

EXISTENTIELL OMVÅRDNAD
vårdpersonalens upplevelser
-en litteraturöversikt

EXISTENTIAL CARE
experiences of healthcareprofessionals
-a litteraturereview

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Högskolepoäng
Hösttermin År 2015

Författare: Åsa Gamgam Leanderz

SAMMANFATTNING

Titel: Existentiell omvårdnad, vårdpersonalens upplevelser

Författare: Åsa Gamgam Leanderz

Institution: Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde

Program/ kurs: Sjuksköterskeprogrammet/ Examensarbete i omvårdnad OM525G

Handledare: Tilly Lund, Annelise

Examinator: Brovall, Maria

Datum: 2015-01-08

Sidor: 25

Nyckelord: existentiell, andlig, vård, patient, sjuksköterska, reflektion

Bakgrund: Intresset för existentiella frågor har ökat inom hälso- och sjukvården. Eftersom många människor i dagens samhälle lider av psykisk ohälsa skulle det vara viktigt för vårdpersonal att integrera andlig omvårdnad i mötet med patienten. Även om många studier redan gjorts och det är välkänt att existentiell omvårdnad ska vara en del av humanistisk omvårdnad, finner vårdpersonal det svårt att ge existentiell omvårdnad. **Syfte:** med uppsatsen var att beskriva vårdpersonalens upplevelser av existentiell omvårdnad. **Metod:** är en litteraturöversikt som analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys beskriven av Hällgren Graneheim och Lundman. **Resultatet:** visar att rädsla kan uppkomma när vårdpersonalen berörs inombords. Medvetenhet om egen sårbarhet kan även medföra att vårdpersonalen undviker existentiell omvårdnad. Vårdpersonalens förhållningssätt till egen andlighet innefattar att veta var det egna jaget står. Genom att diskutera situationer med andra fördjupas förståelsen för de egna upplevelserna. Ett medvetet närvarande i stunden och att hålla tillbaka sig själv verkar också utgöra en förutsättning för existentiell omvårdnad. **Diskussion:** Sårbarhet hos vårdpersonalen utgjorde hinder. Förutsättningarna förbättrades när vårdpersonalen ökade medvetenheten om den egna andligheten. **Slutsats:** Det ansågs viktigt att vårdpersonalen var medveten om sin egen andlighet för att kunna möta patientens existentiella behov.

ABSTRACT

Title: Existential care, experiences of healthcare professionals

Author: Åsa Gamgam Leanderz

Department: Department of health and nature, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor in Science of Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Tilly Lund, Annelise

Examiner: Brovall, Maria

Date: 2015-01-08

Pages: 25

Keywords: existential, spiritual, care, patient, nurse, reflection

Background: The interest of existential issues has increased in healthcare. Since a lot of people in today's society suffer from poor mental health, it would be an important task to healthcare professionals to integrate existential care in the meeting with the patient. Eventhough there has been a lot of studies done in the field of existential care, for it is wellknown that existential care should be a part of humanistic caring, healthcare professionals found it problematic to give existential care. **The aim** of this study was to describe healthcare professionals experiences of existential care. **Method:** Literature review which was analyzed using qualitative content analysis described by Hällgren Graneheim and Lundman has been used as a method. **The result** showed that fear arose when healthcare professional were affected within. Awareness of their own vulnerability resulted in avoiding existential care. Healthcare professionals attitudes to their own spirituality involved knowing where the own self was positioned. By discussing situations with others deepens the understanding of their own experiences. A conscious presence in the moment and to restrain oneself also seems to be a prerequisite for spiritual care. **Discussion:** Vulnerability of healthcare professionals formed barriers. The conditions improved when healthcare professionals increased awareness of their own spirituality. **Conclusion:** It was considered important that healthcare professionals were aware of their own spirituality in order to meet the patient's existential needs.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Definitionen av andlig kontra existentiell	4
Definition av omvårdnad	2
Skillnaden mellan andlig omvårdnad och andlig vård.....	3
Existentiell hälsa	3
Förhållningssätt till andlighet i vården	4
Vårdpersonalens roll och ansvar för andlig omvårdnad	5
Evidensbaserad omvårdnad	6
Bedömning av andligt status	7
Andlighet i Erikssons omvårdnadsteori	7
Tidigare studier om andlig omvårdnad	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	9
METOD	9
Urval och datainsamling	10
Analys	11
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	12
RESULTAT	12
Hinder för upplevelser av existentiell omvårdnad	14
Okunskap gällande innebörden av existentiell omvårdnad	14
Rädsla för det okända	14
Skilda livsåskådningar	14
Upplevelse av att vara begränsad.....	15
Förutsättningar för upplevelser av existentiell omvårdnad	15
Veta var man står	15
Vilja vara närvarande och förstående	16
Ha ett öppet sinne	17

Andlighetsprocess	19
-------------------------	----

DISKUSSION	19
-------------------------	-----------

Metoddiskussion	19
------------------------------	-----------

Resultatdiskussion	22
---------------------------------	-----------

SLUTSATS OCH KLINISKA IMPLIKATIONER	25
--	-----------

Förslag på fortsatt forskning	25
-------------------------------------	----

REFERENSER

BILAGOR

1. Människans andliga kraftspirals
2. Artikelmatris
3. Checklista för kvalitativa artiklar

”Att kunna älska sin nästa såsom sig själv innebär att kunna älska den andra utan att blanda in det egna jaget ”(Eriksson, 2000a).

INLEDNING

Att våga vara kvar vid sidan av patientsängen i tystnaden och fortsätta lyssna till det utsagda kräver styrka och upplevs som en utmaning. Handledaren under sjukhuspraktiken berättar att hon frågar patienten ”Hur mår själen?” Patienten talar länge med handledaren. Det gör intryck, att handledaren är rak och frågar patienten om själens mående. Intresset tilltar för andliga frågor i samhället och inom sjukvården och därför är andlighet betydelsefull i omvårdnad (Sivonen, 2000).

Det finns idag avancerade behandlingar och det läggs allt mer resurser på den form av sjukvård som botar och lindrar medan intresset minskar för hälsofrämjande sjukvård (Pellmer & Wramner, 2012). Psykisk ohälsa i vid mening är vanligt förekommande i befolkningen enligt Socialstyrelsen (2013). Av Sveriges befolkning har 20-40% någon form av psykisk ohälsa (a.a.). Vården är i Sverige ekonomiskt driven vilket innebär att vårdpersonal ska kunna ge vård som är pålitlig och mätbar (Dahlberg & Ranheim, 2012). Därför fokuseras mer på att *göra* än att *vara* inom omvårdnad (a.a.). Vårdpersonal undviker dessutom i allmänhet frågor kring andliga och existentiella behov och enligt studier är behoven hos patienterna försummade (Socialstyrelsen, 2001).

BAKGRUND

Definitionen av andlig kontra existentiell

En universell definition av andlighet existerar inte men det finns åtskilliga definitioner med olika betydelser och andlighet kan därmed antyda olika saker beroende av personens världsuppfattning eller personliga tolkning (McSherry & Cash, 2003). Ordet ande är nordiskt och har från början betytt andetag men även livskraft, livslåga, energi och själva livet förknippas med ordet ande (Sivonen, 2013). Kärnan i människans andlighet beskrivs vara förmågan att reflektera över sin plats i tillvaron och ställa existentiella frågor som kan handla om meningen med livet, yttersta meningen med livet, döden, vad som händer efter döden, rätt och fel (Wiklund, 2003). Sjuksköterskelitteraturen är inte tillräckligt granskande och kritisk vad gäller definitioner av andlig omvårdnad vilket medfört en snedvridning mot breda, existentiella definitioner (Clarke, 2009). Det finns ett behov att skilja på andlighet och religion vilket inte ska behövas eftersom religionsvetenskap i form av teologi kan ge insikter som förklarar andlighet. Det avsiktliga skiljandet från religion och teologi har lett till definitioner som tenderar att resultera i en andlig omvårdnad som är

svår att skilja från psykologisk vård och dessutom svår att förklara och utöva. Enligt Clarke bör sjuksköterskeprofessionen gå mot ett varierat utbud av tolkningar av andlighet och större fokus riktas mot praktiska sätt att använda det i sjuksköterskans omvårdnad (a.a.).

Det svenska ordet andlig avser en starkare gudsrelation och kristen tro än vad det framgår att det engelska ordet 'spiritual' har i internationella vetenskapliga artiklar (Sivonen, 2013). Även Sandman och Woods (2003) hävdar att det finns drag som är gemensamma och särskiljande vad gäller andlig och existentiell, utifrån ett svenskt respektive internationellt perspektiv. Gemensamt för definitionerna är helhetsvård vilken avser att beakta hela människans och hennes situation. Den svenska definitionen skiljer sig däremot genom att tala mer i existentiella dimensioner än andliga. Det kan förklaras med att det svenska samhället är mer sekulariserat (a.a.) vilket således medför att i Sverige blir existentiella och andliga dimensioner mer framträdande (Strang, 2002). Enligt Strang (2002) går det inte att åtskilja innebörden av andligt, religiöst och existentiellt. Enligt henne kan förklaring av begreppen ges genom att använda nyckelord och då beskrivs andlighet som mening, relation, högre makt/ källa till energi, religiös dimension, relation. Religion beskrivs med Gud, ritualer, tro och social manifestation och existentiellt med mening/meningslöshet, död, frihet och isolering (a.a.). Ytterligare ett sätt att skilja begreppen åt är som olika dimensioner (Strang, Strang & Ternstedt, 2001). Andlighet ses då som en bredare dimension än religionen och ger en mänsklig och djup dimension åt alla människor. Dimensionen går bakom människans sociala och fysiska tillvaro och visar vägen för människan. Religionen kan utgöra en betydande del av människans andlighet men en andlig dimension kan finnas även utan religion. Existentialismen behandlar den mänskliga naturens grundläggande frågor. Människans existens anses utmanas av fyra grundläggande villkor: frihet, isolering, meningslöshet och död. De fyra villkoren är centrala i begreppet andlig hälsa eftersom existentialismen handlar om frågor om livets ursprung och villkor. Begreppen har överlag starka gemensamma drag och överlappar delvis varandra. Därför kommer andlig och existentiell vara synonyma i denna uppsats.

Definition av omvårdnad

Termen omvårdnad används för att beskriva ett behov, en förmåga, professionell kompetens och forskningsområde (Willman, 2003). Den första definitionen av omvårdnad i Sverige formulerades av Medicinska Forskningsrådet (MFR) (1982):

"Omvårdnad innebär att tillgodose allmänmänskliga och personliga behov och därvid tillvarata individens egna resurser för att bevara eller återvinna optimal hälsa liksom att tillgodose behov av vård i livets slutskede. Omvårdnad sammanfaller delvis med och utgör ett komplement till medicinsk vård, beaktande såväl psykiska som sociala och kulturella aspekter." MFR (1982)(s.10)

Skillnaden mellan andlig omvårdnad och andlig vård

Den andliga dimensionen inom omvårdnad har endast då och då utforskats i Skandinavien (Strang et al., 2001). Andlig omvårdnad anses vara att med passande omvårdnadsåtgärder möjliggöra för patienten att uttrycka existentiella frågor och leva ut sin andlighet. Det kan göras genom att utöva en religion men aktiviteterna behöver inte vara av religiös karaktär. Den andliga dimensionen kan också innehålla en känsla av mening och syfte med livet. Andlig styrka kan underlätta läkning av den fysiska kroppen och sjukdom kan ta energi från en dimension vilket i sin tur påverkar en annan (a.a.). Om andlig omvårdnad ska ges, kan inte fokus ligga på sjuksköterskans individuella trossystem eller på en allmän uppfattning av vad god omvårdnad är (Kevern, 2012). Syftet med den andliga omvårdnaden är främst att lindra det existentiella lidandet (Eriksson, 2002). Skillnaden mellan andlig *omvårdnad* och andlig *vård* består av vem och var den utförs. Andlig vård skiljer sig från andlig omvårdnad genom att utgöra en samlande term för den verksamhet kyrkor och samfund bedriver inom fångvård, försvar och sjukhusvård (Nationalencyklopedin, 2014). Innebörden av andlig vård är att hjälpa till vid omorientering inför nya faser i livet och att stödja, ge hopp och mod (Lorentzon, 2014). Även Eriksson (2000a) skiljer själavården från andra typer av vård genom att hävda att själavård kännetecknas av tro. Begreppet ande är en stark synonym till själ och själen kan delas in i två dimensioner, en psykisk och en andlig. Följaktligen kan talas om andlig vård istället för själavård. Syftet med den andliga vården anses vara tro vilken beskrivs vara en inre frihet som åstadkoms genom beaktelse och inre frihet (a.a.). I uppsatsen beskrivs andlig omvårdnad upplevd av vårdpersonal och därmed särskiljs den från den andliga vård som bedrivs av kyrkor och samfund.

Existentiell hälsa

Existens betyder tillvaro och existentiell handlar om det som rör människans tillvaro (Nationalencyklopedin, 2014). Existentiell hälsa ses som ett integrerat och grundläggande synsätt på patientens välbefinnande och hälsa (Withehead, 2003). Det går inte att se mekanismerna bakom den existentiella hälsan och därför blir den svår att känna igen för vårdpersonal (a.a.). Flera definitioner av existentiell hälsa finns och i den här studien valdes World Health Organization Quality of Life Spirituality, Religion, Personal Beliefs (WHOQOL SRPB) (2006) gruppens definition som utgångspunkt. Som grundstenar för existentiell hälsa har gruppen utvecklat åtta faktorer vilka uppges vara 1. Andlig kontakt, 2. Mening & syfte med livet, 3. Upplevelse av förundran, 4. Helhet & integration 5. Andlig styrka 6. Harmoni & inre frid 7. Hoppfullhet & optimism 8. Tro som resurs (WHO, 2006).

Den personliga tron behöver inte vara religiös. Den ses som en resurs som hjälper för att njuta av vardagen och ger styrka. När livet är svårt ger hoppfullhet och optimism en framtidstro. Med inre harmoni och inre frid menas att känna ett lugn och vara tillfreds med

sig själv. Andlig styrka förklaras med att hitta sätt att känna glädje och komma igenom det som är svårt i livet. Med helhet menas att kropp, psyke, handlingar, tankar, känslor och det andliga är en helhet. Förundran över tillvaron syftar till att känna inspiration och tacksamhet inför sin omgivning, till exempel konst, musik och natur. Mening och syfte med livet relaterar till att det finns ett speciellt syfte med att just jag lever. Slutligen innebär andlig kontakt en hjälp för personen att uppleva tillförsikt och trygghet genom kontakt med något större (WHO, 2006). Gruppen menar att kvinnor rapporterar högre känsla av andlig kontakt än män (WHOQOL SRPB group, 2006). Äldre människor berättar om inre styrka, inre ro och större tro, helhet och integration och andlig kontakt. Yngre deltagare rapporteras vara mer optimistiska och hoppfulla (a.a.).

Förhållningssätt till andlighet i vården

Andlighet är sedan urminnes tider ett viktigt inslag för hälsa och helande i en mängd kulturer (Sawatzky & Pesut, 2005) och för evigt sammanbundet med hälsa och omvårdnad (Connell Meehan, 2012). Ursprungligen innefattar vårdande hela människan med själ, kropp och ande (Eriksson, 2000a). Den grekiske filosofen Hippokrates anser att människans ande och själ måste väckas innan det är möjligt att behandla ohälsa (Watson, 1993). Nuvarande förståelse av andlig omvårdnad formas av tre perioder med olika förhållningssätt, det vetenskapliga, det religiösa och det existentiella förhållningssättet (Sawatzky & Pesut, 2005).

Hur vi i modern tid uppfattar kroppen bygger på tusenårig historia (Lindwall, 2013). Den franske filosofen Descartes hävdar att kroppen och själen kan tudelas vilket innebär att delas upp och skiljas åt. Det leder till objektifiering av kroppen. När kroppen kan studeras i delar utvecklas i sin tur kunskaper i anatomi och fysiologi. Dagens hälso- och sjukvårdssyn grundar sig i hög grad på den dualistiska kroppsuppfattningen (a.a.). Dualism betyder tvåfaldig och härstammar från det latinska ordet dualis (Bullington, 2007). Diskussionen handlar sedan Descartes tid om hur det fysiska och det psykiska relaterar vilket uppges vara ett problem eftersom det fysiska och psykiska uppfattas som motsatser till varandra (a.a.). Dualismen visas även genom skiljandet mellan patientens subjektiva symtom och objektiva tecken på sjukdom (Martinsen, 2012). Organiska synsätt leder till dualism där kroppsliga förändringar och existentiella frågor värderas var för sig (Engström & Johansson, 2009). Inom dagens hälso- och sjukvård finns således en vana att förstå människan ur ett naturvetenskapligt perspektiv (Dahlberg & Segesten, 2010). Perspektivet beskriver hur biologiska system fungerar, hur de påverkar hälsa och sjukdom och hur de inverkar på varandra. Med hjälp av synsättet kan hälsa anses finnas vid bästa möjliga funktion hos de biologiska systemen. Det medicinska perspektivet som fortfarande kännetecknar vårdkulturen ger inte alltid plats för existentiella frågor. Samtidigt sätts vetenskap inom omvårdnad sedan länge i motvikt till det medicinska perspektivet. Men det har visat sig vara mer givande att använda ett komplementärt perspektiv och ett

accepterande arbetssätt (a.a.) vilket innebär en arbetsmetod som utgår från både omvårdnads- och medicinskt perspektiv.

Vårdpersonalens värdegrund ska utgå från en humanistisk människosyn (Socialstyrelsen, 2005) och utgångspunkten för humanistiskt perspektiv är att människan är okränkbar och värdig. Världigheten anses finnas i människans möjlighet och förmåga att själv forma sitt liv (Eriksson, 2000b). Varje människas möjligheter att utvecklas och växa betonas också i humanistisk och existentiell människosyn (Jahren Kristoffersson & Nortvedt, 2005) och det finns en öppenhet för att existensen och tillvaron är rörlig samt att livet och människor alltid förändras (Dahlberg & Segesten, 2010). Människans egna handlingar ses som förenade med frihet och ansvar och tolkning görs av världen för att skapa mening i tillvaron (Jahren Kristoffersson & Nortvedt, 2005).

I Sverige försvinner kyrkans inflytande över människorna under mitten av 1900-talet (Beck Friis, & Strang, 2005). Det medför att den dimensionen i sjukvården som är trosutövande upphör. Därefter är det vetenskapliga perspektivet dominerande och människan ses utifrån medicinsk synsätt, reducerad till enbart sin kropp (a.a.). Tron på Gud enligt traditionell kristendom är betydligt mindre populär i Sverige än tron på något som beskrivs alternativt (Heelas, 2007). Eftersom yrkesverksamheten som sjuksköterska planeras till Sverige, anses det även i relation till uppsatsens syfte, viktigt att känna till förhållningssätt till andlighet i landet. De religiösa frågorna är således inte lika centrala i Sverige som de är i många religiösa länder (Strang et al., 2001). Därför betonas existentiella filosofiska aspekter som en viktig del av den andliga/religiösa/existentiella dimensionen (a.a.). Andlighet kan belysas med hjälp av existentialism (Barbosa da Silva & Andersson, 1993) vilket är en filosofisk inriktning som berör frågor om de grundläggande förutsättningarna för att vara människa (Strang, Strang & Ternestedt, 2001). Upplevelser av meningslöshet och meningsfullhet anses andliga av existentalister (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell Ekstrand, 2013). Utgångspunkten för att kunna rikta sig mot patientens existentiella behov är en helhetssyn på människan vilken behöver kombinera humanistisk existentiell filosofi med de nödvändiga medicinska perspektiven (Koslander, Barbosa da Silva & Roxberg, 2009).

Vårdpersonalens roll och ansvar för existentiell omvårdnad

Vårdpersonalen i klinisk verksamhet uppmanas dagligen att svara på patientens andliga behov (Sawatzky & Pesut, 2005) ändå missas ofta tillfällen för spontana samtal med patienter (Dahlberg & Segesten, 2010). Det ska finnas förmåga att på ett empatiskt och lyhört sätt kommunicera med patienter (Socialstyrelsen, 2005) eftersom psykiska, sociala, andliga och existentiella behov ska tillfredsställas likafullt som fysiska behov (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010a). I ansvaret ingår även att visa öppenhet och respekt inför olika trosuppfattningar (Socialstyrelsen, 2005). Patienten ska ges sakkunnig och

omsorgsfull vård samt visas respekt och omtanke (SFS 2010:659) och så långt det är möjligt genomförs och utformas vården i samråd med patienten (a.a.).

För att kunna relatera till andra måste vårdpersonal ha känslan av att vara en komplett människa med egen känslighet och egna personliga, utmärkande egenskaper (Thorup, Rundqvist, Roberts, & Delmar, 2012). I mötet med patienter finns det möjligheter att undersöka den andliga dimensionen samt effekten vårdpersonalens egna värderingar och uppfattningar har i det praktiska arbetet (Devenny & Duffy, 2013). I detta syfte kan en värdegrund utarbetad för omvårdnad vara användbar i det kliniska arbetet som innehåller förslag på reflektions- och diskussionsmodeller vilka kan användas enskilt eller i grupp (SSF, 2010). Vårdpersonal behöver veta, att hur patientens behov tolkas påverkas av vårdpersonalens förhållningssätt och människosyn (Socialstyrelsen, 2012) och det behövs utbildning och stöd för att öka förståelsen för den egna potentialen samt ofullkomligheten i det egna beteendet. Vårdpersonalen görs således medveten om den egna rollens betydelse (a.a.). Det finns redan en önskan hos vårdpersonal att innefatta andlig omvårdnad i det dagliga arbetet men vårdpersonal har svårt att definiera vad en sådan vård ska innehålla (Strang et al., 2001). För att verkligen förstå och kunna använda sig av andliga värden behöver vårdpersonalen göra dem till sina egna (a.a.). Andlighet i omvårdnad uttrycks följaktligen primärt i hur vårdpersonalen vårdar (Connell Meehan, 2012).

Paley (2009) riktar kritik mot andlig omvårdnad inom sjukvården. Frågan lyfts om andlig omvårdnad hör hemma i utövandet av hälso- och sjukvård i en modern och sekulär värld (Draper, 2012). Paley (2009) menar att i de delar av världen som har tydligt fastställda sekulära värderingar är det onödigt att sjuksköterskan ger andlig omvårdnad. Det ska inte heller finnas någon förväntan från chefer eller beslutsfattare inom hälso- och sjukvård på att sjuksköterskor borde göra det. Vidare menas att det är ett krav att hälso- och sjukvården som ett offentligt rum ska förbli alltigenom sekulär (a.a.). Med sekulär menas här förvärldsligad och upplösning av religiösa värden och traditioner (Denzler, Lohner & Graf, 1990).

Evidensbaserad omvårdnad

Vårdandet ska ha evidens som grund vilket innebär att säkert veta att vården är den bästa och rätta för patienten (Dahlberg & Segesten, 2010) med andra ord ska sjuksköterskans arbete genomföras i enlighet med beprövad erfarenhet och vetenskap (SFS 2010:659). Evidensbaserad omvårdnad definieras både som en process och ett förhållningssätt (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2002). Processen betyder att vetenskapliga resultat från omvårdnadsforskningen används som komplement till existerande kunskaper om till exempel den enskilde patientens behov. Enbart kunskap från forskning visar inte fullständigt svar på vad som är god omvårdnad därav kompletteras kunskapen (a.a.). Enligt Socialstyrelsen (2005) ska sjuksköterskan dessutom ha förmåga att analysera svagheter och

styrkor i den egna professionella kompetensen på ett självständigt sätt. Kontinuerligt verkar sjuksköterskan således för sin personliga kompetensutveckling (a.a.).

Bedömning av andligt status

Upplevelsen av sjukdom är inte bara ett fenomen som berör kroppen utan har också en existentiell dimension (Ehnfors et al., 2013). Området närmas på ett varsamt sätt och endast då det har relevans. Det förmodas ha relevans vid fler tillfällen än det som kan antas vid första ögonkastet. Vid bedömning av andligt status görs försök att upptäcka vilka förhållanden i livet som påverkar omvårdnaden. Situationerna som avses har betydelse för patienten och dess anhöriga ur andlig och existentiell synvinkel. Religionen har större betydelse i människors liv, i de flesta länder i världen, än vad den har i Skandinavien. Samtidigt behöver den andliga dimensionen inte vara religiös. Estetiska behov som musik, poesi och konst kan vara en yttring av den andliga dimensionen (a.a.).

För dokumentation av patientens andliga status finns sökordet andligt/kulturellt i VIPS-modellen för sjuksköterskans journalföring (Ehnfors et al., 2013). Under andligt/kulturellt dokumenteras livsåskådning, existentiella frågor och upplevelse av meningsfullhet. Om patienten önskar speciella ritualer och klädsel dokumenteras det. Även information om bönetider, radband, krucifix och tabun sammanställs. Andlig smärta dokumenteras liksom förtvivlan samt skuld-, skam- och straffkänslor. Därutöver dokumenteras patientens upplevelse av obehag relaterat till existentiella faktorer under sökordet smärta/sinnesintryck (a.a.).

Andlighet i Erikssons omvårdnadsteori

Flera omvårdnadsteoretiker inkluderar andliga behov som en del av helhetssynen på människan (Ehnfors et al., 2013). I Erikssons (1994) omvårdnadsteori ses hälsa som en rörelse mellan tre olika nivåer: hälsa som görande, varande och som vardande. I människans upplevelse av olika problem, behov och begär uttrycks rörelsen. För att förstå människans vardande i hälsa och lidande behöver åtskillnader införas i form av förändring och förnyelse. Eriksson (1994) menar att människan kommer in i förvandling och förnyelse i den andliga kraftspiralen (bilaga 1). Ett centralt andligt behov anses i Erikssons (2000b) omvårdnadsteori vara människans behov av förståelse. Vidare tolkas helhetssynen som att dimensionerna ande, kropp och själ överlappar varandra (Eriksson, 2000a). Därmed motsvarar helheten området där dimensionerna överlappar varandra. Enligt Eriksson (2000b) bör all vårdpersonal vara lika beredd på att möta patientens andliga behov som de är på att bemöta de organiska behoven. Alla människor ses som naturliga vårdare och omvårdnad anses ursprungligen vara ett naturligt beteendemönster hos människan (Eriksson, 2000a). Samtidigt anses det viktigt att vårdpersonal erkänner sin

kompetensgräns vid avancerad andlig vård vilken utförs av specialutbildad personal. Upplevelsen av egen oförmåga att bemöta patientens andliga behov ska inte leda till att behoven förnekas. Den vanligaste orsaken till att patientens helhetsvård inte tillgodoses är vårdpersonalens oförmåga att bemöta och känna igen andliga behov. Vakenhet rekommenderas inför patienter och lyssnande när de uppger att de inte mår bra. På grund av vårdpersonalens egen oförmåga och ångest kan patientens lidande förnekas och önskan om hjälp förbises. Grundläggande kunskaper för vårdpersonal i andlig omvårdnad efterfrågas för att utveckla förmågan att lägga märke till behov hos patienten (a.a.).

Hälsa ses av Eriksson (1985) som ett mål i vårdprocessen (Bentling, 2013) och tron anses utgöra en grundsubstans för hälsa (Eriksson, 2000b). Enligt Erikssons (2002) uppfattning är människan i grunden religiös. Eriksson (2000a) menar vidare att alla människor har någon form av gudsförhållande och tro, ett andligt livsrum. Det beskrivs vara något som går utöver det kroppsliga och själsliga som alla behöver ett andligt livsrum oavsett människans förhållande till Gud. Med andligt livsrum avses den kultur och miljö där människan har utrymme för estetiska, etiska och religiösa upplevelser. De flesta människorna har en referensram som kännetecknas av tro även om de inte utövar någon religion eller vidkänns en särskild livsåskådning. Andlighet enligt Eriksson (2000a) är det bärande begreppet i denna uppsats.

Tidigare studier om andlig omvårdnad

Det är av stor vikt att vårdpersonalen vågar möta och kan lyssna till patienters andliga behov (Beck-Friis & Strang, 2000). Andliga behov anses skapa existentiella begär (Sivonen, 2000). Således ber många patienter om existentiella dialoger och vårdpersonal medger att det finns behov av mer träning i sådana dialoger (Strang, Henoch, Danielson & Browall, 2013). Vårdpersonal kan uppleva motvilja inför att engagera sig i samtal om patientens andlighet vilket beror på att ämnet som helhet uppfattas besvärligt och det råder förvirring gällande ämnets komplexitet där även rädslor finns hos vårdpersonal för påföljder av bristfällig yrkesutövning (Kevern, 2012). Vårdpersonal uppger att de utmanas existentiellt och etiskt i det dagliga arbetet och svarar på etiska och existentiella frågor vilket påverkar vårdpersonalens etiska bildning (Thorup, Rundqvist, Roberts & Delmar, 2012). Vidare beskrivs det egna lidandet och sårbarheten som något gömt och väldigt känsligt, som en knut i magen. Det faktum att vårdpersonal möter patienterna med sin egen sårbarhet kan inverka på relationen och de egna knutorna verkar påverka vårdpersonalens engagemang i omvårdnaden. Sårbarheten kan leda till en process som öppnar vårdpersonalens ögon (a.a.) Själva erkännandet av att sakna erfarenhet eller känslan av personlig ofullkomlighet utgör ett hot mot självet (Arman, 2007). Vårdpersonalen möter patienter i speciella tillfällen som till exempel vid akut smärta, förlossning, vid dödsfall vilka kan vara situationer där andligt vårdande efterfrågas. Trots detta är fortfarande lite känt om vårdpersonalens andlighet (Koren & Papamitriou, 2013).

PROBLEMFORMULERING

Det räcker inte att förklara sjukdom utifrån naturvetenskapligt synsätt. Den mänskliga omsorgen blir alltmer betydelsefull i ett snabbt växande och komplext sjukvårdssystem. Andliga och existentiella behov behöver tillgodoses i lika hög grad som fysiska behov. Vårdpersonal ska ha förmåga att kommunicera med patienter på ett lyhört och empatiskt sätt och hos Vårdpersonal finns en vilja att uppmärksamma existentiella behov men det är svårt att definiera hur existentiell omvårdnad ska utföras samt vad den ska innehålla. Vikten av att se hela människan betonas i vårdutbildningar, trots detta finner vårdpersonal det svårt att bemöta patientens existentiella behov. Vad beror det på och vad påverkar vårdpersonalens existentiella omvårdnad av patienten? Studien avser att undersöka vårdpersonalens upplevelser av existentiell omvårdnad.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva vårdpersonalens upplevelser av existentiell omvårdnad.

METOD

Metoden som användes i arbetet var litteraturöversikt och de utvalda artiklarna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Hällgren Graneheim och Lundman (2012). Avsikten med litteraturöversikten var att kartlägga kunskapsläget inom området (Friberg, 2006), att skapa mer kunskap om vårdpersonalens upplevelser av existentiell omvårdnad. Det innebar ett sökande efter den befintliga forskningen och syftet var att få en uppfattning om vad som studerats, vilka teoretiska utgångspunkter och metoder som använts. Litteraturöversikten innebar ett strukturerat arbetssätt och den baserades på ett systematiskt val av artiklar inom det avgränsade området vårdpersonalens upplevelser av existentiell omvårdnad. De utvalda artiklarna kvalitetsgranskades och analyserades och resulterade i en översikt av området (a.a.).

Urval och datainsamling

Vetenskapliga artiklar söktes systematiskt i databaserna Cinahl, Medline, Pubmed, Academic Search Elite, LIBRIS, PsycINFO och SveMed+. Sakkunnigt granskade (peer-review) artiklar valdes. Länkning till artiklar i fulltext (linked fulltext) gjordes däremot inte eftersom viktiga artiklar då kunde utebli. De inledande sökningarna genomfördes för att tydliggöra grunden i syftet och problemformuleringen (Friberg, 2006). När problemområdet definierats formulerades sökord som utgjorde grund för sökningen. Sökningarna genomfördes både manuellt och genom databaser. Avgränsingar gjordes i form av inklusionskriterier och exklusionskriterier.

Inklusionskriterier var artiklar publicerade under åren 2004-2014, där uppsatsens syfte beskrevs. Genom att artiklar från de tio senaste åren valdes, fokuserades det aktuella forskningsläget. Forskningsresultat blir fort historia eftersom verksamheter förändras snabbt (Forsberg & Wengström, 2013). Artiklarna handlade tydligt om existentiell omvårdnad. Vårdpersonalens upplevelser av existentiell omvårdnad fokuserades och färgmarkerades i studierna. Eftersom yrkeslivet som sjuksköterska planeras till en europeisk kontext inkluderades artiklar som beskrev liknande kulturella kontexter. Exklusionskriterier var artiklar inte skrivna på engelska eller svenska och artiklar som handlade om palliativ vård. Sekundärsökning användes som en form av osystematisk sökning via referenser (Friberg, 2006). Referenslistor studerades och vidare sökning genomfördes av andra eller samma författare.

Sökord som användes var existential, spiritual, care, patient, nurse och reflection. Sökorden trunkerades, endast ordstammen skrevs och följdes av ett trunkeringstecken (*) för sökning av dokument med olika böjningsformer. Sökorden kombinerades på olika sätt för att de skulle generera träffar som överensstämde med syftet. Titeln på artiklarna i sökträffarna genomlästes. Vid intressanta träffar som överensstämde med problemet lästes sammanfattningen (abstract) och diskussionen först och därefter togs beslut om artikeln var relevant för syftet. Sammanfattningen lästes med kritisk blick för vad som eftersöktes och för att få ett helhetsgrepp på området (Friberg, 2006). Besvär med att avgränsa området medförde att flera sökningar gjordes med olika kombinationer av sökorden för att ringa in området (a.a.).

Boolesk sökteknik användes för att klarlägga sambanden mellan sökorden. Sökoperatörerna AND, OR och NOT användes. Operatören AND sammankopplade söktermerna medan operatören OR genererade träffar på det ena eller det andra sökordet. NOT var en sökoperatör som avgränsade sökningen till att handla om den ena men inte den andra termen. Sökning via ämnesordlista, så kallad thesaurus, gjordes i PubMed där ämnesorden benämndes MeSH-termer (Medical Subject Headings). Sökordet existential valdes varpå existentialism föreslogs. Vidare valdes "Philosophy, nursing" och sökningens MeSH-termer blev (MH "Philosophy, Nursing+"). För att begränsa sökningen valdes artiklar från vetenskapliga tidsskrifter (Academic journals), sjuksköterskans roll (Nurse's role) och där söktermen fanns i rubriken (Major heading).

De utvalda artiklarna kvalitetsgranskades och de 10 artiklar som inkluderades i uppsatsen redovisades i en artikelmatris (bilaga 2). För att värdera kvalitén på studierna användes ”Checklista för kvalitativa artiklar” (Forsberg & Wengström, 2013) (bilaga 3).

Analys

Texterna i artiklarna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Analysmetoden innefattade begreppen analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och tema (Hällgren Graneheim & Lundman, 2012). Analysmetoden kvalitativ innehållsanalys används inom vårdvetenskap för att tolka texter i form av dagböcker, nedskrivna intervjuer och journaler. De utvalda artiklarna benämndes analysenheter. Artiklarna lästes igenom flera gånger med avsikt att ta reda på vad de verkligen handlade om i grunden och en helhetsbild skapades. Därefter reflekterades över det viktigaste innehållet i artiklarna. Induktiv ansats innebar en förutsättningslös textanalys av det människors berättade om sina upplevelser. Inriktningen var att redogöra för variationer. Det gjordes genom att likheter och skillnader upptäcktes i de vetenskapliga studiernas textinnehåll. Vidare formulerades likheter och skillnader på olika nivåer i kategorier. Sammanhanget hade betydelse vid skapandet av kategorier. Delar av texten betraktades i sitt sammanhang och förstods med vetskap om det som föregick texten samt det som följde efter texten. Varje studie ansågs innehålla ett underliggande (latent) budskap samt ha ett uppenbart (manifest) innehåll. Inom kvalitativ forskning användes tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet för att svara på frågan om hur trovärdigt ett resultat var. Inom kvalitativ forskning anses forskaren delaktig och växlar mellan distans och närhet (a.a.).

Vid genomläsning av artiklarna framkom två övergripande domäner. Delarna av texten som handlade om ett speciellt område placerades under samma domän. Därefter söktes textstycken, meningar och ord som hörde ihop, så kallade meningsenheter som grund för analysen. Den meningsbärande texten som var relevant för syftet förkortades med bibehållet innehåll. Avsikten var att åstadkomma en lättare hantering av texten utan att något viktigt innehåll försvann (Hällgren Graneheim & Lundman, 2012). De meningsbärande enheterna gavs koder (a.a.). Koderna jämfördes och delades upp i kategorier som svarade på frågan Vad? motsvarade det manifesta innehållet och återgav innehållet på en berättande nivå. Under analysens gång medförde fortsatt jämförelse av kategorier till att preliminära 10 kategorier sammanfördes till två kategorier. Grundat på hela texten, kategoriernas innehåll och tolkningen av det utsagda (latenta) budskapet formulerades ett tema. Det innebar att innehållet abstraherades, fördes till en högre logisk nivå och en övergripande föreställning skapades. Temat svarade på frågan hur? Och motsvarade det dolda (latenta) innehållet. Skapandet av tema sågs som ett tillvägagångssätt som band samman det bakomliggande budskapet i kategorierna. Innebörden av kategoriernas innehåll kan anses återspegla temat som växte fram genom en process under hela arbetet med analysen (a.a.).

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Etiska överväganden görs beträffande urval och presentation av resultatet (Forsberg & Wengström, 2013). Vid urvalet inkluderas artiklar där artikelförfattarna, när det krävs, visar att de gjort noggranna etiska överväganden eller har tillstånd från en etisk kommitté (a.a.). Därigenom baseras urvalet på studier där artikelförfattaren har beaktat kravet på att individen ska vara skyddad vilket beskrivs i fyra etiska krav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (HSFR, 2015). I enlighet med informationskravet informeras individen om deltagandet är frivilligt och om att den har rätt att avbryta sin medverkan. Samtyckeskravet handlar om deltagarens rätt att själv bestämma om sin medverkan. Alla individer som ingår i en undersökning ska enligt konfidentialitetskravet ges största möjliga konfidentialitet vilket innebär att personuppgifter förvaras på ett sätt som medför att inge obehöriga kan ta del av uppgifterna. Nyttjandekravet innebär att de insamlade personuppgifterna endast får användas för ändamål inom forskning. Vid presentation av resultatet görs etiska övervägande genom att alla resultat presenteras eftersom det anses oetiskt att presentera enbart resultat som stöder den egna åsikten (Forsberg & Wengström, 2013). Uppsatsförfattaren beaktar Vetenskapsrådets riktlinjer för god medicinsk forskning (2011) enligt vilka ohederlighet och fusk inte förekomma inom forskning. Med ohederlighet och fusk menas avsiktligt plagiat, stöld eller fabricering av data. Resultatet från insamlade data i studien ska inte tvinga fram några åtgärder och studien ska vara utförd så objektivt som möjligt (a.a.).

RESULTAT

Datamaterialet i de utvalda artiklarna analyseras och syftet görs om till forskningsfrågan: hur upplever vårdpersonal existentiell omvårdnad? Två domäner urskiljs vilka benämns hinder och förutsättningar. Analysen leder till två kategorier: okunskap om innebörden av existentiell omvårdnad och förhållningssätt till egen andlighet. Jämförelsen av uppkomna koder och kategorier leder till att ett tema urskiljs vilket benämns andlighetsprocess. I tabellen som följer visas domänerna, de tre kategorierna, tillhörande underkategorier och temat:

Resultattabell:

DOMÄNER	UNDERKATEGORIER	KATEGORIER	TEMA
hinder för upplevelser av existentiell omvårdnad	rädsla för det okända	okunskap om innebörden av existentiell omvårdnad	A N D L I G H E T S P R O C E S S
	skilda livsåskådningar		
	upplevelse av att vara begränsad		
förutsättningar för upplevelser av existentiell omvårdnad	veta var man står	förhållningssätt till egen andlighet	A N D L I G H E T S P R O C E S S
	att vilja vara närvarande och förstående		
	ha ett öppet sinne		

Hinder för upplevelser av existentiell omvårdnad

Okunskap om innebörden av existentiell omvårdnad

Rädsla för det okända

Om vårdpersonalen är rädd och tänker på den andliga omvårdnaden i förväg uppges den behöva ta ett steg tillbaka (Haugard Christensen & Turner, 2008). Ur vårdpersonalens perspektiv kan det finnas en rädsla för att gå in i andlig omvårdnad eftersom det kan höja medvetenheten om den egna sårbarheten och dödligheten (Carr, 2010). Det verkar således obekvämt att ta upp andlighet (Carron & Cumbie, 2011) som också beskrivs innebära att komma lite för nära (Haugard Christensen & Turner, 2008). Vårdpersonal anses behöva känna patienten väl innan andlig omvårdnad är möjlig (a.a.) vilket kan ske genom att först träffa patienten under några dagar och skapa en relation (Carlén & Nilsson, 2008).

Det finns en sårbarhet hos vårdpersonal (Arman et al., 2013) och ibland berörs de motvilligt inombords av att höra en patients smärta (Carr, 2010). En känsla av att inte vilja gå in till patienten uppkommer till följd av en rädsla för något i det egna livet som behöver mötas. Då blir det ett sätt för vårdpersonalen att skydda sig själv, att ta ett steg tillbaka (a.a.). Vårdpersonal beskriver: *"[...]att höra smärtan berör ibland något inom oss som vi inte vill. Vi vill inte gå dit. Vi är rädda att det kanske kan handla om något vi behöver möta i våra egna liv."* (s.1388)(Carr., 2010)

I situationer när vårdpersonalen inte vet vad den ska göra berättas om en känsla av att vilja springa ut ur patientens rum (Giske & Cone, 2012). Vikten av att förbereda sig för dylika situationer betonas. Det anses betydelsefullt att reflektera över situationen, samt uppmärksamma sig själv och de egna känslorna (a.a.). Även mottagande av ilska från mer än en patient uppges dränera vårdpersonalen (Deal & Grassely, 2012) och därutöver beskrivs gränser för hur mycket den kan ge av sig själv (Burkhart & Hogan, 2008). När medkänslan är borta anses att inget mer finns att ge och arbetet beskrivs bli enbart ett fysiskt arbetspass. När vårdpersonalen inte har förståelse för sig själv eller tar hand om sig själv anses det dessutom vara riktigt svårt att ge andlig omvårdnad (a.a.).

Skilda livsåskådningar

Hos vårdpersonal finns även en rädsla att stöta sig med patienten och inkräkta på patientens religiösa tro (Deal & Grassely, 2012). De förutfattade meningarna skapar dessutom många gånger hinder för vårdpersonal i mötet med patienter (Arman, Alvenäng, El Madani, Hammarqvist & Ranheim, 2013). Det kan även upplevas utmanande att agera respektfullt när det finns skillnader i tro och världsuppfattning (Giske & Cone, 2012). När vårdpersonal inte är bekväm med sin uppfattning om en högre makt kan det uppkomma svårigheter att relatera till patienten (Carron & Cumbie, 2011). *"[...] men om du inte ens är*

bekvämt med ditt eget koncept av en högre makt..då tror jag att det är svårare att relatera till andra [...] ” (s.557)(Carron & Cumbie, 2011).

Vårdpersonal uppger att de frågar patienter om de är intresserade av religion eller andlighet och om patienten vill, tar de upp det. Svarar patienten däremot nej, säger sig vårdpersonalen inte veta vad den ska göra (a.a.). Vid förfrågan om patienten vill gå till sjukhuskyrkan upplever vårdpersonal att frågan inte välkomnas av patienten (Giske & Cone, 2012). Efteråt talar vårdpersonal igenom det som hänt med patienten och relationen skadas inte (a.a.). I Sverige kan frågor om tro och övertygelser upplevas som att vårdpersonalen lägger sig i (Carlén & Nilsson, 2008). Samtidigt kan samma frågor kan vara naturliga i en annan kultur (a.a.). När vårdpersonalen och patienten inte delar samma tro, verkar det vara mindre involverande och inte lika utmanande att läsa ur heliga böcker som bibeln eller koranen, än att be med patienten (Giske & Cone, 2012). Kontakten bryts när vårdpersonal upplever sig falska. De upplever att den egna ärligheten minskas då trosfrågor hanteras när tron inte är delad (a.a.).

Upplevelse av att vara begränsad

Vårdpersonal uppges ha behov av gott om tid för att lyssna på vad patienten behöver säga (Haugard Christensen & Turner, 2008). Det finns även behov av att utvecklas professionellt (Arman et al., 2013) men samtidigt har de problem med hur de ska skaffa sig kunskap om andlig omvårdnad (Hood, Olson & Allen, 2007). Delar av problemet beskrivs vara att bestämma innebörden av existentiell omvårdnad, vilka de existentiella behoven är samt vilka strategier som ska användas för att möta behoven (a.a.). Den tiden som ägnas åt andlig omvårdnad kan inte alltid medföra ett tydligt och mätbart resultat vilket enligt vårdpersonal inte förstås av de som beslutar om vårdens resurser (Carr, 2010). Ofta händer det även att kollegor inte respekterar andlig omvårdnad eftersom de anser att vårdpersonalen som ger andlig omvårdnad blir för involverad. Det finns även en rädsla hos den som utövar andlig omvårdnad, att det ska uppfattas som att inte arbeta på riktigt. Ett annat skäl till att inte ge andlig omvårdnad anges vara att vårdpersonalen är upptagen med tekniken (a.a.) vilken gör det svårt att stanna upp och vara med patienten (Hood et al., 2007).

Förutsättningar för upplevelser av existentiell omvårdnad

Förhållningssätt till egen andlighet

Veta var man står

Det anses lättare att ta upp andlighet med en patient om vårdpersonalen har en religiös tro eller känner sig bekväm med den egna andligheten (Carron & Cumbie, 2011). Vårdpersonal uppger att kontakten mellan den egna själen och Gud är en förutsättning för

att verkligen kunna vårda hela patienten (Hood et al., 2007). Vårdpersonalen betonar också vikten av att acceptera och erkänna patientens tro samt att behandla patienten respektfullt (a.a.). När patienten berättar att den har tunga tankar nämner vårdpersonalen möjligheten att kunna tala med en präst (Haugard Christensen & Turner, 2008). Det anses vara bra att kommunicera med prästen och samtalen handlar inte bara om döden. Vårdpersonalen upplever att patienter som inte verkar vara intresserade av att tala med präst, trots allt önskar det (a.a.). Situationer som ger upphov till funderingar och omvärdering av livet upplever vårdpersonal förändra de egna grundtankarna (Carlén & Nilsson, 2008). Efter flera år av yrkesverksamhet uppger sig vårdpersonal vara definitivt bättre på andlig omvårdnad än som nyutexaminerad (Burkhart & Hogan, 2008). Vidare uppges att med mer träning eller redskap skulle vårdpersonalen vara ännu mer bekväm med att ge andlig omvårdnad (Carron & Cumbie, 2011).

När vårdpersonalen inte vet vad den ska göra i vissa situationer och känner sig omogen inom områden anses personligt växande vara viktigt (Giske & Cone, 2012). För att möjliggöra personligt växande är det viktigt att reflektera över de uppkomna situationerna. Förståelsen för de egna upplevelserna fördjupas genom att diskutera med andra. Det anses även viktigt för fortsatt lärande att medvetet tänka igenom det upplevda (a.a.) vilket kan handla om att stanna upp i tillvaron och reflektera på egen hand (Carlén & Nilsson, 2008). Även det att få sina tankar att sakta ned leder till att vårdpersonalen i tystnad kan undersöka frågor beträffande hur situationen hanteras och vad som lärs av situationen (Burkhart & Hogan, 2008). *"[...] tar dig tid för dig själv och inser att det är ok..jag kan tänka 'Vad lärde jag mig från det?' Hur handskades jag med det?'" (s.934)(Burkhart & Hogan, 2008).* Samtidigt behöver vårdpersonalen reflektera över och observera sig själv och den andre individen (Arman et al., 2013). Det anses viktigt att känna till hur synen på sig själv och andra är samt att veta var det egna självet står (Carlén & Nilsson, 2008).

Det förekommer att vårdpersonalen uppger att de saknar rädsla i svåra situationer och det reflekteras över mod i mellanmänskliga relationer (Eriksson & Nåden, 2004). Mycket av sitt andliga förhållningssätt uppges vårdpersonalen ha lärt sig av den äldre vårdpersonalen vilka fungerar som mentorer vid reflektion och erfarenhet anges även vägleda vårdpersonalen (Burkhart & Hogan, 2008). Diskussion med annan vårdpersonal anses öka förståelsen för de egna upplevelserna (Giske & Cone, 2012).

Att vilja vara närvarande och förstående

Sättet vårdpersonalen lyssnar, talar och rör vid patienten beskrivs vara andlig omvårdnad (Carr, 2010). En del patienter vill inte ha någon psykologisk rådgivning utan endast någon att prata med (Carron & Cumbie, 2011). Vårdpersonalen lyssnar då på patienten så länge patienten vill och bryr sig inte om längden på mötet och låter patienten återkomma igen enbart för att prata (a.a.). Vårdpersonalen anses kunna förutse patientens behov vilket medför ett väntande för att se om patienten vill tala (Arman et al., 2013). Det ses som viktigt att bara vara där och vänta utan att sätta igång något som till exempel en fysisk vårdhandling (Giske & Cone, 2012). Med närvaron visas förståelse för patienten och att

vårdpersonalen på något sätt bär smärtan (a.a.). Vårdpersonal berättar följande om ordlös gemenskap:

”[...] la min hand på hans hand och sa: jag bara sitter här en stund nu, så du vet det, och då vände han på huvudet, tittade mig i ögonen och så tog han min hand kramade den och så blundade han igen, sen låg han och höll min hand, jag behövde inte säga någonting utan jag bara satt där och höll hans hand, det kändes som någon andlig dimension[...] ” (s.15)(Carlén & Nilsson, 2008)

Vårdpersonalen berättar om försök att lyssna och först och främst låta patienten uttrycka sina känslor (Arman et al., 2013). Att vårda bortom personliga uppfattningar och känslor är en utmaning för vårdpersonalen. Det innebär att den egna viljan inte får dominera vårdpersonalen. Medvetet arbetas istället med viljan att begränsa sig själv. Genom att öva på behärskning skapar vårdpersonalen utrymme för patienten och dennes existens. Det existentiella förhållningssättet för även med sig att vårdpersonalen hejdar sina försök att informera patienten (a.a.). Lyssnandet på det utsagda är viktigt eftersom det anses djupt att tala om andliga frågor (Giske & Cone, 2012). När patienten svarar vagt på frågan hur de mår upplever vårdpersonalen outtalade ord som något att ta upp och tala om (a.a.). Andlighet beskrivs vara att sätta ord på, att våga fråga och även oinbjuden sätta sig ner för att lyssna (Haugard Christensen & Turner, 2008). Då kommuniceras ett slags förtroende och ro (a.a.). Vårdpersonal kan stanna upp, vara tyst och låta frågor dyka upp inombords och på det viset erhålls vägledning om hur situationen ska förstås (Arman et al., 2013).

Ha ett öppet sinne

Tystnad, tid och verklig medvetenhet behövs för att vara där för patienten (Giske & Cone, 2012) samt ett accepterande utan att fråga vad patienten säger (Nåden & Eriksson, 2004). Vårdpersonalens närvarande för patienten i stunden anses som det svåraste men mest kraftfulla (Hood et al., 2007). Ett sätt att närma sig och möta patienten där den är kan även vara att se patienten i ögonen (Deal & Grassely, 2012). Vårdpersonalen anses komma närmare patienten genom fysisk vårdhandling (Haugard Christensen & Turner, 2008). När vårdpersonalen under den dagliga omvårdnaden av patienten, närvarar med sina tankar på annat utöver den pågående vårdhandlingen skapas en förtroendefull relation som vårdpersonalen senare kan ha fördel av (a.a.). Följaktligen blir närheten en aktiv och medveten vårdhandling (Arman et al., 2013). Existentiell omvårdnad medför att vårdpersonalen *”[...] strävar efter att tona in sig på patienten och låta en närhetskänsla uppkomma i relationen[...] ” (s.7-8)(Arman et al., 2013)*

I existentiell omvårdnad är det vara av högsta prioritet att visa respekt och öppenhet inför patientens egna kapacitet att kontrollera sitt liv (a.a.). Även med anledning av människors olikheter krävs att vårdpersonalen har ett öppet sinne och talar med patienten när den vill, utan att trycka på (Giske & Cone, 2012). När vårdpersonalen är öppen ges patienten möjlighet att berätta om sina tankar (Haugard Christensen & Turner, 2008). Möjligheterna att läsa av det existentiella, det vill säga det som utgår från patientens situation, ökar när vårdpersonalen har en öppen och frågvis attityd gentemot patienten (Arman et al., 2013).

Det kan handla om att följa och se patienten med öppet sinne (a.a.). Öppna upp för att lära sig andlig omvårdnad handlar om att vårdpersonalen förbereder sig för engagemang och därefter ansluter sig till och stödjer patienten (Giske & Cone, 2012). Handlingarna följs av reflektion över erfarenheterna (a.a.). Öppna upp innebär även att vara tyst, vänta med att prata, observera och ge plats åt patienten att bara existera och då kan patienten få fram sitt budskap och finna egna svar (Arman et al., 2013). Vårdpersonalen behöver ha för avsikt att öppna sig för att ta in kunskap, lära och ändra sitt kunnande och utövande (Hood et al., 2007). Därefter behöver vårdpersonalen kämpa både på ett känslomässigt och intellektuellt plan med observerande, reflekterande, jämförande och provande för att erhålla kunskaper om andlig omvårdnad. Andlig omvårdnad eller det att vara öppen och att ansluta till patientens själ, behöver inte vara problematiskt utan kan även upplevas även som roligt (a.a.). Men det anses kräva mod att omfamna hela människan (Haugard Christensen & Turner, 2008). Vårdpersonalen lägger mycket av sig själva i arbetet (Burkhart & Hogan., 2008) och äkthet gör det möjligt att nå fram till patienten (Arman et al., 2013). Varje patient är enligt vårdpersonal unik (Haugard Christensen & Turner, 2008) och kännedom om den enskilde patientens liv hjälper vårdpersonalen att möta och se patienten som en person (a.a.).

"[...] patienter är inte bara patienter..de är speciella och unika..och det påverkar mig att han var så väldigt bra på att trumma, att han spelade tillsammans med sin fru, och att de faktiskt uppträdde tillsammans, sådana detaljer ur deras liv innan olyckan inträffade. Det hjälper mig att se honom..som en person..Så jag försöker möta dem..så jag kan föreställa mig den personen jag möter. " (s.11)(Haugard Christensen & Turner, 2008)

Vissa andliga ämnen berättas i förtroende och uppges inte föras vidare utan stanna mellan vårdpersonalen och patienten (a.a.). Patienten blir en del av vårdpersonalens liv samtidigt som vårdpersonalen dras in i hela patientens liv (Deal & Grassely, 2012). Den andliga omvårdnaden går djupare in i patienten och kommer djupt inifrån vårdpersonalens inre. Vårdpersonalen uppger sig även veta att patienten känner om vårdpersonalen verkligen bryr sig om tillståndet (Carron & Cumbie. 2011). Öppnandet inom patienten, inför det andliga, uppmärksammas av vårdpersonalen som ibland kan fråga om patienten tror på Gud eller en högre makt (a.a.) och om hjälp kan ges i situationen (Carlén & Nilsson, 2008). Så långt det är möjligt tillgodoses patientens speciella behov. Utökad kunskap om patientens andliga behov erhåller vårdpersonalen genom att ställa frågan *"Har du någon speciell tro eller övertygelse om något som jag som vårdare behöver ta hänsyn till? "* (s.16)(a.a.)

Vårdpersonalen upplever ett kall att visa kärlek och välvilja till alla människor (Eriksson & Nåden, 2004). Det patientnära arbetet kan vara tungt men vårdpersonalen bryr sig inte om det eftersom de får så mycket tillbaka (a.a.). Det som fås i gengäld ses som mycket större och som en gåva, vilken sträcker sig över varenda dag (Burkhart & Hogan, 2008).

Andlighetsprocess

Verklig medvetenhet, tystnad och tid behövs för att finnas till för patienten (Giske & Cone, 2012). När vårdpersonalen öppnat sig för att ta in kunskap behövs reflektion för att erhålla kunskaper i andlig omvårdnad (Hood et al., 2007) som anses komma från människans inre djup (Deal & Grassely, 2012). Samtidigt kan rädsla finnas hos vårdpersonal inför att gå in i andlig omvårdnad eftersom medvetenheten ökar om den egna sårbarheten (Carr, 2010) och att vårda bortom personliga uppfattningar utgör en utmaning för vårdpersonalen (Arman et al., 2013). Det underliggande temat i den här uppsatsen benämns andlighetsprocess. Med begreppet process avses en uppsättning sammanhängande aktiviteter som upprepas för att förädla en vara eller en tjänst och inom vården används termen vårdprocessen (Idvall & Olsson, 2009). Enligt Eriksson (1994) människan kommer människan in i förvandling och förnyelse i den andliga kraftspiralen (bilaga 1).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Den valda analysmetoden, kvalitativ innehållsanalys kan användas för tolkning av texter (Hällgren Graneheim & Lundman, 2012). Syftet med studien är att beskriva vårdpersonalens upplevelser av existentiell omvårdnad och de upplevelserna kan skilja sig från person till person. Eftersom kvalitativ innehållsanalys brukas för att påvisa variationer i en text med hänsyn till skillnader och likheter anses det vara en passande metod.

I analysen av studierna är huvudregeln att datamaterialet inte får passa in i flera kategorier och inte heller uteslutas om en passande kategori saknas (Hällgren Graneheim & Lundman, 2012). När en text handlar om upplevelser kan huvudregeln vara svår att ta hänsyn till eftersom upplevelser kan vara sammansatta och således passa i flera kategorier. Risken med att arbeta nära datamaterialet är att helheten förloras i detaljerna. För att resultatet ska gå att förstå och ha mening krävs tolkning till en viss grad (a.a.). Analysen genomförs på analysenheter som artikelförfattarna valt ut i form av informanternas utsagor och återges i texten för att stärka trovärdigheten. I de fall artikelförfattaren inte återger citat i sin artikel analyseras forskarens väsentligaste utsagor i resultatet. Det kan anses som en svaghet att intervjumaterialet inte är uppsatsförfattarens. Självständigt urval av artikelförfattares redovisade utsagor som motsvarar uppsatsens syfte görs dock vilket ger möjlighet att analysera flera artikelförfattares grundliga arbete. För att avgöra hur trovärdigt resultatet är används begreppen för kvalitativ forskning vilka är giltighet, tillförlitlighet (motsvarar reliabiliteten inom kvantitativ forskning), överförbarhet och delaktighet (Hällgren Graneheim & Lundman, 2012). Giltigheten handlar om hur sanna resultaten är. En svaghet kan vara att det, när osäkerhet uppstod hur innehållet skulle tolkas, inte funnits en medförfattare att diskutera med vilket skulle ökat tillförlitligheten.

Den innebär att under hela analysprocessen kontrollera sina ställningstaganden (a.a.). Däremot har tolkningarna diskuterats med uppsatshandledaren. Gemensam diskussion klargör att kodningen stämmer med innehållet i meningsenheten. Det är värdefullt för trovärdigheten att granskning av koder, kategorier och teman sker av personer som är insatta i ämnet för att bestämma om benämningar är riktiga och tolkningen trovärdig (Hällgren Graneheim & Lundman, 2012).

Om resultatet kan tänkas vara överförbart till andra situationer beror på datamaterialets djup, variation och om det är rikt på innebörder och det anses viktigare att beskriva en företeelse på djupet än hur flera uttrycker samma sak (Rosberg, 2008). En studie beskriver sjuksköterskors upplevelser av andlig omvårdnad på en dialysenhet (Deal & Grassely, 2012). Sjuksköterskorna beskrivs ha många möjligheter att erbjuda andlig omvårdnad eftersom de kommer nära patienten. Dialysenheten anses vara en rik miljö för studier av sjuksköterskors upplevelser av andlig omvårdnad (a.a.). En svaghet kan vara att de flesta studier hade relativt få informanter (mellan 3 och 43) men däremot baseras studierna på längre intervjuer.

Trovärdigheten handlar om sanningshalten i resultatet men också om hur uppsatsförfattarens förståelse har påverkat analysen (Hällgren Graneheim & Lundman, 2012). Bilden uppsatsförfattaren har av det studerade fenomenet benämns förståelse och kan innefatta förutfattade meningar, teoretisk kunskap och erfarenheter (a.a.). Begreppet handlar om hur grunden av tidigare kunskaper och erfarenheter gör att något alltid uppfattas som något (Wiklund, 2003). Förståelsen är inte alltid medveten och styr hur en situation tolkas. Det kan leda till att vårdpersonal, utifrån sin egna uppfattning om något tror sig förstå patienten utan att försöka förstå hur det verkligen är för patienten (a.a.). Således kan det utgöra ett hinder, att redan veta, men kan samtidigt vara bra och viktigt (Dahlberg & Segesten, 2010). Förståelsen kan bilda en inre guide som gör dialogen med patienten meningsfull genom att vårdpersonal bekräftar kunskap som redan finns och använder sin erfarenhet för att förstå något nytt (a.a.). Jag är väl medveten om min förståelse och har dragit nytta av den. Det som påverkar tolkningen är till största delen omedvetet och kan inte sättas i parentes (Hällgren Graneheim & Lundman, 2012). Därav utnyttjas förståelsen i uppsatsen vilket kan öppna förutsättningar för att finna ny kunskap och nå en djupare förståelse (a.a.).

Tankeprocessen inleds under sjuksköterskeutbildningen med reflektioner och nyfikenhet gällande existentiell omvårdnad. Reflektionerna uppkommer under föreläsningar, seminarier, i samband med praktik och under studerandet av kurslitteratur. Ett äkta engagemang för patienten som individ medför många samtal i form av reflektioner med patienter och sjuksköterskor. En uttalad vilja att fördjupa kunskapen om existentiell omvårdnad växer fram. Beträktandet av omvårdnad ur existentiell synvinkel medför tankar om patientens livssituation och funderingar på hur sjuksköterskan kan möta patientens existentiella behov på bästa sätt. Med bakgrunden magisterutbildning inom måleri ser uppsatsförfattaren kreativitetens betydelse för ökad andlighet. Nyfikenhet, öppenhet och mod ses vidare som viktiga egenskaper för personligt växande och utvecklandet av den

egna andligheten. Lärandet anses vara en utvecklande process som pågår hela livet och vårdpersonal förhåller sig på skilda sätt till utveckling och lärande. Inför uppsatsen läggs omfattande tid på att läsa flertalet vetenskapliga artiklar, såväl studier som litteraturöversikter, om andlighet inom omvårdnad. Under läsandet reflekteras kontinuerligt över andlighetens natur.

Exklusionskriterierna modifieras under arbetets gång. Avsikten att utesluta artiklar om andlig omvårdnad i palliativt skede grundar sig på att det redan finns mycket forskat inom området. Däremot finns det inte mycket direkt forskning om huruvida kunskap från forskning inom palliativ vård kan användas i andra hälsovårdsområden (Cockel & Mc Sherry, 2012) som hemsjukvården, mödra- och barnhälsovården där vårdpersonalen möter patienterna under längre tidsperioder. Andlig omvårdnad sammankopplas med palliativ vård eftersom det underförstått finns en förståelse hos vårdpersonalen att när de inte längre kan kureras kan det finnas rum för en annan typ av vård. (a.a.).

En begränsning är att studierna är genomförda i en västerländsk kontext och resultatet kan därför inte direkt överföras till andra kulturella sammanhang. Resultatet kan till viss del anses överförbart för liknande vårdkontexter. Artiklarna har till stor del lästs på engelska vilket inte är uppsatsförfattarens modersmål vilket kan påverka tolkningen av texten. Artiklar som beskriver en västerländsk kontext väljs eftersom andlighet behöver sättas i sammanhang med kulturen och individen vilket stöds av Pike (2011). Sammanhanget kan ha många olika betydelser beroende på situationen (a.a.). Samtidigt är sjuksköterskor världen över sammankopplade genom kunskapen de delar i form av vårderfarenheter vilket även framgår i Hudaceks (2007) artikel. Syftet med uppsatsen är till en början att beskriva sjuksköterskors upplevelser av existentiell omvårdnad. Vid genomgång av litteratur visar det sig dock att studier under de senaste tio åren inom ämnet inkluderar i flera fall, även annan vårdpersonal än sjuksköterskan. Det kan ses som en svaghet i uppsatsen att den studerade gruppen är vårdpersonal och inte enbart sjuksköterskor. Med tanke på att teamarbete kring patienten blir allt vanligare kan det ändå ses som viktigt att inkludera vårdpersonalens upplevelser av andlig omvårdnad. Den existentiella omvårdnaden innebär dessutom en komplex omvårdnad av universell karaktär. Den sker mellan vårdpersonal och patient oberoende av yrkestillhörighet därav inkluderas även studierna där vårdpersonal ingår.

En studie innehåller utöver sjuksköterskorna, informanter som arbetar som chefer inom vården. Då väljs noggrant bara de utsagorna som tydligt kom från sjuksköterskor ut för analys. Inklusionskriterie är att vårdpersonalen arbetar med vård av patienter. Skälet är att sjuksköterskan som arbetar med administrativa frågor kan ha annat perspektiv på ämnet. En studie belyser sjuksköterskestudenters perspektiv på andlig omvårdnad. Studien inkluderas eftersom sjuksköterskestudenterna beskriver sina upplevelser från praktikperioder då de också kan anses vara vårdpersonal. Dessutom beskrivs i studien upplevelser under skandinaviska förhållanden. Det anses viktigt att inkludera studier som genomförs i Skandinavien eftersom de överensstämmer med den kulturella kontexten där yrkesverksamheten som sjuksköterska planeras. Det har likheter med vad som tidigare

nämnts av Pike (2011) att andlighet måste sättas i sammanhang till kulturen. Fem av elva studier är genomförda i Skandinavien med vårdpersonal som informanter. De övriga sex artiklarna är från västerländsk kontext och behandlar upplevelser av andlig omvårdnad ur enbart sjuksköterskors perspektiv. För att ytterligare avgränsa och precisera uppsatsens syfte kunde upplevelsen av existentiell omvårdnad med en särskild grupp patienter på en specifik avdelning studerats.

Resultatdiskussion

I resultatet framkommer att till följd av okunskap om innebörden av existentiell omvårdnad kan rädsla för det okända uppkomma när vårdpersonalen berörs inombords och därmed undviker att ge existentiell omvårdnad. Det stöds av Thorup et al. (2012) som menar att vårdpersonalen möter patienten med sin egen sårbarhet vilken påverkar vårdpersonalens engagemang i omvårdnaden. Sårbarheten kan leda till en process som öppnar vårdpersonalens ögon (a.a.) och enligt uppsatsförfattaren utgöra en del av andlighetsprocessen, en rörelse framåt mot utökad känsla för sin egen andlighet.

I resultatet framgår även att vårdpersonal behöver tid för att lyssna på vad patienten behöver säga (Haugard Christensen & Turner, 2008). Det stöds av Tanyi, McKenzie och Chapek (2009) som hävdar att tidsbrist rapporteras som ett annat hinder för andlig omvårdnad. Det framgår även att vårdpersonalen inte vet hur de ska skaffa sig kunskap om andlig omvårdnad (Hood et al., 2007). Uppsatsförfattaren tolkar det som att det hos vårdpersonalen finns en upplevelse av att vara begränsad av brist, som handlar om brist på kunskap och tid. Uppsatsförfattaren menar dock att existentiell omvårdnad varken behöver vara svår eller ta lång tid vilket förstärks av Tanyi et al. (2009) som hävdar att det går att komma till kärnan snabbt och att mycket kan göras under en kort tid. Om känslan finns att allt inte hunnits med går det alltid att komma tillbaka för att slutföra (a.a.). I resultatet framkommer dessutom att vårdpersonalen behöver observera och reflektera över sig själv (Arman et al., 2013) vilket förstärks av Horton Deutsch och Sherwood (2008) som menar att vårdpersonal behöver utveckla självmedvetenhet som en central grund för reflektion. Det kan handla om att utveckla medvetenheten om de egna styrkorna och begränsningarna (a.a.) och därmed veta var det egna jaget står. Det upplevs som en utmaning att vårda patienten bortom personliga uppfattningar och känslor vilket handlar om att begränsa sig själv (Arman et al., 2013). När vårdpersonalen behärskar sig skapas utrymme för patientens existens (a.a.). Riktigheten i detta förstärks av Erikssons (1985) omvårdnadsteori där ett centralt andligt behov uttrycks vara människans behov av förståelse. Vikten av att uppmärksamma existentiella behov erkänns av sjuksköterskor (Baldacchino, 2010). Samtidigt ökar sjuksköterskors motivation att lära sig mer om andlig omvårdnad för att förbättra användandet inom omvårdnad (a.a.) och möjligheten att ta upp existentiella frågor ökar med integrering av existentiell omvårdnad i sjuksköterskans omvårdnadsarbete (Vlasblom, van der Steen, Knol & Jochemsen, 2011). Skälet till att det ofta upplevs som viktigt av sjuksköterskor är att det ger ett djup och större tillfredsställelse

i utövandet av sjuksköterskeprofessionen (a.a.) vilket överensstämmer med resultatet att vårdpersonalen upplever att de får mycket tillbaka vid existentiell omvårdnad. Uppsatsförfattaren menar att det handlar om en vilja att vara närvarande och förstående.

Burkhart och Hogan (2008) menar att äldre vårdpersonal vägleds av sin erfarenhet och därmed har lättare att ge andlig omvårdnad. Det stöds även av van Leeuwen, Tiesinga, post och Jochemsen (2006) som hävdar att äldre vårdpersonal är mer villiga att ge andlig omvårdnad. Dessutom anses vårdpersonal med större känsla av sin egen andlighet i enlighet med Narayanasamy och Owens (2001) vara mer benägna att ge andlig omvårdnad. Det verkar enligt uppsatsförfattaren som om äldre vårdpersonal tillsammans med vårdpersonal med stor känsla för egna andligheten ofta utvecklar en större förmåga till givande av existentiell omvårdnad. Tydligt är att träning gör vårdpersonalen mer bekväm med att ge existentiell omvårdnad (Carron & Cumbie, 2011). Att förståelsen för de egna upplevelserna fördjupas genom att diskutera med andra framhålls av Giske och Cone (2012) och de anser det viktigt för fortsatt lärande att medvetet tänka igenom det upplevda vilket även betonas i kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska i form av att förmåga ska innehas att reflektera över, motivera och medverka till en god vårdmiljö (Socialstyrelsen, 2005). Det stöds av Baldacchino (2010) som även uppger att andlighet inte bara handlar om religion. Det kan handla om vilken annan strategi som helst, som hjälper individen att finna syfte och mening med livet (a.a.). I resultatet framgår även att vårdpersonal som inte upplever sig andlig tror sig inte ha något att ge. Därför anser uppsatsförfattaren i enlighet med Mc Sherry (2005) att det språk som används vid samtal om andlighet ska vara inkluderande, ha en mening, inte bara för de religiösa, utan för alla människor. Även användandet av läroböcker för självstudier kan förbättra attityden gentemot andlig omvårdnad (Johnston Taylor, Mamier, Bahiri, Anton & Petersen, 2008). Självstudierna förbättrar dessutom kunskapen om kommunikationen inom andlig omvårdnad och förmågan att svara empatiskt på andlig smärta (a.a.). Samtidigt finns det kritiker som menar att det är onödigt att vårdpersonalen ger andlig omvårdnad (Paley, 2009). Vidare uppges att det inte ska finnas några förväntningar på att vårdpersonalen ger andlig omvårdnad eftersom hälso- och sjukvården är ett offentligt rum som ska fortsätta vara sekulärt (a.a.).

Med anledning av människors olikheter krävs att vårdpersonalen har ett öppet sinne (Giske & Cone, 2012) och en av grundstenarna för existentiell hälsa beskrivs som tidigare nämnts vara förundran över tillvaron vilket syftar till att känna inspiration vilken kan erhållas genom konst (WHOQOL SRPB group, 2006). Konst, litteratur och religiösa traditioner erbjuder även enligt Draper (2012) strukturer av mening i vilka individen kan lokalisera sig själv så länge den lever. Om konstarter inkluderas i sjuksköterskeutbildningens läroplan gynnas utvecklingen av kreativa tanke- och arbetssätt (Greiner & Valiga, 1998). Det öppnar sjuksköterskor för nya idéer och möjligheter (a.a.). Vikten av vårdpersonalens öppna sinne bekräftas även av Giske och Cone (2012) med anledning av att människor är olika. Den öppna attityden hos vårdpersonalen gentemot patienten ökar möjligheten för vårdpersonal att förstå det som utgår från patienten (Arman et al., 2013).

Det framgår i resultatet att innebörden av andlig omvårdnad kan vara problematisk att förstå för vårdpersonal. Uppsatsförfattaren menar att innebörden ordet ges beror på användarens egna erfarenheter och kunskaper. I den här uppsatsen en öppenhet för hur begreppet andlighet ska tolkas. Andlig och existentiell har i uppsatsen använts synonymt. Det har sin orsak i att det engelska ordet 'spiritual' som används i majoriteten av artiklarna har en bredare innebörd och större användningsområde än det svenska andlig som ofta kopplas till religion. Uppsatsförfattaren anser att begreppet existentiell omvårdnad med fördel kan användas i den svenska kontexten eftersom begreppet andlig vård i Sverige redan är starkt förknippad med sjukhuskyrkans verksamhet. Existentiell hälsa beskrivs i bakgrunden eftersom det enligt uppsatsförfattaren kan anses vara målet med den existentiella omvårdnaden. Det stärks av Erikssons (1985) teorier som visar att omvårdnadsprocessens mål är hälsa. Ämnet anses komplext och sammanflätat.

Enligt Erikssons (1994) beskrivning av människans andliga kraftspirals medför törst ett sökande mot källan där lusten att längtan ökar och rörelsen fortsätter mot en högre medvetenhet och vardande som människa liksom äldre vårdgivare som vägleds av sin erfarenhet (Burkhart & Hogan, 2008) och därmed har lättare att ge andlig omvårdnad samt även mer villiga att ge andlig omvårdnad (van Leeuwen et al., 2006). Många ur äldre vårdpersonal anses av uppsatsförfattaren ofta ha kommit längre i andlighetsprocessen som anses sträcka sig över hela livet. Samtidigt uppfattas sjuksköterskor med större känsla av sin egen andlighet vara mer benägna att ge andlig omvårdnad (Narayanasamy & Owens, 2001). Andlighetsprocessen kan enligt uppsatsförfattaren förstås som en rörelse framåt där kunskap om andlighet förvärvas med erfarenheter. Vidare medför och förutsätter processen ett lärande genom reflekterande. Därigenom kan det ske en ökning av medvetenheten och kompetensen för andlig omvårdnad. Ökad förståelse för det egna jaget och patienten i uppkomna situationer skapar beredskap för kommande situationer. Eriksson (2000b) beskriver att hälsoprocessen leds av riktningen som grundas på struktur vilket medför att processen styrs mot vissa resultat. Människan ses i hälsoprocessen som ett system i utveckling. Alla människor (och därmed all vårdpersonal) kan besitta potential att uppleva andlighet (Mc Sherry, 2005) vilket överensstämmer med Erikssons (2002) uppfattning att människan i grunden religiös eller har någon form av andligt livsrum (Eriksson, 2000a). När vårdpersonalen accepterar att den förändras, kan den i en känslomässig och mental anpassning förstå vad som händer och gå starkt ur förändring (Segesten, 2005) med nya förhållningssätt. Eventuella begränsningarna i samhällets möjligheter att ta emot ny kunskap inom omvårdnadsvetenskapen ligger enligt Eriksson (2000a) hos människan. Genom att gränser bryts ned kan ny kunskap integreras i vårdsystemet (a.a.). Resultatet visar även att träning gör vårdpersonalen mer bekväm med att ge andlig omvårdnad. Det styrks av Baldacchino (2010) som nämner övningar för att stärka självmedvetenheten. Övningarna gör det möjligt att reflektera över egen andlighet och personlig värderingar (a.a.). Eventuella begränsningarna i samhällets möjligheter att ta emot ny kunskap inom omvårdnadsvetenskapen ligger enligt Eriksson (2000a) hos människan. Genom att gränser bryts ned kan ny kunskap integreras i hälso- och sjukvårdssystemet (a.a.).

SLUTSATS OCH KLINISKA IMPLIKATIONER

Oklarheter gällande vad av andlig omvårdnad innefattar anses vara ett problem av vårdpersonal. Det kan förklaras med att det inte finns någon enhetlig, universell definition av begreppet. Rädsla för det okända kan uppkomma när vårdpersonalen motvilligt berörs inombords till följd av den egna sårbarheten. Det kan medföra att andlig omvårdnad inte ges. Förutsättningarna för andlig omvårdnad ökar när vårdpersonalens förhållningssätt till den egna andligheten medvetandegörs. Det kan ske genom att bli medveten om var det egna jaget står genom reflektion på egen hand eller i grupp. Det anses viktigt att hålla tillbaka sig själv, vänta med att prata i mötet med patienten och samtidigt utöva medveten närvaro i stunden. Ökad kunskap kan förbättra attityder i förhållande till existentiell omvårdnad i klinisk verksamhet. Vårdpersonal behöver tränas och det finns övningar, enskilt eller i grupp som ger möjligheter att reflektera över upplevda situationer.

Förslag på fortsatt forskning

Mycket av forskningen inom andlig omvårdnad har genomförts utan patienters deltagande vilket utgör en stor begränsning vilket medfört ett ensidigt fokus på vårdpersonalens upplevelser (Cockel & Mc Sherry, 2012). Därmed föreslås forskning om patienters upplevelser av andlig omvårdnad. Den begränsade forskningen ur patientens perspektiv hotar att ändra riktning på hela forskningsfältet inom andlig omvårdnad (a.a.). Forskningen inom andlig omvårdnad måste även utvecklas framåt på ett samordnat och systematiskt sätt (Ross, 2005). Kulturen spelar en viktig roll för den andliga omvårdnaden som ges till patienten och därför behöver hänsyn bör tas till kulturen (Cockel & McSherry, 2012). Det kan handla om vårdkulturen på en avdelning, hos sjuksköterskan, patienten, landet, generationen eller religionen. Trots detta fortsätter många forskare att fokusera på sjuksköterskor som professionella eller individer utan att hänsyn tas till kulturella inflytanden (a.a.). Fortsatt forskning inom existentiell och andlig omvårdnad föreslås där hänsyn tas till kulturella inflytanden. Även om män och kvinnor har olika upplevelser av existentiell och andlig omvårdnad kan undersökas.

REFERENSER

(Referenser markerade med asterisk markerar artiklar som är inkluderade i resultatet.)

Arman, M. (2007). Bearing witness: An existential position in caring. *Contemporary Nurse*. 27(1): 84-93.

*Arman, M., Alveäng, A., El Madani, N., Hammarqvist, A. & Ranheim, A. (2013). Caregiving for existential wellbeing: existential literacy. A clinical study in an antroposopic healthcare context. *International Practice Development Journal*. 3(1):1-15.

Baldacchino, D. (2010). Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. *Nurse Education in Practice*. 11: 47-53.

Barbosa da Silva, A. & Andersson, M. (1993). *Vetenskap och människosyn inom sjukvården. En introduktion till vetenskap och vårdetik*. Stockholm: Vårdförbundet SHSTF.

Beck- Friis, B & Strang, P. (2005). *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB.

Bentling, S. (2013). Sjuksköterskeprofessionen – en tillbakablick på kompetens och kunskapskrav. I Leksell, J. & Lepp, M. (red.) *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s.37-62). Stockholm: Liber AB

Bullington, J. (2007). *Psykosomatik Om kropp, själ och meningsskapande*. Lund: Studentlitteratur AB.

*Burkhart, L. & Hogan, N. (2008). An experiential theory of spiritual care in nursing practice. *Qualitative Health Research*. 18(7): 928-938.

*Carlén, K. & Nilsson, K. (2007). Andlighet i vården- en intervjustudie bland vårdpersonal. *Vård i Norden*. 28(1)13-17.

*Carr, T J. (2010). Facing Existential Realities: Exploring Barriers and Challenges to Spiritual Nursing Care. *Qualitative Health Research*. 10: 1379-1392.

*Carron, R. & Cumbie, S A. (2011). Development of a conceptual nursing model for the implementation of spiritual care in adult primary healthcare settings by nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 23: 552-560.

Clarke, J. (2009). A critical view of how nursing has defined spirituality. *Journal of Clinical Nursing*. 18(12): 1666-73.

Cockel, & Mc Sherry (2012). Spiritual care in nursing: an overview of published international research. *Journal of Nursing Management*. 20: 958-969.

Conell Meehan, T. (2012). Spirituality and spiritual care from a Careful Nursing perspective. *Journal of Nursing Management*. 20: 990-1001.

- Dahlberg, K. & Ranheim, A. (2012). Meeting the challenges in care. *Aporia The Nursing Journal*. 4(4): 20-24.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur AB.
- *Deal, B. & Grassely, J. (2012). The lived experience of giving spiritual care: a phenomenological study of nephrology nurses working in acute and chronic hemodialysis settings. *Nephrology Nursing Journal*. 39 (6): 471-481.
- Denzler, G., Lohner, A. & Graf, W. (1990). Sekularisering. I Ewald, S. (Red.), *Religionslexikonet* (s.481-482). Stockholm: Forum.
- Devenny, B. & Duffy, K. (2013). Person-centered reflective practice. *Nursing Standard*. 28: 37-43.
- Draper, P. (2012). An integrative review of spiritual assessment: implications for nursing management. *Journal of Nursing Management*. 20: 970-980.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2013). *Nya VIPS-boken Välbefinnande, Integritet, prevention, säkerhet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Eriksson, K. (1985). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber AB.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB.
- Eriksson, K. (2000a). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber AB.
- Eriksson, K. (2000b). *Hälsans idé*. Stockholm: Nordstedts Förlag AB.
- Eriksson, K. (2002). Caring science in a new key. *Nursing Science Quarterly*. 15(1): 61-65.
- *Eriksson, K. & Nåden, D. (2004). Understanding the importance of values and moral attitudes in nursing care in preserving human dignity. *Nursing Science Quarterly*. 17 (1): 86-91.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier - Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur AB.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats -vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.
- *Giske, T & Cone, P H. (2012). Opening up to learning spiritual care of patients: a grounded theory study of nursing students. *Journal of Clinical Nursing*. 21 (13/14): 2006-15.
- Greiner, P A. & Valiga, T M. (1998). Creative educational strategies for health promotion. *Holistic Nursing Practice*. 12 (2): 73-83.
- *Haugard Christensen, K. & Turner, S. (2008). Spiritual Care Perspectives of Danish Registered Nurses. *Journal of Holistic Nursing*. 26(1):7-14.

Heelas, P. (2007). *The spiritual revolution of Northern Europe: personal beliefs*. Hämtad 10 okt, 2014 från <http://www.tapironline.no/fil/vis/806>

HSFR (2015). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. The Swedish Council for Research in the Humanities and Social Sciences – HSFR. Hämtad 5 jan, 2015 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Horton Deutsch, S & Sherwood, G. (2008). Reflection: an educational strategy to develop emotionally-competent nurse leaders. *Journal of Nursing Management*. 16: 946-954.

*Hood, E., Olson, J. & Allen, M. (2007). Learning to care for spiritual needs: connecting spirituality. *Qualitative Health Research*. 17(9): 1198-1206.

Hudacek, S. (2007). Dimensions of caring: A qualitative analysis of nurses' stories. *Journal of Nursing Education*. 47(3): 124-129.

Hällgren Graneheim, U. & Lundman, B. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund Nilsson, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.189-200). Lund: Studentlitteratur AB.

Idvall, E. & Olsson, J. (2009). Kvalitetsutveckling inom omvårdnad. I Ehrenberg, A. & Wallin, L. (Red.), *Omvårdnadens grunder Ansvar och utveckling*. (s.335-368). Lund: Studentlitteratur AB.

Jahren Kristoffersen, N. & Nortvedt, F. (2005). Relationen mellan sjuksköterska och patient s.137-183. I Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E A. (Red.), *Grundläggande omvårdnad*. Stockholm: Liber AB.

Johnston Taylor, E., Mamier, I., Bahiri, K., Anton, T. & Petersen, F. (2008). Efficacy of a self-study programme to teach spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 18: 1131-1140.

Kevern, P. (2012). Who can give `spiritual care` ? The management of spiritually sensitive interactions between nurses and patients. *Journal of Nursing Management*. 20: 981-989.

Koren, M-E. & Papamitriou, C. (2013). Spirituality of staff nurses – Application of Modeling and Role Modeling Theory. *Holistic Nursing Practice*. 27(1):37-44.

Koslander, T., Barbosa da Silva, A. & Roxberg, Å. (2009). Existential and spiritual needs in mental health care. *Journal of Holistic Nursing*. 27(1):34-42.

Lindwall, L. (2013). Kroppen. I Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s.129-140). Lund: Studentlitteratur AB.

Lorentzon, S. (2014). Sjukhuskyrkan: Andlig vård. Hämtad 22 okt, 2014 från: <http://www.vgregion.se/sv/Skaraborgs-sjukhus/Skaraborgs-sjukhus/Hemsidor-SkaS/Sjukhuskyrkan/Andlig-varld/>

Martinsen, B. (2012). Fysiskt beroende – när kroppen sviktar. I Graubeck, A-M (Red.), *Patientologi Personcentrerad vård i teori och praktik*. (s.197-215). Stockholm: Natur & Kultur AB.

- Mc Sherry, W. (2005). The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. *Journal of Clinical Nursing*. 15: 905-917.
- McSherry, W. & Cash, K. (2003). The language of spirituality: an emerging taxonomy. *International Journal of Nursing Studies*. 41: 151-161.
- Medicinska forskningsrådet (1982). *Teorier och modeller i omvårdnadsforskning*. Göteborg: Graphic systems AB.
- Narayanasamy, A. & Owens, J. (2001). A critical incident study on nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *Journal of Advanced Nursing*. 33(4): 446-455.
- Nationalencyklopedin (2014). Hämtad 22 okt, 2014 från: <http://www.ne.se/>
- Paley, J. (2009). Religion and secularisation of healthcare. *Journal of Clinical Nursing*. 18: 1963-1974.
- Pellmer, K., Wramner, B & Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber AB.
- Pike, J. (2011). Spirituality in nursing: a systematic review of the litterature from 2006-2010. *British Journal of Nursing*. 20(12): 743-749.
- Rosberg, S. (2008). Fenomenologi. I Granskär, M. & Höglund Nilsson, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.85-105). Lund: Studentlitteratur AB.
- Ross, L. (2005). Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing*. 15: 852-862.
- Sandman, L. & Woods, S. (2003). *God palliativ vård: etiska och filosofiska aspekter*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Sawatzky, R. & Pesut, B. (2005). Attributes of spiritual care in nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*. 23:19-23.
- Segesten, K. (2005). Att stärka sig själv. I Nilsson, K. (Red.), *Att vara chef och ledare för omvårdnadsarbete* (s.79-102). Lund: Studentlitteratur AB.
- Sivonen, K. (2000). *Vården och det andliga: en bestämning av begreppet "andlig" ur ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Sivonen (2013). Anden. I Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s.157-169). Lund: Studentlitteratur AB.
- Socialstyrelsen (2001). 1.7.5 Det existentiella och andliga lidandet. *Statens offentliga utredningar*. 2001:6. Hämtad 6 okt, 2014 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utredningar/Statens-offentliga-utredningar/sou-2001-6-_GPB36/
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 24 apr, 2014 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>

Socialstyrelsen (2013). *Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Hämtad 14 apr, 2014 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf>

SFS (SFS 2010:659). Patientsäkerhetslag. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 24 apr, 2014 från: <http://rkrattsdb.gov.se/SFSdoc/10/100659.PDF>

Strang, S. (2002). *Spiritual/existential issues in palliative care*. Göteborg University, Institute of Selected Clinical Sciences, Departement of Oncology.

Strang, S., Strang, P. & Ternestedt, B-M. (2001). Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*. 11: 48-57.

Strang, S., Henoch, I., Danielsson, E., Browall, M. & Melin-Johansson, C. (2013). Communication about existential issues with patients close to death-nurse's reflections on comment, process and meaning. *Psycho-Oncology*. 23: 562-568.

Svensk Författningssamling (SFS 2010:659). *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 24 apr, 2014 från: <http://rkrattsdb.gov.se/SFSdoc/10/100659.PDF>

Svensk Sjuksköterskeförening (2010a). *Personcentrerad vård*. Hämtad 24 apr, 2014 från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/SSF-om/Personcentrerad-vard/>

Svensk sjuksköterskeförening (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 24 apr, 2014 från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etikpublikationer/Vardegrund.f or.omvardnad.web.pdf>

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

Thorup, C., Rundqvist, E., Roberts, C. & Delmar, C. (2012). Care as a matter of courage: vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 26: 427-435.

van Leeuwen, R., Tiesinga, L J., Post, D & Jochemsen, H. (2006). Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *Journal of Clinical Nursing*. 15(7): 875-884.

Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Vetenskapsrådet (2011). *God forskningssed*. Hämtad 13 maj, 2014 från <http://www.vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491/1321864357049/God+forskningssed+2011.1.pdf>

Vlasblom, J., van der Steen, J., Knol, D. & Jochemsen, H. (2011). Effects of a spiritual care training for nurses. *Nurse Education Today*. 31: 790-796.

WHOQOL SRPB Group (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion and personal beliefs as component of quality of life. *Social science & Medicine*. 62:1486-1497.

WHO (2006). *WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) Field-Test Instrument*. Hämtad 24 apr, 2014 från http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Willman, A. (2003). Omvårdnad- i praktik, utbildning och forskning. *Theoria, Journal of Nursing Theory*. 12 (1):19-25.

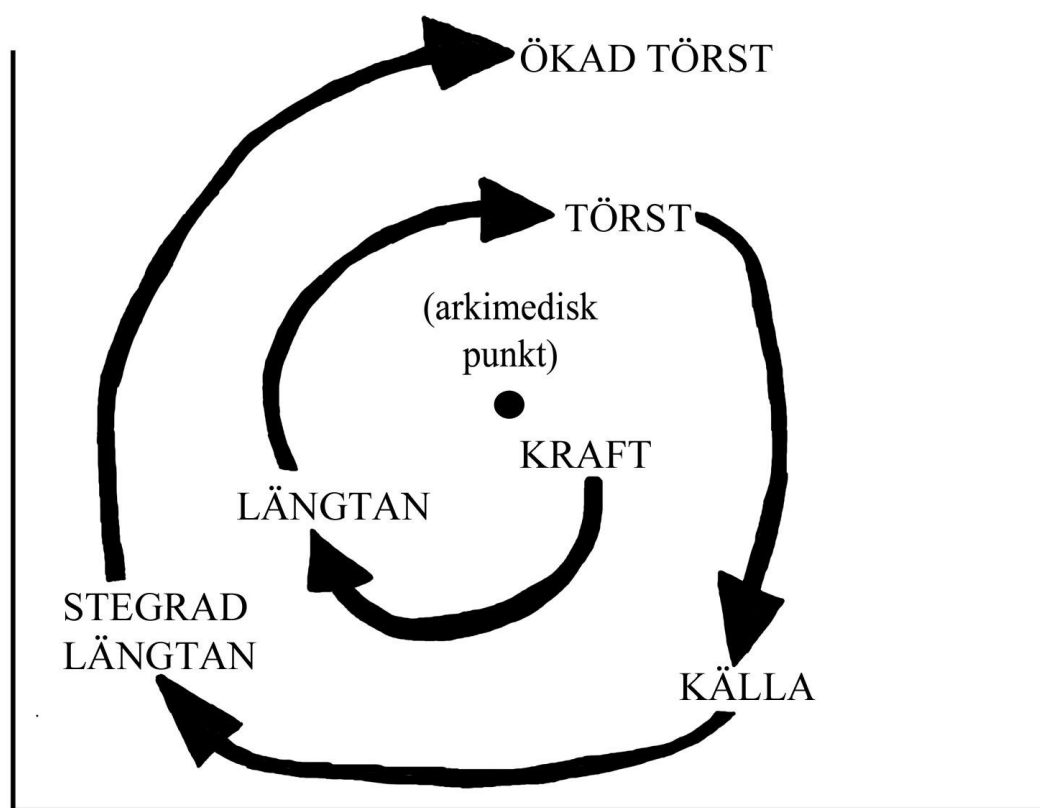
Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.

Withehead, D. (2003). Beyond the metaphysical: health-promoting existential mechanisms and their impact on the health status of clients. *Journal of Clinical Nursing*. 12: 678-688.

Människans andliga kraftspiral (Eriksson, 1994):

Den arkimediska punkten* hos människan utgör en kraftkälla vilken kan jämföras med den grundläggande tillit människan har för någon eller något. Kraften ger upphov till en längtan efter något som formuleras som törst. Till kraftkällan söker sig människan för att släcka sin törst. Om människan finner en källa som kan stilla törsten ökar en längtan att upptäcka mer av hemligheten i källan. Då ökas törsten och människan söker sig än en gång till källan. Spiralen fortsätter och ny kraft genereras ständigt innerst inne.

Den innersta rörelsen, vitaliteten eller livskraften medför en upplevelse av olust eller lust och människan förnimmer längtan. Genom att känna längtan upplever människan törst. Törsten utlöser ett sökande mot källan. Lustupplevelsen vid källan, passionen medför att längtan stegras och rörelsen fortsätter mot allt högre medvetenhet och vardande som människa. De olika rörelser som avancerar i den andliga kraftspiralen illustreras nedan (a.a):



Människans andliga kraftspiral, Eriksson (1994)

* Arkimedes fasta punkt härrör från uttrycket: giv mig en fast punkt (att stå på), och jag skall rubba jorden, Arkimedes (Holm,1964).

Artikelmatris

Bilaga 2

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal utvalda artiklar
<p>Cinahl</p> <p>2009-2014</p> <p>peer-reviewed</p>	<p>existent* AND spirit* AND car*</p>	<p>187</p>	<p>15</p>	<p>1 st:</p> <p>nr. 6 (av 187):</p> <p>”Facing existential realities: exploring barriers and challenges to spiritual nursing care”, Carr (2010).</p>
<p>Academic Search Elite</p> <p>2009-2014</p> <p>peer-reviewed</p> <p>Subject: thesaurus terms: spiritual care (bockades för)</p>	<p>car* AND nurs* AND spirit* NOT elder* NOT palliat*</p>	<p>143</p>	<p>34</p>	<p>2 st:</p> <p>nr.15 (av 143):</p> <p>“Development of a conceptual nursing model for the implementation of spiritual care in adult primary healthcare settings by nurse practitioners”, Carron & Cumbie (2011).</p> <p>nr.17 (av 147):</p> <p>“The Lived Experience of Giving Spiritual Care: A Phenomenological Study Of Nephrology</p>

				Nurses Working in Acute And Chronic Hemodialysis Settings”. Deal & Grassely (2012).
Academic Search Elite 2004-2014 peer-reviewed	spirit* AND car* AND nurs* AND reflect* NOT palliat*	126	9	2 st: nr.2 (av 126) “Opening up to learning spiritual care of patients: a grounded theory study of nursing students” Giske & Cone (2012). nr. 26 (av 126): “Learning to Care for Spiritual Needs: Connecting Spirituality”, Hood, Olsen & Allen (2007).
Sökning via fält, enligt Friberg (2006). 2004-2014 peer-reviewed mw word in subject. Valt artiklar från USA. Age: bockat för all adult.	spirit*AND nurs* AND car*	174	12	2 st. nr. 74 (av 176): “Spiritual Care Perspectives of Danish Registered Nurses”, Haugaard Christensen & Turner (2008). nr. 74 (av 176):

				<p>“An experiential Theory of Spiritual Care in Nursing Practice”, Burkhart & Hogan (2008).</p>
<p>SveMed+ 2004-2014 peer-reviewed</p>	<p>nurs* AND car* AND spirit*</p>	<p>20</p>	<p>5</p>	<p>1 st: nr. 3 (av 20): “Spirituality in caring- an interview-study among nursing staff”, Carlén & Nilsson (2008).</p>
<p>Academic Search Elite Sökning via författare</p>	<p>Katie Eriksson</p>	<p>57</p>	<p>7</p>	<p>nr. 47 (av 57): “Understanding the importance of Values and Moral Attitudes in Nursing Care in Preserving Human Dignity”, Nåden & Eriksson, (2004)</p>
<p>Förfrågan om det aktuella forskningsläget inom området</p>	<p>Maria Arman</p>			<p>Länk: http://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol3No1/IDPJ_0301_06.pdf</p>

Bilaga 3

Checklista för kvalitativa artiklar (Forsberg & Wengström, 2013)

A. Syftet med studien ?

.....
.....

Vilken kvalitativ metod har använts?

.....

Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?

Ja Nej

B. Undersökningsgrupp

Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?
(Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna.)

Ja Nej

Var genomfördes undersökningen?

.....

Urval- finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?

.....

Vilken urvalsmetod användes?

- Strategiskt urval
- Snöbollsurval
- Teoretiskt urval
- Ej angivet

Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund).

.....

Är undersökningsgruppen lämplig?

Ja Nej

C. Metod för datainsamling

Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, av vem och i vilket sammanhang skedde datainsamling)?

Ja Nej

Beskriv:

.....

Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor användes etc.)?

Beskriv:

.....

Ange datainsamlingsmetod:

- ostrukturerade intervjuer
- halvstrukturerade intervjuer
- fokusgrupper
- observationer
- video-/bandinspelning
- skrivna texter eller teckningar

Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll)?

Ja Nej

D.Dataanalys

Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

.....

Ange om:

- teman är utvecklade som begrepp
- det finns episodiskt presenterade citat
- de individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna
- svaren är kodade

Resultatbeskrivning:

.....

Är analys och tolkning av resultat diskuterade?

Ja Nej

Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)?

Ja Nej

Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)?

Ja Nej

Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)?

Ja Nej

Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?

Ja Nej

Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)?

Ja Nej

E. Utvärdering

Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?

Ja Nej

Stöder insamlade data forskarens resultat?

Ja Nej

Har resultaten klinisk relevans?

Ja Nej

Diskuteras metodologiska brister för bias?

Ja Nej

Finns risk för bias?

Ja Nej

Vilken slutsats drar författaren?

.....
.....

Håller du med om slutsatserna?

Ja Nej

Om nej, varför inte?

.....

Ska artikeln inkluderas?

Ja Nej

