



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp, Grundnivå (G2E)  
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp  
Slutseminarium: 2026-04-28  
Examinerat och godkänt: 2026-05-19

## **Sjuksköterskans erfarenheter av att möta andliga behov hos patienter i livets slutskede.**

En allmän litteraturstudie

## **Nurses' experiences of meeting the spiritual needs of patients in end-of-life care.**

A general literature study

Författare: Meymuna Abdo  
Diana Tawfeeq  
Handledare: Jenny Karlsson, Adjunkt  
Examinerande lärare: Miguel Diaz, Lektor

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** I livets slutskede kan andliga behov bli särskilt betydelsefulla, och utgör en central del i den personcentrerade palliativa vården. Trots detta finns en risk att den andliga omvårdnaden hamnar i bakgrunden av den fysiska omvårdnaden. **Syfte:** Syftet med studie är att utforska sjuksköterskans erfarenheter av att möta andliga behov hos patienter i livets slutskede. **Metod:** Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie med kvalitativ ansats och baserades på tio vetenskapliga originalartiklar. Litteratursökningar genomfördes i databaserna CINAHL och PubMed. De inkluderade artiklarna kvalitetsgranskades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys utifrån Graneheim och Lundman. **Resultat:** Resultatet visade att sjuksköterskors erfarenheter präglades av både möjligheter och begränsningar i mötet med patienters andliga behov. Två kategorier identifierades: *Aktiv närvaro möjliggör stöd till tro och religiösa handlingar i livets slutskede* samt *Begränsade resurser påverkar möjligheten att tillgodose andliga behov*. Resultatet visade att aktiv närvaro, empatiskt bemötande, icke verbal kommunikation och individanpassade samtal var viktiga för att uppmärksamma och tillgodose andliga behov. Samtidigt framkom att tids- och personalbrist, bristande kunskap och avsaknad av tydliga riktlinjer försvårade möjligheten att integrera andlig omvårdnad i sjuksköterskans kliniska arbete. **Slutsats:** Andlig omvårdnad är en betydelsefull del av palliativ vård och kan bidra till trygghet, mening och värdighet för patienter i livets slutskede. För att stärka sjuksköterskors möjligheter att möta patienters andliga behov behövs ökad kunskap, förbättrade organisatoriska förutsättningar samt utveckling av tydliga strukturer och riktlinjer. Studien synliggör även betydelsen av att inkludera andliga behov som en integrerad del av en jämlik och personcentrerad vård.

**Nyckelord:** Andliga behov, andlig omvårdnad, palliativ vård, vård i livets slutskede, sjuksköterskors erfarenheter.

## ABSTRACT

**Background:** In the end-of-life stage, spiritual needs may become particularly significant and constitute a central part of person-centered palliative care. Despite this, there is a risk that spiritual care is overshadowed by physical care in clinical practice. **Aim:** The aim of the study was to explore nurses' experiences of meeting the spiritual needs of patients at the end of life. **Method:** The study was conducted as a general literature study with a qualitative approach and was based on ten scientific original articles. Literature research was conducted in CINAHL and PubMed databases. The included articles were quality appraised and analyzed using qualitative content analysis based on Graneheim and Lundman. **Results:** The findings showed that nurses' experiences were characterized by both opportunities and limitations in meeting patients' spiritual needs. Two Categories were identified: *Active presence enables support for faith and religious practices at the end of life* and *Limited resources affect the ability to meet spiritual needs*. The results indicated that active presence, empathetic care, non-verbal communication, and individualized conversations were important for identifying and addressing spiritual needs. At the same time, lack of time and staff, insufficient knowledge, and the absence of clear guidelines made it difficult to integrate spiritual care into nurses' clinical practice. **Conclusion:** Spiritual care is an important part of palliative care and can contribute to security, meaning, and dignity for patients receiving end-of-life care. To strengthen nurses' ability to meet patients' spiritual needs, increased knowledge, improved organizational conditions, and the development of clear structures and guidelines are required. The study also highlights the importance of integrating spiritual needs as part of equitable and person-centered care.

**Keywords:** Spiritual needs, spiritual care, palliative care, end of life care, nurses' experiences.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING .....	2
ABSTRACT .....	3
INNEHÅLLSFÖRTECKNING .....	1
INTRODUKTION .....	1
BAKGRUND .....	2
Palliativ vård.....	2
Religion och andlighet.....	2
Andlig omvårdnad .....	3
Patientens andliga behov i livets slutskede.....	3
Sjuksköterskans omvårdnadsansvar .....	4
Teoretisk referensram.....	5
De 6 s:n.....	5
En god död.....	5
En värdig död.....	5
De 6 s:n.....	6
Självbestämmande .....	6
Sociala relationer.....	6
Sammanhang.....	7
Strategier .....	7
Problemformulering .....	7
SYFTE.....	8
METOD.....	8
Design.....	8
Figur 1 .....	8
Urval .....	8
Tabell 1. <i>Inklusion- och exklusionskriterier</i> .....	9
Datainsamling.....	9
Dataanalys .....	10
Tabell 2. ....	11
Etiska aspekter.....	11
RESULTAT .....	12

Figur 2.....	12
Kategori 1: Aktiv närvaro möjliggör stöd till tro och religiösa handlingar i livets slutskede .....	13
Tillämpa ickeverbal kommunikation genom religiösa praktiker: .....	13
Respektera och bekräfta patientens andliga behov genom empatiskt bemötande: .....	13
Identifiera individuella andliga behov genom närvarande samtal: .....	14
Kategori 2: Begränsade resurser påverkar möjligheten att tillgodose andliga behov .....	14
Tids- och personalbrist begränsar andlig omvårdnad: .....	14
Kunskap och utbildning ökar medvetenhet kring andliga behov:.....	15
Brist på riktlinjer och strukturer för bedömning av andliga behov:.....	15
DISKUSSION .....	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion .....	18
Andlig omvårdnad som en relationell och dynamisk process .....	19
Religiösa uttryck och risken för en reducerad förståelse av andlighet .....	20
Organisatoriska förutsättningar och risken för en ojämlig vård .....	20
Kunskap och struktur som förutsättningar för att uppmärksamma andliga behov .....	21
SLUTSATSER .....	21
AI-DEKLARATION.....	22
REFERENSER.....	23
Bilaga 1. Sökmatrix CINAHL .....	1
Bilaga 2. Sökmatrix Pubmed .....	3
Bilaga 3. Artikelmatris .....	6
Bilaga 4. Mall för kvalitetsgranskning.....	12
Bilaga 5. Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet .....	13
BILAGOR	

# 1 INTRODUCTION

2 Existentiella frågor om livets mening, döden och vad som sker därefter blir ofta särskilt framträdande i  
3 livets slutskede och berör alla människor på olika sätt. Jaber et al. (2017) beskriver att andlighet  
4 betraktas som en unik och individuell mänsklig erfarenhet som kan främja hälsa och välbefinnande. Den  
5 omfattar relationen till sig själv, andra, omgivningen, och kan innebära en känsla av helhet och balans i  
6 livet. Trots detta har författarna till föreliggande genom erfarenheter inom både verksamhetsförlagd  
7 utbildning och arbete i vården, uppmärksammat att den andliga omvårdnaden inte ges så mycket  
8 utrymme i det kliniska arbetet. Denna iakttagelse, i kombination med ett intresse för andlighet och  
9 religion väckte en nyfikenhet att undersöka sjuksköterskans roll i att möta mänskliga behov bortom den  
10 fysiska omvårdnaden när patienten står inför livets slut.  
11

## 12 BAKGRUND

13 I nedanstående rubriker: Palliativ vård, Religion och andlighet och Andlig omvårdnad, redovisas  
14 begrepp som anses vara av särskild betydelse för att förstå studiens problemområde. Vidare  
15 presenteras forskning som belyser patienters andliga behov i livets slutskede och slutligen beskrivs  
16 sjuksköterskans omvårdnadsansvar. I studien används begreppet *Gud* som benämning på en högre  
17 makt, och begreppet *andlighet* används genomgående för att beskriva den existentiella och andliga  
18 dimensionen i människans liv.

19

### 20 Palliativ vård

21 Enligt World Health Organization (2020) är palliativ vård en vårdform vars huvudsakliga syfte är att  
22 förbättra livskvaliteten hos patienter och deras närstående, vid en livshotande sjukdom. Lidande kan  
23 förebyggas och lindras vid tidig bedömning och behandling av smärta, både fysisk, psykisk och andlig.  
24 Palliativ vård fokuserar på att tillgodose både fysiska, psykiska, sociala och andliga behov hos  
25 patienten. Att ge god vård i livets slutskede syftar till att ge respekt och stödja patienten att leva så  
26 aktivt och värdigt som möjligt fram till livets slut (World Health Organization, 2020).

27

28 Abbaspour och Heydari (2022) menar att palliativ vård är helhetsinriktad vård, och en resurs för de  
29 som drabbats av en allvarlig sjukdom. Palliativ vård börjar vid diagnos av en allvarlig sjukdom och  
30 fortsätter tills patienten antingen tillfrisknat eller dör. Det utgår från att både livet och döden är en  
31 naturlig process och syftar till att lindra smärta och behandla symtom utan att vare sig påskynda eller  
32 fördröja döden. Palliativ vård i livets slutskede är den vård som ges till patienter framför allt den sista  
33 veckan i livet och är vård som ser till patientens religion, andlighet, samt kulturella traditioner och riter,  
34 för att tillgodose såväl patientens som familjens behov inför den kommande döden. Etik är en  
35 grundläggande aspekt i den palliativa vården vid livets slutskede för att säkerställa att patientens  
36 värdighet respekteras och att vården som ges endast bidrar till trygghet och en fridfull död  
37 (Abbaspour & Heydari, 2022).

38

### 39 Religion och andlighet

40 Andlighet beskrivs av Jaberi et al. (2017) som ett sökande efter mening och förståelse kring  
41 existentiella frågor, såsom livets mening, sjukdom och död. Andliga erfarenheter kan uppstå genom  
42 daglig interaktion med sig själv, andra människor, naturen eller universum, vilket kan bidra till en känsla  
43 av sammanhang och av att inte vara ensam. Andlighet betraktas som en unik och individuell mänsklig  
44 erfarenhet som kan främja hälsa och välbefinnande. Den omfattar relationen till sig själv, till andra och  
45 till omgivningen, samt kan innebära en känsla av helhet och balans i livet. Vidare beskrivs andlighet i  
46 relation till hälsa som multidimensionell och integrerande, då den sammankopplar fysiska, sociala och  
47 psykiska dimensioner av hälsa. Andlighet kan därmed fungera som en inre källa till styrka som hjälper  
48 individen att förstå sig själv bättre och finna balans i livet (Jaberi et al., 2017). Monteiro et al. (2025)  
49 definierar andlighet som ett uttryck för ett inre djup eller en kontakt med något heligt. Begreppet kan  
50 även associeras med religiösa värderingar, tro och ett inre sökande efter mening.

51

52 Religion och tro kan enligt Jaberi et al. (2017) ses som en del av andlighet men har en mer specifik  
53 koppling till en tro på en högre makt eller Gud, samt religiösa traditioner och praktiker. Tro beskrivs  
54 som en övertygelse om något som inte alltid kan bevisas, det kan även innebära att följa religiösa  
55 seder och traditioner. En religiös tro på Gud eller en högre makt kan bidra till en känsla av mening,  
56 hopp och tröst i livet (Jaberi et al., 2017). Emanuel et al. (2023) visar i sin studie att religion  
57 generellt kan bidra till att skapa mening i livet och därigenom minska dödsångest. Tydliga samband

58 kunde inte ses mellan utövandet av religion och graden dödsångest, i stället kunde ökad andlig stress  
59 kopplas till högre dödsångest.  
60

## 61 **Andlig omvårdnad**

62 Enligt Toivonen et al. (2017) och Batista et al. (2022) är andlig omvårdnad ett förhållningssätt inom  
63 vården som syftar till att utveckla en förståelse för patientens andliga behov. Inom andlig omvårdnad  
64 betonas vikten av personcentrering, det innebär att utgå från patientens unika behov och erfarenheter  
65 samt att se patienten bakom sjukdomen. Kunskap om patientens andliga bakgrund, exempelvis religiös  
66 tillhörighet, är viktigt för att kunna förstå och beakta andliga behov. Andliga behov kan uttryckas  
67 genom önskemål om bön, läsning av andliga böcker eller samtal om existentiella frågor. De kan också  
68 framträda i samtal om livets mening, döden, livet efter döden eller Guds existens. En central del av  
69 andlig omvårdnad är att förmedla hopp och tröst, vilket sker genom närvaro, lyhördhet och samtal  
70 (Toivonen et al., 2017; Batista et al., 2022). I studien av Prieto- Crespo et al. (2024) framkommer det  
71 att andlig omvårdnad i palliativ vård har betydelse för patientens upplevelse av ett värdigt avslut i  
72 livet. För att möjliggöra det framhålls vikten av god kommunikation mellan patient och vårdpersonal,  
73 den kan bidra med att skapa klarhet och att patienten känner sig mer förberedd inför livets slut  
74 (Prieto- Crespo et al., 2024).  
75

76 Enligt Soto- Rubio et al. (2020) framkom det att palliativa patienter som genomgått en terapeutisk  
77 intervju under sin vårdtid, visade en tydlig ökning i andlig medvetenhet. I jämförelse sågs hos  
78 kontrollgruppen, som inte genomgått intervjun, att den andliga medvetenheten försämrades över tid.  
79 Det framkom även att patienterna som genomgick intervjun efteråt kände sig mer motståndskraftiga i  
80 sin livssituation, medan kontrollgruppen visade en försämring i motståndskraft över tid. I det sista  
81 området som undersöktes framkom det att känslan av hopplöshet inför livet minskade tydligt hos de  
82 som genomgått intervjun, medan kontrollgruppen hade en betydligt mindre minskning av känsla av  
83 hopplöshet utan intervjun (Soto- Rubio et al., 2020).  
84

## 85 **Patientens andliga behov i livets slutskede**

86 Andliga behov är en del av de mänskliga behoven, särskilt för patienter i livets slutskede Batista et al.,  
87 2022). Enligt Asgeirsdottir et al. (2013) och Silva et al. (2023) fokuserar andliga behov i livets  
88 slutskede på det som upplevs vara mest betydelsefullt, exempelvis människans sökande efter mening  
89 och syfte. Studien visar att andlighet kan integreras i vardagen och uttryckas både i religiösa och icke-  
90 religiösa former. Det kan exempelvis vara genom familjerelationers betydelse, eftersom familjen anses  
91 vara en central källa till mening och syfte i livet. När mänskliga resurser inte längre upplevs räcka till  
92 kan patienter vända sig till bön eller ta emot andras böner som ett sätt att hantera svåra situationer.  
93 Bön beskrivs kunna bidra till sinnesro, tröst, styrka och välbefinnande (Asgeirsdottir et al., 2013; Silva  
94 et al., 2023). Utöver religiösa uttryck framkommer även andra former av andliga praktiker, såsom  
95 meditation eller att tända ljus, vilket kan ge stöd och mening i en svår livssituation (Asgeirsdottir et al.,  
96 2013). Devakirubai och Gnanadurai (2025) framhåller att de undersökt vilka preferenser palliativa  
97 patienter hade inför sin vård i livets slutskede. Där uttryckte 73,33% av 120 palliativa patienter en  
98 önskan att få sina andliga behov tillgodosedda, 47,5% uttryckte en önskan av att läsa andliga böcker  
99 och 31,66% ville besöka andliga ledare.  
100

101 Enligt Edwards et al. (2010) kan patienters andliga behov i livets slutskede ta sig uttryck i behov av att  
102 finna avslut för att kunna lämna livet utan ånger. I studien framkom det även ett behov av försoning,  
103 där patienter önskade kunna förlåta och bli förlåtna för att uppnå frid inför döden. Vidare framkom  
104 att patienter i livets slutskede ofta har ett behov av delaktighet och kontroll över sin situation, det  
105 innefattar att fortsätta vara involverad i familjeliv och beslut, och ta del av information från  
106 sjukvårdspersonal. En del patienter önskade tala om döden och aktivt förbereda sig för att återta

107 kontroll, då känslor av förlorad kontroll bidrog till andlig stress och lidande. Studien visar att  
108 meningsfulla relationer med familj och vänner är en viktig del av patientens andliga behov i livets  
109 slutskede, då det ger stöd, tröst och styrka. För vissa är relationen till Gud betydelsefull och kan minska  
110 dödsrädsla och ensamhet. Även icke-religiösa patienter kan uppleva bön som tröstande och lindrande.  
111 Om andliga behov inte tillgodoses kan det leda till andligt lidande, rädsla och stress samt förstärka  
112 både emotionella och fysiska symtom (Edwards et al., 2010).

113  
114 Prieto- Crespo et al. (2024) beskriver att andliga behov i livets slutskede innebär exempelvis att  
115 förbättra symtom på ångest och depression vilket i sin tur förbättrar det andliga välbefinnandet. Enligt  
116 L Emanuel et al. (2023) undersöktes sambandet mellan dödsångest och olika påverkande faktorer.  
117 Resultaten visade att dödsångesten ökade när patienten hade högre nivåer av fysisk  
118 symtombelastning, värdighetsrelaterat lidande och andlig stress. Den existentiella livskvaliteten innebär  
119 att känna sig tillfreds med vad man gjort i livet, hur man har behandlat andra och om man upplever sig  
120 vara en börda för andra. När dödsångesten ökade, minskade den existentiella livskvaliteten hos  
121 patienten.

122

### 123 **Sjuksköterskans omvårdnadsansvar**

124 Under både utbildningen och som färdig sjuksköterska finns ICN:s etiska kod att förhålla sig till vad  
125 gäller etiska ställningstaganden och tillvägagångssätt inom yrket (Svensk sjuksköterskeförening, 2021,  
126 s. 5). I kodens första område "*Sjuksköterskor och personer i behov av omvårdnad*" punkt 1.8,  
127 framkommer det att sjuksköterskan bör visa respekt, lyhördhet, medkänsla, empati och tillit samt stödja  
128 människors värdighet. Sjuksköterskan ska enligt punkt 1.10 tillämpa en evidensbaserad och  
129 personcentrerad vård, genom att främja sjukdomsförebyggande åtgärder i alla faser av en människas  
130 liv. I det andra området "*Sjuksköterskor och yrkesutövningen*", under punkt 2.1 beskrivs sjuksköterskans  
131 ansvar att kontinuerligt upprätthålla och utveckla sin kompetens. I det tredje området "*Sjuksköterskor  
132 och professionen*", under punkt 3.1 beskrivs sjuksköterskans ansvar att implementera evidensbaserade  
133 riktlinjer inom omvårdnad i praktiken, ledningen, forskningen och utbildningen.

134

135 Omvårdnaden är sjuksköterskans specifika kompetensområde, den består både av vetenskaplig  
136 kunskap och patientnära arbete. Sjuksköterskan ansvarar för kliniska beslut, samt att erbjuda människor  
137 möjlighet att hantera hälsoproblem och sjukdom, förbättra och bibehålla sin hälsa samt uppnå god  
138 livskvalitet fram till döden (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). Sjuksköterskan ska ha kunskap om  
139 betydelsen av faktorer som sjukdom, kön, kultur, nationalitet, språk och religiös och andlig uppfattning.  
140 Personligt ansvar för sin yrkesutövning och att kontinuerligt utveckla sin professionella kompetens ingår i  
141 sjuksköterskans ansvarsområde, det innebär att fördjupa sin kompetens genom aktuell forskning och att  
142 kritiskt reflektera kring sitt förhållningssätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). Sjuksköterskans arbete  
143 ska utgå från ett etiskt förhållningssätt där omvårdnaden bygger på hänsyn till människors  
144 värderingar, vanor, tro, värdighet, integritet och självbestämmande. Sjuksköterskan har ett självständigt  
145 ansvar att ge en god och säker vård. Säker vård innebär att arbeta personcentrerat, samverka i team  
146 och arbeta evidensbaserat med förbättringskunskaper för kvalitetsutveckling. Den legitimerade  
147 sjuksköterskan ansvarar även för att leda omvårdnadsarbetet utifrån omvårdnadsprocessen som ger en  
148 struktur från bedömning till utvärdering (Svensk sjuksköterskeförening, 2024).

149

150 Andlighet är en del av omvårdnaden vilket betonas i NANDA international. Där finns *potential för ökat  
151 andligt välbefinnande* som en omvårdnadsdiagnos, vilket definieras som upplevelsen och integreringen  
152 av mening och mål med livet, genom kontakt med sig själv och andra eller med naturen och en högre  
153 makt. Kontakt med sig själv kan uttryckas genom en önskan att förstå sig själv, finna acceptans, ro och  
154 mening med livet. Kontakt med andra kan uttrycka sig i en önskan av förståelse från andra, samt

155 relationer med familj, vänner och andliga ledare. Kontakt med en högre makt kan uttryckas genom  
156 deltagande i religiösa aktiviteter och en fördjupning av bön (Herdman & Kamitsuru, 2015, s. 435).

157  
158 *Andlig frustration* är en annan omvårdnadsdiagnos som kännetecknas av lidande i samband med en  
159 minskad förmåga att uppleva mening i livet genom kontakten med sig själv, omvärlden eller en högre  
160 makt. Faktorer som kan orsaka andlig frustration är förestående död, att motta dåliga nyheter,  
161 sjukdom och smärta (Herdman & Kamitsuru, 2015, s. 448–449). Andlig frustration i relation till sig själv  
162 uttrycks i uppfattad meningslöshet i livet, otillräcklig acceptans och skuld. I relation med omvärlden kan  
163 andlig frustration uttrycka sig i ovilja till kontakt med andliga ledare och närstående samt en känsla av  
164 främlingskap (Herdman & Kamitsuru, 2015, s. 448). I relation till en högre makt uttrycks andlig  
165 frustration genom ilska mot en högre makt, oförmåga att be och erfara det andliga (Herdman &  
166 Kamitsuru, 2015, s. 449). Som sjuksköterska är det viktigt att uppmärksamma riskfaktorerna som  
167 orsakar andlig frustration, det innefattar bland annat livsförändring, fysisk sjukdom, depression,  
168 förändring av andliga och religiösa vanor, kulturell konflikt, oförmåga att förlåta och oro (Herdman &  
169 Kamitsuru, 2015, s. 450).

170

## 171 **Teoretisk referensram**

### 172 **De 6 s:n**

173 De 6 s:n är en modell som beskriver både förhållningssätt och arbetssätt för att främja en  
174 personcentrerad palliativ vård genom att lära känna patienten och stärka patientens ställning i vården  
175 (Österlind et al., 2022, s. 25). Modellen är forskningsbaserad och används i planering, genomförande,  
176 dokumentation och utvärdering av palliativ vård. De 6 s:n utvecklades för att möjliggöra för patienter  
177 tillsammans med närstående att leva ett så bra liv som möjligt fram till döden. Det bygger på  
178 lyhördhet inför patienten som person, vilket innebär att beakta behoven som finns och hur personen  
179 önskar leva sin sista tid (Österlind et al., 2022, s. 39). De 6 s:n består av självbild, självbestämmande,  
180 symtomlindring, sociala relationer, sammanhang och strategier (Österlind et al., 2022, s. 25). I  
181 föreliggande studie har endast begreppen självbild, självbestämmande, sociala relationer,  
182 sammanhang och strategier inkluderats, då dessa bedömdes vara mest relevanta för studiens syfte.

183

### 184 **En god död**

185 En god död innebär enligt Weisman (1986, refererad i Österlind et al., 2022, s. 42) att en person kan  
186 leva med bevarad självbild, känner harmoni mellan personliga ideal och verkligheten, kan minska eller  
187 lösa konflikter, kan behålla viktiga relationer, kan uppfylla sina önskningar och få lindring från fysiskt  
188 lidande. Kastbom et al. (2017, refererad i Österlind et al., 2022, s. 43) beskriver att patientens och  
189 närståendes religion kunde bidra till att patientens lidande sågs som något de behövde genomleva.  
190 Cipoletta & Oprandi (2014, refererad i Österlind et al., 2022, s. 43) betonar att utbildning och en  
191 god vårdorganisation ansågs vara betydelsefulla för en god död. Österlind et al. (2016, refererad i  
192 Österlind et al., 2022, s. 43) beskriver att det framkom i svenska studier att både kunskapsbrist och  
193 brist på resurser kunde utgöra ett hot mot vårdens kvalitet och därmed utgöra ett hot mot en god död.

194

### 195 **En värdig död**

196 Enligt Hemati et al. (2016, refererad i Österlind et al., 2022, s. 45) framkommer det att de viktiga  
197 attributen för en värdig död är att vara oberoende av sjukdomen och vara delaktig i beslut som rör  
198 sjukdom och behandling. Andra viktiga aspekter var att inte vara en börda för familj och vänner, bli  
199 respekterad som person, vara oberoende av apparater och få sitt privatliv skyddat. Filosofen Lennart  
200 Nordenfelt (2010, refererad i Österlind et al., 2022, s. 45) beskriver att värdighet har olika former,

201 bland annat människovärdet och identitetsvärdighet. Människovärdet är knutet till människans existens  
202 och är inget man kan ta ifrån en person, det syftar till alla människors lika värde. Identitetsvärdighet är  
203 föränderlig och kan hotas genom sjukdom och åldrande. Det kan även främjas av omgivningens  
204 förhållningssätt till relationen med sig själv. Det som ingår i identitetsvärdighet är integritet, fysisk och  
205 kulturell identitet och autonomi (Nordenfelt, 2010, refererad i Österlind et al., 2022, s. 45–46).  
206

## 207 **De 6 s:n**

### 208 **Självbild**

209 Självbild innebär patientens sammanfattade bild av sig själv samt hur patienten tänker och känner inför  
210 sig själv. Självbilden spelar stor roll för både hälsan, välbefinnandet och en god död. Självbilden  
211 utvecklas i samspel med människor genom hela livet. Självbild och identitet används som synonymer där  
212 självbilden är ett psykologiskt begrepp medan identitet är ett sociologiskt begrepp (Österlind et al.,  
213 2022, s. 93). Identiteten anses vara en hjälp att orientera sig, känna sammanhang och gemenskap med  
214 andra, samt att känna att man är den man är (Miegel & Johansson, 2002, refererad i Österlind et al.,  
215 2022, s. 94). Giddens (1991, refererad i Österlind et al., 2022, s. 95) nämner att personen som har en  
216 identitet som ständigt anpassar sig till omgivningen kan drabbas av en känsla av tomhet och  
217 meningslöshet. Självbilden i relation till en god död innebar för patienter att kunna vara personen man  
218 upplevde sig vara. Nordenfelt (2010, refererad i Österlind et al., 2022, s. 100) menar att bevara  
219 både självbild och identitet även i sin sista tid i livet innebär att i enlighet med sin egen vilja leva nära  
220 sina värderingar och sin livsstil. Vidare menar Österlind et al. (2022, s. 101) att personcentrerad  
221 palliativ vård bör utgå från patientens självbild, samt att förstå personen bakom sjukdomen och hur  
222 självbilden kan påverkas av sjukdomen och den kommande döden.  
223

### 224 **Självbestämmande**

225 Självbestämmande definieras som möjligheten att med eller utan andras stöd ta beslut som går i hand  
226 med den egna viljan. I vården innebär det att den sjuka personens vilja prioriteras genom informerade  
227 samtal och uppdateringar kring hälsotillstånd, prognos och behandlingsalternativ. De beslut som  
228 patienten är delaktig i berör både medicinska och vardagliga behov. Det kan finnas hinder för i vilken  
229 utsträckning patienten kan utöva sitt självbestämmande, som att behöva tänka på hur beslutet kan  
230 påverka omgivningen, kognitiva svårigheter eller medvetandesänkning på grund av sjukdomen.  
231 (Österlind et al., 2022, s. 103). För att skydda de som haft svårt att göra sina röster hörda utvecklades  
232 hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30, refererad i Österlind et al., 2022, s. 103). Patientlagen  
233 utvecklades för att stärka patienters rätt till integritet, självbestämmande och delaktighet i sin vård  
234 (SFS 1982 :763; SFS 2014: 821, refererad i Österlind et al., 2022, s. 104).  
235

### 236 **Sociala relationer**

237 Sociala relationer är viktiga för patientens livskvalitet, vilket gör det viktigt att ge stöd till patienten i  
238 att bevara relationer samt stödja närstående så de orkar stödja patienten och själva må bra (Österlind  
239 et al., 2022, s. 133). Sociala relationer kan vara både vänskapsrelationer där man drar nytta av  
240 varandra, eller djupare vänskaps- eller familjerelationer där man delar både glädje och sorg. För de  
241 patienter som inte har närstående är sjuksköterskan en viktig kontakt (Aristoteles, 1967, refererad i  
242 Österlind et al., 2022, s. 134). Vårdpersonal kan tillsammans med patienten identifiera de personer  
243 som är viktiga sociala kontakter samt ta hjälp av närstående om det behövs. Att tillsammans diskutera  
244 vilka kontakter som är betydelsefulla kan lägga grunden för en tillitsfull relation mellan patienten, de  
245 närstående och vårdpersonalen (Charnock, 2016, refererad i Österlind et al., 2022, s.135).  
246

## 247 **Sammanhang**

248 Sammanhang handlar om en sammanfattning av det liv man har levt och fokuserar på den existentiella  
249 dimensionen. Den existentiella dimensionen berör avgörande frågor om den mänskliga existensen, och  
250 blir särskilt viktig när existensen hotas. I engelsk litteratur används begreppet "Spirituality" som ofta  
251 översätts till andlighet (Österlind et al., 2022, s. 145). Best et al. (2020, refererad i Österlind et al.,  
252 2022, s. 146) beskriver att spiritualitet består av tre områden. Det första området är existentiella  
253 utmaningar såsom identitet, mening, lidande och död, hopp och förtvivlan, kärlek och glädje, skuld och  
254 skam, frihet och ansvar, försoning och förlåtelse. Det andra området handlar om värdebaserade  
255 överväganden såsom relationen till sig själv, familj, vänner, attityder, vad som är viktigt för personen,  
256 etik och moral, arbete, natur, kultur, konst och livet själv. Det tredje området berör tro, värderingar,  
257 religiösa övertygelser och förhållandet till Gud eller en högre makt (Best et al., 2020, refererad i  
258 Österlind et al., 2022, s. 146). Oavsett om man är omgiven av sina nära och kära står vi alla ensamma  
259 inför den egna döden. Ensamheten och förlusten av den tänkta framtiden kan kännas tung för patienten  
260 i livets slutskede (Österlind et al., 2022, s. 148). Haufe et al. (2020, refererad i Österlind et al., 2022,  
261 s. 151) beskriver att känslan av välbefinnande kan stärkas genom tron på något större än en själv.  
262 Tron kan innebära olika saker, exempelvis ett hopp om ett liv efter detta, ett hopp om att återförenas  
263 med nära och kära eller ett hopp om försoning och förlåtelse.

264

## 265 **Strategier**

266 Strategier fokuserar främst på patientens möte med den egna döden och fokuserar på tiden nu och  
267 framåt genom att utgå från det levda livet. I strategier ingår praktiska förberedelser inför döden  
268 såsom att skriva testamente eller förbereda sin begravning (Best et al., 2020 refererad i Österlind et  
269 al., 2022, s. 159). Döden är livets slutpunkt, vårdpersonal vittnar om att livsglädje kan vara  
270 närvarande även nära döden (Strang, 2010, refererad i Österlind et al., 2022, s. 160). Det som  
271 tidigare varit viktigt och bidragit med livsglädje för patienten är fortfarande viktigt i livets slut, därför  
272 kan vanliga samtalsämnen ge andrum från sjukdomen. I livets slut har patienter både ett behov av att  
273 samtala om den fysiska döden och kring existentiella frågor om döden, exempelvis vad som kommer  
274 hända efter döden, om man kommer straffas eller om barnen kommer komma ihåg en (Österlind et al.,  
275 2022, s. 161). Patienten kan förhålla sig till den kommande döden på olika sätt, en del av strategier  
276 är bearbetningsprocessen som utgörs av att först få information om den dödliga sjukdomen, och sedan  
277 förstå intellektuellt och emotionellt att tiden som är kvar är begränsad (Ternstedt, 1998 refererad i  
278 Österlind et al., 2022, s. 161).

279

## 280 **Problemformulering**

281 Andliga behov är något som berör alla människor framför allt i livets slutskede, där existentiella frågor  
282 blir mer påtagliga. Det kan vara en källa till att stryka, sammanhang och främja välbefinnandet. I  
283 livets sista fas är det viktigt att varje patient får möjlighet till ett värdigt avslut, där vården inte enbart  
284 fokuserar på fysiska omvårdnadsbehov utan även bidrar till ökad trygghet, tröst och en känsla av  
285 mening. För att möjliggöra en jämlik och respektfull vård ska varje patient bemötas utifrån sina behov  
286 och förutsättningar. Lyhördhet för det som inte alltid uttrycks tydligt kan ha stor betydelse för  
287 patientens välbefinnande men också att respektera patientens värderingar, trosuppfattningar och  
288 önskemål under den sista tiden i livet. Omvårdnaden behöver utgå från en helhetssyn där både  
289 fysiska, psykiska, sociala och andliga behov uppmärksammas. Öppna samtal mellan sjuksköterska och  
290 patient kan bidra till en ökad förståelse och delaktighet för patienten. Vården i livets slutskede  
291 behöver därför sträcka sig bortom det fysiska för att lägga fokus på människan bakom sjukdomen.  
292 Genom att utforska sjuksköterskors erfarenheter skapas en förståelse för vilka möjligheter och

293 utmaningar som framträder i mötet med patienters andliga behov. En ökad kunskap om detta kan  
294 förhoppningsvis bidra till att ge en värdig vård som ser till hela människan i livets slutskede.  
295

## 296 SYFTE

297 Syftet med studien var att utforska sjuksköterskans erfarenheter av att möta andliga behov hos  
298 patienter i livets slutskede.  
299

## 300 METOD

### 301 Design

302 Denna allmänna litteraturstudie genomfördes med en kvalitativ ansats och baserades på tidigare  
303 publicerade originalartiklar. Enligt Forsberg och Wengström (2017, s.25) innebär en allmän  
304 litteraturstudie att befintlig forskning väljs ut, granskas och analyseras för att ge en samlad bild av  
305 kunskapsläget inom ett specifikt område. Den kvalitativa ansatsen bedömdes som mest relevant för  
306 denna studie eftersom syftet var att fördjupa förståelsen för sjuksköterskors erfarenheter av att möta  
307 andliga behov hos patienter i livets slutskede (Polit & Beck, 2021, s.65–66). Studien strukturerades  
308 utifrån Polit och Becks (2021, s. 82–85) niostegsmodell, som gav ett systematiskt stöd för hur en allmän  
309 litteraturstudie planeras, genomförs och analyseras. I steg 1 formulerades syfte och  
310 problemformulering.  
311

312 **Figur 1.** Polit & becks niostegsmodell (Polit & Beck, 2021, s.85) Fritt översatt till svenska av författarna.  
313



### 325 Urval

326 I steg två enligt niostegsmodellen (se figur 1), avgränsades litteratursökningen och urvalskriterier  
327 definierades enligt Polit & Beck (2021, s. 85). För att främja en systematisk sökprocess var det viktigt  
328 att fastställa tydliga kriterier (Polit & Beck, 2021, s.660). Polit och Beck (2021, s.91) betonar vikten av  
329 att avgränsa sökningen för att hantera stora datamängder, vilket tillämpades i detta arbete.

330 Urvalskriterierna för denna allmänna litteraturstudie sammanställdes i Tabell 1.  
331

332 **Tabell 1. Inklusion- och exklusionskriterier**

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Sjuksköterskors erfarenheter	Sekundärkällor
Vård i livets slutskede	Enbart kvantitativa artiklar
Andlig omvårdnad	Studier som inte avser vård i livets slutskede
Artiklar publicerade mellan 2016 och 2026	Studier som inte fokuserar på andliga behov
Artiklar som är peer-reviewed	

333  
 334 Sjuksköterskors erfarenheter inkluderades för att belysa omvårdnadsperspektivet. Valet att inkludera  
 335 vård i livets slutskede och andlig omvårdnad syftade till att enbart få fram artiklar relevanta för  
 336 denna allmänna litteraturstudie. Artiklar publicerade mellan 2016 och 2026 inkluderades för att  
 337 belysa aktuell forskning. För att säkerställa artiklarnas vetenskapliga kvalitet valdes enbart artiklar  
 338 som var peer-reviewed. Sekundärkällor exkluderades för att säkerställa att resultaten inte var  
 339 påverkade av tidigare forskares tolkningar. Artiklar som enbart var kvantitativa exkluderades  
 340 eftersom studien syftade till att utforska sjuksköterskors erfarenheter, vilket framkommer genom  
 341 kvalitativ forskning. Studier som inte avsåg vård i livets slutskede exkluderades, eftersom föreliggande  
 342 studie syftade till att behandla vård i livets slutskede. Även studier som inte fokuserade på andliga  
 343 behov exkluderades, eftersom föreliggande studie syftade till att utforska andliga behov.  
 344

### 345 **Datainsamling**

346 Fortsatt i steg två identifierades sökord. Processen börjande med framtagning av potentiella sökord  
 347 som framtoogs ur det valda syftet. Med hjälp av sökningar i MeSH termer och CINAHL Headings,  
 348 framkom de mest relevanta sökorden. Med MeSH termer översattes de svenska sökorden till  
 349 motsvarande engelska medicinska sökord, vilket gjorde sökningen både bred och träffsäker  
 350 (Karolinska Institutet, u.å.). Databaserna CINAHL och PubMed valdes ut utifrån deras relevans inom  
 351 omvårdnadsforskning och sjuksköterskors arbete (Polit & Beck, 2021, s. 90–93).  
 352

353 Datainsamlingen i denna litteraturstudie genomfördes i steg tre (se figur 1) genom en systematisk  
 354 sökning i de vetenskapliga databaserna CINAHL och PubMed. Sökstrategin planerades i förväg och  
 355 byggde på användning av sökord och booleska operatörer. Exempelvis användes sökordet "Spiritual"  
 356 för andlighet och "Terminal care- Palliative care och End of life care" för att få träffar som  
 357 behandlade vård i livets slutskede och palliativ omvårdnad. För att få fler relevanta träffar  
 358 kombinerades liknande och närliggande begrepp med operatören OR, till exempel "Existential care OR  
 359 spiritual needs OR spiritual care". För att inkludera sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter  
 360 användes begrepp som "experiences OR perceptions OR attitudes". För att inkludera ett  
 361 omvårdnadsperspektiv användes begreppet "nurse" med operatören OR vilket gjorde att sökningen  
 362 fångade in ord som "nurses" och "nursing". Slutligen kopplades de olika sökblocken ihop med  
 363 operatören AND, till exempel "nurses or nurse or nursing" AND "palliative care" OR "terminal care" OR  
 364 "End of life care" AND "Spiritual OR "spiritual care" AND "experiences OR perceptions OR attitudes".  
 365 Kombinationen av AND och OR rekommenderades av Polit och Beck (2021, s.89) eftersom den ger en  
 366 mer exakt och effektiv litteratursökning. Alla använda sökord och avgränsningar, som språk och årtal  
 367 dokumenterades i bilaga 1 och 2 för att skapa transparens i sökprocessen.  
 368 Urvalsprocessen genomfördes i flera steg. I steg fyra (se figur 1) granskades artiklarnas titlar och  
 369 sammanfattningar för att utesluta uppenbart irrelevanta träffar. Polit och Beck (2021, s.95) beskriver  
 370 detta som det första steget i granskningen. Därefter lästes artiklarnas fulltexter, vilket motsvarar steg  
 371 fem (se figur 1), för att avgöra om de uppfyllde inklusionskriterierna. Under sökprocessen justerades  
 372 sökorden och synonymerna vid behov, till exempel genom att byta ut termer som inte genererade

373 relevanta träffar. När potentiellt intressanta artiklar identifierades granskades deras  
374 sammanfattningar och resultat, och de som bedömdes relevanta sparades för vidare analys. Polit och  
375 Beck framhåller vikten av att forskaren är flexibel och aktiv under hela sökprocessen (Polit & Beck,  
376 2021, s.85).

377  
378 I steg sex i niostegsmodellen (se figur 1) inhämtades relevant information från artiklarna för att  
379 säkerställa att artiklarna besvarade syftet, sedan sammanställdes en sammanfattning av artiklarna i en  
380 artikelmatris (se bilaga 3). I steg sju (se figur 1) kvalitetsgranskades artiklarna genom att följa metoden  
381 för statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), se bilaga 4 (SBU, 2014). För att identifiera  
382 metodologiska brister och minska risken för bias var forskningskritiken en viktig del i sökprocessen,  
383 vilket stärkte studiens trovärdighet enligt Polit och Beck (2021, s.100). SBU:s granskningsmall består av  
384 21 frågor i olika kategorier, som berör textens syfte, urval, datainsamling, dataanalys och resultat  
385 samt hur forskarna reflekterat över sin egen förförståelse i forskningen. Kvalitetsgranskningen  
386 genomfördes separat av båda författarna och sedan jämfördes och diskuterades bedömningarna tills  
387 enighet uppnåddes. Svartalternativen var uppdelade i "ja", "nej", "oklart" eller "ej tillämpligt", där ett  
388 svar kryssades i på varje fråga. Artiklarna delades in i olika nivåer, låg, medelhög eller hög kvalitet.  
389 Endast artiklar med medelhög eller hög kvalitet inkluderades i studien. Kvaliteten på artiklarna  
390 bedömdes delvis med hjälp av kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet (se bilaga 5), samt med  
391 stöd av SBU:s handbok för utvärdering av metoder i hälso-och sjukvården och insatser i socialtjänsten  
392 (SBU, 2017).

393

## 394 **Dataanalys**

395 Analysen av materialet genomfördes enligt de avslutande stegen i Polit och Becks (2021)  
396 niostegsmodell för allmänna litteraturstudier. Enligt denna modell övergår man efter att ha samlat in  
397 och kvalitetsgranskat materialet, till att analysera och sammanställa resultaten från de inkluderade  
398 artiklarna. I steg åtta (se figur 1) analyserades och kategoriserades artiklarnas information genom en  
399 kvalitativ innehållsanalys. Kvalitativ innehållsanalys handlar enligt Polit och Beck (2021, s. 782) om att  
400 analysera innehållet i narrativa data i syfte att identifiera framträdande mönster i datan.

401

402 Analysmetoden som tillämpades utgick från Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ  
403 innehållsanalys. I deras modell sker analysen i flera steg, först genom att ta fram en meningsbärande  
404 enhet ur materialet, sedan kondensera meningsbärande enheten utifrån manifest innehåll vilket innebar  
405 att vara textnära. I nästa steg identifierades koder utifrån det manifesta innehållet som sedan  
406 grupperades till kategorier, vilka sedan mynnade ut i subkategorier.

407

408 Enligt Granheim och Lundman (2004) är den lämpligaste analysenheten hela intervjuer eller  
409 observationsstudier som behöver vara tillräckligt stora för att ge en helhetsbild, men samtidigt  
410 tillräckligt avgränsade för att kunna identifiera meningsbärande enheter. Meningsbärande enheter  
411 syftar till ord, meningar eller stycken som genom sitt innehåll och sammanhang besvarar studiens syfte.  
412 Kondensering innebär att texten förkortas utan att förlora det centrala innehållet, medan abstraktion  
413 innebär att beskriva och tolka ett fenomen på djupare nivå exempelvis skapandet av koder,  
414 subkategorier och kategorier på olika abstraktionsnivåer. Koder är ett verktyg att tänka med eftersom  
415 det möjliggör för data att observeras på nya och annorlunda sätt. Kategorier är olika grupper av  
416 innehållet som har något gemensamt, vilket presenterar textens manifesta innehåll. Varje kategori  
417 innehåller ofta flera subkategorier som kan sorteras och abstraheras på olika nivåer (Granheim &  
418 Lundman, 2004).

419

420 Grundläggande inom kvalitativ innehållsanalys är att bestämma huruvida analysen ska fokusera på  
 421 manifest eller latent innehåll. Det manifesta innehållet syftar på det som är direkt synligt och  
 422 uppenbart i textinnehållet. Det latent innehåll innebär en tolkning av den underliggande betydelsen  
 423 av texten. Båda nivåerna bygger på tolkning men skiljer sig åt i abstraktionsnivå och djup. Författarna  
 424 i studien valde att enbart fokusera på det manifesta innehållet eftersom ambitionen i studien var att  
 425 uppnå en så textnära analys som möjligt.

426  
 427 Analysenheten i detta arbete är de tio valda artiklarnas resultatredovisningar. För att få en helhetsbild  
 428 av innehållet lästes artiklarna av båda författarna flera gånger, vilket Graneheim och Lundman  
 429 (2004) även betonar. I de två artiklarna som byggde på en mixad metod av kvantitativ och kvalitativ  
 430 ansats, analyserades endast den kvalitativa datan. Av de tio valda artiklarnas resultat valdes  
 431 meningsbärande enheter ut som besvarade studiens syfte. Därefter kondenserades de meningsbärande  
 432 enheterna på manifest nivå och översattes från engelska till svenska. Texten abstraherades vidare i  
 433 koder som tolkade det kondenserade manifesta innehållet. Vidare grupperades koderna utifrån den  
 434 röda tråden i innehållet och därur framkom kategorier som svarade på frågan "Vad?" och beskrev det  
 435 huvudsakliga innehållet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) fortsatte författarna arbeta med  
 436 kategorierna för att undvika att de överlappade varandra. Utifrån kategorierna analyserades det  
 437 kondenserade manifesta innehållet ytterligare för att skapa subkategorier som svarade på frågan  
 438 "Hur?" i enlighet med Graneheim och Lundman (2004). Två exempel på utdrag av dataanalysen  
 439 redovisas i tabell 2.

440

441 **Tabell 2.** Utdrag av analys enligt Graneheim och Lundman (2004)

442

Meningsbärande enhet	Kondenserad av manifest innehåll	Kod	Sub-kategori	Kategori
"Religion is related to faith in a higher being or power. Religious beliefs and faith directly influence the quality of life of patients at the dying process. Spiritual care that responds to beliefs, faith, and religious rituals is a component for offering these patients efficient holistic care. Each person, individually, has different religious beliefs and needs, so nursing care should cater to this diversity"	Religiösa och andliga behov påverkar livskvaliteten och bör uppmärksammas utifrån individens tro	Individuella andliga behov	Identifiera individuella andliga behov	<b>Sjuksköterskan säger att stöd till tro och religiösa uttryck behövs i livets slutskede</b>
"Participants voiced the opinion that it would be helpful for medical staff to receive detailed education on spiritual care that they could apply in the clinical practice."	Vårdpersonal behöver fördjupad utbildning i andlig omvårdnad för kliniskt arbete	Behov av utbildning	Bristande kunskap och utbildning:	<b>Sjuksköterskan säger att begränsade resurser påverkar möjligheten att tillgodose andliga behov</b>

443 Slutligen genomfördes det nionde steget (se figur 1) i niostegsmodellen genom att kritiskt sammanfatta  
 444 artiklarna i en resultatredovisning (Polit & Beck, 2021, s. 85). Genom att sammanställa den kvalitativa  
 445 innehållsanalysen i en helhet kunde studiens syfte besvaras. Resultatredovisningen finns illustrerad i  
 446 subkategorier och kategorier (se figur 2).

447

## 448 **Etiska aspekter**

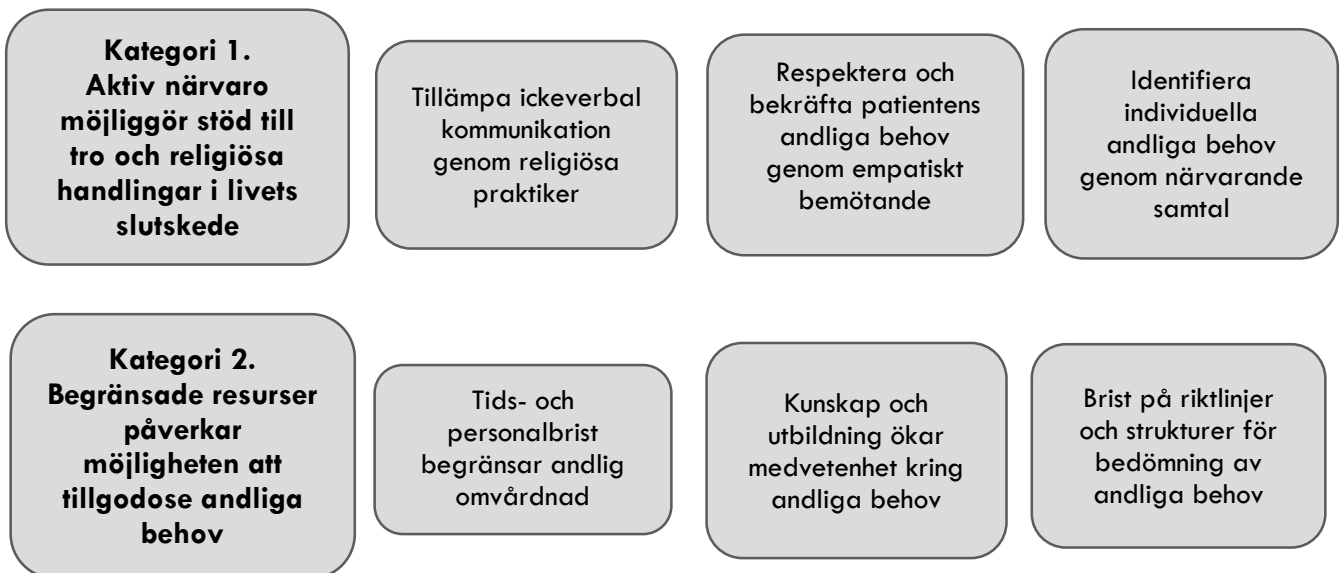
449 Allt material som inkluderats i studien har refererats korrekt för att undvika plagiering och  
 450 källhänvisningar har tillämpats i enlighet med American Psychological Associations riktlinjer [APA], både

451 i den löpande texten och i referenslistan (American Psychological Association, 2020). För att undvika  
452 förfalskning och fabricering har författarna till föreliggande studie varit noggranna med att inte  
453 förvränga resultat från tidigare forskning. Översättning av resultat från engelska till svenska har  
454 genomförts för att bevara innehållets innebörd och minska risken för missförstånd och feltolkningar.  
455 Artiklarna har kvalitetsgranskats med hjälp av SBU:s granskningsmall (se bilaga 4). För att minska  
456 risken för subjektiva tolkningar granskades artiklarna först individuellt av författarna. Ibland hade  
457 författarna bedömt vissa områden i artiklarna olika, då jämfördes och diskuterades bedömningarna  
458 tills konsensus uppnåddes kring artikelns kvalitet. Författarna har varit medvetna om att egna  
459 erfarenheter och värderingar kunde bidra till en förförståelse som vidare kunde påverka tolkningen  
460 och granskningen av materialet. Detta kunde innebära en risk för bias, exempelvis genom att vissa  
461 resultat uppmärksammats mer än andra, eller tolkats utifrån egna perspektiv. För att motverka detta  
462 har ett reflekterande och kritiskt förhållningssätt tillämpats genom hela arbetsprocessen.  
463

## 464 RESULTAT

465 Studies syfte, att utforska sjuksköterskans erfarenheter av att möta andliga behov hos patienter i livets  
466 slutskede, besvarades genom analys av tio vetenskapliga artiklar. Erfarenheterna som sjuksköterskorna  
467 hade abstraherades till två kategorier och 6 sub-kategorier. Kategori 1: *Aktiv närvaro möjliggör stöd  
468 till tro och religiösa handlingar i livets slutskede* delades in i tre sub-kategorier: *Tillämpa ickeverbal  
469 kommunikation genom religiösa praktiker, Respektera och bekräfta patientens andliga behov genom  
470 empatiskt bemötande, Identifiera individuella andliga behov genom närvarande samtal.* Kategori 2:  
471 *Begränsade resurser påverkar möjligheten att tillgodose andliga behov* delades in i tre sub-kategorier:  
472 *Tids- och personalbrist begränsar andlig omvårdnad, Kunskap och utbildning ökar medvetenhet kring  
473 andliga behov, Brist på riktlinjer och strukturer för bedömning av andliga behov.* Kategorier och sub-  
474 kategorier redovisas i figur 2.  
475

476 **Figur 2.** Resultatet redovisat i kategorier och sub-kategorier



495 **Kategori 1: Aktiv närvaro möjliggör stöd till tro och religiösa handlingar i**  
496 **livets slutskede**

497 I sjuksköterskans möte med andliga behov hos patienter i livets slutskede framkom att aktiv närvaro är  
498 ett viktigt verktyg i andlig omvårdnad. Genom lyssnande, kommunikation, respekt för patientens tro och  
499 religiösa handlingar samt empatiskt bemötande kunde sjuksköterskor möta patienters andliga behov  
500 och bidra med tröst, mening och ökad livskvalitet.

501

502 **Tillämpa ickeverbal kommunikation genom religiösa praktiker:**

503 Sjuksköterskor använde religiösa handlingar som ett sätt att möta andliga behov hos patienter i livets  
504 slutskede. Genom att involvera andliga ledare och inkludera bön och religiösa ritualer möjliggjorde  
505 sjuksköterskan ett möte där patientens önskan om tro, tröst och andlig närhet uppmärksammades. När  
506 patientens andliga behov uppmärksammades blev det möjligt att ge stöd och prioritera det som är  
507 viktigt för patienten i livets slutskede (Mani, 2024; Oakley et al., 2020; Ribeiro Gomes, 2022).

508

509 Sjuksköterskor beskrev även att andligt stöd inte enbart gavs genom religiösa handlingar och  
510 betryggande ord utan genom att vara närvarande. Vid tillfällen när verbal kommunikation inte räckte  
511 till, exempelvis vid språkbarriärer mellan sjuksköterskan och patienten kunde närvaro, beröring,  
512 ögonkontakt och aktivt lyssnande användas som medel för att skapa en lugn och respektfull miljö  
513 (Oakley et al., 2020). I situationer där begränsningar fanns i verbal kommunikation blev religiösa  
514 handlingar och icke-verbala uttryck ett medel för att skapa kontakt och möta patienters andliga behov  
515 i livets slutskede (Oakley et al., 2020; Ribeiro Gomes, 2022).

516

517 Återkommande framkom det att när sjuksköterskan mötte andliga behov genom religiösa handlingar  
518 och icke-verbal närvaro, bidrog det till stöd av patientens tro samt skapade en trygg vårdrelation när  
519 ord inte räckte till (Mani, 2024; Oakley et al., 2020; Ribeiro Gomes, 2022).

520

521 **Respektera och bekräfta patientens andliga behov genom empatiskt bemötande:**

522 Sjuksköterskor beskrev att patienters andliga behov behövde uppmärksammas som en del av  
523 omvårdnaden, eftersom det bidrog till att öka patientens känsla av trygghet i livets slutskede (Kang et  
524 al., 2021; Oakley et al., 2020). Sjuksköterskan kunde ge styrka till patienten i livets slutskede genom  
525 att visa respekt för patientens andliga behov och religiösa handlingar (Oakley et al., 2020; Ribeiro  
526 Gomes, 2022).

527

528 Vidare framkom att empatiskt bemötande innefattade att bekräfta patientens behov och önskemål och  
529 samtidigt ge utrymme för patienten att uttrycka sig, snarare än att försöka förändra eller lösa  
530 patientens känslomässiga upplevelser. Genom aktivt lyssnande samt förståelse och acceptans för  
531 patientens upplevelse kunde sjuksköterskor ge en känsla av stöd och lugn i livets svåra situationer  
532 (Minton et al., 2018; Mani, 2024). Sjuksköterskor bevarade patientens värdighet genom att se till  
533 både fysiska, emotionella och andliga behov, det kunde innebära att involvera andra professioner för  
534 att tillgodose patientens behov, även när familjen inte var närvarande (Mani, 2024; Ribeiro Gomes,  
535 2022).

536

537 Återkommande framkom det att sjuksköterskor mötte patienters andliga behov genom att respektera  
538 och bekräfta deras behov på ett empatiskt och närvarande sätt. Det bidrog till patientens känsla av  
539 stöd och trygghet i livets slutskede (Kang et al., 2021; Mani, 2024; Oakley et al., 2020; Ribeiro  
540 Gomes, 2022; Minton et al., 2018).

541

542 **Identifiera individuella andliga behov genom närvarande samtal:**

543 Sjuksköterskor beskrev att identifiering av andliga behov innebar att uppmärksamma det som varje  
544 individ fann vara betydelsefullt i livets slutskede, det innefattade religiösa, andliga och personliga  
545 aspekter (O'Brien et al., 2018; Riutort Duran et al., 2025). Andliga behov var något individuellt som  
546 påverkade patientens livskvalitet, det var därför viktigt att anpassa omvårdnaden efter patientens  
547 värderingar, tro eller livssituation (Riutort Duran et al., 2025; Fradelos et al., 2024).

548  
549 Vidare framkom att sjuksköterskor behövde uppmärksamma att varje patient oavsett religiös  
550 tillhörighet har någon form av andligt behov som kan identifieras genom aktivt och kontinuerligt samtal  
551 (Kang et al., 2021; O'Brien et al., 2018). Genom att ställa öppna frågor och bjuda in till samtal gavs  
552 patienten möjlighet att uttrycka oro, andligt lidande och andliga funderingar (Minton et al., 2018).

553  
554 Sjuksköterskor beskrev även att närvarande samtal innebar att lyssna aktivt och låta patienten styra  
555 samtalet utifrån egna tankar och behov. Vidare beskrevs att det är centralt för uppmärksammandet av  
556 andliga behov att våga gå in i djupare samtal och lyssna på det som uttrycktes och inte uttrycktes av  
557 patienten. Tystnad, närvaro och tid hjälper patienten att reflektera och uttrycka sina behov.  
558 Sjuksköterskor växlade mellan lyssnande, tystnad och att ge stöd i samtalet för att tillämpa ett  
559 anpassat bemötande utifrån patientens individuella behov (Minton et al., 2018).

560  
561 Återkommande framkom det att sjuksköterskor identifierade andliga behov genom att föra närvarande  
562 och individanpassade samtal där patientens egna tankar, värderingar och uttryck var centrala.  
563 Sjuksköterskor kunde förstå och uppmärksamma patienters andliga behov genom aktivt lyssnande,  
564 närvaro och öppna frågor (O'Brien et al., 2018; Riutort Duran et al., 2025; Kang et al., 2021;  
565 Fradelos et al., 2024; Minton et al., 2018).

566  
567 **Kategori 2: Begränsade resurser påverkar möjligheten att tillgodose andliga**  
568 **behov**

569 I sjuksköterskans möte med patienters andliga behov i livets slutskede framkom att begränsade resurser  
570 kunde påverka sjuksköterskors möjligheter att tillgodose andliga behov. Begränsningarna omfattade  
571 tids- och personalbrist, bristande kunskap och strukturer samt svårigheter att bedöma andliga behov.

572  
573 **Tids- och personalbrist begränsar andlig omvårdnad:**

574 Sjuksköterskor beskrev att hög arbetsbelastning, tidsbrist och brist på personal påverkade möjligheten  
575 att ge andlig omvårdnad. På grund av ett stort antal patienter som vårdades och otillräckliga resurser  
576 i arbetsteamet blev den andliga omvårdnaden svår för sjuksköterskorna att prioritera (Kurtgöz & Edis,  
577 2023; Kang et al., 2021).

578  
579 Det framkom att tidsbrist var en särskild faktor som påverkade möjligheten att ha samtal med  
580 patienterna, vilket försvårade uppmärksammandet av patienternas andliga behov. Tidsbrist gjorde att  
581 sjuksköterskor inte kunde prioritera att stanna upp för att skapa den kontakt som behövdes för att  
582 möta andliga behov (Fradelos et al., 2024; Kang et al., 2021).

583  
584 Vidare beskrevs att faktorer som brist på kunskap, låg tilltro till den egna förmågan, otillräckliga  
585 fysiska förutsättningar och attityder inom vårdteamet hade en påverkan på möjligheten att tillgodose  
586 andliga behov (Kurtgöz & Edis, 2023; Fradelos et al., 2024).

587

588 Återkommande framkom det att tids- och resursbrist, tillsammans med organisatoriska och individuella  
589 hinder begränsade möjligheten för sjuksköterskor att samtala med patienter för att identifiera och  
590 kunna tillgodose deras andliga behov (Kurtgöz & Edis, 2023; Fradelos et al., 2024; Kang et al.,  
591 2021).

### 592 **Kunskap och utbildning ökar medvetenhet kring andliga behov:**

593 Sjuksköterskor beskrev att kunskap om andlig omvårdnad bidrog till en ökad förståelse för patienters  
594 behov i livets slutskede. Kunskap gjorde det möjligt att inkludera andliga aspekter i omvårdnaden  
595 under livets slutskede (Braz Evangelista, 2021; Mani, 2024). Samtidigt beskrevs även att  
596 sjuksköterskors uppmärksammande av både fysiska, emotionella och andliga aspekter inom  
597 omvårdnaden kunde bidra till att lindra lidande och gav förutsättningar för ett mer fridfullt avslut i  
598 livet (Mani, 2024).

600 Vidare framkom att brist på kunskap och utbildning gjorde det svårt för sjuksköterskor att hantera  
601 andliga aspekter, vilket kunde leda till att fokus i stället lades på fysisk omvårdnad (Ribeiro Gomes,  
602 2022; Kang et al., 2021). Samtidigt beskrevs att utbildning och erfarenheter ökade förståelsen för  
603 vad andliga behov innebar, och hur de kunde identifieras och bemötas i omvårdnaden av patienter i  
604 livets slutskede (García Navarro et al., 2021; O'Brien et al., 2018).

606 Utbildning kunde också öka medvetenheten kring att patienters behov i livets slutskede inte enbart  
607 kopplades till religion, utan kunde handla om de individuella värderingarna hos patienten samt  
608 existentiella frågor. Sjuksköterskor beskrev även att utbildning gav verktyg att uppmärksamma tecken  
609 på andlig stress, förmåga att hantera svåra samtal, och bidrog till en känsla av trygghet i mötet med  
610 patienter och närstående (O'Brien et al., 2018; Kang et al., 2021).

612 Sjuksköterskor lyfte också att utbildning och reflektion, både individuellt och inom vårdteamet var  
613 viktiga för att integrera andliga aspekter i vården. Ökad kunskap och egen förståelse för andliga  
614 aspekter kunde underlätta för sjuksköterskor att möta patienters behov och samtidigt utveckla den  
615 egna professionella rollen (García Navarro et al., 2021; Riutort Duran et al., 2025; Fradelos et al.,  
616 2024).

617 Återkommande framkom det att kunskap, utbildning och erfarenhet bidrog till ökad medvetenhet och  
618 förståelse kring att identifiera, bemöta och integrera andliga behov i omvårdnaden i livets slutskede  
619 (Braz Evangelista, 2021; Mani, 2024; Ribeiro Gomes, 2022; García Navarro et al., 2021; O'Brien et  
620 al., 2018; Kang et al., 2021; Riutort Duran et al., 2025; Fradelos et al., 2024).

621

### 622 **Brist på riktlinjer och strukturer för bedömning av andliga behov:**

623 Sjuksköterskor beskrev att avsaknaden av struktur och tydliga riktlinjer försvårade identifieringen av  
624 andliga behov i livets slutskede och därmed även möjligheten att tillgodose dem. Utan gemensamma  
625 arbetssätt eller stöd i hur andliga behov skulle hanteras riskerade dessa behov att inte  
626 uppmärksammas, även i vård där fokus var på livets slutskede (Kang et al., 2021; García Navarro et  
627 al., 2021). Vidare framkom att området upplevdes abstrakt och saknade konkreta bedömningsverktyg,  
628 vilket försvårade möjligheten att ge andlig omvårdnad (Kang et al., 2021).

629

630 Sjuksköterskor beskrev även svårigheter att hantera andliga behov utifrån patienters situation och  
631 sjukdomsförlopp på grund av avsaknad av strukturerade sätt att arbeta med andlig omvårdnad.  
632 Sjuksköterskor betonade därför behovet av gemensamma riktlinjer, metoder och arbetssätt som kunde

633 användas i det kliniska arbetet, för att möjliggöra ett systematiskt sätt att uppmärksamma patienters  
634 andliga behov (Kang et al., 2021; García Navarro et al., 2021).

635

## 636 DISKUSSION

637 Nedan följer en diskussion av föreliggande studies metod och resultat. Examensarbetets genomförande  
638 diskuteras i metoddiskussionen ur ett vetenskapsmetodologiskt perspektiv. I resultatdiskussionen  
639 diskuteras studiens resultat i relation till bakgrunden och de 6 S:n, som utgör den valda teoretiska  
640 referensramen. I föreliggande studie benämns arbetets skribenter som författare, medan de som skrivit  
641 forskningen i de inkluderade resultatartiklarna benämns som forskare. Vidare används begreppet *Gud*  
642 genomgående som benämning på en högre makt. I de fall där andra benämningar framkommer i  
643 artiklarna, exempelvis *Allah*, har dessa översatts till *Gud*, för att skapa språklig enhetlighet och  
644 undvika begreppsförvirring.

645

### 646 Metoddiskussion

647

648 **Trovärdigheten** i studien stärks av att arbetet systematiskt utgår från Polit & Becks niostegsmodell, där  
649 de olika stegen i forskningsprocessen framkommer. Detta bidrar till ökad **pålitlighet**, eftersom  
650 transparensen av processen gör det möjligt att reproducera samt följa studiens tillvägagångssätt.  
651 Samtidigt finns det andra faktorer som bidrar till att **trovärdigheten** och **pålitligheten** kan ha  
652 påverkats. CINAHL och PubMed är de enda två databaserna som använts, vilket kan ha begränsat  
653 möjligheten att identifiera fler relevanta artiklar från andra databaser. Detta kan i sin tur ha påverkat  
654 resultatet i sin helhet och även **trovärdigheten**.

655

656 Valet av sökord och dess kombinationer kan ha påverkat resultatet. Användningen av utvalda sökord  
657 kombinerat med booleska operatörer kan ha bidragit till en relevant och träffsäker artikelsökning,  
658 vilket stärker studiens **trovärdighet**. Författarna av studien genomförde sökningarna enskilt i båda  
659 databaserna, vilket ökar både **trovärdigheten** och **verifierbarheten** eftersom det minskar risken att  
660 förbise relevanta artiklar. Samtidigt kan individuella sökningar innebära att sökorden tolkas och  
661 kombineras på olika sätt, vilket kan ha påverkat studiens resultat och därmed **pålitligheten** i studien.  
662 Författarnas olika livserfarenheter och förståelse kan ha lett till att olika artiklar prioriterades och  
663 valdes ut, vilket kan ha begränsat urvalet och därmed påverkat resultatets bredd.

664

665 Artiklar publicerade mellan 2016–2026 inkluderas, vilket bidrar till att studiens resultat baseras på  
666 aktuell forskning, däremot kan det ha uteslutit äldre relevanta artiklar. Detta kan ha påverkat såväl  
667 **trovärdighet** som **överförbarhet**, då resultatet riskerar att baseras på ett begränsat urval av det  
668 befintliga kunskapsläget. Ett annat inklusionskriterium var att enbart studier som berörde sjuksköterskors  
669 erfarenhet inkluderas, i de artiklar där andra professioner ingick valdes enbart de delar som berörde  
670 sjuksköterskors erfarenhet. Artiklar där det inte framgick tydligt vad som var sjuksköterskors  
671 erfarenheter uteslöts. Detta för att säkerställa att resultatet tydligt speglar sjuksköterskors  
672 erfarenheter, i enlighet med studiens syfte. Detta kan dock ha påverkat studiens **överförbarhet**, då det  
673 endast innefattar sjuksköterskans perspektiv och inte andra professioner inom vården. Därmed kan det  
674 ha begränsat tillämpbarheten i bredare sammanhang, samt att studien kan ha gått miste om värdefulla  
675 perspektiv från andra professioner, kring hur de möter patienters andliga behov i livets slutskede.  
676 Samtidigt kan det möjliggöra ett mer avgränsat fokus på sjuksköterskor och därmed en fördjupad  
677 förståelse för den specifika erfarenheten, vilket stärker studiens **trovärdighet**.

678

679 Två artiklar med en mixad metod inkluderas, där enbart den kvalitativa delen av resultatet inkluderas i  
680 föreliggande studies resultat. Detta kan påverka  **trovärdigheten**  eftersom de kvalitativa delarna i en  
681 mixad metodartikel inte har samma djup som en renodlad kvalitativ artikel, vilket kan ha begränsat hur  
682 väl forskningsområdet skildras. Samtidigt kan dessa artiklar bidra med värdefulla perspektiv som  
683 stärker resultatet, vilket var en anledning att de inkluderats. Även  **pålitligheten**  kan påverkas negativt  
684 av att inkludera artiklar med olika metoder, då det kan bli svårare att komma till samma resultat om  
685 studien skulle upprepas. Eftersom den kvantitativa datan exkluderas kan transparensen av tolkningen  
686 av data minska, vilket i sin tur har en påverkan på  **verifierbarheten** . Genom att exkludera studier som  
687 inte avsåg vård i livets slutskede stärks  **trovärdigheten** , eftersom det säkerställer att det insamlade  
688 materialet är relevant för syftet.  **Pålitligheten**  stärks genom att exkludera studier som inte fokuserar  
689 på andliga behov, då detta är ett centralt begrepp kopplat studiens syfte.  **Autenticiteten**  stärks  
690 eftersom fokuset ligger på sjuksköterskors faktiska erfarenheter av att möta andliga behov i livets  
691 slutskede. Det innebär att resultaten ger en bild av den vårdkontext som eftersöks utan att blanda in  
692 andra vårdkontexter.

693  
694 Studiens  **överförbarhet**  påverkas av  **trovärdighet**  och hur kontexten i studien beskrivs. Metod och  
695 analys beskrivs utförligt vilket ger läsaren förutsättningar att själv bedöma om resultatet är relevant i  
696 andra sammanhang. Samtidigt är både andlighet och palliativ vård starkt bundna till sin kontext, vilket  
697 begränsar möjligheten att överföra resultaten till andra miljöer. Inga begränsningar är gjorda i val av  
698 geografiskt område. De artiklar som inkluderas är genomförda i olika länder med olika vårdssystem.  
699 Artiklarna är genomförda i: Mexico, USA, Grekland, Spanien, Sydkorea, England, Irland, Saudiarabien  
700 och Förenade Arabemiraten. De olika geografiska och kulturella områdena, där andlighet både  
701 uttrycks och uppfattas på olika sätt beroende på religiösa och samhällsliga normer, kan medföra en  
702 begränsning i denna studie. Flera av studierna är genomförda i länder med kristen eller muslimsk  
703 majoritetsbefolkning. Detta kan ha påverkat hur andlighet definieras samt vilka aspekter av andlighet  
704 som lyfts fram. Därmed kan resultaten i studien vara kontextbundna vilket påverkar  **överförbarheten**   
705 till en annan kontext.

706  
707 En begränsning som kan ha påverkat  **överförbarheten**  är att endast tio artiklar inkluderats i studien.  
708 Det begränsade antalet artiklar möjliggör en fördjupad analys, vilket kan ha minskat variationen och  
709 bredden i resultatet. En större mängd artiklar kan möjligen bidra till en mer omfattande och nyanserad  
710 bild av forskningsområdet. Artiklarna kvalitetsgranskas med hjälp av SBU:s (2014) granskningsmall för  
711 kvalitativ forskning. För att undvika subjektiva bedömningar lästes artiklarna var för sig av författarna.  
712 Därefter jämförs och diskuteras bedömningarna gemensamt tills enighet uppnås. Detta  
713 tillvägagångssätt stärker studiens  **verifierbarhet**  då bedömningarna inte baserats på en författares  
714 perspektiv utan har granskats av båda. Samtidigt bidrar det till en ökad  **pålitlighet**  eftersom  
715 granskningsprocessen får en tydligare struktur och genomförs mer noggrant.

716  
717 Av de inkluderade artiklarna bedöms fem ha medelhög kvalitet och fem ha hög kvalitet. Att artiklarna  
718 bedöms ha medelhög till hög kvalitet, stärker studiens  **trovärdighet** . Samtidigt kan inkluderingen av  
719 artiklar med medelhög kvalitet innebära begränsningar eftersom artiklarna kan innehålla  
720 metodologiska brister vilket kan påverka artiklarnas tillförlitlighet. Detta kan i sin tur även påverka  
721 studiens  **pålitlighet** , eftersom olikheter i kvalitet kan påverka hur stabilt och konsekvent resultatet  
722 speglar forskningsområdet. Inkluderingen av artiklar med varierad kvalitet kan även innebära en  
723 bredare syn på området vilket kan öka  **överförbarheten** .

724  
725 Den valda analysmetoden, baserad på Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys  
726 bidrar till att stärka studiens  **trovärdighet**  genom en noggrant genomförd och tydligt beskriven  
727 analysprocess.  **Autenticiteten**  stärks samtidigt genom att studien baseras på kvalitativa data, där

728 fokuset ligger på sjuksköterskors erfarenheter. Valet av att hålla analysen på en manifest nivå kan ha  
729 minskat risken för överflödig tolkning. Samtidigt kan det ha begränsat resultatet eftersom en latent  
730 analys möjligen kan ge en djupare förståelse av de andliga aspekterna inom omvårdnad. Detta kan  
731 ha påverkat både **trovärdigheten** och **autenticiteten** negativt, eftersom vissa underliggande betydelser  
732 i materialet kan ha förbisetts. Vidare kan detta också påverka studiens **överförbarhet**, eftersom en  
733 textnära analys fokuserar på det som uttrycks direkt i materialet och därmed inte fullt ut fångar  
734 djupare betydelser. Detta kan göra det svårare att tillämpa resultaten i andra sammanhang.  
735

736 Genom tydliga exempel på meningsbärande enheter, koder och kategorier stärks **verifierbarheten**  
737 eftersom läsaren får inblick i analysprocessen från bearbetning av data till hur resultatet växt fram.  
738 Författarna tog enskilt fram meningsbärande enheter från artiklarna, sedan diskuterades de uttagna  
739 meningsbärande enheterna av båda författarna för att nå konsensus. Detta stärker studiens  
740 **verifierbarhet** eftersom de meningsbärande enheterna inte enbart baserats på en författares  
741 perspektiv utan har granskats av båda. Även **trovärdigheten** stärks, eftersom en gemensam analys  
742 minskar risken att feltolkningar sker samt ökar resultatets **tillförlitlighet**. Trots detta finns en risk att  
743 vissa perspektiv stärks medan andra förbises under gemensam analys. Författarna har arbetat med  
744 potentiell **bias** genom tydliga urvalskriterier, systematisk sökstrategi, dubbelgranskning och  
745 kontinuerliga diskussioner, vilket stärker **verifierbarheten** och **pålitligheten** i studien.  
746

747 Studien baseras på sekundärdata eftersom artiklarna redan utgår från tolkade resultat, detta utgör en  
748 risk för att forskarnas tidigare tolkningar har en påverkan på materialet som analyserats. Därmed kan  
749 **verifierbarheten** samt **trovärdigheten** påverkats negativt eftersom avståndet ökat från deltagarnas  
750 erfarenheter. En annan faktor som kan ha påverkat **verifierbarheten** och **autenticiteten** är att texten  
751 översattes från engelska till svenska. Trots att intentionen var en textnära översättning kan vissa  
752 nyanser i språket eller kulturellt betingade betydelser ha förlorats i processen. Eftersom studien  
753 behandlar andlighet, som är ett kontextberoendebegrepp, ökar betydelsen av en noggrann  
754 översättning. Valet av begrepp i samband med översättningen kan även ha en påverkan på studiens  
755 resultat. I sökprocessen användes främst de engelska MeSH- termerna "spiritual" och "spirituality", vilka  
756 motsvarar de svenska begreppen "andlig" och "andlighet" i vetenskapliga databaser. Dessa termer  
757 genererade fler träffar jämfört med exempelvis sökordet "existentiell", vilket vidare bidrog till att  
758 begreppet "andlighet" används genomgående i föreliggande studie. Begreppen "existentiell" och  
759 "andlighet" överlappar delvis varandra, men samtidigt belyser de också olika aspekter i patienters  
760 upplevelser. Det är därför möjligt att andra resultat skulle framkomma ifall begreppet "existentiell"  
761 hade använts i större utsträckning. Författarna resonerade kring begreppens skillnader, där  
762 "andlighet" omfattar en strävan eller tro på något, exempelvis meningen med livet, livet efter döden,  
763 en högre makt, samt religiösa och andliga uttryck. Medan begreppet "existentiell" däremot utgår från  
764 människans existens och berör frågor om livet och döden, samt existensen av något högre i religiösa  
765 och icke-religiösa sammanhang. Därmed kan studiens **trovärdighet** och **överförbarhet** påverkas, då  
766 valet av begrepp styr både vilka studier som inkluderas och hur resultaten tolkas. För att stärka  
767 studiens **pålitlighet** och **verifierbarhet** är författarna tydliga med vilka sökord och begrepp som  
768 används samt hur de kan påverka resultaten.  
769

## 770 Resultatdiskussion

771 Syftet med studien är att utforska sjuksköterskans erfarenheter av att möta andliga behov hos  
772 patienter i livets slutskede. Resultatet visar att andlig omvårdnad bygger på både en relationell och en  
773 personcentrerad process, där sjuksköterskans aktiva närvaro, empati och kommunikativa förmåga är  
774 avgörande för att bemöta patientens andliga behov. Detta ligger i linje med den tidigare forskningen  
775 som visar på vikten av att sjuksköterskan i mötet med patienten visar respekt, lyhördhet, medkänsla,

776 empati och tillit samt stödjer patientens värdighet (Svensk sjuksköterskeförening, 2021; Prieto-Crespo  
777 et al., 2024). Tidigare forskning betonar även att andlig omvårdnad inte kan komprimeras till enbart  
778 enskilda handlingar, utan måste förstås som ett förhållningssätt där mötet mellan patienten och  
779 sjuksköterskan är centralt (Batista et al. 2022; Toivonen et al. 2017). Samtidigt framkommer det att  
780 andlig omvårdnad, trots sin betydelse, är särskilt sårbar i det kliniska arbetet. Den är beroende av  
781 sjuksköterskans individuella förutsättningar och kompetens, samt organisatoriska förutsättningar, vilket  
782 riskerar att leda till att vården blir ojämlig. Resultatet antyder på ett glapp mellan vårdens normativa  
783 ideal och hur de faktiskt genomförs i det kliniska arbetet.

784  
785 Vidare framkommer det i resultatet att andlig omvårdnad inte enbart har betydelse för andligt  
786 välbefinnande, utan även kan kopplas till patientens psykiska och fysiska hälsa och välmående i livets  
787 slutskede. Den tidigare forskningen visar att andliga behov kan påverka symtom som ångest och  
788 depression, där ett tillgodosett andligt behov kan bidra till ökat välbefinnande (Prieto-Crespo et al.,  
789 2024). Samtidigt framkommer att högre nivåer av dödsångest är kopplade till ökad fysisk  
790 symtombelastning, värdighetsrelaterat lidande och andlig stress, medan den existentiella livskvaliteten  
791 minskar när dödsångest ökar (L Emanuel et al., 2023). Detta stärker förståelsen av att andlig  
792 omvårdnad inte är sekundärt inom palliativ vård, utan en central i att främja patientens livskvalitet i  
793 livets slutskede.

794

### 795 **Andlig omvårdnad som en relationell och dynamisk process**

796 Genomgående i resultatet framkommer att andliga behov inte är statiska eller självklara att  
797 identifiera, utan att de snarare framträder i relationen mellan patient och sjuksköterska. Aktiv närvaro,  
798 empatiskt bemötande och att föra närvarande samtal framstår som centrala delar i den andliga  
799 omvårdnaden. Denna form av omvårdnad kan därmed inte förstås som enbart en metodbaserad del  
800 av vården, utan innebär att "vara" i mötet med patienten, snarare än att "göra". Att som sjuksköterska  
801 vara närvarande handlar inte bara om att vara fysiskt närvarande, utan om en förmåga att lyssna,  
802 bekräfta och ibland även infinna sig i tystnad.

803

804 Det innebär att sjuksköterskan behöver kunna balansera mellan när det är lämpligt att närma sig, och  
805 när det är mer respektfullt att avvakta, beroende på patientens vilja. Att vara närvarande och bemöta  
806 patientens andliga behov kräver lyhördhet inför gränser eftersom andliga frågor kan vara djupt  
807 personliga. Ett bemötande som forcerar fram samtal med patienten kan vara kontraproduktivt, medan  
808 att lyssna lyhört och vara öppen och närvarande kan skapa utrymme för patienten att själv formulera  
809 sig. Samtidigt kan detta innebära en potentiell utmaning i sjuksköterskans kliniska arbete. Att möta  
810 patientens behov med öppenhet utan att värdera eller försöka förändra dem kräver sjuksköterskans  
811 egen självreflektion, särskilt i situationer då patientens tro eller livsåskådning skiljer sig från den egna.

812

813 Resultatet ligger i linje med tidigare forskning som visar att andlig omvårdnad ger möjlighet att  
814 förbättra hälsan över tid genom relation. Det framkommer att strukturerade samtal kan bidra till ökad  
815 andlig medvetenhet, ökad motståndskraft och minskad känsla av hopplöshet hos patienter i palliativ  
816 vård (Soto-Rubio et al., 2020). Detta tyder på att kommunikation inte enbart är ett verktyg för att  
817 identifiera behov, utan även ett aktivt stöd i patienters psykologiska och existentiella process. Utifrån  
818 de ös:n kan resultatet främst kopplas till begreppet **sammanhang**, då relationen mellan patient och  
819 sjuksköterska skapar förutsättningar för patienten att förstå livet och döden, samt känna mening. Även  
820 begreppet **självbild** berörs eftersom respektfullt och lyhört bemötande stärker patientens upplevelse  
821 av att vara en hel person och inte enbart förminsкас till sin sjukdom. Vidare kan resultatet även kopplas  
822 till **självbestämmande**, då bekräftelse av patientens behov och önskemål innebär att patientens vilja  
823 får en central roll i vården. Detta belyser att andlig omvårdnad inte enbart handlar om att identifiera  
824 behov, utan också om att ge patienten utrymme att definiera dem.

825

## 826 **Religiösa uttryck och risken för en reducerad förståelse av andlighet**

827 Religiösa handlingar kan förstås som sätt att konkretisera andlighet, som annars kan vara abstrakt.  
828 Genom bön eller kontakt med andliga ledare ges patienten och sjuksköterskan ett språk för att närma  
829 sig andliga frågor, särskilt i situationer där det kan vara svårt att uttrycka sig kring liv, död och  
830 mening. Resultatet kan kopplas till tidigare forskning där religion beskrivs vara en del av andlighet  
831 relaterat till en tro på Gud eller en högre makt (Jaberi et al., 2017). För vissa patienter kan dessa  
832 handlingar bidra till trygghet, mening och en minskad oro i livet.

833

834 Samtidigt tyder resultatet på att andlighet inte enbart kan förstås genom religiösa uttryck. Tidigare  
835 forskning visar att andlighet kan uttryckas genom icke-religiösa uttryck som exempelvis relationer, inre  
836 ro, existentiella reflektioner och mening med livet (Asgeirsdottir et al., 2013; Jaberi et al., 2017; Silva  
837 et al. 2023). Resultatet kan förstås utifrån att religiösa handlingar är en viktig del av andlig  
838 omvårdnad för de patienter som har en religiös tro, men inte en omvårdnadslösning som passar för  
839 alla i livets slutskede. Detta innebär att det finns en risk att vården, om den i första hand fokuserar på  
840 religiösa handlingar, missar andra aspekter av andlig omvårdnad.

841

842 Denna potentiella problematik blir extra tydlig i relation till tidigare forskning, som visar att  
843 majoriteten av palliativa patienter (73,33%) uttrycker ett behov av att få sina andliga behov  
844 tillgodosedda. I form av exempelvis att läsa andliga böcker (47,5%), eller ha kontakt med andliga  
845 ledare (31,66%), under sin vård i livets slutskede (Devakirubai & Gnanadurai, 2025). Samtidigt visar L  
846 Emmanuel et al. (2023) att det inte nödvändigtvis är religiös praktik i sig som minskar dödsångest, utan  
847 snarare upplevelsen av minskad andlig stress och ökad existentiell livskvalitet som gör det. Utifrån de 6  
848 s:n kan religiösa och icke-religiösa uttryck kopplas till **sammanhang**, eftersom de underlättar för  
849 patienten att skapa mening i sin livssituation. Resultatet visar också att andlig omvårdnad kan kopplas  
850 till **sociala relationer**, då kontakten med såväl familj som andliga ledare, samt vårdpersonalen spelar  
851 en betydande roll.

852

## 853 **Organisatoriska förutsättningar och risken för en ojämlig vård**

854 Ett av de mest framträdande resultaten i föreliggande studie är att organisatoriska förutsättningar har  
855 en stor betydelse för möjligheten att ge andlig omvårdnad. Trots att sjuksköterskor har ett  
856 professionellt ansvar att ge personcentrerad och etiskt grundad vård (Svensk sjuksköterskeförening,  
857 2021), framkommer det i resultatet att andlig omvårdnad ofta nedprioriteras i en vård som präglas av  
858 tidspress och krav på effektivitet. Tidigare forskning stödjer detta och visar att brist på utbildning,  
859 organisatoriskt stöd, samt brist på resurser kan vara ett hot mot vårdens kvalitet och därmed även mot  
860 möjligheten att stötta en god död (Österlind et al. (2016, refererad i Österlind et al., 2022, s. 43).  
861 Detta innebär att andlig omvårdnad inte enbart är en individuell kompetensfråga, utan också en  
862 strukturell fråga.

863

864 När organisatoriska förutsättningar saknas riskerar ansvaret att förskjutas till den enskilda  
865 sjuksköterskan, vilket dels kan skapa en variation i vårdens kvalitet beroende på den individuella  
866 sjuksköterskans erfarenheter och engagemang. Detta kan i sin tur leda till en ojämlig vård, där  
867 patientens tillgång till individanpassat andligt stöd inte är likvärdigt. Det kan även leda till en  
868 emotionellt och psykiskt påfrestande arbetsbörda för sjuksköterskan om ansvaret att leda den andliga  
869 omvårdnaden inte stöda upp av organisatorisk struktur. I relation till de 6 s:n påverkas flera områden.  
870 Brist på tid och resurser begränsar möjligheten att förstå patientens **självbild**, stödja  
871 **självbestämmande**, skapa **sammanhang** och utveckla **strategier** inför den kommande döden. Detta

872 innebär att organisatoriska hinder inte bara påverkat enstaka delar av vården, utan kan få  
873 konsekvenser för hela den personcentrerade palliativa vården.

874

### 875 **Kunskap och struktur som förutsättningar för att uppmärksamma andliga behov**

876 Resultatet visar även att kunskap och utbildning är grundläggande förutsättningar för att andlig  
877 omvårdnad ska kunna integreras som en del av sjuksköterskans arbete i vården på ett systematiskt sätt.  
878 Sjuksköterskans ansvar för att arbeta evidensbaserat vilket innebär att kontinuerlig  
879 kompetensutveckling är nödvändig (svensk sjuksköterskeförening, 2021). Samtidigt visar resultatet att  
880 enbart kunskap i sig inte är tillräcklig om det saknas strukturer som stödjer identifiering och bedömning  
881 av andliga behov.

882

883 Eftersom andlig omvårdnad är svår att konkretisera riskerar den att förbises i det kliniska arbetet.  
884 Detta skapar en vård där patientens tillgång till andligt stöd är beroende av individuella tolkningar  
885 snarare än ett systematiskt arbetssätt. Det skapar även en vård som är sårbar och ojämlig, där vissa  
886 patienter får sina behov uppmärksammade medan andra inte får det. Här blir NANDA koder  
887 relevanta eftersom diagnoserna *potential för ökat andligt välbefinnande* och *andlig frustration* berör  
888 området (Herdman & Kamitsuru, 2015, s.448-450). De visar på att det finns sätt att förstå andlighet  
889 och bedöma den inom omvårdnadens kunskapsområde. Detta kan vidare förstås som ett glapp mellan  
890 omvårdnadens teoretiska ansvar och det faktiska kliniska genomförandet. Utifrån det begränsade  
891 material föreliggande studies resultat baseras på, tyder resultatet på att, trots att andlig omvårdnad  
892 lyfts som en självklar del av palliativ vård (World Health Organization, 2020), på att det finns en  
893 avsaknad av konkreta förutsättningar att implementera den i det kliniska arbetet.

894

## 895 **SLUTSATSER**

896 I föreliggande studie visar resultatet att andlig omvårdnad är en betydande del av en  
897 personcentrerad palliativ vård i livets slutskede. Sjuksköterskans närvaro, empati och  
898 kommunikativa förmåga framstår vara viktiga faktorer för att uppmärksamma identifiera och  
899 möta patienters andliga behov på ett individanpassat sätt. Att möta dessa andliga behov  
900 präglas av både möjligheter och begränsningar. Andliga behov träder fram i relationen  
901 mellan patienten och sjuksköterskan och kan uttryckas både religiöst och icke-religiöst, vilket  
902 kräver ett lyhört bemötande av patientens verklighet, och kan på så vis bidra till trygghet,  
903 mening och värdighet för patienten.

904

905 Samtidigt visar resultatet att andlig omvårdnad är sårbar i det kliniska arbetet. Brist på tid,  
906 resurser, kunskap och struktur gör att den riskerar att nedprioriteras, vilket kan leda till ojämlig  
907 vård där patientens andliga behov inte alltid tillgodoses. Resultatet synliggör ett glapp mellan  
908 vårdens ideal och det praktiska genomförandet av dem, där ansvaret riskerar att hamna på  
909 den enskilda sjuksköterskan. För att möjliggöra en jämlik och värdig palliativ vård behöver  
910 andlig omvårdnad integreras i omvårdnads strukturen, genom utbildning och ökad kunskap,  
911 tydligare riktlinjer, samt organisatoriska förutsättningar, som möjliggör både närvaro och  
912 kontinuitet i mötet mellan patienten och sjuksköterskan.

913

914 Vidare forskning bör undersöka hur andlig omvårdnad kan implementeras i det kliniska  
915 arbetet, samt fokusera på utveckling och utvärdering av strukturer och bedömningsverktyg som  
916 kan ge stöd till sjuksköterskor i arbetet. Även forskning som belyser patienters erfarenheter av

917 att ta emot andlig omvårdnad kan vara betydande för att fördjupa förståelsen för hur  
918 andliga behov upplevs och bemöts. För att utveckla en mer jämlik vård kan det även vara  
919 angeläget att forska kring hur andlig omvårdnad kan bli mer jämlik, oavsett patientens  
920 bakgrund och vårdkontext.  
921

## 922 **AI-DEKLARATION**

923 Artificiell intelligens användes för att hitta synonymer, förbättra formuleringar och  
924 meningsuppbyggnader samt i översättning från engelska till svenska av enstaka ord och meningar för  
925 djupare förståelse av innehållet.

## 926 REFERENSER

927 \*Artiklar använda i resultatet.

928

929 Abbaspour, H., & Heydari, A. (2022). Concept analysis of end-of-life care. *Journal of Caring Sciences*,  
930 11(3), 153–159. [10.34172/jcs.2022.037](https://doi.org/10.34172/jcs.2022.037)

931 American Psychological Association (2020). Concise guide to APA style (7.uppl.). American  
932 Psychological Association.

933 Almeida, O. M. B. (2022). Spiritual care provided by the nursing team to the person in palliation in  
934 intensive care. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43. [https://doi.org/10.1590/1983-  
935 1447.2022.20210330.en](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210330.en)

936 Asgeirsdottir, G.H., Sigurbjörnsson, E., Traustadottir, R., Sigurdardottir, V., Gunnarsdottir, S., & Kelly, E.  
937 (2013). "To cherish each day as it comes": A qualitative study of spirituality among persons receiving  
938 palliative care. *Support Care Cancer*, 21(5). <http://doi.org/10.1007/s00520-012-1690-6>

939 Batista, V. M., Menezes, T. M. O., Freitas, R. A., Chaves, A. N., Santos, A. A., Albuquerque, R. S., &  
940 Devakirubai, E & Gnanadurai, A. (2025). End-of-Life care preferences of terminally ill patients: A  
941 cross-sectional study. *Indian Journal of Palliative care*, 31(3), 271-276.

942 [https://doi.org/10.25259/IJPC\\_336\\_2024](https://doi.org/10.25259/IJPC_336_2024)

943 Edwards, A., Pang, N., Shiu, V., & Chan, C. (2010). The understanding of spirituality and the potential  
944 role of spiritual care in end-of- life and palliative care: A meta-study of qualitative research. *Palliative  
945 Medicine* 24(8). <https://doi.org/10.1177/0269216310375860>

946 Eriksson, K., Fagerström, L., Fredriksson, L., Fridh, I., Gustafsson, L.-K., Hilli, Y., Holmström, I. K., Koskinen,  
947 C., Lassenius, E., Lepp, M., Lindwall, L., ... Wärnå-Furu, C. (2022). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och  
948 praktik* (3:e uppl.). Studentlitteratur AB.

949 \* Evangelista, C. B., Lopes, M. E. L., da Costa, S. F. G., Batista, P. S. S., Duarte, M. C. S., Morais, G. S. N.,  
950 de Sá França, J. R. F., & Gomes, B. M. R. (2022). Nurses' performance in palliative care: Spiritual care  
951 in the light of Theory of Human Caring. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(1), e20210029.

952 <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0029>

953 Forsberg, C. & Wengström, Y. (2017). *Att göra systematiska litteraturstudier, värdering, analys och  
954 presentation av omvårdnadsforskning*. Natur & Kultur.

955 \* Fradelos, E. C., Alikari, V., Artemi, S., Missouridou, E., Mangoulia, P., Kyranou, M., Saridi, M., Toska,  
956 A., Tsaras, K., & Tzavella, F. (2024). A mixed-method study on the assessment of factors influencing  
957 nurses' provision of spiritual care. *Healthcare*, 12(8), 854.

958 <https://doi.org/10.3390/healthcare12080854>

959 \* García-Navarro, E. B., Medina-Ortega, A., & García Navarro, S. (2021). Spirituality in patients at  
960 the end of life—Is it necessary? A qualitative approach to the protagonists. *International Journal of  
961 Environmental Research and Public Health*, 19(1), 227. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010227>

962 Globala målen (2024). *God hälsa och välbefinnande*. Hämtad 8 april 2026 från

963 <https://globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/>

964 Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts,  
965 procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.

966 <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

967 Gustin, L. W., Asp, M., Alvsväg, H., Arman, M., Berg, L., Bergbom, I., Dahlberg, K., Ekebergh, M.,  
968 Herdman, T.H., & Kamitsuru, S. (2015). *Omvårdnadsdiagnoser: Definitioner och klassifikationer 2015–  
969 2017*. (3:e uppl.). Studentlitteratur.

970 Jaber, A., Momennasab, M., Yektatalab, S., Ebadi, A., & Cheraghi, M. A. (2017). Spiritual health: A  
971 concept analysis. *Journal of Religion and Health*, 58, 1537–1560. [https://doi.org/10.1007/s10943-  
972 017-0379-z](https://doi.org/10.1007/s10943-017-0379-z)

973 \* Kang, K.-A., Chun, J., Kim, H.Y. and Kim, H.-Y. (2021), Hospice palliative care nurses' perceptions of  
974 spiritual care and their spiritual care competence: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*,  
975 30(7-8), 961-974. <https://doi.org/10.1111/jocn.15638>

976 \* Kurtgöz, A., & Edis, E. K. (2023). Spiritual care from the perspective of family caregivers and nurses  
977 in palliative care: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 22(161). [10.1186/s12904-023-01286-2](https://doi.org/10.1186/s12904-023-01286-2)  
978 L Emanuel, L., Solomon, S., Chochinov, H.-M., Delgado Guay, M.-O., Handzo, G., Hauser, J., Kittelson, S.,  
979 O'Mahony, S., E Quest, T., W Rabow, M., M Schoppee, T., J Wilkie, D., Yao, Y & Fitchett, G. (2023).  
980 Death anxiety and correlates in cancer patients receiving palliative care. *Journal of Palliative Medicine*,  
981 26(2), 235-243. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0052>

982 \* Mani, Z. A. (2024). Bridging cultural gaps in end-of-life care: The experiences of international charge  
983 nurses in Saudi Arabia. *BMC Nursing*, 23(865). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02514-7>

984 \* Minton, M. E., Isaacson, M. J., Varilek, B. M., Stadick, J. L., & O'Connell-Persaud, S. (2018). A  
985 willingness to go there: Nurses and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 173-181.  
986 <https://doi.org/10.1111/jocn.13867>

987 Monteiro, M., Vitorino, J., & Salvetti, M. G. (2025). Seeking something beyond themselves: A concept  
988 analysis of spiritual awakening experiences at the end of life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*,  
989 27(2), 85-94. <https://doi.org/10.3390/nursrep15100358>

990 \*Oakley, S., Grealish, L., & Coyne, E. (2020). Telling their story: A qualitative descriptive study of the  
991 lived experience of expatriate palliative care nurses in the United Arab Emirates. *European Journal of*  
992 *Oncology Nursing*, 48, 101793. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101793>

993 \* O'Brien, M. E., Jones, A., & Brown, J. (2018). Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care:  
994 A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training.  
995 *Journal of Clinical Nursing*, 33(4-5), 567-580. <https://doi.org/10.1111/jocn.14648>

996 Prieto-Crespo, V., Arevalo-Buitrago, P., Olivares-Luque, E., García-Arcos, A., & López-Soto, P. J.  
997 (2024). Impact of spiritual support interventions on the quality of life of patients who receive palliative  
998 care: A systematic review. *Nursing Reports*, 14(3), 1906-1921  
999 <https://doi.org/10.3390/nursrep14030142>

1000 Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing*  
1001 *practice*. Wolters Kluwer.

1002 Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E., & Kazemnejad, A. (2014). Spiritual care in nursing: A  
1003 concept analysis. *International Nursing Review* 61(2), 211-219. <https://doi.org/10.1111/inr.12099>

1004 \* Riutort Durán, L., Mena Biosca, C., Pades-Jiménez, A., & Gonzalez-Garcia, X. (2025). Transcultural  
1005 care during the dying process: A phenomenological study of nurses' experiences. *Sage journals*, 62, 1-  
1006 11. <https://doi.org/10.1177/00469580251398384>

1007 Silva, H. L. M., Valério, P. H. M., Barreira, C. R. A., & Peria, F. M. (2023). Filling gaps in experiences,  
1008 religious understanding of people living with cancer in palliative care: a phenomenological qualitative  
1009 study. *BMC Palliative Care*, 22, 127. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01254-w>

1010 Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med*  
1011 *kvalitativ forskningsmetodik: Patientupplevelser*. Hämtad 30 februari från <https://Mall Kvalitativ>  
1012 [forskningsmetodik.pdf](https://www.sbu.se/sbushandbok.pdf)

1013 Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2017). *SBU:s handbok: Utvärdering av metoder i hälso-*  
1014 *och sjukvården samt insatser i socialtjänsten*. Hämtad 30 februari från  
1015 <https://www.sbu.se/sbushandbok.pdf>

1016 Soto-Rubio, A., Perez-Marin, M., Rudilla, D., Galiana, L., Oliver, A., Fombuena, M & Barreto, P. (2020).  
1017 Responding to the spiritual needs of palliative care patients: A randomized controlled trial to test the  
1018 effectiveness of the Kibo therapeutic interview. *Frontiers in Psychology*, 11(1979).  
1019 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01979>

1020 Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 25 mars från  
1021 <https://swenurse.se/ICN Etiska kod enkelsidor.pdf>

- 1022 Svensk sjuksköterskeförening. (2024). *Kunskapsbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 25  
1023 mars från [https://swenurse.se/Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska 2024.pdf](https://swenurse.se/Kompetensbeskrivning_legitimerad_sjukskoterska_2024.pdf)  
1024 Toivonen, K., Charalambous, A., & Suhonen, R. (2017). Supporting spirituality in the care of older  
1025 people living with dementia: A hermeneutic phenomenological inquiry into nurses' experiences.  
1026 *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 880-888. <https://doi.org/10.1111/scs.12519>  
1027 World Health Organization. (2020). *Palliative care*. Hämtad 5 mars från [https://www.who.int/news-](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care)  
1028 [room/fact-sheets/detail/palliative-care](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care)  
1029 Österlind, J., Henoch, I., Ternstedt, B.-M., Holmberg, B., Schenell, R., & Andershed, B. (2022). *De 6 S:n -*  
1030 *En modell för personcentrerad palliativ vård* (3:e uppl.). Studentlitteratur AB.  
1031

## Bilaga 1. Sökmatrix CINAHL

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
CINAHL 29/1-2026 S1	spiritual care or existential care	Peer-reviewed Senaste tio åren Fulltextformat	1,434	0	0	0	0	
CINAHL 29/1-2026 S2	'palliative care' or 'end of life care'	Peer-reviewed Senaste tio åren Fulltextformat	11,243	0	0	0	0	
CINAHL 29/1-2026 S3	experiences or attitudes or qualitative	Peer-reviewed Senaste tio åren Fulltextformat	192,560	0	0	0	0	
CINAHL 29/1-2026 S4	nurse or nurses or nursing	Peer-reviewed Senaste tio åren Fulltextformat	103,577	0	0	0	0	
CINAHL 29/1-2026	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Peer-reviewed Senaste tio åren	57	57	12	5	1	#1

S5		Fulltextformat						
CINAHL 30/1-2026 S6	"palliative care" or "end of life care" or terminal care or dying	Peer-reviewed Senaste tio åren Fulltextformat Engelskspråkig Title or Abstrct - XB	19,701	1	1	1	1	#2
CINAHL 23/2-2026 S7	"palliative care" or "end of life care" or "palliative nursing"	Peer-reviewed Senaste tio åren Engelskspråkig Title or Abstrct - XB	21,741	0	0	0	0	
CINAHL 23/2-2026 S8	Nurse or nurses or nursing	Peer-reviewed Senaste tio åren Engelskspråkig Title or Abstrct - XB	237,447	0	0	0	0	
CINAHL 23/2-2026 S9	"existential care" or "spiritual care"	Peer-reviewed Senaste tio åren Engelskspråkig	2,821	0	0	0	0	
CINAHL	S7 AND S8 AND S9	Peer-reviewed	200	98	15	6	3	#4

23/2-2026		Senaste tio åren						#5
S10		Engelskspråkig						#9

## Bilaga 2. Sökmatrix Pubmed

Databas, datum, sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Artikel #
Pubmed 29/1-2026 S1	Nurses and spiritual care	Senaste tio åren	1,867	0	0	0	0	
Pubmed 29/1-2026 S2	Palliative	Senaste tio åren	75,870	0	0	0	0	
Pubmed 29/1-2026 S3	Palliative care	Senaste tio åren	62,536	0	0	0	0	
Pubmed 29/1-2026 S4	S1 AND S2 AND S3	Senaste tio åren	497	30	8	4	1	#3

Pubmed 30/1-2026 S5	"palliative care" or "end of life care" or terminal care or dying	Last ten years Free full text English Title/ Abstract	28,154	0	0	0	0	
Pubmed 30/1-2026 S6	experiences or perceptions or attitudes or views or feelings or qualitative or perspective	Last ten years Free full text English Title/ Abstract	487,405	0	0	0	0	
Pubmed 30/1-2026 S7	nurse or nurses or nursing	Last ten years Free full text English Title/ Abstract	107,581	0	0	0	0	
Pubmed 30/1-2026 S8	"spiritual care" or spirituality or "spiritual needs" or "existential care"	Last ten years Free full text English Title/ Abstract	3,895	0	0	0	0	

Pubmed 23/2-2026 S9	S5 AND S6 AND S7 AND S8	Last ten years Free full text English	113	113	25	6	4	#6 #7 #8
Pubmed 30/1-2026 S10	"existential care" or "spiritual care"	Last ten years Free full text English	959	0	0	0	0	
Pubmed 23/2-2026 S11	Nurse or nurses	Last ten years Free full text English	74,446	0	0	0	0	
Pubmed 23/2-2026 S12	"qualitative study"	Last ten years Free full text English	46,923	0	0	0	0	
Pubmed 23/2-2026 S13	S10 AND S11 AND S12	Last ten years Free full text English	33	33	14	3	1	#10

## Bilaga 3. Artikelmatris

Författare, land och år	Titel	Syfte	Antal deltagare	Metod	Resultat	Kvalitet
<b>Braz Evangelista et al.</b>  <b>Mexico &amp; Central/South America</b>  <b>SciELO Brazil</b>  <b>2022</b> <b>#1</b>	Nurses' performance in palliative care: spiritual care in the light of Theory of Human Caring	Att analysera sjuksköterskors roll i vården av patienter i palliativa vård med fokus på den andliga dimensionen	10	<b>Design:</b> Kvalitativ studie <b>Urval:</b> Studien inkluderade 10 sjuksköterskor på ett sjukhus i Brasilien. <b>Datainsamling:</b> Semistrukturerade intervjuer <b>Analys:</b> Kvalitativ innehållsanalys	Sjuksköterskor respekterar och uppmuntrar patienters andliga behov, samtidigt upplever sjuksköterskor svårigheter i att ge andlig omvårdnad exempelvis pga brist på kunskap, trygghet eller struktur.	Medelhög
<b>Fradelos et al.</b>  <b>Grekland</b>  <b>Healtcare (Basel)</b>  <b>2024</b> <b>#10</b>	A Mixed-Method Study on the Assessment of Factors Influencing Nurses' Provision of Spiritual Care	Att utforska faktorer som påverkar sjuksköterskors och undersköterskors attityder kring att ge spirituell omvårdnad	Kvantitativ del: 275 deltagare  Kvalitativ del: 5 deltagare	<b>Design:</b> Kombinerar kvantitativa enkätstudier och kvalitativ fokusgrupp <b>Urval:</b> Kvalitativt urval: strategiskt urval av 5 personer, varan 3 sjuksköterskor och 2 undersköterskor <b>Datainsamling:</b> Semistrukturerade intervjuer <b>Analys:</b> Induktiv kvalitativ innehållsanalys	Identifierade ett tema, "The long Journey of spiritual care" och tre kategorier som innefattade att upptäcka spirituell omvårdnad, att övervinna kulturella och organisatoriska hinder samt att uppleva tillfredsställelse och personlig utveckling.	Medelhög

<p><b>García Navarro, E - B., Medina Ortega, A &amp; García Navarro, S</b></p> <p><b>Spanien</b></p> <p><b>International Journal of Environmental Research and Public Health</b></p> <p><b>2021</b></p> <p><b>#6</b></p>	<p>Spirituality in Patients at the End of Life—Is It Necessary? A Qualitative Approach to the Protagonists</p>	<p>Att identifiera de andliga behoven hos patienter i livets slut samt beskriva hur sjuksköterskor arbetar för att bemöta behoven av andligt stöd</p>	<p>17</p>	<p><b>Design:</b> Kvalitativ studie</p> <p><b>Urval:</b> 7 vuxna palliativa patienter från lokala stödgrupper valdes genom snöbollsurval. 10 sjuksköterskor som arbetar med omvårdnad av patienter i livets slutskede valdes genom ett teoretiskt urval</p> <p><b>Datinsamling:</b> Semi-strukturerade intervjuer</p> <p><b>Analys:</b> Innehållsanalys</p>	<p>Såväl patientgruppen och sjuksköterskorna identifierade meningsskapande, relationer och kommunikation som en viktiga delar i andlig palliativ vård. Uppfattningarna av andlighet mellan grupperna stämmer överens vilket kan underlätta för en gemensam förståelse för den andliga vården i livets slut.</p>	<p>Hög</p>
<p><b>Kang, K. -A et al.</b></p> <p><b>South korea</b></p> <p><b>Journal of Clinical Nursing</b></p> <p><b>2021</b></p> <p><b>#9</b></p>	<p>Hospice palliative care nurses' perceptions of spiritual care and their spiritual care competence: A mixed-methods study</p>	<p>Att förstå hospice- och palliativvårdssjuksköterskors uppfattningar och kompetens av att ge andlig omvårdnad.</p>	<p>Kvantitativ del: 282 deltagare Kvalitativ del: 6 deltagare</p>	<p><b>Design:</b> Mixad metod, kvantitativ och kvalitativ ansats</p> <p><b>Urval:</b> 282 sjuksköterskor från 40 olika palliativa vårdenheter i Sydkorea samt 6 sjuksköterskor som jobbar inom hospice eller palliativ vård</p> <p><b>Datinsamling:</b> Enkäter (kvantitativa data till 282 sjuksköterskor), Öppen fråga (kvalitativa data till 282 sjuksköterskor), fokusgruppsintervjuer (kvalitativa data till 6 sjuksköterskor).</p>	<p>Resultatet visade att sjuksköterskor hade högst kompetens av bemötande till patientens andlighet och kommunikation, och lägst gällande implementering av andlig omvårdnad samt i utveckling och kvalitetssäkring av den andliga omvårdnaden. Tre områden identifierades: Förståelse för andlighet, behov av utbildning och strukturerade</p>	<p>Medelhög</p>

				<b>Analys:</b> Deskriptiv statistisk (kvantitativ analys), innehållsanalys (kvalitativ analys)	arbetsätt, samt vikten av reflektion och förberedelse inför att ge andlig omvårdnad.	
<b>Kurtgöz, A., &amp; Edis, E. K.</b>  <b>UK &amp; Ireland</b>  <b>BMC Palliative care</b>  <b>2023</b> <b>#8</b>	Spiritual care from the perspective of family caregivers and nurses in palliative care: a qualitative study..	Att utforska sjuksköterskors och familjevårdares upplevelser av andlig omvårdnad inom palliativ vård.	21	<b>Design:</b> Kvalitativ studie <b>Urval:</b> Strategiskt urval, där 10 sjuksköterskor och 11 familjevårdare deltog <b>Datainsamling:</b> Djupa intervjuer <b>Analys:</b> Tematisk analys	Fyra övergripande teman identifierades. Påverkan av att befinna sig i en palliativ vårdmiljö, Copingstrategier hos både sjuksköterskor och närstående, Andlighetens och andlig omvårdnads betydelse, Andlig omvårdnad i praktiken.	Hög
<b>Mani, Z -A.</b>  <b>Saudi Arabia</b>  <b>BMC Nursing</b>  <b>2024</b> <b>#7</b>	Bridging cultural gaps in end-of-life care: the experiences of international charge nurses in Saudi Arabia	Att utforska Internationella IVA avdelningssjuksköterskors erfarenheter av vård i livets slutskede i en islamisk kontext i Saudi Arabien.	8	<b>Design:</b> Kvalitativ deskriptiv studie <b>Urval:</b> Ändamålsenligt urval, avdelningssköterskor med erfarenhet av ansvar för vård i livets slutskede inom kontexten <b>Datainsamling:</b> Semi-strukturerade intervjuer <b>Analys:</b> Tematisk analys	Nio huvudteman: 1. Tyngden av outtalade sanningar, hur kulturella normer kunde försvåra öppen kommunikation. 2. Världsbilder som kolliderade, tradition eller evidensbaserad praxis 3. Familjens lidande, vikten av sjuksköterskors empatiska kommunikation. 4. Bördan på sjuksköterskorna, brist på stöd men trots det vilja	Hög

					<p>att ge god medkännande vård.</p> <p>5. Att bygga broar, kulturell sensitivitet och respekt mellan familj och professioner.</p> <p>6. Uppmaning till förändring, sjuksköterskors efterfrågan av kulturellt och religiöst anpassade riktlinjer och utbildningsinsatser för kontexten.</p> <p>7. Familjens närvaro, bidrog till mer personlig vård.</p> <p>8. Hedra tron i familjens frånvaro, sjuksköterskorna tog ansvar i att tillgodose patientens andliga behov.</p> <p>9. En fridfull och värdig död, vikten av att se hela människan i livets slut, fysisk, emotionell och andlig.</p>	
<p><b>Minton, M. E et al.</b></p> <p><b>USA</b></p> <p><b>Journal of Clinical Nursing</b></p> <p><b>2018</b></p>	<p>A willingness to go there: Nurses and spiritual care</p>	<p>Att beskriva hur sjuksköterskor inom palliativ vård och hospice kommunicerar när de ger andlig omvårdnad till patienter och familjer i livets slut.</p>	<p>10</p>	<p><b>Design:</b> Kvalitativ studie</p> <p><b>Urval:</b> Strategiskt urval av 10 erfarna sjuksköterskor</p> <p><b>Datainsamling:</b> Semi-strukturerade intervjuer</p> <p><b>Analys:</b> Induktiv tematisk analys</p>	<p>Sjuksköterskor upplevde andlig omvårdnad som en villighet att möta patienters andliga behov genom närvaro och öppna samtal. Bristande utbildning och osäkerhet kunde dock begränsa sjuksköterskors</p>	<p>Medelhög</p>

#3					förmåga att initiera andliga samtal.	
<b>Oakley, Grealish &amp; Coyne</b>  <b>UAE</b>  <b>European journal of Oncology Nursing</b>  <b>2020</b>  <b>#5</b>	Telling their story: A qualitative descriptive study of the lived experience of expatriate palliative care nurses in the United Arab Emirates.	Att utforska utländska sjuksköterskors erfarenheter av att ge vård i livets slutskede till muslimska patienter i en palliativ vårdenhet i förenade Arabemiraten	9	<b>Design:</b> Kvalitativ deskriptiv studie <b>Urval:</b> Strategiskt urval, 9 legitimerade sjuksköterskor <b>Datainsamling:</b> Semistrukturerade intervjuer <b>Analys:</b> Induktiv tematisk analys	Tre teman identifierades, Att utveckla kommunikation som överskrider språket, relationer stärks över tid och att söka mening genom samarbete.	Hög
<b>O'Brien et al.</b>  <b>England</b>  <b>Journal of Clinical Nursing</b>  <b>2018</b>  <b>#4</b>	Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training	Att utforska hur genomförd utbildning i andlig omvårdnad påverkade sjuksköterskor och andra vårdroller i deras kliniska praktik i mötet med patienter i livets slutskede.	21	<b>Design:</b> Kvalitativ ansats <b>Urval:</b> Konsekutivt urval <b>Datainsamling:</b> Semi-strukturerade intervjuer <b>Analys:</b> Interaktiv tematisk analys	Sjuksköterskor uttryckte fördjupad förståelse för andliga behov och förmågan att möta patienternas andliga behov i livets slutskede efter genomförd utbildning.	Medelhög

<b>Riutort Durán et al.</b>  <b>Spanien</b>  <b>Sage journals</b>  <b>2025</b>  <b>#2</b>	Transcultural Care During the Dying Process: A Phenomenological Study of Nurses' Experiences	Att sjuksköterskors upplevelser och uppfattningar av vård i döendeprocessen ur ett transkulturellt perspektiv med fokus på hur kulturella, andliga och religiösa dimensioner integreras i vårdpraktiken.	6	<b>Design:</b> Kvalitativ deskriptiv studie <b>Urval:</b> Snöbollsurval <b>Datainsamling:</b> Semistrukturerade, djupgående intervjuer <b>Analys:</b> Tematisk diskursanalys	Andliga och religiösa faktorer beskrevs som centrala i omvårdnaden i livets slut, sjuksköterskornas egna värderingar och erfarenheter påverkade hur de gav andlig omvårdnad. Andlig kompetens betonades som avgörande för en värdig, humaniserad och personcentrerad palliativ vård.	Hög
---	---	--	---	--	---	-----

## Bilaga 4. Mall för kvalitetsgranskning

Skicka formuläret

### Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

REVIDERAD 2014

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_ Artikelnummer: \_\_\_\_\_

#### Total bedömning av studie kvaliteten:

Hög  Medelhög  Låg

Anvisningar:

- Alternativet "oklart" används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet "ej tillämpligt" väljs när frågan inte är relevant.

#### 1. Syfte

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

#### 2. Urval

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Är urvalet relevant?
- b) Är urvalsförandet tydligt beskrivet?
- c) Är kontexten tydligt beskriven?
- d) Finns relevant etiskt resonemang?
- e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?

Kommentarer (urval, patientkarakteristika, kontext etc):

#### 3. Datainsamling

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?
- b) Är datainsamlingen relevant?
- c) Räder datamättnad?
- d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till datainsamlingen?

Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):

#### 4. Analys

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Är analysen tydligt beskriven?
- b) Är analysförandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?
- c) Räder analysmättnad?
- d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till analysen?

Kommentarer (analys, analysmättnad etc):

#### 5. Resultat

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Är resultatet logiskt?
- b) Är resultatet begripligt?
- c) Är resultatet tydligt beskrivet?
- d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?
- e) Genereras hypotes/teori/modell?
- f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?
- g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?

Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):

## Bilaga 5. Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet

Hög kvalitet	Medelhög kvalitet	Låg kvalitet
Klart beskrivet sammanhang (kontext)	Sammanhanget ej beskrivet tydligt (kontext)	Oklart beskrivet sammanhang (kontext)
Väldefinierad frågeställning	Frågeställning ej beskriven tydligt	Vagt definierad frågeställning
Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transskriberingsprocess och analysmetod	Några otydligheter i beskrivningen av urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transskriberingsprocess och analysmetod	Otydligt beskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transskriberingsprocess och analysmetod
Dokumenterad metodisk medvetenhet	Några otydligheter i den dokumenterade metodiska medvetenheten	Dåligt dokumenterad metodisk medvetenhet
Systematisk, stringent presentation av data	Otydligheter i presentationen av data	Osystematisk och mindre stringent dataredovisning
Tolkningars förankring i data påvisad	Några otydligheter om tolkningars förankring i data	Otydlig förankring av tolkningarna i data
Diskussion om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet	Några otydligheter om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet	Diskussion om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet är bristfällig eller saknas
Kontextualisering av resultat i tidigare forskning	Otydlig kontextualisering av resultat i tidigare forskning	Kontextualisering av resultat i tidigare forskning saknas eller är outvecklad
Implikationer för relevant praktik välformulerade	Implikationer för relevant praktik är otydligt beskrivna	Implikationer för relevant praktik saknas eller är otydliga

**Tabell 8.5**  
Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet [34].





Box 1059 | 141 21 Huddinge  
Besøksadress Hølsøvøgen 11  
Telefon 08 587 516 00 | [www.rkh.se](http://www.rkh.se)