sjuksköterskors personliga erfarenheter påverkade deras beredskap att möta patientens andliga behov *"...nurses seemed to be able to personally respond to spiritual needs which they had themselves encountered..."* (21 sid 41).

Intervjuade patienter i van Leeuwen et al.s (24) studie uttryckte att om det blev aktuellt med andlig omvårdnad så var det av största vikt att känna att sjuksköterskan hade ett personligt engagemang. Detsamma framkom hos Johnston Taylor (27) som undersökt vilka förväntningar på att få andliga behov bemötta som cancerpatienter och deras nära anhöriga hade på sjuksköterskor. Patienter lade särskild vikt vid att det var en symmetrisk sjuksköterske/patientrelation, att sjuksköterskan visade personligt engagemang. En respondent citeras om hur han/hon önskade att sjuksköterskan skulle närma sig honom/henne: *"not be a nurse, but be my friend"* (27 sid 588). Relationen mellan sjuksköterskan och patienten samt sjuksköterskans personliga engagemang i relationen beskrivs också i Narayanasamy och Owens (28) artikel som viktig för att stödja patienter med andliga behov.

I Miner-Williams (26) litteraturstudie vars syfte var att lyfta fram en mer praktiskt inriktad förståelse för andlighet i omvårdnad, påtalades att det är viktigt att ha inställningen att omvårdnad skall utövas andligt såväl som att bedriva andlig omvårdnad. *"It can be construed that nurses can both provide spiritual nursing care and can provide nursing care spiritually."* (26 sid 818). I samma studies riktlinjer för utvecklandet av andlig omvårdnad sägs det att sjuksköterskor i högre grad utövar omvårdnad andligt om de är bekväma med sin egen andlighet (26).

I flera artiklar betonades sjuksköterskornas känslor i förhållande till andlig omvårdnad. Det kunde vara känslor av rädsla, osäkerhet och maktlöshet som försvårade utövandet av den andliga omvårdnaden (23, 24, 29). Rädsla för känslomässigt engagemang kunde enligt McSherrys (29) studie leda till undvikande av att uppmärksamma patientens andliga behov.

En av de intervjuade prästerna i artikeln av van Leeuwen et al. (24) påpekade att sjuksköterskor ofta hade en problemlösande inställning till sitt jobb. Detta anges passa dåligt då man vill hantera människors andliga behov. En möjlighet var att istället ha ett mer reflekterande arbetssätt. Att ha inställningen att 'vara med' istället för att 'göra för' patienten ökade enligt Ross (21) möjligheterna till att kunna bedriva andlig omvårdnad.

Om patienters andliga behov uppmärksammades var beroende på sjuksköterskans känslighet och lyhördhet inför patientens signaler om andliga behov (21). Ett individanpassat bemötande var viktigt för att kunna bedriva andlig omvårdnad (26, 29).

Trosuppfattning

Såväl patientens som sjuksköterskans trosuppfattning kan spela roll för den andliga omvårdnaden. Narayanasamy och Owen (28) såg att en uttalad religiös tro hos patienten underlättade för sjuksköterskan att bedriva andlig omvårdnad. Det skapade mer konkreta verktyg för att närma sig det, som tidigare nämnts, ibland diffusa ämnet andlighet. Ytterligare underlättades det om sjuksköterskan och patienten delade samma trosuppfattning. Detta framkom även i artikel av Carroll (31) och hos Taylor (27) där det beskrevs hur till exempel delad bön kunde vara en möjlighet till andlig omvårdnad. Hinder kunde uppstå då sjuksköterska och patient inte delade samma tro (23, 25, 27).

Att sjuksköterskan hade en uttalad tro, medvetenhet om sin egen andlighet, identifierades av van Leeuwen et al. (24) som något som ökade möjligheterna att kunna se och tillfredsställa patientens andliga behov. Dock hindrades vissa sjuksköterskor av rädsla för att uppfattas som missionerande. I Kuuppelomäkis (30) undersökning framkom att sjuksköterskans egen tro kunde vara både hinder och möjlighet för andlig omvårdnad beroende på dess grad. Ingen andlig tro och därigenom mindre vana vid begreppet andlighet var ett hinder precis som en mycket starkt uttalad tro var det genom att det kunde begränsa sjuksköterskan.

Ytterligare problem kopplat till trosuppfattning uppträdde då sjuksköterskor tenderade att fokusera på minoritetsgruppers andlighet. Majoritetens andlighet kom i skymundan eller negligerades (28, 29). *"Caution is required since an inherent danger is that, if we focus solely upon the beliefs and needs of the minority ethnic*

and religious groups, we can inadvertently alienate, or even minimize the beliefs of the majority population.” (29 sid 912).

Resurser

Denna rubrik rymmer flera aspekter som påverkar andlig omvårdnad, från tid till omgivning/miljö och personalresurser.

Tidsbrist angavs i många artiklar som ett hinder för andlig omvårdnad (21-25, 27, 30). Vance (25) som i sin studie rankade olika hinder (barriers), fann att otillräcklig tid för andlig omvårdnad var det största hindret. Tidsbristen omnämndes av både patienter och sjuksköterskor: *”Patients saw that nurses were busy and understood that they had little time and attention for a conversation...Nurses also admitted that they sometimes had little or no time for the patient and, hence, for spiritual aspects”* (24 sid 882). Det framkom dock också i samma artikel att både patient och sjuksköterska var medvetna om att tidsbristen i vissa fall kunde vara en fråga om prioritering. Personalbrist hör ihop med tidsaspekten eftersom den påverkar den tid som sjuksköterskan kan ägna åt varje patient. Detta hinder för andlig omvårdnad togs upp av både McSherry och Ross (21, 29). Att kort vårdtid kunde försämra förutsättningarna för andlig omvårdnad finns också beskrivet (27).

Miljön som vården bedrivs i angavs som en faktor som påverkade möjligheten till andlig omvårdnad. Det kunde handla om tillgänglighet till lokaler såsom kyrka, kapell, rum för tystnad och avskildhet (21-23). Även bristande tillgång till präster eller andra religiösa stödjare inom sjukvården utgjorde ett hinder för andlig omvårdnad (21, 30).

Kommunikation

Kommunikationen mellan patient och sjuksköterska påverkar förutsättningarna för den andliga omvårdnaden. Ross (21) undersökte i sin studie sjuksköterskans roll i bedömningen och bemötandet av patientens andliga behov och konstaterade att det ställde till problem om kommunikationen inte fungerade mellan patient och sjuksköterska. Kommunikationen stördes till exempel då patienten var döv, medvetlös eller dement. Detta utgjorde hinder för hur de förmådde kommunicera sina andliga behov. Detta styrks av van Leeuwen et al. (24) som fann att specifika kommunikationsproblem som afasi eller att patient och sjuksköterska talade olika språk kunde leda till att sjuksköterskan undvek patienten. Ytterligare ett hinder för kommunikation enligt intervjuade patienter i van Leeuwen et al.s studie kunde uppstå då det rådde ett generationsgap mellan sjuksköterska och patient.

Kuuppelomäki (30) studerade andligt stöd för patienter i livets slutskede och såg att sjuksköterskor hindrades i den andliga omvårdnaden av att patienten inte förmådde uttrycka sina behov. Dessa patienter var ibland i mycket dåligt skick vilket gjorde det svårt för dem att uttrycka sina andliga behov närmare. En ytterligare komplicerande faktor i dessa fall var då det saknades anhöriga. Anhöriga var viktiga för att kommunicera hur patienten ställt sig till olika andliga frågor tidigare. Även Ross (21) kunde genom sin studie konstatera anhörigas betydelse för den andliga omvårdnaden då patienten var förhindrad att kommunicera. *”In all cases collaboration with the patient’s family/friends may be indicated, in order to*

ascertain what gave them meaning and hope in their lives prior to deterioration in their condition.” (21 sid 40).

Kommunikationen kring den andliga omvårdnaden riskerade att försämrans av att vårdgivare genom sitt språkbruk kring andliga frågor omedvetet exkluderade vissa grupper. Språkbruket kunde vara präglad av en viss religion eller etnicitet så att de diskriminerade de som hade en annan bakgrund (29).

Vårdkultur

Ett sista tema som framstod betydelsefullt för hinder och möjlighet till andlig omvårdnad var atmosfären och arbetskulturen där vård utövades, här kallad vårdkultur. Att vårdkultur och rutiner inom vården påverkade andlig omvårdnad var något som flera författare tog upp (21, 24, 26, 29). van Leeuwen et al. (24) såg att en affärsmässig inställning, ökad kommersialisering av vården och dominans av medicinsk-tekniska aspekter som ökade spänningen mellan behandling (cure) och omvårdnad (care) var hinder för andlig omvårdnad. Respondenter i van Leeuwen et al.s (24) studie framhövde också att andlighet inte var något man pratade med alla kollegor om. Kollegors kritik och negativa syn på andlighetens plats i omvårdnaden blev ett hinder liksom brist på stöd från ledning (25, 28).

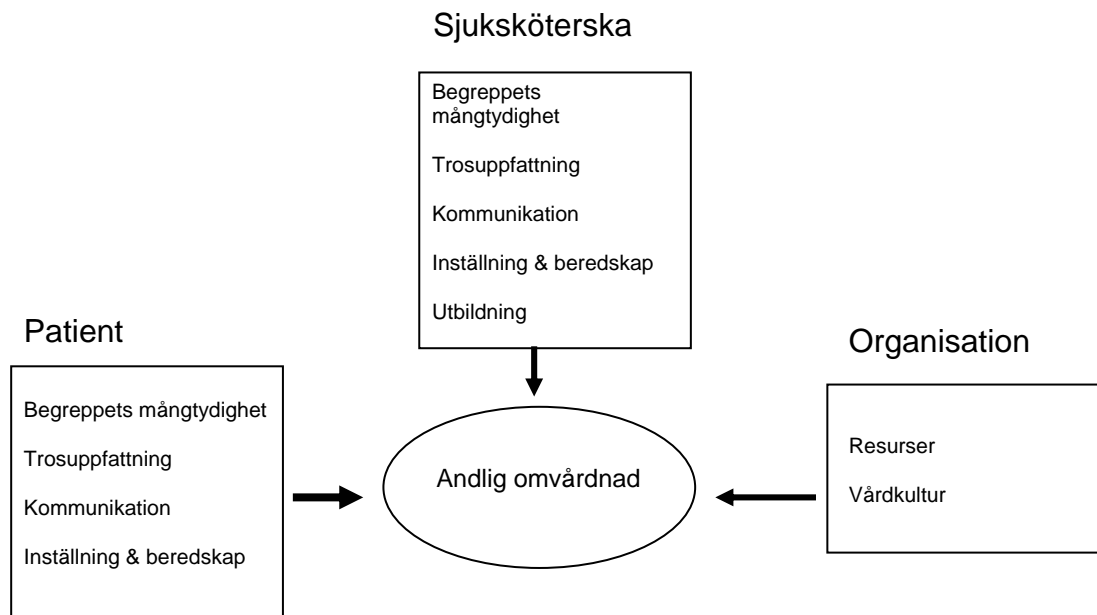
Enligt Lundmarks (23) studie fick andlighet inte utrymme i vården, annat prioriterades högre. Man förlitade sig i vården ”*mer på preparat än på Gud*” (23 sid 33). Andligheten bortrationaliserades, patienter fick inte information om att andlig omvårdnad kunde finnas vilket självklart försämrade förutsättningarna för sådan.

Rutinstyrighet kunde också hindra andlig omvårdnad eller göra den opersonlig. Det fanns risk för fragmentering, att ett reduktionistisk tänkande tog över och att andliga behov sågs separat från övriga dimensioner. De blev bara ännu en punkt som skulle fyllas i ett dokumentationssystem till exempel vid ankomstsamtal. Omvårdnaden blev därmed rutinmässig och opersonlig. Den holistiska vården, där andlighet är en integrerad del av människan och därmed omvårdnaden kom inte till uttryck (26, 29).

Sammanfattande tolkning

Resultatet visade att en del hinder och möjligheter fanns hos sköterskan själv medan andra fanns hos patienten eller i organisationen. Detta överensstämde till exempel med hur Lundmark (23) diskuterade problemen. Ytterligare inspiration hittades hos Ross (21) som i en modell beskrev sjuksköterskerelaterade och patientrelaterade faktorer, andra krafter – miljö, samt andra professioners influenser på den andliga omvårdnaden.

Utifrån ovanstående resultat utformades följande tentativa modell:



Figur 1. Tentativ modell över faktorer som påverkar andlig omvårdnad

DISKUSSION

Metoddiskussion

Det var lätt att hitta aktuell forskning i ämnet andlig omvårdnad. Problem uppstod snarare i begränsandet av antalet artiklar. I den första sökningen, i CINAHL, användes sökord som gav en bred ingång. Istället för att begränsa genom mer specifika sökord lades tid på att gå igenom de 220 titlar som kom upp och därefter lästes abstrakt. Trots att det efter första sökningen redan framkommit ett tillräckligt antal artiklar (10 st) valdes att genomföra sökning i ytterligare en databas, PubMed/Medline. Förhoppningen var att täcka ett bredare område och att där kunna hitta för syftet relevanta artiklar som inte fanns att läsa i CINAHL. Vid sökningen i PubMed/Medline användes andra sökord med målet att angripa området utifrån ytterligare aspekter. I efterhand har diskuterats om det hade varit mer korrekt att använda exakt samma sökord även i andra sökningen? Detta uppfattas dock inte ha påverkat uppsatsens resultat nämnvärt. Det ska sägas att flera av artiklarna dök upp i båda sökningarna trots icke identiska sökord.

Medvetet valdes att avgränsa till artiklar som skrivits i en, som det uppfattades, västerländsk kontext. Kritik kan riktas mot att detta är en för snäv begränsning eftersom världen förändras och vårt samhälle nu består av en kulturell och religiös mångfald.

De studerade artiklarna undersökte ämnet andlig omvårdnad med olika utgångspunkt. Vissa angav tydligt vad som framkommit som hinder respektive underlättat för den andliga omvårdnaden. Andra artiklar var inte lika tydliga på den punkten och tolkning har skett gällande vad som framstod påverka förutsättningarna för den andliga omvårdnaden. Här gällde det att vara medveten om förförståelse. Till exempel kunde upplevelsen (som redogörs för i inledningen) att andlig omvårdnad är eftersatt göra att fler hinder sågs. Genom att hela tiden vara uppmärksamma på och diskutera förutfattade meningar har försök gjorts att göra en så ofärgad tolkning som möjligt.

Angående artiklarnas vetenskapliga kvalitet kan sägas att Ross (21) utmärkte sig genom att inte helt tydligt redovisa sin metod. Istället hänvisades till en tidigare artikel av samma författare. Att Ross artikel trots detta valdes, berodde på att den innehöll för uppsatsens syfte värdefull information och att Ross framstod som en etablerad och trovärdig forskare. Hon angavs som referens i flera av de andra artiklarna och hennes arbete dök också upp under inläsning av bakgrundlitteratur (15).

De flesta av de studerade artiklarna var kvalitativa studier. Kvalitativ metod lämpar sig väl för att undersöka ett ämne som andlighet men samtidigt är antalet respondenter ofta relativt litet. Detta får konsekvenser för studiernas överförbarhet.

En styrka i denna uppsats är att den bygger på artiklar från det senaste decenniet. Majoriteten av artiklarna är publicerade de senaste 5 åren. Detta ger en aktuell överblick av ämnet. Anmärkningsvärt var att ingen av de studerade artiklarna hade något genusperspektiv. Det skulle ha varit intressant att veta om och i så fall hur den andliga omvårdnaden påverkades av sjuksköterskans respektive patientens kön. Vilka hinder respektive möjligheter ligger i detta?

Angreppssättet, att försöka se hinder och möjligheter, var i stort en bra ingång men emellanåt framstod det dock som komplicerande att hinder och möjligheter är olika sidor av samma mynt. Risk fanns på så vis att hamna i cirkelresonemang. Övervägande gjordes om att enbart fokusera på hinder men slutligen valdes att även inkludera möjligheterna för att få ett mer positivt, handlingsinriktat resultat.

Angående analys av data, att dela in i olika teman, så upplevdes att dessa teman ibland var svåravgränsade. Varje tema hade kunnat vara tydligare. Försök har gjorts att råda bot på detta genom en inledande förklaring av vad som ingår i respektive tema. Om analysen skulle göras om hade mer tid ägnats åt arbetet med dessa teman för att försöka få dem tydligare och lättare att särskilja.

Att vara två uppsatsförfattare har ibland varit tidskrävande men framförallt positivt i det att vi kunnat diskutera och resonera oss fram till lösningar av olika problem, såsom metodologiska, begreppsliga och andra. Att vara två författare är lärorikt ur flera perspektiv, man delar kunskap, man byter kunskap och man kan lära av en annans perspektiv. Det ger också möjlighet att testa den egna argumentationen. Diskussionerna författarna emellan fördjupar analysen och den vetenskapliga processen.

Resultatdiskussion

Det faktum att begreppet andlighet är så mångtydigt, att det inte finns någon allmängiltig definition och förståelse, framkom som ett tydligt hinder för andlig omvårdnad i resultatet. Artiklarna arbetar utifrån delvis olika definitioner av begreppet vilket kan ha varit en orsak till att de i vissa fall fick motsägande resultat. En intressant tanke i detta sammanhang framförs i van Leeuwen et al.s (24) artikel. Det föreslås att andlighet kanske inte bör försöka förstås utifrån en enda universell definition eftersom begreppets innebörd varierar utefter varje individs syn på och tolkning av världen. Sivonens (16) resonemang som det hänvisas till i bakgrunden, om att analyser av andlighet blir outtömliga, pekar också mot detta.

Eftersom andlighet nu är så svårfångat framstår det vara fruktbart att som sjuksköterska använda sig av en, som Watson (19) uttrycker det, existentiell-fenomenologisk ansats i omvårdnaden. Att försöka förstå patienten, dennes livsvärld, och vilken betydelse som andlighet ges där. Detta bekräftas i resultatet där flera studerade artiklar (22, 26, 29) lyfter fram vikten av ett individuellt bemötande av patienten som en möjlighet eller kanske snarare förutsättning för andlig omvårdnad.

Att sjuksköterskan medvetandegör sig om sin egen andlighet/trosuppfattning framkommer vara en viktig faktor för att på ett bra sätt kunna möta patienters andliga behov. Detta innefattar även att vara medveten om vilken människosyn man som sjuksköterska har. Här tar vi stöd av Birkler (3) som menar att det är av avgörande betydelse att varje sjuksköterska klargör för sig själv vilken människosyn som ligger till grund för hans eller hennes handlingar. Även Watson belyser vikten av sjuksköterskans förtrogenhet med sin egen andlighet. Watson (20) tar upp att sjuksköterskans möjlighet ligger i att känna igen de existentiella/andliga tankar och frågor som dyker upp hos den sjuka och att uppmuntra och stödja medvetenheten om dessa.

Svårigheten att definiera andlighet och hur den manifesterar sig hos patienter hänger alltså samman med sjuksköterskans medvetenhet om sin egen andliga dimension. En konsekvens av detta torde bli att utbildningar som vänder sig till blivande eller färdiga sjuksköterskor skall omfatta träning och utbildning i att varsebli denna andliga dimension.

Otillräcklig utbildning var ett annat hinder som kom fram i uppsatsens resultat. De undersökta artiklarna var dock inte helt samstämmiga om sambandet. Kuuppelomäki (30) såg att mera utbildning genom deltagande i seminarier om andlig omvårdnad, ökade sjuksköterskans andliga stöd till patienten. Vance (25) å sin sida fann att utbildningsgraden inte syntes ha någon betydelse. En tolkning av detta blir att det finns ett behov av mera specifik utbildning och praktisk träning i andlighet och andlig omvårdnad samt förbättrad kvalitet på densamma under såväl grundutbildning som senare i yrkeslivet. Utifrån perspektivet som sjuksköterskestudenter ser vi processorienterad handledning som en väg till ökad medvetenhet. Handledning där temat andlighet och existentiella frågor behandlas mera specifikt. Undervisning med mer aktivt studentdeltagande, till exempel workshops, skulle kunna utveckla studenternas medvetenhet om den egna andligheten och det egna förhållningssättet och därmed ge bättre förutsättningar för den andliga omvårdnaden.

Det visade sig att andlig omvårdnad var beroende också av patientens trosuppfattning. Sjuksköterskor tenderade att fokusera på religiösa manifestationer av andlighet. En, av patienten uttalad religiositet, gav sjuksköterskan mer konkreta tecken på patientens behov och vilka åtgärder som kunde vara lämpliga för att möta dessa (27, 28). På detta vis riskerar sjuksköterskan att missa de andliga behov som har annan bakgrund och uttryck än de religiösa. Som påtalades i uppsatsens bakgrund omfattar andlighet mer än bara religion. Förståelsen av begreppet andlighet verkar präglad av kulturella mönster. Till exempel påpekar Strang et al. (22) att Sverige är ett relativt sekulariserat land varför det här är mer lämpligt med en syn på andlighet som innefattar också religiösa men framförallt existentiella komponenter. Katie Eriksson som verkar i Finland, ett annat relativt sekulariserat samhälle, betonar dock starkt människan som en religiös varelse. Oavsett om personen i fråga själv ser sig som religiös eller ej så är hon/han det menar Eriksson (17). Här framstår Watsons teori ge större möjligheter i det att den i högre grad betonar den existentiella delen av andligheten. Detta ger en mer allmänmänsklig utgångspunkt.

Kommunikation som en viktig komponent i den andliga omvårdnaden får stöd i resultatet och hos såväl Eriksson (17) som Watson (19, 20). Eriksson pekar på lyssnande och samtal som metod för andlig omvårdnad/själavård. I den existentiell-fenomenologiska syn på patienten som Watson förordar ser vi att kommunikation är av största vikt. God kommunikation krävs för att sjuksköterskan ska kunna förstå patientens hela situation/livsvärld.

Det kan diskuteras att en åtgärd i andlig omvårdnad som återkommande återges i artiklarna är att sjuksköterskan då hon eller han identifierat andliga behov hos patienten kan hänvisa till andra, till exempel sjukhuspräst eller kurator. Det skulle kunna ses som att hon/han härigenom fränsäger sig sitt ansvar för denna dimension. Eriksson (17) å andra sidan tar snarare upp detta att hänvisa till andra som något positivt, som något sjuksköterskan inte bara kan utan bör göra. Hon belyser vikten av att se sina begränsningar och att använda varje yrkesgrupps specifika kompetenser. Att som sjuksköterska tro att man ensam ska hantera alla uppkomna frågor/problem är inte rimligt. Det leder till en ohållbar arbetssituation. Eriksson menar att det kan leda till att patientens behov då istället förnekas. Även Watson beskriver i sin karativa faktor nr 8 att kontakta andliga ledare är en sjuksköterskeuppgift (19). Under temat Resurser framkommer att brist på andliga experter såsom till exempel präster blir ett hinder för att kunna tillgodose patientens andliga behov i vården. De är en viktig resurs. För att kunna bedriva holistisk vård, med en helhetssyn på människan är det grundläggande att arbeta teamorienterat, att ta hjälp av olika yrkens specialkompetenser (24, 31).

Miljön tas upp som en faktor som påverkar förutsättningarna för andlig omvårdnad under kategorin Resurser i resultatet. Att miljön är av betydelse för omvårdnaden påpekar Watson (19). Hon menar att miljön som omger patienten är viktigt för välbefinnandet och att man med vacker och trygg miljö kan bidra till trygghet och välbefinnande. Andlig miljö skall enligt Watsons karativa faktor nr 8 vara stödjande, skyddande och förbättrande. Stödjande miljö kan vara bönerum, kyrkorum eller liknande, rum för avskildhet och tystnad är skyddande och tillsammans utgör de rum eller miljöer som stärker andligheten och ger ökade möjligheter till att utöva andlig omvårdnad.

Under temat Inställning och beredskap framkom relationens stora betydelse för utövandet av andlig omvårdnad. En tillitsfull relation mellan patient och sjuksköterska visade sig viktig. Detta överensstämmer med Watsons beskrivning av relationen som kärnan i omvårdnadsarbetet (19, 20). Även Eriksson (17) talar om relationer och att de är viktiga för hälsa och välbefinnande. Hon beskriver människans olika livsrum och hur det i dessa finns möjlighet för samspel med andra. Sjuksköterskan ingår i detta samspel och behöver se sitt ansvar för relationen till patienten.

Till temat Inställning och beredskap hör också sjuksköterskans arbetssätt. I resultatet framhävs vikten av ett mer reflekterande arbetssätt, att vara med patienten istället för att ständigt göra för patienten. Sjuksköterskans arbetssätt eller vårdande beskrivs av Eriksson (17) som ansning, lekande och lärande. Här kan också sägas ingå ett varande med patienten och ett reflekterande som leder till utveckling. Målet för omvårdnaden är enligt både Watson (19) och Eriksson (17) att hjälpa patienten att hitta tro och hopp. Detta kan uppnås bland annat genom att använda ett reflekterande arbetssätt, till exempel att sjuksköterskan ägnar sig mer åt att lyssna till patienten. Lyssnandet är en förutsättning för att lära känna patienten, hennes/hans tankar och känslor. Det i sin tur kan hjälpa patienten att tillsammans med sjuksköterskan hitta tröst och förståelse för lidandet, även livslidandet som patienten befinner sig i.

Tidsbrist framstod som ett stort hinder för den andliga omvårdnaden. Tidsperspektivet i omvårdnaden är inget som de för uppsatsen valda omvårdnadsteoretikerna tar upp. Förmodligen hänger det ihop med att de är just teoretiker och att problemet med tillräcklig tid först uppstår i det praktiska arbetet. För att bedriva den ideala omvårdnaden som både Eriksson (17) och Watson (19) beskriver i sina teorier krävs tid. Att lyssna på en patients livsberättelse är tidskrävande och att reflektera över berättelsen och bekräfta den likaså. Dock kan misstänkas att det ibland döljer sig annat bakom den beskrivna tidsbristen som hinder för andlig omvårdnad. Denna misstanke stöds i resultatet som visade på att tidsproblemet också kan vara en fråga om prioritering. Bland annat presenteras att sjuksköterskans inställning kan vara orsaken till att andlig omvårdnad inte prioriteras. Den andliga omvårdnadens prioritet kan enligt resultatet också påverkas av vårdkulturen, exempelvis av kollegors och chefers stöd eller brist på stöd för att andlig omvårdnad är något viktigt.

Watson (19) påpekar att sjuksköterskan i mötet med patientens lidande ofta konfronteras med sina egna existentiella frågor. Det är sannolikt att många sjuksköterskor därför undviker detta. Det är lättare att ange tidsbrist som orsak än att tvingas möta sina egna känslor inför existentiella frågor, det andliga. Tidsbristen och även personalbristen som hinder för utövandet av andlig omvårdnad skall dock inte negligeras. Det är trots allt tydligt att så många författare tar upp detta som ett hinder och det bör därför vara ett viktigt argument att framföra i diskussioner om omvårdnads kvalitet med beslutsfattare inom hälso- och sjukvård.

Det kan diskuteras om denna uppsats möjligtvis tagit ett för brett grepp på ämnet andlig omvårdnad genom att både hinder och möjligheter studerats samt att ämnet i artiklarna belysts ur flera olika gruppers perspektiv. I resultat ingår faktorer som har

framkommit via sjuksköterskor, patienter, präster med flera. Ett argument för denna breda ingång är att det upplevts som en styrka att ha studerat hela den kontext som sjuksköterskan verkar inom. Det är viktigt att se de olika faktorer som påverkar sjuksköterskans handlingsutrymme. Utifrån detta utvecklades en tentativ modell (figur 1) som placerar de påverkande faktorerna på olika nivåer i vården. Tanken med en sådan modell var att tydliggöra var främst hindren ligger. Detta kan vara till hjälp för att se var insatserna behöver sättas in för att utveckla och stärka omvårdnadens kvalitet.

Slutsatser

Med denna litteraturstudie har uppsatsens syfte att identifiera hinder och möjligheter för andlig omvårdnad uppnåtts. I valda artiklar framkommer flera faktorer, såväl hinder som möjligheter, som påverkar förutsättningarna för sjuksköterskan att kunna ta det ansvar för patienters andliga behov som beskrivs i både Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (1) och i Hälso- och sjukvårdslagen (6).

En slutsats som kan dras är att de faktorer som påverkar sjuksköterskans förutsättningar för att bedriva andlig omvårdnad många gånger samspelar och är beroende av varandra. Till exempel påverkas sjuksköterskans inställning och beredskap av utbildning, träning och av vårdkulturen där sjuksköterskan verkar. I framtida forskning skulle det vara värdefullt att undersöka vilket stöd sjuksköterskor tycker att de behöver för att komma över känslor av rädsla och maktlöshet inför andlig omvårdnad samt utveckla metoder/utbildningsprogram för att kunna ge detta stöd till sjuksköterskorna.

Slutligen vill vi instämma med Miner-Williams (26) som påpekar att sjuksköterskan inte enbart bör tänka på att utöva andlig omvårdnad utan även att utöva omvårdnad andligt. Medvetenheten om och lyhördheten för människans andliga dimension bör integreras i allt arbete som omgärdar patienten för att kunna nå det mål om helhetshälsa som Eriksson och Watson menar skall styra omvårdnaden.

REFERENSER

1. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
2. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. VIPS-boken: om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen. Stockholm: Vårdförbundet; 2000.
3. Birkler J. Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn. Stockholm: Liber; 2007.
4. Barbosa da Silva A, Andersson M. Vetenskap och människosyn i sjukvården: en introduktion till vetenskapsfilosofi och vårdetik. Stockholm: SHSTF; 1993.
5. Sjöström B. Helhetsperspektiv och människosyn. Lund: Studentlitteratur; 1990.
6. SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialdepartementet; 1982.
7. Laghé B. Jag var sjuk och ni gav mig vård: andlig vård i öppen vård. Uppsala: Svenska kyrkans centrum för andlig vård inom hälso- och sjukvården; 2005.
8. SOU 2001:6 Döden angår oss alla - värdig vård i livets slut. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
9. SOU 1995:5 Vårdens svåra val. Stockholm: Socialstyrelsen; 1995.
10. Barbosa da Silva A, Ljungquist M. Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige: en teoretisk och empirisk analys av några nödvändiga villkor för en öppen - holistisk vård i ett pluralistiskt samhälle. Lund: Studentlitteratur; 2003.
11. Statens medicinsk-etiska råd. Etik: en introduktion. Stockholm: Fritzes; 1994.
12. Walter G. Bonniers synonymordbok. Falkenberg: Bonnier Fakta Förlag; 1991.
13. PLUS: ordbok+uppslagsbok. Stockholm: Språkdata och Norstedts Förlag AB; 1997.
14. Wessén E. Våra ord deras uttal och ursprung. Nacka: Esselte Herzogs; 1975.
15. Ross LA. Nurses' perceptions of spiritual care. Aldershot: Avebury, cop.; 1997.

16. Sivonen K. *Vården och det andliga: en bestämning av begreppet 'andlig' ur ett vårdvetenskapligt perspektiv* [dissertation]. Åbo: Åbo Akademis förlag; 2000.
17. Eriksson K. *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist och Wiksell/Norstedts Förlag; 1987.
18. Eriksson K. *Den lidande människan*. Arlöv: Liber Utbildning, 1995.
19. Watson J. *Nursing - The Philosophy and Science of Caring*. Colorado: University Press of Colorado; 1985.
20. Watson J. *En teori för omvårdnad: omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur; 1993.
21. Ross LA. The nurse's role in assessing and responding to patients' spiritual needs. *International journal of palliative nursing* 1997;3(1):37-42.
22. Strang S, Strang P, Ternstedt B-M. Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of clinical nursing* 2002;11:48-57.
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. van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *Journal of clinical nursing* 2006;15:875-884.
25. Vance DL. Nurses' attitudes towards spirituality and patient care. *Medsurg nursing* 2001;10 (5):264-268.
26. Miner-Williams D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. *Journal of clinical nursing* 2006;15:811-821.
27. Johnston Taylor E. Nurses caring for the spirit: Patients with cancer and family caregiver expectations. *Oncology nursing forum* 2003;30(4):585-590.
28. Narayanasamy A, Owens J. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *Journal of advanced nursing* 2001; 33(4):446-455.
29. McSherry W. The principal components model: a model for advanced spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. *Journal of clinical nursing* 2006;15:905-917.
30. Kuuppelomäki, M. Spiritual support for terminally ill patients: nursing staff assessments. *Journal of clinical nursing* 2001;10:660-670.

31. Carroll B. A phenomenological exploration of the nature of spirituality and spiritual care. *Mortality* 2001;6(1):81-98.

Bilaga 1 Artikelpresentation

- Referens nr: 21
Författare: Ross LA.
Titel: The nurse's role in assessing and responding to patients' spiritual needs.
Antal referenser: 23
Syfte: Att försöka beskriva sjuksköterskors uppfattning av andliga behov och andlig vård, samt att undersöka de faktorer som tillsynes påverkar andlig omvårdnad.
Metod: Kvalitativ studie utifrån enkät, samt djupintervjuer med sjuksköterskor där faktorerna undersöktes djupare.
Land: Storbritannien
Tidskrift: International journal of palliative nursing, 1997
- Referens nr: 22
Författare: Strang S, Strang P, Ternstedt B-M.
Titel: Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff.
Antal referenser: 59
Syfte: Att beskriva hur svenska sjuksköterskor på sex olika enheter karakteriserar betydelsen/meningen med andliga behov i en bred kontext och vilken betydelse sjuksköterskorna ger den andliga dimensionen. Ett annat syfte var att studera om det finns speciella grupper av patienter för vilka andliga/existentiella behov betraktas som varande av särskilt betydelse.
Metod: Kvalitativ studie. Enkät med bland annat två öppna frågor, 141 sjuksköterskor inom onkologi deltog i studien.
Land: Sverige
Tidskrift: Journal of clinical nursing, 2002
- Referens nr: 23
Författare: Lundmark M.
Titel: Andlig omvårdnad – definition av begreppet och svårigheter med att ge sådan enligt svensk vårdpersonal.
Antal referenser: 36
Syfte: Att utifrån enkätundersökning besvara följande forskningsfrågor: a) Hur beskriver vårdpersonalen på en svensk onkologisk klinik termen ”andlig omvårdnad”? b) Vilka svårigheter ser sagda vårdpersonal med att ge andlig omvårdnad?
Metod: Kvalitativ analys. Enkät med två öppna frågor (samt 17 slutna frågor som dock redovisas i annan artikel). Deltagare i studien var både sjuksköterskor och undersköterskor med varierande arbetserfarenhet.
Land : Sverige
Tidskrift: Vård i Norden, 2005

- Referens nr: 24
 Författare: van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen, H.
 Titel: Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility.
- Antal referenser: 30
 Syfte: Att ge insikter/kunskap om andliga aspekter i omvårdnaden i nederländsk sjukvårdskontext och att ge rekommendationer för utvecklingen av omvårdnad inom detta område samt för att främja den professionella expertisen för sjuksköterskor.
- Metod: Kvalitativ studie. Intervjuer i fokusgrupper bestående av sjuksköterskor, patienter och präster.
- Land: Nederländerna
 Tidskrift: Journal of clinical nursing, 2006
- Referens nr: 25
 Författare: Vance DL.
 Titel: Nurses' attitudes towards spirituality and patient care.
- Antal referenser: 26
 Syfte: Att bestämma hur sjuksköterskors (inom akutvård) andlighet påverkar utförandet av andlig omvårdnad och att identifiera barriärer som hindrar tillhandahållandet av andlig omvårdnad.
- Metod: Kvantitativ studie, Exploratory survey, utforskande granskning. Frågeenkät med andligt välbefinnande-skala samt andligt engagemang- och tro-skala. Deltagare var sjuksköterskor.
- Land: USA
 Tidskrift: Medsurg nursing, 2001
- Referens nr: 26
 Författare: Miner-Williams D.
 Titel: Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework.
- Antal referenser: 73
 Syfte: Att få fram praktisk förståelse av begreppet andlighet i omvårdnad genom att utverka en generisk definition, en teoretisk modell samt generella praktiska riktlinjer.
- Metod: Litteraturstudie
 Land: USA
 Tidskrift: Journal of clinical nursing, 2006
- Referens nr: 27
 Författare: Johnston Taylor E.
 Titel: Nurses caring for the spirit: Patients with cancer and family caregivers expectations.
- Antal referenser: 30

- Syfte: Att bestämma vad patienter med cancer och deras familjer förväntar sig från sjuksköterskor vad angår deras andliga behov.
- Metod: Kvalitativ studie. Intervjustudie med patienter och anhöriga.
- Land: USA
- Tidskrift: Oncology nursing forum, 2003
- Referens nr: 28
- Författare: Narayanasamy A, Owens J.
- Titel: A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients.
- Antal referenser: 34
- Syfte: 1)Beskriva vad sjuksköterskor anser vara andliga behov.
2)Undersöka hur sjuksköterskor besvarar patienters andliga behov.
3)Typifiera sjuksköterskors engagemang i andliga dimensioner i omvårdnad.
4)Beskriva effekten av sjuksköterskors åtgärder relaterade till andlig omvårdnad.
- Metod: Kvalitativ studie, Critical incident teknik. Sjuksköterskor (115) har svarat på enkät.
- Land: Storbritannien
- Tidskrift: Journal of advanced nursing, 2001
- Referens nr: 29
- Författare: McSherry W.
- Titel: The principal components model: a model for advanced spirituality and spiritual care within nursing and health care practice.
- Antal referenser: 59
- Syfte: Att generera djupare förståelse av faktorer och krafter som hindrar eller möjliggör begreppet andlighet och andlig omvårdnad för både omvårdnad och sjukvård.
- Metod: Kvalitativ analys, grounded theory samt en litteraturstudie. 53 deltagare (sjuksköterskor, präster, patienter, socialarbetare, psykoterapeuter, samt allmänheten) deltog i intervjustudien.
- Land: Storbritannien
- Tidskrift: Journal of clinical nursing, 2006.
- Referens nr: 30
- Författare: Kuuppelomäki M.
- Titel: Spiritual support for terminally ill patients: nursing staff assessments.
- Antal referenser: 27
- Syfte: 1) Beskriva sjuksköterskors (vid 'health community centres') beredskap och villighet att ge andligt stöd till terminalt sjuka patienter.

- 2) Beskriva terminalt sjuka patienters andliga behov och hur omvårdnadspersonal besvarar dessa behov.
- 3) Förstå hur följande faktorer samspelar med givandet av andligt stöd till terminalt sjuka: sjukhusets upptagsområde/befolkning, aktivitet i utvecklingen av palliativ omvårdnad, ytterligare träning för sjuksköterskor, läsning av litteratur om palliativ omvårdnad, påverkan av vilken vikt som tillskrivs religiösa värden, ålder och arbetserfarenhet.
- Metod: Både kvantitativ och kvalitativ metod (innehållsanalys av öppna frågor). Enkät med både multipel choice och öppna frågor till 328 sjuksköterskor.
- Land: Finland
- Tidskrift: Journal of clinical nursing, 2001
- Referens nr: 31
- Författare: Carroll B.
- Titel: A phenomenological exploration of the nature of spirituality and spiritual care.
- Antal referenser: 56
- Syfte: Att undersöka vad andlighet betyder och hur den påverkar sjuksköterskor i deras privata kontext men även i rollen som sjuksköterska som ger andlig omvårdnad till cancersjuka.
- Metod: Kvalitativ studie, intervjuer med 15 hospicesjuksköterskor. Fenomenologisk heuristisk analys.
- Land: Storbritannien
- Tidskrift: Mortality, 2001

Bilaga 2 Tabell över artikelsökning

Datum	Databas	Sökord	Träffar	Lästa abstrakts	Lästa artiklar	Utvalda artiklar
07-03-28	CINAHL	Spiritual care och nursing	683			
07-03-28	CINAHL	Spiritual care och nursing och spirituality	220	45	13	9st +Strang et al. (ref.21-29, 31)
07-04-10	PubMed/Medline	Spiritual care och spiritual needs	90	9	1	1st (ref. 30)
						Totalt 11 artiklar