

# **Bemötandet av patientens andliga behov i den palliativa vården**

- **En kvalitativ undersökning**

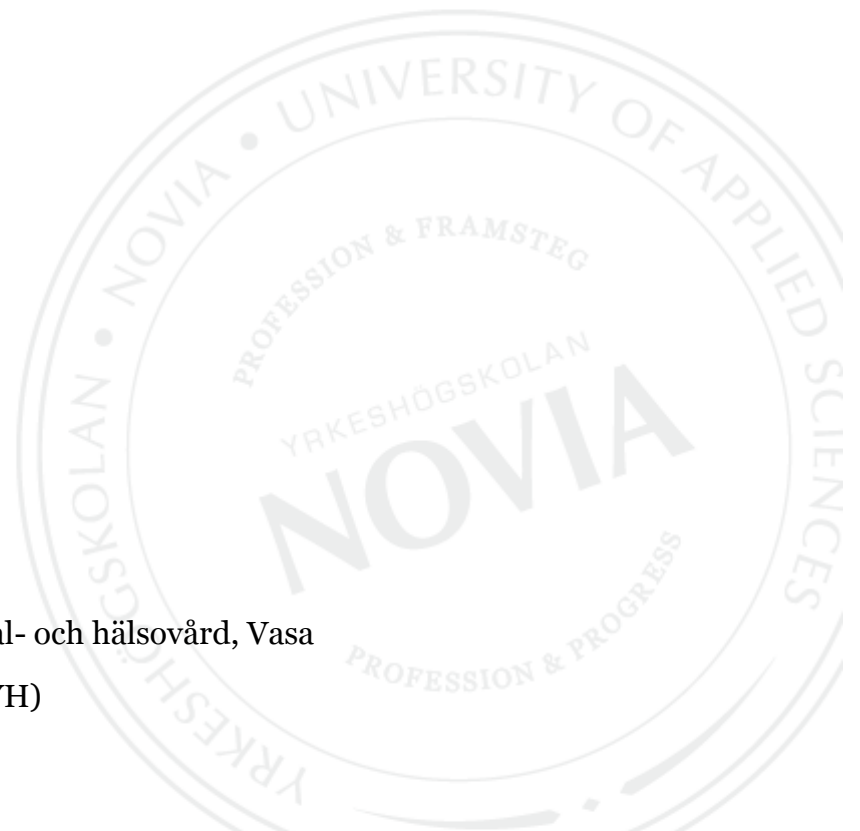
Bengtsson Julia

Friman Sonja

Examensarbete inom social- och hälsovård, Vasa

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa / 2014



## EXAMENSARBETE

Författare: Julia Bengtsson & Sonja Friman

Utbildningsprogram och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Anna-Lena Nieminen

Titel: Bemötandet av patientens andliga behov i den palliativa vården

---

Datum: 16.10.2014

Sidantal: 38

Bilagor: 2

---

### ABSTRAKT

Syftet med vårt examensarbete är att lyfta fram den andliga dimensionen i den palliativa vården. Huvudsakligen kommer vi att gå in på hur man identifierar och bemöter det andliga behovet hos patienter i den palliativa vården. För att få fram resultatet ställer vi oss frågorna “ Vad är andlighet?”, “Varför är andlighet en viktig dimension i den palliativa vården?” samt “ Hur skall vi som sjukskötare bemöta den andliga dimensionen hos patienter i den palliativa vården?”. Vår studie är kvalitativ och som metod använder vi oss av enkäter samt tidigare forskning angående ämnet. Enkäterna är besvarade av informanter med god erfarenhet av patienter i den palliativa vården. Bland våra informanter finns sjukskötare, sjukhussjälavårdare samt kuratorer.

Resultatet av studien visar på att andlighet finns i alla människor och som förstärks vid kriser samt vid livets slutskede. Bemötandet av det andliga behovet sker genom god kommunikation och genom en förtroendefull relation med patienten samt ett starkt teamarbete med såväl anhöriga som andra parter i sjukvårdsteamet. Erfarenhet av arbete inom den palliativa vården underlättar bemötandet av det andliga behovet.

Med detta arbete vill vi påvisa hur viktig den andliga dimensionen i en sjukskötares kunnande är. Denna kunskap kunde ökas genom att mera konkret ta med detta i undervisningen av blivande sjukskötare.

---

Språk: Svenska      Nyckelord: palliativ vård, andligt behov, andlighet, bemötande av andlighet

---

# OPINNÄYTETYÖ

Tekijät: Julia Bengtsson & Sonja Friman

Tutkinto ja paikkakunta: Sairaanhoitaja, Vaasa

Ohjaaja: Anna-Lena Nieminen

Otsikko: Potilaan hengellisten tarpeiden kohtaaminen palliatiivisessa hoidossa.

---

Päivämäärä: 16.10.2014

Sivumäärä: 38

Liitteet: 2

---

## TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on nostaa esille potilaan hengellisen tarpeen palliatiivisessa hoidossa. Pääasiassa aiomme ottaa selvää miten hengellisen tarpeen voi tunnistaa ja miten sitä kohdataan palliatiivisessa hoidossa. Tuloksen saamiseen esitämme seuraavat kysymykset; ”Mitä hengellisyys on?”, ”Miksi hengellisyys on tärkeää palliatiivisessa hoidossa?” sekä ”Miten me sairaanhoitajina voimme kohdata palliatiivisen potilaan hengellisen tarpeen?”. Tutkimus on kvalitatiivinen ja menetelmänä käytämme laatimaamme kyselyä sekä aiheesta aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Kyselyyn on vastannut sairaanhoitajia, sairaalapappeja sekä kuraattoreita joilla on kokemusta palliatiivisesta hoitotyöstä. Tutkimuksen tuloksena on, että hengellisyyttä löytyy jokaisesta ihmisestä ja hengellinen tarve vahvistuu kriisitilanteissa sekä elämän loppuvaiheessa. Hengellisen tarpeen kohtaamisessa hyvä vuorovaikutus on tärkeää, samoin tiivis yhteistyö omaisten ja muun henkilökunnan kanssa. Hengellisen tarpeen kohtaaminen helpottuu kokemuksen myötä. Tällä opinnäytetyöllä haluamme alleviivata sairaanhoitajan osaamista hengellisen tarpeen suhteen. Tätä voisi kehittää ottamalla hengellisen tarpeen kohtaamisen tulevien sairaanhoitajien koulutukseen.

---

Kieli: Ruotsi Avainsanat: palliatiivinen hoito, hengellinen tarve, hengellisyys, hengellisen tarpeen kohtaaminen

---

## BACHELOR'S THESIS

Authors: Julia Bengtsson & Sonja Friman

Degree programme and location: Registered Nurse, Vasa

Supervisor: Anna-Lena Nieminen

Title: Meeting the spiritual need of the patient within the palliative care

---

Date: 16.10.2014

Number of pages: 38

Appendices: 2

---

### ABSTRACT

The aim of our study is to highlight the spiritual dimension in the palliative care. We will mainly touch on the subjects of how to define and how to meet the spiritual need in patients within palliative care. To get our results we are asking questions like, "What is spirituality?" "Why is spirituality an important dimension in the palliative care?" and "How shall we as nurses meet the spiritual dimension in patients within palliative care?" Our study is a qualitative study and as our method we are using surveys along with results from previous research on the subject. The surveys were answered by responders with a lot of experience dealing with patients within the palliative care. Our responder consists of nurses, hospital chaplains and councillors. The result of the study shows that spirituality is found within every human, and it enhances during times of crises and in end of life. The way to meet the spiritual need is through good communication, a trustful relationship with the patient and a strong teamwork involving both the family and a professional health team. With experience within palliative care, meeting the patients' spiritual needs will become easier. With the help of the study we want to show the importance of nurses' knowledge about the spiritual care. By including this subject into the future education of nurses, it would better equip them to care for the spiritual dimension within their patients.

---

Language: Swedish    Keywords: Palliative care, spiritual need, spirituality, meeting the spiritual dimension

---

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING.....	1
2. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	2
3. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER.....	3
3.1 Teoretiker.....	3
3.2 End of life theory.....	4
3.3 Tidigare forskning.....	5
4. TEORETISK BAKGRUND.....	8
4.1 Palliativ vård.....	8
4.2 Andlighet.....	11
4.3 Andlighet i vården.....	12
5. METODEN.....	15
5.1 Analysmetod.....	15
6. RESULTAT OCH TOLKNING.....	24
6.1 Kategori ett, definition på andlighet.....	25
6.1.1 Definition på andlighet utgående från tidigare forskning.....	26
6.2 Kategori två, reaktioner kring andlighet.....	27
6.2.1 Reaktioner kring andlighet utgående från tidigare forskning.....	27
6.3 Kategori tre och fyra, bemötande av andlighet.....	28
6.3.1 Bemötande av andlighet utgående från tidigare forskning.....	29
6.4 Kategori fem och sex, kunskap & åtgärder om andlighet.....	30
6.4.1 Kunskap och åtgärder om andlighet utgående från tidigare forskning.....	30



7. KRITISK GRANSKNING.....	31
8. DISKUSSION.....	32
KÄLLOR.....	35
BILAGOR.....	37

## 1. INLEDNING

Detta examensarbete är en kvalitativ studie som handlar om hur vi som sjukskötare skall kunna se och bemöta den palliativa patientens andliga dimension. Vi har valt att skriva om detta ämne eftersom vi vill öka vår egen kunskap angående detta ämne och dela med oss av våra resultat så att vi som framtida sjukskötare skall kunna behärska denna dimension i helhetsvården. Vårdare förväntas kunna bemöta patientens andlighet ur ett helhetsvårdande perspektiv (Aalto K. & Gothóni R. (2009) s. 5). För att kunna bemöta detta behov skall vårdaren kunna använda sin egen kunskap på ett kreativt sätt, men på samma gång också kunna samarbeta i ett vårdteam (Aalto K. & Gothóni R. (2009) s. 5). Vi fick idén att skriva detta examensarbete eftersom vi båda var intresserade av palliativ vård. Idén till att inrikta oss på den andliga dimensionen beror på att vi känner att detta ämne inte konkret tas upp i vår utbildning. Vi tror att detta är ett viktigt ämne som varje sjukskötare borde ha kunskap om. Enligt Kruse (2007) så upprätthålls välbefinnandet hos den palliativa patienten genom andlighet och andliga trosuppfattningar (Béphage G. (2009) s 463). Vårt intresse för temat vi valt tilltog efter att vi presenterat vår idé inför våra klasskamrater. Deras reaktioner var intressanta, de flesta tyckte inte förstå vårt ämne och varför vi valt att skriva om det. Vi insåg hur lätt man missförstår detta ämne och därför vill vi på ett klart och tydligt sätt klargöra vad andlighet är och hur vi som sjukskötare skall bemöta det.

För att kunna få fram ett bra resultat så kommer vi att söka genom litteratur för att få en god baskunskap för att kunna klargöra begrepp. Vi kommer även att leta efter färsk forskning som berör vårt ämne och välja ut de mest relevanta artiklarna. Vi har även valt att utforma enkäter som vi kommer att skicka ut till sakkunniga. Frågorna kommer vi att utforma så att de som svarar skall kunna besvara vårt syfte och våra frågeställningar. Vi hoppas på att få ett bra resultat som kanske till och med kan forskas vidare på i en större utsträckning eftersom vårt arbete kommer att vara koncentrerat. Som vi tidigare nämnt så känner vi att vi i vår utbildning inte får konkret undervisning i vårt valda tema. Enligt McSherry (2008) så har det även framkommit i forskning att sjukskötare redan i utbildningen bör förberedas i hur man skall identifiera och bemöta den andliga dimensionen hos patienter i den palliativa vården (McSherry W. & Jamieson S. (2010) s. 1759). Vi hoppas att vi efter denna studie kommer att ha fått en bättre insikt i vad andlighet är och hur den andliga dimensionen skall bemötas, vi

hoppas även att ni som läsare skall kunna få ut något nytt ur vår studie och att ni liksom oss kommer att få en bättre insikt i ämnet.

## 2. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med detta arbete är att belysa den andliga dimensionen i den palliativa vården. Hit hör också bemötandet och identifieringen av patientens individuella behov av andlighet. Detta är mycket viktigt för sjukskötare i arbetslivet, men också för studerande. Med hjälp av erfarna sjukskötares berättelser och åsikter så vill vi ge en hjälpande hand åt blivande vårdare som kommer att ställas inför liknande situationer. Till syftet hör också att ta upp tidigare studier och forskningar som gjorts inom detta område för att få mer teoretisk kunskap utöver de individuella åsikter som framkommer från de erfarna sjuksköterna.

Det finns flera olika frågor som vi vill få svar på genom detta arbete, dessa är;

- Vad är andlighet?
- Varför är andlighet en viktig dimension inom den palliativa vården?
- Hur ska vi som sjukskötare bemöta den andliga dimensionen hos patienter inom palliativ vård?

### 3. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Här kommer vi ta upp om teoretikerna Cornelia M. Ruland & Shirley M. Moore som vi valt och deras utformade teori ”End of Life Theory”, eftersom vi anser att de och deras teori passar bra in med tanke på vårt arbete. Vi kommer även att ta upp fem andra tidigare gjorda forskningarna och kort sammanfatta deras innehåll, som vi kan stöda oss på i vår resultattolkning.

#### 3.1 Teoretiker

Vi har valt att skriva om Cornelia M. Ruland & Shirley M. Moore. Dessa två teoretiker har tillsammans skrivit flera olika teorier, både enskilt och tillsammans. Cornelia M. Ruland har doktorerat inom vård på Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, år 1998. Hon är nu aktiv i ledningen av vårdforskningen på Rikshospitalet i Oslo. Hennes fokus ligger på att hjälpa och guida patienter som står inför svåra vårdbeslut samt förstå för- och nackdelar inom olika vårdalternativ hos sådana patienter som fått en kronisk sjukdomsdiagnos eller är allvarligt långtidssjuka. Hon har varit ledande forskare inom många projekt, utöver detta har hon även tagit emot flera utmärkelser för sitt arbete. (Tomey A. & Alligood M. s. 775).

Shirley M. Moore är magister inom psykiatri och mental hälsa (1990) och har doktorerat inom vårdvetenskap (1993) från Case Western Reserve University. Hon är nu rektor inom forskning på Case Western Reserve University's vårdutbildning. Moore har varit med och assisterat i utvecklingen och publiceringen av flera olika teorier. Hon har blivit inspirerad att använda och utveckla teorier av andra teoretiker så som; Joyce J. Fitzpatrick, Jean Johnson och Elizabeth Lenz. (Tomey A. & Alligood M. s. 775).

### 3.2 End of Life Theory

”Peaceful End Of Life Theory”, uppkom på ett väldigt pragmatiskt sätt. Den uppkom då Ruland var studerande och Moore var lärare i en kurs där de studerande blev utmanade till att tänka på den framtida utvecklingen av vårdvetenskapliga teorier inom vården. Peaceful end of life teorin härstammar från att Ruland genomförde ett stort kliniskt projekt bland cancersjuksköterskor i Norge. Denna standard har sedan med hjälp av Moore utvecklats till en teori. (Tomey A. & Alligood M. s. 776).

Teorin handlar om hur en patient skall få ett fridfullt avslut på sitt liv, hur man skall kunna vårda hela människan, inte bara delar av henne. Inom denna teori används flera begrepp; (1) Smärtfrihet, detta spelar en central roll i patientens slutskede. (2) Välbefinnande, det är viktigt att patienten får ett tillstånd av välbefinnande, ett skede där de får känna sig befriade från obehag. (3) Värdighet och respekt, patienten skall få känna sig respekterad och ha en känsla av värdighet ända in till slutet. (4) Frid, viktigt att patienten skall få känna sig lugn, harmonisk och tillfreds och vara befriad från ångest, oro, eller rädsla. Ett fridfullt tillstånd inkluderar fysisk, psykisk och andlig dimension. (5) Närhet till anhöriga, att patienten inte behöver känna sig ensam. Att man får känna en fysisk och känslomässig närhet till sina anhöriga. (Tomey A. & Alligood M. s. 776-777).

Det huvudsakliga antagandet är att vården i livets slutskede är personlig och individuell. Det är viktigt att patienten skall få en fridfull upplevelse, även när denne inte längre kan kommunicera verbalt. Hit hör också antagandet om att familjen och alla andra närstående har en viktig roll i livets slutskede. Målet är att vården inte behöver vara den mest utvecklade eller nyaste rent teknologiskt, utan den ska vara den bästa för den enskilda patienten, man försöker framhäva livskvalitet och ett fridfullt avslut på livet. (Tomey A. & Alligood M. s. 776-777).

I denna teori tas sex olika påståenden upp, dessa är: (1) Utgående från patientens smärtupplevelse försöker man minska denna med hjälp av monitorering och administrering av smärtstillande, både farmakologisk och icke-farmakologisk sådan. (2) Man förebygger,

monitorerar och lindrar fysiskt obehag genom vila, avslappning, välbefinnande samt strävar till att motverka komplikationer. (3) Man inkluderar patienten och anhöriga i besluttaganden gällande vården. Enligt patientens behov, önsknings och/eller vad han eller hon föredrar, skall denne behandlas med värdighet, empati och respekt. (4) Patienten skall få känslomässigt stöd. Man monitorerar och möter dennes behov för t.ex. ångestdämpande medicin och tillit. (5) Man skall bemöta de närmastes sorg, oro och frågor. De skall få vara delaktiga i vården av patienten. (6) Patientens upplevelse av smärtfrihet, välbefinnande, värdighet och respekt, fridfullhet och närhet till sina anhöriga är viktiga aspekter i livets slutskede. (Tomey A. & Alligood M. s. 778-779). Det finns ännu inga publicerade rapporter om att denna teori har använts men i Liehr och Smith (1999) har denna teori nämnts och i Schmitt (2000) har denna teori diskuterats. Man menar att med hjälp av denna teori skulle man kunna förbättra vården av en patient i livets slutskede. (Tomey A. & Alligood M. s. 778-779). Denna teori är gjord på ett mycket klart sätt, den inkluderar bakgrund, antaganden och koncept. Dessa koncept varierar allt från mer abstrakt så som värdighet, till mera konkret så som smärta och välbefinnande. Trots teorins okomplicerade termer och klara idéer, är denna teori klassad som en "Higher level middle range theory" (högt klassad meta teori). (Tomey A. & Alligood M. s. 779).

### 3.3 Tidigare forskning

Vi har sökt efter vetenskapliga artiklar angående andlighet i vården. De databaser vi hittat tidigare forskning på är Ebsco och Nelli. Vi började med att försäkra oss om att alla våra artiklar var "peer review" och "full text". Sökningarna begränsades till årtalen 2006-2014. Vi använde oss av sökorden: "Spirituality", "palliative care", "spiritual dimension" och "End-of-Life care". Kombinationen som gav flest träffar var "spirituality" och "palliative care", denna kombination gav 153 träffar. Resten av sökningarna var kombinationer av tidigare nämnda sökord. Vi hittade sju stycken artiklar som vi vill använda oss av för att belysa tidigare forskning som gjorts inom ämnet. Vi kommer här att presentera de olika artiklarna vi hittat och vad de kommit fram till.

”An online survey of nurses’ perceptions of spirituality and spiritual care”. Denna artikel är publicerad i *Journal of Clinical Nursing* år 2010. Målet med denna artikel var att presentera resultat på uppfattningen om vad andlighet och andlig vård är. Man gjorde en online enkät som sändes ut åt medlemmar i Royal College of Nursing i England. Enkäterna sändes ut till ca 85 000 medlemmar och 4054 stycken svar kom tillbaka. Denna enkät kom att vara en av de största som gjorts av sitt slag i England. Man kom fram till att sjukskötare tyckte att bemötandet av det andliga behovet hos patienterna förbättrar vården i sin helhet. Trots detta, kände majoriteten av sjukskötarna att de behöver mer vägledning och stöd för att effektivt kunna möta patienternas andliga behov. (McSherry W. & Jamieson S. (2010) s.1757-1767).

”Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers”. Denna studie är publicerad i *Australian Journal of Advanced Nursing* år 2009. Målet med denna studie var att undersöka erfarenheterna av andlighet och andligt engagemang uppfattat av både patienter och vårdgivare i den palliativa vården. Intervjuer utformades och fyra palliativa patienter och tio palliativa skötare blev intervjuade Dessa personer kom från olika ställen i södra Australien. Det framkom flera fördelar med att engagera sig i andlighet i vården. Dessa fördelar har betydelse eftersom vårdgivare då är mer förberedda på konversationer om andliga angelägenheter. (Penman J., Oliver M. & Harrington A. (2009) s. 29-35).

“Palliative care: a case study and reflections on some issues”. Denna studie är publicerad i *British Journal of Nursing* år 2010. Målet med denna studie var att genom ett case om en 43-årig kvinna som fick palliativ vård i hemmet, ta fram olika andliga aspekter. Grace kom ursprungligen från Afrika, men hade flyttat med sin man till London eftersom han studerade där. Tillsammans fick de fyra barn, de två äldsta bodde med släkt i Afrika och de två yngsta (fem och tio år) bodde tillsammans med Grace och hennes man i London. Man följde henne och hennes familjs vardag under den svåra sjukdomstiden och i denna artikel lades tyngdpunkten på de andliga aspekterna som framkom. Det framkom att sjukskötare hade försökt möta hennes andliga behov, men det fanns ändå aspekter som man hade missat. Detta framkom på grund av att hon kände att hennes barn inte var tillräcklig förberedda på hennes kommande död. Man kom fram till att palliativ vård är en stor helhet och att man som vårdare bör sträva till att vara mer lyhörd och få mer självkännedom. (Ireland J. (2010) s. 237-240).

”The difficulties assessing spiritual distress in palliative care patients: a qualitative study”. Denna studie är publicerad i *Mental Health, Religion & Culture* år 2011. Målet med denna studie var: (1) Utforska vårdgivarnas svårigheter att känna igen de andliga behoven i vården av en patient. (2) Att fastställa vårdgivarnas syn på hur man borde bemöta och lära sig att fråga patienten om dennes andlighet. Man använde sig av fokusgrupper bestående av vårdare som frivilligt anmälde sig att delta. De som deltog jobbade med terminalvårdspatienter på ett palliativt vårdhem. De var tre stycken fokusgrupper, bestående av fem informanter i vardera grupp. De deltagande bestod av två läkare, åtta sjukskötare, en socialarbetare, fyra assistenter, allt som allt var det två män och tretton kvinnor. Man kom fram till att det är svårt för vårdare att ta upp den andliga dimensionen hos patienter inom palliativ vård även om man vet att det är en viktig faktor. Denna artikel ger en inblick i hur vårdgivare känner sig om just detta ämne. (Abbas S. Q. & Dein S. (2011) s. 341-352).

”Interdisciplinary spiritual care for seriously ill and dying patients: a collaborative model”. Denna studie är publicerad i *The Cancer Journal* år 2006. Målet med denna studie var att utveckla en modell för den andliga vården. Ett team av professionella vårdare och en präst träffades för att diskutera möjligheten att utforma modellen. Det framkom att bristande kunskap, tid och förståelse för andlighetens roll i vården ofta kan leda till att vårdens andliga dimension hindras. För att vården skall vara så bra om möjligt, med tanke på de andliga aspekterna, är det viktigt att ha ett bra vårdteam bestående av representanter för olika yrken. Familjen och gemenskap med andra människor spelar också en viktig roll. (Puchalski C. M., Lunsford B., Harris M. H. & Miller R. T. (2006) s. 398-416).

”Promoting spiritual comfort in palliative care settings”. Denna studie är publicerad i *Nursing & Residential care* år 2009. Målet med studien var att öka medvetenheten om andlighet som en viktig komponent i vården av en palliativ patient och för att understryka vårdgivarens roll för att främja patientens andliga hälsa och välbefinnande. I denna artikel har man analyserat tidigare forskning som gjorts för att kunna påvisa vikten av att vårda den andliga dimensionen. Det framkom att vårdare och patienter ofta tycker att den andliga dimensionen är svår att ta upp inom vården, men ger belöning genom att minska på andligt lidande, skapa



hopp och förbättra välbefinnandet hos patienten. Det framkom också att det är vårdarens roll att vara närvarande, identifiera patientens andliga behov och att använda sig av metoder för att minimera patientens andliga vånda. (Béphage G. (2009) s.463-466).

”The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research”. Denna studie är publicerad i Palliativ medicine år 2010. Målet med denna studie var att sammanfatta kvalitativ litteratur om andlighet och andlig vård i livets slutskede. Denna studie gjordes som en systematisk metaanalys. Det innebär att man drar slutsatser av både resultat och tolkningar från tidigare gjorda studier. Det framkom att andlighet och andlig vård är viktiga delar i den palliativa vården. Studien visar också att det ofta uppkommer frågor angående mål och mening med livet i dess slutskede. Resultatet visar också på att relationer människor emellan är starkt sammankopplade med andlighet. Hinder för vården av patientens andliga behov är: tidsbrist, personliga-, kulturella- och institutionella faktorer samt behovet av utbildning bland vårdgivare. (Edwards A., Pang N, Shiu V. & Chan C. (2010) s. 753-767).

#### 4. TEORETISK BAKGRUND

Här kommer vi att behandla begreppen palliativ vård, andlighet och andlighet i vården eftersom dessa är centrala i vårt arbete. Vi kommer definiera orden och redogöra för vad som sagts om dessa begrepp tidigare. Efter att dessa begrepp har klargjorts, kan man få en bättre förståelse för vad andlighet är och hur man skall bemöta denna dimension inom vården.

##### 4.1 Palliativ vård

Med palliativ vård avses att det inte längre finns någon botande medicinsk behandling för en patient, med andra ord att patienten kommer att dö inom en snar framtid. *”Ideologin är inte att hjälpa människor att dö, utan att hjälpa dem att förbli levande, i ordets djupaste mening, tills de dör”* (Strang P. & Beck-Friis B. (2012) s.37). Målet med vården hos den palliativa

patienten är att patienten får livskvalitet genom en lugn och värdig död. Varje människa har rätt till god vård ända till livets slut. (Strang P. & Beck-Friis B. (2012) s. 37).

Det är viktigt att tänka på att människan består av fyra dimensioner; fysisk, psykisk, social och andlig. Varje dimension i sig är viktig, men särskilt i den palliativa vården ses människan som en helhet där alla dimensioner samverkar med varandra. Smärta anses som ett fysiskt problem som de flesta är rädda för, detta skapar psykisk oro och nedstämdhet. Detta påverkar det sociala livet, man kan t.ex. bli isolerad vilket kan leda till andliga frågor angående den kommande döden. För att få den mest optimala vården är det viktigt att tänka på att man får med alla dimensioner. Man skall ta hänsyn till varje enskild dimension, men också tänka på hur de samverkar som en helhet. (Strang P. & Beck-Friis B. (2012) s. 31).

WHO har gjort en definition på vad den palliativa vården är och vad den innehåller. *"Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och de närstående, genom att förebygga och lindra lidandet genom tidig upptäckt, bedömning och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och andliga problem som kan uppkomma i samband med livshotande sjukdom"* (Andershed B. Ternestedt B-M. & Håkanson C. (2013) s.107). WHO har även utformat fyra olika hörnstenar i den palliativa vården. Den första av de fyra hörnstenarna är symtomlindring, med detta avses att man lindrar smärta och andra plågsamma symtom. Det är på det här sättet som de flesta ser på den palliativa vården. Det är viktigt att komma ihåg att symtomen inte endast är fysisk smärta, det finns även psykisk och andlig smärta. I den palliativa vården betonar man alltså inte endast de fysiska symtomen. Man kan vara fri från fysiska symtom och ändå kan psykiska och andliga behov kvarstå. Det är viktigt att få ventilera de andliga frågorna och få känna att man har stöd. Inom denna hörnsten betonas också vikten av ett aktivt liv för den palliativa patienten. Det är viktigt att patienten får leva så aktivt som möjligt, i dagens läge har vi som vårdare större möjligheter att erbjuda patienterna att de skall få ett aktivt liv ända in till sin död. Att leva ett aktivt liv innebär olika saker för olika patienter beroende på deras sjukdomsförlopp. (Strang P. & Beck-Friis B. (2012) s.31-32).



## 4.2 Andlighet

Ordet andlighet härstammar från latinets *spiritus*, vilket innebär ande eller vindpust. Andlighetens mittpunkt kretsar kring tre element; våra djupaste relationer till oss själva, till medmänniskor och till en eller flera högre makter. Andligheten finns hos alla människor oberoende livsåskådning eller religion. Inom sjukvården beaktas numera andlighet som till en del åtskild från religionen. Det andliga utövandet tar sig individuella uttryck hos olika människor eftersom man som tidigare nämnt utgår från sig själv. (Strang P. & Beck-Friis B. (2012) s. 104). Andlighet handlar om en relation mellan oss själva och en större verklighet, medan religion är ett sätt att uttrycka andlighet för en viss grupp av människor. Ända till slutet söker människan en mening med livet, man växer hela tiden, ser saker från nya perspektiv och försöker göra avtryck på världen. Utmaningar så som fysiska, emotionella och andliga skall mötas med vägledning, ödmjukhet och respekt. Patienten skall få leva i nuet och få känna välbefinnande, tillfredsställelse och känslan av fullbordan när döden inträffar. (Emanuel L. & Librach S. (2007) s. 525 o. 527).

Centralt vad gäller andlighet är de andliga frågorna som består av frågor om livet och ett eventuellt liv efter detta. Vid tid av sjukdom och lidande eller vid gränsen mellan liv och död uppstår ofta dessa andliga frågor. Dessa så kallade grundläggande livsfrågor handlar om hela människans existens och som grund till dessa ligger människans egna tolkningar av tro och den personliga livsåskådningen. Dessa frågor är stora och har oftast inga klara svar men när frågorna uppkommer är det ändå viktigt att det finns en människa nära till hands som man kan fundera över dem med. Denna människa kan vara en vårdare, läkare, diakoniarbetare eller präst. Ofta är ändå vårdaren den första personen som kommer i kontakt med patientens andliga behov. (Aalto K. & Gothóni R. (2009) s. 12-13)

Det finns flera olika definitioner på vad andlighet är, vi vill ta upp olika för att se skillnaderna och för att visa hur brett ämnet andlighet är. Enligt Castledine (2003), är andlighet att känna sig fysiskt sammankopplad med världen runt omkring och utgående från förhållandet med andra människor få känna självmedvetenhet, omvårdnad och empati. Alla människor har en andlig dimension, men det finns individuella skillnader på hur man uttrycker andligheten. Det

finns variationer i hur människor uttrycker djup och intensitet i sin andlighet. (Béphage G. (2009) s. 463). Enligt Berman (2008) delas andligheten upp i tre dimensioner: utövande, tro och upplevelse. Inom dimensionen utövande räknar man in religiösa aktiviteter och därför ses denna dimension som en praktisk dimension. Till trosdimensionen hör föreställningar om en högre makt, tankar om livet efter döden, hit hör även etiska förhållningssätt. Den sista av de tre är upplevelsedimensionen, hit hör upplevelser som individen anser som heliga. En annan definition är utformad av, Bernling (2010) som menar att andlighet är svårdefinierat. Han utgår från två olika punkter, den första är vad andlighet är och den andra är vad andlighet gör. Definitionen på andlighet ligger mitt mellan religion och icke-religion. En del människor tror att andlighet endast finns på vissa ställen, medan andra tror på en personlig kontakt till en högre makt. Med andra ord så menar Bernling att andlighet inte är detsamma som religion, vissa tycker att de upplever andlighet även fast de inte kallar sig religiösa. (Arlebrink J. (2012) s. 30-33)

#### 4.3 Andlighet i vården

Gällande vården av den andliga dimensionen, så finns det två mål. Det ena är att uppmärksamma känsla av isolering som kommer med en allvarlig sjukdom och det andra är att hjälpa patienter och anhöriga att hitta sin inre känsla av välbefinnande, balans och styrka. När dessa mål uppfylls kan patienten uppnå en djupare och bredare förståelse för sin relation med en större verklighet. Detta leder till en känsla av lättnad och att finna ro, detta är en gåva som är gömd mitt inne i sjukdomen. (Emanuel L. & Librach S. (2007) s. 526 – 527). Patienter och anhöriga kan ofta ha svårt att sätta fingret på den andliga dimensionen eftersom den är mer diffus än t.ex. rädsla, depression, förnekelse, ilska och/eller ångest. Den andliga dimensionen ses ofta som ett problem som borde lösas, när man istället borde se möjligheterna som denna dimension för med sig. En del av de olika möjligheterna är: utöka definitionen av ett värdigt liv, fokusera på patienten inte på sjukdomen, se patienten som en helhet, reda upp knutar i livet och gå från rädsla till frid, från förvirring till klarhet, från hopplöshet till hopp, från isolering till samhörighet, acceptera den fysiska kroppen, gå från förlust till uppgörelse/avslut. (Kinzbrunner B.M. & Policzer J.S. (2011) s. 351-352).

Man kan utgå från en modell vid namn 7x7 som är utformad av George Fitchett på 90-talet. Han tar upp sju holistiska dimensioner hos patienten: psykologiska, familjen, psykosociala, etniska och kulturella, sociala problem och andlighet. Inom andligheten så finns ytterligare sju olika dimensioner. Den första är tro och mening, det är viktigt att patienten ifrågasätter meningen med livet. Man uppmanar till diskussion med hjälp av frågor om patientens tro och mening. Den andra är kallelse och konsekvenser, alla människor har en kallelse, vad de skall göra med livet, när man blir allvarligt sjuk och livet förändras så förändras också förmågan att uppnå sin kallelse. Det är därför viktigt som vårdgivare att förstå patientens kallelse och att man kan bemöta patientens känsla av att inte kunna fullfölja sin kallelse. Den tredje är upplevelse och känsla: olika upplevelser man har varit med om påverkar patientens syn på meningen med livet. Oberoende vilken karaktär upplevelserna har så påverkar de oss känslomässigt. Den fjärde är mod och tillväxt: beroende på hur man vågar bemöta sina andliga frågor sker en andlig tillväxt hos patienten. Det är viktigt som vårdare att bemöta och ta upp de känslor och tankar som är viktiga för patienten utgående från hans eller hennes situation. Den femte dimensionen är ritualer och övning: alla människor har sina egna ritualer som gör att de känner sig trygga. Som vårdgivare behöver man lära känna sin patients ritualer för att kunna stödja dem. Den sjätte dimensionen är samfund: det är viktigt att i vården ta upp de olika samfund patienten tidigare varit aktiv inom, t.ex. någon församling, seniorgrupper, politiska grupper, olika veterangrupper eller någon annan organisation. Som vårdare är det viktigt att man är medveten om dessa för att kunna ta reda på om organisationerna skulle kunna hjälpa och stödja patienten på något sätt. Den sjunde och sista dimensionen är stöd och vägledning: patienten skall få professionell vägledning, men det är viktigt att först undersöka hur stort behovet av andlig hjälp och stöd är. Här går man genom alla del dimensioner i patientens andlighet för att kunna avgöra behovet av andlig vägledning från en professionell ledare. (Kinzbrunner B.M. & Policzer J.S. (2011) s. 407, 409-410).

Sjukskötare känner sig ofta bekväma med att möta patientens fysiska behov, men de mera diffusa dimensionerna av patientens vård är svårare att möta. Detta kan bero på att begreppet andlighet är mycket subjektivt och att andlighet i vården är ett invecklat område inom sjukvården. Burnard (1998) nämnde att andlighet är en av de sista tabu belagda områden inom sjukvården. Andlighet är ett internationellt fenomen som är ytterst personligt och som ofta är ett undanskymt område inom alla människor oberoende om dessa är religiösa eller inte. (McSherry W. & Jamieson S. (2010) s. 1758). Det finns en del svårigheter som kan uppstå

bland sjukskötare angående vårdandet av den andliga dimensionen. För det första kan det hända att man har för lite teoretisk kunskap om den andliga dimensionen, man har t.ex. inte fått tillräckligt med information om ämnet i studierna. För det andra kan man ha fått den uppfattningen att det inte är lämpligt att prata om en människas andliga dimension. Det tredje är faktorn som uppkommit inom vården att sjukskötare skall sträva till att spendera lika mycket tid med alla patienter, att alla skall få lika mycket vård. I och med att man spenderar mindre tid med enskilda patienter så kan man missa patientens lidande. Som vårdare kan man ha egna andliga problem vilket gör att det blir svårt att ta sig an andras andliga problem. Därför är det viktigt för sjukskötare att utveckla sin kunskap och sina färdigheter för att kunna erbjuda andlig vård av hög kvalitet. Förmågor som behövs är att lyssna och vara närvarande för både patientens och de anhörigas behov. Det handlar inte bara om god kommunikation, utan också om förmågan att skapa en kulturellt trygg miljö. Man ger med andra ord av sig själv som vårdare gällande den andliga dimensionen. (Puchalski C. M., Lunsford B., m.fl. (2006) s. 405-406, 408).

Många patienter har någon form av gudstro, även om det inte förknippas med en specifik Gud inom en specifik religion. Detta kan vara mycket viktigt speciellt när man insjuknar i en allvarlig sjukdom. Det kan vara svårt att sätta ord på sin tro som patient, därför är det viktigt att man som vårdare försöker hitta sätt att hjälpa patienten uttrycka och sätta ord på sin tro. Även en ateistisk tro kan innehålla andlighet, eftersom andlighet är något som alla människor bär inom sig. Enligt Berman (2008) kan andlighet vara en nyckel till hopp, har man en tro på en högre makt kan man uppleva sin situation på ett annat sätt. De som lever med en tro på någon högre makt, kan ofta känna att de kan se positiva saker i sitt liv trots sin sjukdom, detta kan leda till att de känner att det finns människor som har det värre än vad de själva har. Svårt sjuka patienter frågar sig ofta varför de inte blir friska, detta leder till skuldbeläggning. Vårdpersonalen har en viktig roll att möta dessa frågor och på så sätt lätta på skuldkänslorna hos patienten. (Arlebrink J. (2012) s. 34-36).

## 5. METODEN

I detta arbete valde vi att utforma enkäter för att få svar på våra frågeställningar. ”Att genomföra en enkät är en process och det tar vanligen lång tid från idé till färdiga rapporter.” (Trost J. (2008) s. 12). Vi gick tillbaka till vårt syfte för att kunna utforma våra frågor. Frågorna fick deltagarna sedan fritt svara på. Enkäten i sin helhet (se bilaga nr 2) bestod av åtta öppna frågor. Vi började med att skicka ut anhållan om lov till tre förmän. Efter att ha fått godkännande av alla så skickades enkäterna ut, tillsammans med ett följebrev (se bilaga nr 1) åt sjukskötare som jobbar med palliativ vård, sjukhussjälavårdare och kuratorer som jobbar med andliga frågor. Efter att ha skickat ut påminnelser två gånger, så fick vi in fem av åtta svar.

### 5.1 Analysmetod

Vi har valt att använda oss av ”Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness”, som är utformad av Granheim U. H. & Lundman B. för att kunna analysera våra enkätsvar. När man gör en kvalitativ studie bör man enligt Granheim och Lundman beakta att det insamlade materialet så som intervjuer, dagböcker, enkäter, observationer m.m. kräver en bra analysmetod för att säkra trovärdigheten. Man måste först bestämma om man i analysen fokuserar på manifesta materialet eller det latent innehåll. Det manifesta innehållet består av det klara och tydliga komponenterna i materialet. Med det latent innehåll menas det underförstådda i materialet, det som kan läsas mellan raderna. De menar att materialet man samlat skall vara tillräckligt omfattande så att det bildar en helhet, men samtidigt så pass litet att man tydligt och klart kan välja ut meningsenheter. Meningsenheter består av ord och meningar som är väsentliga för att kunna analysera materialet. Efter detta kondenseras meningsenheterna till kortare meningar så att endast kärnan blir kvar. Följande del i processen är att skapa koder ur de kondenserade meningsenheterna. (Granheim U.H. & Lundman B. (2004) s.105-107). Nedan infogar vi en tabell över hur vi kondenserat och kodat våra enkätsvar:



Hur skulle du definiera andlighet?

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondensering</b>	<b>Kod</b>
För mig är andlighet att vi alla har en djupare dimension, något som blir kvar då vi klär av oss vårt fysiska yttre och alla våra roller skalas bort	Alla har en djupare dimension, något som blir kvar då vi klär av oss vårt fysiska yttre	Djupare dimension, bortom det fysiska
Det är också vårt förhållande till liv och död och vår förmåga att hantera svåra situationer	Förhållande till liv och död, förmåga att hantera svåra situationer	Hantering av svåra situationer
Många hittar sin andlighet i religion, andra i naturen	Andlighet finns både i religion och natur	Andlighet finns överallt
Under vår livstid söker vi vår andlighet och spec. vid kriser aktualiseras den frågan	Speciellt vid kriser aktualiseras frågan om andlighet	Aktualiseras vid livskriser
Andlighet kan uttryckas som Gudstro och tar sig form i t.ex. bön, upplevelse av Guds närhet och i många fall speciella tillvägagångssätt för att uppnå detta	Andlighet kan uttryckas som Gudstro	Tro på högre makt
Enligt min åsikt är andlighet det som omspannar hela livet, hela det som är jag, som en yttre cirkel runt kropp och själ. Kroppen och	Kroppen och själen ingår i andlighet	Andlighet är en helhet

själen ingår i andligheten		
Jag tror att människan har ett behov att se sitt liv i större sammanhang – att livet gäller inte bara mitt liv utan jag är en del i helheten. Då blir frågorna, varför jag lever, vad är meningen med mitt liv osv. viktiga	Människan har ett behov av sammanhang, frågor så som vad är meningen med livet kommer upp	Andliga frågor
Själens välbefinnande, harmoni. En inre tro och ett inre lugn	Välbefinnande, harmoni, inre tro och inre lugn	Harmoni

Vilka reaktioner väcks hos dig i andliga möten?

Känns mycket jobbigt att inte ha svar och att det är svårt att hjälpa patienten i frågor han själv måste hitta svar på	Känns mycket jobbigt att inte ha svar	Hjälplöshet
Genom att patienten vågar ta upp frågor, försöker man uppmuntra att tala om dessa	Uppmuntra till samtal om patienten tar upp frågor	Uppmuntra till samtal
I frågan om relationer kan man uppmuntra att t.ex. kontakta anhöriga och ta till vara den tid som finns kvar	Uppmuntra att kontakta anhöriga och ta vara på tiden som finns kvar	Kontakta anhöriga och ta vara på tid
Både en stark medkänsla, ja, även medlidande inför de	Stark medkänsla och medlidande inför de yttersta	Medkänsla och medlidande

yttersta frågorna	frågorna	
Eller kanske mera en djup ödmjukhet än direkt hjälplöshet	En djup ödmjukhet mer än direkt hjälplöshet	Ödmjukhet
Samtidigt stärktes jag i min uppfattning att de ramar som andakter och religionsutövningar ger tröst och uppmuntrar människor som har det svårt	Andakter och religionsutövning ger tröst och uppmuntran i det svåra	Religion som tröst och uppmuntran
Hade jag modet att vara närvarande och modet att våga också själv vara tyst och inte börja prata för mycket för att dämpa ångesten	Modet att vara närvarande och att vara tyst för att dämpa ångest	Mod i situationer
Känslan att kunna finnas till som vårdare och som medmänniska kändes värdefullt	Känslan av att kunna finnas till och att vara medmänniska	Finnas till och vara medmänniska

## Hur bemöta patientens andliga behov?

Jag har lyssnat och visat att jag vill lyssna	Lyssna och visa att man vill lyssna	Lyssna
Jag känner att jag måste vara mycket försiktig och ta hänsyn till hans känslor	Vara försiktig, ta hänsyn till patientens känslor	Visa hänsyn
Jag föreslog en gång att han kunde skriva ner tankar till sin son för att han skulle känna att han lämnar ngt av sig själv till sonen och kanske på det sättet känna meningsfullhet	Skriva ner till pappars sina känslor åt en anhörig för att på så sätt vårda relationer	Vårdandet av relationer
Jag var öppen och ärlig	Öppen och ärlig	Öppen och ärlig
Hon bad mig bära fram henne i mina böner vilket jag lovade och gjorde	Bära fram patienter i bön	Bön
De önskade nattvard för dem alla, patienten hann inte delta då döden skiljde oss åt, men jag tror att den lugna atmosfären hjälpte honom över gränsen till evigheten	Nattvard för både patient och anhörig	Bemöta religiöst behov
Senare att kalla på patientens egen församlingspräst enligt överenskommelse med patienten	Kalla på präst enligt överenskommelse	Inse sina begränsningar

## Bemötandet generellt?

Patienter behöver få bekräftade att de inte är ensamma trots att de upplever ensamhet och vilshenhet	Bekräftelse om att man inte är ensam	Bekräftelse
De behöver få hjälp att tala om de här sakerna och själv hitta svar och mening. Att acceptera sina val och sig själv	Att själv hitta svar och mening, att acceptera sig själv	Självinsikt
Om jag märker att en patient berör en andlig dimension så går jag utan rädsla och tvekan in i den dialogen	Utan rädsla och tvekan gå in i dialog om andlig dimension	Rakt på sak
Viktigt att lyssna lugnt, ge dem utrymme, fånga upp frågor och osäkerhet och försöka bemöta dem mångsidigt, försöka hitta kärnan	Lyssna lugnt, ge utrymme, fånga frågor och osäkerhet. Försöka hitta kärnan	Mångsidigt bemötande, hitta kärnan
För det mesta erbjuder jag aktivt bibelläsning och bön	Erbjuda bibelläsning och bön	Religiösa ritualer
Jag lyssnar och ofta förtydligar med frågor eller förklaringar det som människan har sagt	Lyssna och förtydliga frågor	Respons

Lyhörd för patientens behov av samtal och stöd. För inte andlighet och tro på tal förrän patienten själv tar upp det till diskussion	Se patientens behov av diskussion	Lyhördhet
Jag bemöter patientens andliga behov med deltagande om det är möjligt i form av delaktighet och stöd i form av samtal	Bemöter patientens andliga behov genom samtal	Samtal

Känner du att din kunskap angående den andliga dimensionen räcker till?

Känner mig ibland hjälplös, svårt att erkänna att man inte kan göra allt för patienten. Det här har blivit lättare att acceptera med åren, utan att man känner att man misslyckats	Känslan av hjälplöshet ibland, men har med åren blivit lättare att acceptera	Erfarenhet ger självsäkerhet
För det mesta tycker jag att min kunskap räcker men jag vill nog ventilera mina tankar och känslor för att få råd och hjälp	Kunskapen räcker till, men vill ventilera för att få råd och hjälp	Råd och hjälp från kollegor
Har även haft/har möjlighet till egen terapi vid behov	Möjlighet till terapi	Egen terapi

Har du någon gång vänt dig till annan yrkeskunnig person för råd och hjälp?

Har ibland frågat och hjälp. Har också kopplat in annan sakkunnig om det är ok för patienten	Kopplat in annan sakkunnig	Rådfrågan av sakkunnig
Har nog flera gånger under de senaste 20 åren kallat på yrkeskunnig person	Kallat på yrkeskunniga personer	Samarbete mellan olika yrkesgrupper

Efter att kodningen har gjorts så formas kategorier. Kategorier svarar på frågan ”vad?”. De kategorier man har format sammanbinder de koder man fått fram. Alla koder skall passa in i någon av de kategorier man format, men en kod kan bara användas under en kategori, inte under flera. När kategorierna har blivit formade och koder passats in under dessa, kan man bestämma teman som binder samman det latenta innehållet i kategorierna. Teman svarar på frågan ”hur?”. (Granheim U.H. & Lundman B. (2004) s.107).

Efter att vi kondenserat och kodat våra enkätsvar, se tabell ovan, så började vi forma våra kategorier och teman. Vi kom fram till att vi har ett övergripande tema: andlighet. Under vårt tema så har vi en kategori per fråga och även flera underkategorier som mer i detalj beskriver koderna. Nedan kommer vi att visa nästa skede i analyseringen, en tabell över vilka kategorier vi valt och vilka koder vi plockat in under dem.

I första frågan är temat andlighet och kategorin är definition på andlighet.

<b>Underkategorier</b>	Livsåskådning	Kriser	Frågor	Yttre faktorer	Inre faktorer
<b>Koder</b>	Tro på högre	Hantering av	Andliga	Andlighet	Djupare

	makt	svåra situationer Aktualiseras vid livskriser	frågor	finns överallt Andlighet är en helhet	dimension Bortom det fysiska Harmoni
--	------	--------------------------------------------------	--------	------------------------------------------	--------------------------------------------

I andra frågan är temat andlighet och kategorin är reaktioner kring andlighet.

<b>Underkategorier</b>	Hjälplöshet	Medkänsla	Stöd från religion	Vikten av relationer	Positiva upplevelser
<b>Koder</b>	Hjälplöshet	Finnas till och vara medmänniska Medkänsla och medlidande	Religion som tröst och uppmuntran	Kontakta anhöriga och ta vara på tid	Mod i situationer Uppmuntra till samtal

I vår tredje och fjärde fråga som vi valt att skriva ihop är temat andlighet och kategorin är att bemöta andlighet.

<b>Underkategorier</b>	Kommunikation	Religion	Relationer	Personliga egenskaper
<b>Koder</b>	Lyssna Öppen och ärlig Rakt på sak Respons	Bön Bemöta religiöst behov Religiösa	Vårdandet av relationer Bekräftelse	Visa hänsyn Inse sina begränsningar Självisikt



	Samtal Lyhördhet	ritualer		Mångsidigt bemötande, hitta kärnan
--	---------------------	----------	--	------------------------------------------

I vår femte fråga är temat andlighet och vår kategori är kunskap om andlighet.

<b>Underkategori</b>	Stödande faktorer
<b>Koder</b>	Erfarenhet ger självsäkerhet Råd och hjälp från kollegor Egen terapi

I vår sjätte och sista fråga är temat andlighet och vår kategori är åtgärder för kunskap om andlighet.

<b>Underkategori</b>	Teamarbete
<b>Koder</b>	Rådfrågan av sakkunnig Samarbete mellan yrkesgrupper

## 6. RESULTAT & TOLKNING

Vårt resultat utgår ifrån svaren som vi fått av våra informanter genom de enkäter vi skickat ut. Informanterna fick svara på de öppna frågorna vi ställt med fritt formulerade svar. Vi har analyserat innehållet i svaren med hjälp av den ovannämnda analysmetoden. Vi läste genom enkätsvaren noggrant och flera gånger för att få en helhetsbild. Sedan valde vi ut de meningar som var centrala för våra frågor. Meningarna kondenserades och till sist så kodades de för att

på ett tydligt sätt kunna få fram svar på våra frågor. Efter detta formades tema med kategorier och underkategorier för att få fram den röda tråden i vårt arbete. Vi kommer att presentera vårt resultat utgående från våra valda kategorier. Vi kommer att skriva resultatet i en löpande text med egna ord. Vi kommer även att infoga några citat för att förstärka våra resultat. Våra informanter består av sjukskötare, cancerskötare, sjukhussjälvärdare och kuratorer från Finland. Dessa informanter har allt från tio till trettio års erfarenhet av såväl andliga frågor som erfarenhet inom den palliativa vården. Under varje kategori presenterar vi resultatet som framkommit i tidigare forskning. Slutligen sammanfattar vi informanternas och tidigare forskningens resultat i en kortfattad tolkning skriven med egna ord.

### 6.1 Kategori ett: definition på andlighet

Andlighet är en helhet och den finns överallt. ”Enligt min åsikt är andlighet det som omspannar hela livet, hela det som är jag, som en yttre cirkel runt kropp och själ. Kroppen och själen ingår i andligheten. Andligheten kommer mest till synes i livets brytpunkter och i kriser.” (Informant nr. tre). Vid livskriser är andligheten viktig, då blir denna djupare dimension mycket central. Andligheten spelar en stor roll i hanteringen av svåra livssituationer och frågor. Ett annat sätt att definiera andlighet är som tron på en högre makt, en dimension som går bortom det fysiska. Det kan även uppfattas som en inre harmoni, känslan av att uppleva välbefinnande och inre lugn. För att sammanfatta denna kategori vill vi citera ett uttömmande svar; ”För mig är andlighet att vi alla har en djupare dimension, något som blir kvar då vi klär av oss vårt fysiska yttre och alla våra roller skalas bort. Andlighet är vad vi är som människa innerst inne, vad vi tror på och värderar. Våra känslor, vår insikt om våra brister och förtjänster och att vi kan försonas med dem. Det är också vårt förhållande till liv och död och vår förmåga att hantera svåra situationer. Många hittar sin andlighet i religion, andra i naturen. Under vår livstid söker vi vår andlighet och spec. vid kriser aktualiseras den frågan.” (Informant nr. ett).

### 6.1.1 Definition på andlighet utgående från tidigare forskning

Enligt Narayanasamy (2001) så finns det ingen specifik definition på andlighet, detta leder till spekulationer och kritik. Andlighet är något som berör alla människor, ett fenomen som är mycket personligt oavsett religiös tillhörighet. Definitionen på andlighet beror helt på vem som uttrycker sig, vi har alla olika syn på vad andlighet är. En del människor skulle beskriva andlighet utgående från sin religion, medan andra har en mer filosofisk syn på andlighet. (McSherry W. & Jamieson S. (2010) s. 1758, 1761, 1764). Andlighet är något som ger sig uttryck i kriser, då framhävs vikten av andlighet. Anden ger liv åt människan, vilket betyder att andlighet omspannar hela livet. Andlighet beskrivs också som meningen med livet. Övriga definitioner på andlighet är bland annat: tron på en Gud, hantering av ens livssituation, religion och relationer med andra människor. (Penman J., Oliver M. & Harrington A. (2009) s. 30, 32). Enligt Carson (1989) är andlighet vad människan är allra längst in, den genomsyrar hela kroppen och själen och motiverar till meningsfulla val i livet. Ritualer hör även till definitionen på andlighet. (Ireland J. (2010) s. 237). Andlighet kan ses som en ofrånkomlig del av livet och döden. Många anser också att andlighet har en positiv inverkan på både det psykiska och fysiska välbefinnandet hos människor. (Abbas S. Q. & Dein S. (2011) s. 342). Andlighet beskrivs som en viktig del i vården. Andligheten riktar sig både uppåt i form av kontakt med det heliga och utåt i form av kontakten med våra medmänniskor. (Puchalski C. M., Lunsford B., Harris M. H. & Miller R. T. (2006) s. 398). Enligt Castledine (2003) handlar andlighet om självinsikt och hur vi vårdar våra relationer och uttrycker empati jämnt emot andra. (Béphage G. (2009) s 463).

Utgående från våra enkätsvar så kan man bekräfta forskarnas tanke med att alla har olika syn på andlighet. Vi har fått mycket varierande svar av våra informanter. Narayanasamys uppfattning om att det inte finns en specifik definition på andlighet stämmer inte helt överens med vårt resultat, eftersom alla våra informanter har en egen uppfattning om vad andlighet är, dock är dessa svar personliga, inte vetenskapliga. Forskningen och resultatet stämmer väl överens angående livskriser och de andliga frågorna som är centrala delar inom andligheten. Våra informanter tog också fasta på tron på en högre makt som en av definitionerna på andlighet, detta har även tagits upp i tidigare forskning. En punkt som alla informanter och forskare tagit upp är att andligheten är något som kommer inifrån, något som vi alla har,

oavsett bakgrund. Gällande livet och döden nämndes detta som mycket viktigt i tidigare forskning, en av våra informanter understryker också detta.

## 6.2 Kategori två: reaktioner kring andlighet

En av reaktionerna som kan uppstå är känslan av hjälplöshet, t.ex. att inte ha svar på frågor som patienten brottas med. Just dessa svåra frågor i livets slutskede väcker också reaktioner så som medkänsla och medlidande för patienten. I stunder av medlidande kan en djup ödmjukhet ta över, man känner ödmjukhet inför de stora livsfrågorna, mera än att lida med patienten. En av informanterna påpekar särskilt modet, att kunna känna att man vågar vara tyst och närvarande inför patientens ångest. ”Jag kände hjälplöshet och okunnighet. men ändå hade jag modet att vara närvarande och modet att våga också själv vara tyst och inte börja prata för mycket för att dämpa ångesten.” (Informant nr. fyra). En reaktion som överspänner hela vården är känslan av att finnas till, att kunna vara medmänniska. Denna känsla tycks vara återkommande i alla informanters svar. Det beskrivs som en värdefull känsla, att bara kunna finnas till för patienten.

### 6.2.1 Reaktioner kring andlighet utgående från tidigare forskning

Många sjukskötare känner idag att de inte har tillräckligt med utbildning och förberedelser i hur man skall bemöta patientens andliga behov. Man har inte självsäkerheten eller modet att gå in i en sådan situation. Trots detta, finns det ett stort intresse gällande den andliga dimensionen. Idag känner ofta sjukskötare att man har svårigheter att kunna bemöta patientens andliga behov på rätt sätt, bara i vissa fall vågar man bemöta behoven. (McSherry W. & Jamieson S. (2010) s. 1762 – 1763, 1765). Vissa upplever att det är svårt prata om den andliga dimensionen med patienter, detta beror ofta på att man själv inte är medveten om sin egen andlighet, att man inte tar den dimensionen till sig. (Ireland J. (2010) s. 238). Att diskutera döden känns ofta problematiskt för vårdarna. Känslan av rädsla och hjälplöshet inför patientens andliga problem och oförmågan att lösa dessa. Många känner även att det kan vara svårt att se skillnad på andliga och religiösa behov. Rädslan att situationen skall bli för

övermäktig gällande de andliga frågorna, kan också vara en reaktion på den andliga dimensionen. (Abbas S. Q. & Dein S. (2011) s. 346 – 347, 349).

I flera av våra artiklar fick vi bekräftat våra informanternas påstående om att man behöver erfarenhet för att kunna bemöta andligheten på ett rätt sätt. Många sjukskötare känner att de inte fått tillräckligt mycket vetskap om vad andlighet är och hur man skall bemöta denna dimension, de har med andra ord inte fått tillräckligt med erfarenhet för att frimodigt sätta sig in i patientens andliga dimension. Våra informanter tog även fasta på känslan av hjälplöshet, detta framkom även i de artiklar vi läst. Rädsla och hjälplöshet är två reaktioner som ofta framkommer när man frågar sjukskötare hur de reagerar på patientens andliga behov. I våra artiklar så framkom även dessa reaktioner ofta, vilket bestyrker påståendet. Enligt våra informanternas svar kan man tydligt se att det krävs en viss erfarenhet för att tryggt kunna gå in i diskussioner om andlighet. Detta kommer även upp i artiklarna på sådant sätt att många sjukskötare samt sjukskötarstuderanden är osäkra när de går in i en andlig diskussion eftersom de känner att de inte har tillräckligt med kunskap och erfarenhet gällande detta.

### 6.3 Kategori tre och fyra: att bemöta andlighet

Att kunna lyssna, men att ändå kunna ta hänsyn till patientens känslor. Det är viktigt att i samtal med patienten kunna vara lyhörd och ge respons på ämnen patienten tagit upp. Man skall kunna vara ärlig och öppen med patienten. Bemötandet av det religiösa behovet är en viktig aspekt. Man skall kunna känna igen det religiösa behovet och erbjuda religionsutövningar så som bön, nattvard, andakt. På så sätt fungerar religionen som tröst och uppmuntran i den svåra situationen. Patienten behöver få känna sig bekräftad, att inte känna sig ensam i situationen. Det är viktigt att de själva får finna svar och mening för att kunna acceptera sin situation. ”Patienter som är trygga och ser mening med det som händer, har oftast en tro på ngt eller ngn. Patienter som inte upplever den här tryggheten behöver mycket stöd. De behöver få bekräftade att de inte är ensamma trots att de upplever ensamhet och vilshenhet. De behöver få hjälp att tala om de här sakerna och själv hitta svar och mening. Att acceptera sina val och sig själv. Alla får inte frid med sig själv och jag måste inse min begränsning och acceptera att jag inte kan göra det för patienten. Jag finns där men kan inte

leva patientens liv.” (Informant nr. ett). I den palliativa vården är det viktigt att också kunna vårda patientens relationer till de anhöriga. Anhörigas roll är viktig i den palliativa vården, det är viktigt att stöda patienten till att upprätthålla sina relationer med nära och kära. Till sist bör man även kunna inse sina begränsningar, det finns alltid hjälp att få, t.ex. via präster eller sjukhussjälavårdare som är vana att bemöta det andliga behovet.

### 6.3.1 Bemötande av andlighet utgående från tidigare forskning

Det finns många olika sätt att bemöta andligheten på. Först och främst bör man respektera patientens värdighet och uppmuntra dem att frimodigt utöva sin religion eller trosuppfattning. Man skall kunna känna igen och identifiera patientens andliga behov. (McSherry W. & Jamieson S. (2010) s. 1761 – 1762). Viktigt är också att hjälpa patienten att upprätthålla relationer till anhöriga. Att engagera sig i det andliga behovet handlar mycket om medlidande och medkänsla. Man kan uppmuntra patienten till religiösa ritualer så som bön, utifall att patienten är intresserad av detta. Det är viktigt att ge tid åt patienten, att inte skynda på saker. Att visa omtanke för patienten är mycket viktigt, detta kan visas på olika sätt t.ex. besök, massage, samtal med mera. (Penman J., Oliver M. & Harrington A. (2009) s. 33 – 34). För att kunna bemöta patientens andliga behov, är det viktigt att man själv kommer i kontakt med sina egna tankar om andlighet. Endast genom att utveckla sina insikter om andlighet kan vårdare erbjuda ett gott andligt stöd. (Ireland J. (2010) s. 238 – 239). Sjukhussjälavårdare kan spela en viktig roll angående bemötandet av patientens andliga behov. Sjukskötare skall kunna slussa vidare patienter till sjukhussjälavårdarna när de känner att det börjar gå bortom deras kunskap. Att bygga upp ett förtroende till patienten är en av de viktigaste sakerna för att denne ska kunna komma i kontakt med sin egen andliga dimension. (Abbas S. Q. & Dein S. (2011) s. 342, 349). Man skall kunna vara lyhörd för de andliga bekymmer som kan uppstå både hos patienten och hos de anhöriga. Genom att som sjukskötare ta upp funderingar kring andlighet ger man patienten och de anhöriga chansen att ta upp olika ämnen kring andlighet. Man skall kunna prata med ett sådant språk så att patienten tydligt förstår vad man menar och syftar på. Man skall sträva till att patienten skall få spendera tid tillsammans med nära och kära, få uppleva välbefinnande in till sina sista dagar, möta en smärtfri död och att redan från början vara medveten om att man går bredvid dem ända in till döden. Även med tanke på bemötandet av den andliga dimensionen är teamarbete viktigt. Till teamet hör sjukskötare,

läkare, närvårdare, sjukhussjälavårdare m.fl. (Puchalski C. M., Lunsford B., Harris M. H. & Miller R. T. (2006) s. 406 – 408).

Det viktigaste som både kommit upp flera gånger i artiklarna och som våra informanter tagit fasta på är vikten av kommunikation. Att kunna lyssna och samtala med patienten om dennes andliga dimension. Även ämnet religiösa ritualer kom fram på båda ställena, t.ex. genom bön och nattvard. Det är dock viktigt att man endast tar upp de religiösa ritualerna om patienten själv önskar så. Våra informanter nämnde ämnet att hitta mening och vikten av detta, dock hittade vi inte mycket om det i våra artiklar. Att stå vid patientens sida så att denne inte behöver känna sig ensam är centralt i bemötandet av andligheten. De anhörigas roll poängterades av både våra informanter och av våra artiklar, vilket styrker vikten av deras närvaro i bemötandet av den andliga vården. Slutligen bör man även kunna inse när ens kunskaper som sjukskötare inte räcker till och då kunna ta kontakt med annan yrkeskunnig.

#### 6.4 Kategori fem och sex: kunskap och åtgärder om andlighet

Alla informanter är eniga om att det krävs erfarenhet för att uppnå självsäkerhet i bemötandet av den andliga dimensionen. Man kan få råd och hjälp från sina kollegor. ”För det mesta tycker jag att min kunskap räcker men jag vill nog ventilera mina tankar och känslor för att få råd och hjälp.” (Informant nr. fyra). ”Har tillägnat mig såväl kunskap som erfarenhet, men jag konfererar ständigt med bl.a. sjukhuspräster.” (Informant nr. två). Till sist är det även viktigt att ha tillgång till egen terapi för att kunna lufta sina egna tankar.

##### 6.4.1 Kunskap och åtgärder om andlighet utgående från tidigare forskning

Det är viktigt att utrusta och förbereda sjukvårdspersonal så att de på bästa sätt kan bemöta den andliga dimensionen hos patienten. (McSherry W. & Jamieson S. (2010) s. 1759). Otillräcklig kunskap kan vara ett hinder i vården av den andliga dimensionen. Även vårdare behöver stöd och möjlighet att diskutera tillsammans med andra erfarna kollegor t.ex.

sjukhussjälavårdare. Personalen behöver utbildning inom detta ämne så att de kan erbjuda en god andlig vård. (Abbas S. Q. & Dein S. (2011) s. 343, 349).

Alla informanter var eniga om att deras kunskap räcker till, de har dock många års erfarenhet. I våra artiklar framkom att det är viktigt för oerfarna sjukvårdare att få utbildning i ämnet,. Med hjälp och stöd av t.ex. sjukhussjälavårdare kan man få tips och modet att själv kunna ta sig an patientens andliga vård. Endast genom att själv våga ta sig an en patients andliga behov får man erfarenhet och självsäkerhet. Det är även viktigt att man som erfaren vårdare är ödmjuk och diskuterar tillsammans med andra kollegor för att utvecklas. Våra informanter nämnde aldrig ordet utbildning, vilket framkom i våra artiklar, detta tycker vi är viktigt för nya vårdare. Vi tolkar våra informanters svar på så sätt att de genom erfarenhet bildat sin kunskap, medan de mer oerfarna behöver mer stöd från teoristudier.

## 7. KRITISK GRANSKNING

I efterhand när vi fått allting färdigt gällande analyseringen av allt material har vi kommit fram till både en del positiva saker, men också en del negativa gällande vårt arbete och dess trovärdighet. De första som vi reagerat på var våra enkätfrågor. Enligt Trost J. (2008) så bör man tänka sig för vid användning av öppna frågor i enkäter. Svaren kan ofta vara svåra att tolka och kan skilja sig i sin natur beroende på vem som svarar på enkäten. (Trost J. (2008) s. 74-76). En av frågorna visade sig vara aningen irrelevant gällande våra frågeställningar. Den aktuella frågan var ” Beskriv fritt en händelse från ditt jobb där den andliga dimensionen varit central i ditt möte med patienten”. Denna fråga var bra på så sätt att den gav oss en inblick i andliga situationer i vården. Dock visade det sig att den inte var lika relevant utgående från de frågeställningar vi ställt oss, därför analyserade vi inte frågan desto mera. Antalet svar blev sist och slutligen ganska få, vilket kan leda till att vårt arbetes trovärdighet ställs på prov. Dock var tanken redan från början att vi ville rikta in oss på en mindre, men mer erfaren grupp vårdare. Vårt arbete stöder sig mycket på denna grupp informanter, de har en arbetserfarenhet på allt mellan 10-30 år inom den palliativa vården. Detta är ännu en aspekt som gör att vårt arbete är tillförlitligt. Till vårt arbete hittade vi många bra källor. Vi har haft ett stort urval och vi har varit tvungna att kritiskt välja ut vad vi exakt ville basera vår tidigare



forskning på, detta för att inte vår studie skulle bli för bred. Detta leder till att vår studie är trovärdig eftersom det finns mycket tidigare forskning som tyder på samma sak som vi kommit fram till med hjälp av våra enkäter. Vi utgick från en välbeprövad analysmetod, Granheim & Lundman (2004). Enligt dem så ökar arbetets trovärdighet om man använder deras analysmetod. Slutligen innehåller vårt arbete stor variation, vi har t.ex. olika yrkeskategorier och all tidigare forskning är utförda i olika länder och med varierande metoder. Trots detta kom alla fram till snarlika resultat, detta framhäver också vår studies tillförlitlighet.

## 8. DISKUSSION

Detta examensarbete är uppbyggt som en kvalitativ studie. Den baserar sig på tidigare forskning och utformade enkäter som skickats ut till vårdpersonal med lång arbetserfarenhet. Med detta arbete ville vi lyfta fram den andliga dimensionen och hur man som sjukskötare skall kunna identifiera och bemöta denna dimension i den palliativa vården. Denna studie ville vi genomföra eftersom vi upplevde att det fanns en brist i vår kunskap gällande detta ämne. Vi var nyfikna på hur sjukskötare idag upplever de andliga frågorna hos patienterna och hur de ställer sig till dem. Detta ämne tas inte märkbart upp under studierna och trots att man som sjukskötare i större eller mindre utsträckning kommer i kontakt med detta ämne, speciellt i den palliativa vården. För att verkligen förstå vårt valda ämne ville vi till en början ta reda på vad andlighet är, detta gjorde vi med hjälp av litteratur och tidigare forskning. Efter att vi gjort detta ställde vi oss frågor angående vårt valda tema för att kunna få ett specifikt svar utgående från ett brett och varierat utbud av tidigare forskning. Vi kom fram till att vi ville utforma enkäter med öppna frågor för att få mer personliga svar av erfarna vårdare.

Nu i efterhand när vi blickar tillbaka på vår studie kan vi tydligt se om vi fick svar på våra frågeställningar. Gällande frågan vad andlighet är fick vi tydliga svar med hjälp av litteratur. Alla har olika syn på vad andlighet är, det finns ingen egentlig definition på detta. Vad som dock oftast framkommer gällande andlighet är att det är något som finns överallt och inom oss alla. Gällande frågan angående hur man som sjukskötare skall kunna bemöta den andliga dimensionen i den palliativa vården, har vi fått stor hjälp från våra informanter och med hjälp

av tidigare forskning. Det finns många sätt som man kan bemöta andlighet, vilket framkommer i vårt resultat. Det viktigaste är att man ser det som en helhet i vården, inte som en skild kategori. Man skall kunna vara medmänniska, kunna lyssna och rådgöra med patienten, men även veta när det är okej att vara tyst. Dessa aspekter är sist och slutligen egenskaper som man som sjukskötare förväntas äga. Trots detta är det svårt för sjukskötare idag att bemöta den andliga dimensionen eftersom man känner att man inte har tillräckligt med kunskap angående ämnet, en annan aspekt kan även vara att man själv inte är i kontakt med sin egen andliga dimension. Vi har kommit fram till att det underlättar med erfarenhet gällande bemötandet, men att man på vägen dit inte behöver vara rädd för att gå in i en diskussion angående den andliga dimensionen. Här är det viktigt med teamarbete eftersom man då ser när ens kunskaper inte räcker till och man behöver lämna över ansvaret till någon mer erfaren eller sakkunnig, istället för att ignorera den andliga dimensionen. Vår kvarstående fråga gällde varför den andliga dimensionen är en viktig dimension inom den palliativa vården. Frågan fick inget direkt svar, eftersom vi inte tog upp det i enkäterna och således inte sökte svar i tidigare forskning. När vi blickar tillbaka på resultatet kan man mellan raderna se varför denna dimension är viktig. Denna dimension är viktig på grund av att det hör till helhetsvården av patienten eftersom behovet finns hos alla människor. Under hela vår studietid har vi fått lära oss hur viktigt det är att få ett helhetsperspektiv av patienten. En annan orsak till varför denna dimension är viktig eftersom det sägs att andlighet har en positiv effekt på patientens välbefinnande både fysiskt och psykiskt. Många upplever att med hjälp av en god andlig vård, kan livskvaliteten och välbefinnandet även i en svår sjukdom uppnås. (Abbas S. Q. & Dein S. (2011) s. 342).

Vi anser att vårt arbete förlöpt bra, vi hade från början en klar bild över hur arbetet rent praktiskt skulle utföras. Vi har haft en tydlig vision som vi själva anser att vi uppnått. Vårt stora intresse har drivit oss till att verkligen få satsa på att få fram de absolut viktigaste. Vi har strävat efter att hålla oss till vårt begränsade ämne, vilket vi tycker att vi har lyckats med. Allt vi skrivit, har vi skrivit tillsammans, varje mening har vi gemensamt format, detta arbetssätt har gjort att vi fått en bättre överblick, eftersom vi alltid varit tillsammans och alltid reflekterat över vårt innehåll tillsammans. Slutligen känner vi att vi själva fått mera kunskap som vi vill dela med oss av. Vi har upptäckt hur viktig den andliga dimensionen är, särskilt i den palliativa vården. Vi anser att detta ämne skulle vara något man kunde ta upp mera under studierna, på så sätt skulle man inte vara lika oförberedd och rädd inför de kommande andliga

mötena. Vi kommer även att medverka i en palliativ dag på Vasa Centralsjukhus, där vi fått möjligheten att presentera vårt arbete: speciellt en sjukskötarstuderandes syn på bemötandet av den andliga dimensionen i den palliativa vården.

## KÄLLOR

Aalto K. & Gothóni R. (2009) *Ihmisen lähellä – Hengellisyys hoitotyössä* Kirjapaja: Lahti

Abbas S. Q. & Dein S. (2011) The difficulties assessing spiritual distress in palliative care patients: a qualitative study. Ingår: *Mental Health, Religion & Culture* ( vol 14 no 4 s. 341-352) Taylor & Francis: London

Andershed B. Ternstedt B-M. & Håkanson C. (2013) *Palliativ vård – Begrepp och perspektiv I teori och praktik* Studentlitteratur AB: Lund

Arlebrink J. (2012) *Existentiella frågor – inom vård och omsorg* Studentlitteratur AB: Lund

Béphage G. (2009) Promoting spiritual comfort in palliative care settings. Ingår i: *Nursing and Residential Care*. (vol 11, no 9 s.463-466). Healthcare Limited: London

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 metastudy of qualitative research Ingår i: *Palliative medicine*. (vol24, no 8 s. 753-770). Sagepub:United Kingdom

Emanuel L. L. & Librach S. L. (2007) *Palliative care - core skills and clinical competencies* Saunders: Philadelphia

Granheim U.H & Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Ingår i: *Nurse Education Today* (vol 24 no 2 s. 105-112)

Ireland J. (2010) Palliative care: a case study and reflections on some spiritual issues. Ingår i: *British Journal of Nursing*. (vol 19 no 4 s. 237-240) MA Healthcare Limited: London

Kinzbrunner B. M. & Policzer J. S. (2011) *End-of-life-care – a practical guide* 2 uppl. McGraw-Hill companies, Inc: United States of America

McSherry W. & Jamieson S. (2010) An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. Ingår i: *Journal of clinical nursing* (no 20 s. 1757-1767) Blackwell Publishing: Oxford

Penman J., Oliver M & Harrington A. (2009) Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers. Ingår i: *Australian Journal of Advanced Nursing* (vol 26 no 4 s. 29-35) Australian Nursing & Midwifery Federation: Melbourne

Puchalski C. M., Lunsford B., Harris M. H. & Miller R. T. (2006) Interdisciplinary spiritual care for seriously ill and dying patients: A collaborative model. Ingår i: *The Cancer Journal* (vol 12 no 5 s. 398-416) Lippincott Williams & Wilkins: Baltimore Maryland

Sosiaali- ja terveysministeriö (2010) Hyvä saattohoito suomessa – Asiantuntijakulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset julkaisu nro 6. Helsinki

Strang P. & Beck-Friis B. (2012) *Palliativ medicin och vård* Liber AB: Stockholm

Trost J. (2008) *Enkätboken* Studentlitteratur:Pozkal

## BILAGOR

## Bilaga nr 1

## Följebrev

Vi är två studerande från Yrkeshögskolan Novia, vi studerar till sjukskötare och kommer att bli färdiga till julen. Detta innebär att vi håller på att skriva slutarbete, rubriken på detta är ”Bemötande av patientens andliga behov i den palliativa vården”.

Med denna enkät så vill vi ta reda på hur man bemöter en patients andliga behov i den palliativa vården. Vi vill få fram era erfarenheter för att vi som kommande vårdare, på ett bra sätt kan bemöta denna dimension hos patienten.

Denna enkät består av öppna frågor som vi gärna vill ha fria och personliga svar på. Enkäten är helt anonym, endast yrkestitel kommer att framkomma. Vi uppskattar att enkäten tar ca 30 minuter att fylla i.

Med vänliga hälsningar,

Julia Bengtsson ([julia.bengtsson@novia.fi](mailto:julia.bengtsson@novia.fi))

Sonja Friman ([sonja.friman@novia.fi](mailto:sonja.friman@novia.fi))

## ENKÄT – ANDLIGHET I DEN PALLIATIVA VÅRDEN

Yrkestitel:

1. Hur många år har du arbetat med patienter i livets slutskede?
2. Hur skulle du definiera andlighet?
3. Beskriv fritt en händelse från ditt jobb där den andliga dimensionen varit central i ditt möte med patienten:
  - 3.1 Utgående från händelsen i fråga nr 3, vilka reaktioner väcktes inom dig i den situationen?
  - 3.2 Utgående från händelsen i fråga nr 3, hur bemötte du patientens andliga behov?
4. Hur bemöter du den andliga dimensionen hos patienter generellt?
5. Känner du att din kunskap angående den andliga dimensionen räcker till, eller har du någon gång vänt dig till annan yrkeskunnig person för råd och hjälp?
  - 5.1 Om så är fallet, vem har du vänt dig till?