



Sykepleie til muslimske kvinner på sykehjem med fokus på verdighet

Kandidatnummer: 105
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9234
Dato: 18/04-17



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 18/04-17
Tittel: Sykepleie til muslimske kvinner på sykehjem med fokus på verdighet	
<p><u>Problemstilling:</u> <i>“Hva kan sykepleieren bidra med for å ivareta verdigheten til muslimske pasienter i stellsituasjoner”</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Det teoretiske perspektivet for denne bacheloroppgaven ligger på omsorgsteoretisk sykepleie med Katie Erikssons omsorgsteori som utgangspunkt. Videre har mye teori om muslimske pasienter, interkulturell sykepleie og litteratur relatert til verdig pleie blitt brukt for å besvare oppgaven.</p> <p><u>Metode:</u> Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave hvor jeg har innhentet ulike fag- og forskningslitteratur for å svare på problemstillingen. I metodekapitlet har jeg gjort rede for hvordan jeg har funnet fag- og forskningslitteraturen og hvordan jeg har vurdert kilder kritisk for å sikre at det som er brukt er litteratur av god kvalitet.</p> <p><u>Drøfting:</u> Det som har blitt drøftet ut fra teorien som er innhentet er hva sykepleieren kan bidra med for å ivareta verdigheten til muslimske pasienter i stellsituasjoner på norske sykehjem. For å svare på dette har jeg tatt utgangspunkt i forskning om verdighet og muslimske pasienters opplevelser og erfaringer i tillegg til Erikssons omsorgsteori, Hanssens arbeid og annen relevant sykepleielitteratur. På denne måten har jeg drøftet fram flere mulige løsninger på hva som kan ivareta den muslimske kvinnes verdighet som sykehjemspasient ved stell.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Ut i fra det som har blitt drøftet vises flere måter å bidra som sykepleier for å ivareta verdigheten til muslimske kvinner ved stell, selv om det kan by på utfordringer. Fokus på kulturell kompetanse, individuell tilrettelegging, nærhet, inkludering av familien og hensyn til bluferdighet og religiøse verdier ses som gode omsorgsgivende tiltak.</p>	

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Problemstilling	1
1.1.1 Begrepsavklaringer relatert til problemstillingen.....	1
1.2 Hensikt og sykepleierolle	2
1.3 Avgrensning	2
1.4 Oppgavens oppbygging	3
2. Metode	4
2.1 Valg av metode.....	4
2.2 Litteratursøk og søkehistorie	5
2.3 Kildekritikk	5
2.4 Presentasjon av forskningsartikler.....	6
3. Teori	8
3.1 Definisjoner av relevans for oppgaven	8
3.2 Interkulturell sykepleie og kompetanse	9
3.3 Muslimer i Norge og deres møte med norsk kultur	9
3.4 Familien og kjønn innen islam	10
3.5 Å hjelpe den eldre kvinnelige muslim med stell.....	10
3.6 Verdighet	11
3.7 Identitet, egenverd og individuell sykepleie.....	12
3.8 Etikk og jus.....	13
3.9 Katie Eriksson	14
3.9.1 Katie Erikssons omsorgsteori	14
4. Drøfting	15
4.1 Det gode stell ovenfor den muslimske kvinnen.....	15
4.2 Bluferdigheten.....	19
4.3 Inkludering av pårørende	20
4.4 Sykepleiebidrag for å ivareta det verdifulle mennesket	21
4.5 Kulturelt kompetent sykepleie	23
5. Konklusjon	25
Referanseliste	26

1. Innledning

Forskning viser at helsepersonell opplever det utfordrende å gi god pleie til muslimske kvinner. Muslimsk kvinnelig pasienter har i samsvar med dette uttrykt at helsepersonell med annen kulturell bakgrunn ikke forstår seg på religiøse og kulturelle behov blant hjelpetrengende muslimer (Hasnain, Connell, Menon & Trammer, 2011).

I denne bacheloroppgaven vil jeg legge frem litteratur og forskning om sykepleie i møte med pasienter tilhørende en annen kultur og religion enn majoriteten i Norge. Mer spesifikt er det møtet med muslimsk kvinnelige pasienter på sykehjem jeg velger å basere oppgaven på. Dette ses som et viktig fokus relatert til det overnevnte forskningsresultat viste. Fokuset for oppgaven vil ligge på utøvelse av omsorgsfull sykepleie spesielt rettet mot ivaretagelse av verdigheten til disse muslimske pasientene ved stell. I oppgaven legges det vekt på sykepleierens omsorgsgivende funksjon slik Katie Eriksson presenterer den sammen med litteratur om verdighet og relevant forskning om muslimske pasienter.

1.1 Problemstilling

Basert på valg av tema har jeg formulert følgende problemstilling; *“Hva kan sykepleieren bidra med for å ivareta verdigheten til muslimske pasienter i stellsituasjoner”*

1.1.1 Begrepsavklaringer relatert til problemstillingen

Bidra: Dette verbet betyr at man yter hjelp eller opptre medvirkende for å oppnå noe (Universitetet i Bergen i samarbeid med Språkrådet, 2017)

Stellsituasjoner: Stell er et begrep som over lang tid har omhandlet kroppsvask og påkledning innen sykepleie og er en svært sentral oppgave innen sykepleie spesielt på sykehjem (Brodtkorb, 2014, s. 174). Sykepleie rettet mot å hjelpe den muslimske kvinnen med denne typen stell er det jeg legger vekt på i oppgaven.

Muslimske pasienter: Muslimer er betegnelsen for de som er tilhengere av den islamske religion. Det er to hovedgrupper av muslimer. Disse kalles sunnimuslimer og sjiamuslimer. Jeg velger ikke å fokusere på en enkeltgruppe på grunn av at disse gruppene har mye til felles til tross for ulike tolkninger innad i religionen (Hanssen, 2011a, s. 161). Jeg fokuserer på møtet med denne gruppen som pasienter i norske sykehjem.

1.2 Hensikt og sykepleierolle

Med denne oppgaven ønsker jeg å få frem utfordringer relatert til omsorgsfull sykepleie i tillegg til mulige tiltak for å ivareta verdigheten når man som sykepleier skal utføre kroppslige pleietiltak som ved stell ovenfor den eldre muslimske kvinnen. Grunnen til at jeg har kommet fram til tema er basert på ulike erfaringer jeg selv har hatt i møte med pasienter fra ulike kulturer og med ulik religiøs bakgrunn og hvordan dette har utfordret meg som student rettet mot utøvelse av helhetlig og omsorgsfull sykepleie. Dette gjør at jeg med denne oppgaven ønsker å opparbeide kunnskap om tema slik at jeg får et bredere kunnskapsnivå i møte med den muslimske pasientgruppen som framtidig sykepleier.

Viktigheten av å bringe fram et tema som dette innen sykepleie ses tydelig når man trekker fram rammeplanen for sykepleieutdanningen som skal vise til hva som kreves av sykepleieren som ferdig utdannet. I planen skrives det for eksempel at når man er ferdig utdannet sykepleier skal man kunne yte helhetlig sykepleie og ha et holistisk syn på mennesket i tillegg til å vise respekt for integriteten og verdigheten til den enkelte. Det kommer også fram at man skal kunne kommunisere med alle uansett etnisk bakgrunn, kultur og religion og at sykepleieren skal handle etisk korrekt, ha en yrkesetisk holdning og flerkulturell forståelse av helse og sykdom (Kunnskapsdepartementet, 2008). Dette viser viktigheten av å ta for seg den omsorgsgivende funksjonen sykepleiere skal utøve ovenfor muslimske pasienter.

1.3 Avgrensning

Jeg har som nevnt tatt utgangspunkt i eldre muslimske kvinner og tar utgangspunkt i at møte med dem skal være på norske sykehjem. Aldersmessig velger jeg at de er 67+ år da pasienter på sykehjem statistisk sett vanligvis ikke er yngre enn denne aldersgruppen (Statistisk

sentralbyrå, 2015, s.18). I tillegg velger jeg at de skal være på langtidsopphold på sykehjemmet med stort pleiebehov og at de skal ha innvandrerbakgrunn. Jeg velger at oppgaven skal være pasientsentrert, men vil likevel også skrive noe om pårørende, da familie gjerne er av stor betydning for den muslimske pasient (Hanssen, 2011a, s. 165). Videre vil jeg avklare at pasient skal være klar og orientert for tid og sted. De skal derimot ha stort nok funksjonstap til at evner til å utføre kroppslig stell på egenhånd vil være betydelig svekket. Utenom dette kommer jeg ikke til å gå inn på noen spesifikk sykdomstilstand siden dette ikke vil være fokuset for min oppgave. Tilslutt vil jeg også avklare at pasienten skal være i stand til å kommunisere på norsk slik at det ikke legges stor vekt på eventuelle språkvansker i oppgaven.

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven vil først starte med en metodedel hvor jeg legger fram valgt litteratur og metode for oppgaven. Videre kommer teoridelen med noen definisjoner som anses viktig for oppgaven i tillegg til beskrivelse av Katie Erikssons omsorgsteori og annen litteratur relatert til etikk, jus, muslimske pasienter og Islam som er av relevans for drøftingskapitlet. I drøftingsdelen vil jeg drøfte det jeg har hentet fra teori for å besvare problemstillingen relatert til hva sykepleieren kan gjøre for å ivareta verdigheten til den kvinnelige muslimske pasient ved stell. Til slutt vil jeg også komme med en konklusjon av det som har blitt skrevet.

2. Metode

Metode er en måte å løse problemer på, og en måte å finne fram til nyansert kunnskap. Hvilke som helst middel som oppnår dette går inn under å være en metode (Aubert, 1985, gjengitt av Dalland, 2015, s. 111). Metoden er altså den måten man går fram på for å samle kunnskap slik at en problemstilling kan besvares. Viktig når det gjelder metode er dessuten at det må gjøres seg etiske vurderinger i arbeidet. Man må veie opp det som forskes på mot hvordan det vil være til fordel for framtiden om feltet (Dalland, 2015, s. 97). Når det snakkes om metode er det i tillegg slik at det skilles mellom kvalitative og kvantitative metoder. Den kvantitative metoden handler om at man samler inn data som er av målbar karakter hvor fakta som kommer fram er presist basert. I motsetning er kvalitative metoder basert på å få fram et forstående kunnskapsgrunnlag hvor det gjerne skal prøves å få fram visse meningssammenhenger. Dette innebærer at det kommer fram mange opplysninger som skal vurderes og sammenfattes (Thidemann, 2015, s.76,77,78).

2.1 Valg av metode

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave som er en type oppgave som bygger på innhentede kilder fra litteratur som brukes for å besvare en problemstilling (Dalland, 2015, s. 223). Med tanke på dette har jeg jobbet med innhenting av litteratur fra tidligere pensum fra sykepleiestudiet om interkulturell sykepleie, etikk og jus i tillegg til omsorgsfull og verdibasert sykepleie. Jeg har også hentet litteratur fra Lovisenberg diakonale høgskoles bibliotek hvor jeg har funnet mer litteratur om tema og mer om muslimske pasienter spesifikt. Ellers har jeg brukt databasen Cinahl etter søk av fag- og forskningslitteratur. Som beskrevet over har jeg forklart at det er to forskjellige metoder som kan tas i bruk. For min oppgave har det vært mest relevant å ta for seg den kvalitative metoden relatert til min problemstilling i og med at det er mest relevant å få fram noe som er opplevelsesbasert rettet mot verdigheten muslimske kvinner opplever, som gjør at man må gå i dybde for å få fram forskjellige perspektiver.

2.2 Litteratursøk og søkehistorie

Når jeg har søkt etter forskning har jeg brukt databasen Cinahl som har vært en kjent database som jeg har blitt opplært i og brukt gjennom hele studiet på sykepleien. Jeg har også søkt i Google Scholar og funnet tilsvarende artikler som ved treff jeg hadde i Cinahl. Søkeordene jeg har brukt for å finne forskningsartikler om sykepleie til muslimske pasienter med fokus på verdighet er “Patient Centered Care”, “Cultural Sensitivity”, “Islam”, “Cultural Values”, “Religion”, “Human Dignity”, “Patients”, “Transcultural nursing”, “Nurse-Patients relations”, “ethnic groups” og “Cultural Diversity” Jeg har avgrenset søkene til å være artikler som er mellom 5-10 år gamle slik at den nyeste og mest oppdaterte forskningen brukes om tema. Alle artiklene jeg har brukt bortsett fra én er 5 år gamle eller nyere. Noen av søkene kombinert ga lite treff, spesielt når jeg har avgrenset i forhold til sykepleie til én spesifikk religiøs gruppe. Med kombinasjon av andre og mer generelle ord fant jeg derimot en del artikler som var basert på kulturell sykepleie med utfordringer rettet mot dette feltet og artikler om ivaretagelse av verdighet hvor også muslimske pasienter ofte kom utpregende fram i artiklene. Dette gjorde at flere artikler ble relevant å ta i bruk.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk dreier seg om å finne ut av om kilden man bruker er sann. Man må altså vurdere og karakterisere kildene (Dalland, 2015, s. 67). Jeg har brukt tidligere pensumlitteratur, men har også funnet og anvendt litteratur på bibliotek, og anser disse kildene som kvalitetsmessig da de brukes som læring for studenter, og må dermed være anerkjent. Jeg kan sette meg noe kritisk til noe litteratur hentet fra biblioteket med tanke på relevans for min oppgave da noe av litteraturen går utenfor det sykepleiefaglige, og at det retter seg mer mot et antropologisk faglig perspektiv. Det gjelder også noen av artiklene jeg har funnet. Videre kan jeg sette meg kritisk til engelsk litteratur og forskning, da det er mulig å mistolke det man leser på et annet språk. Språkmessig kan jeg også sette meg kritisk til at hovedteorien jeg har valgt er skrevet på svensk som også kan føre til mistolkning av informasjonen som kommer frem. I tillegg har jeg valgt meg omsorgsteori som er fra 1987, men velger å bruke denne teorien likevel fordi standpunktene som kommer fram er høyst like relevant innenfor dagens omsorgstenkning. Videre i forhold til valg av litteratur har jeg tatt i bruk en del sekundærlitteratur, noe man kan sette seg kritisk til i og med at man kan få frem en ny tolkning av primærlitteraturen. Likevel

mener jeg at det jeg har funnet er av stor relevans da det er hentet fra ulikt pensum innenfor sykepleiefaget og ser dette som faglitteratur av troverdig kvalitet. Noe jeg også kan stille meg kritisk til er forskningen jeg har funnet, som er fra forskjellige land i utgangspunktet. I og med at jeg skriver om religion og kultur i en norsk setting kan forskning ha forskjellig perspektiv på disse områdene i andre land. Derimot mener jeg at artiklene jeg har funnet er av relevans blant annet fordi de får frem pasientperspektivet om for eksempel religiøse perspektiver og at landet forskningen er gjort i dermed ikke har så stor betydning. Når det gjelder valg av artikler så har jeg noen artikler som går noe utenfor valg av tema relatert til at det ikke har vært mye funn av forskning spesifikt rettet mot min problemstilling. Likevel mener jeg at alle artiklene kommer fram til ulike funn som kan relateres til det jeg skriver om rettet mot omsorgsfull og verdig sykepleie til muslimske pasienter.

2.4 Presentasjon av forskningsartikler

Jeg vil i dette kapitlet gi en liten presentasjon av forskningsartiklene som jeg tar i bruk i oppgaven.

I artikkelen “Human dignity in religionembedded cross-cultural nursing” var hensikten å få fram vanlige erfaringer fra iransk-muslimske og armensk-kristne pasienter når det gjelder deres oppfatninger om verdig pleie innenfor de to forskjellige kulturelle og religiøse syn. Innenfor de to forskjellige kulturer og religioner kom det fram flere samsvarende funn basert på erfaringer om verdig pleie med fokus på menneskelig karakter og personsentrert omsorg (Cheraghi, Manookian & Nasrabadi, 2014a).

Artikkelen “Factors influencing patients’ dignity” handler om hva som fremmer, påvirker og hemmer pasienters verdighet. Hovedtemaene som kom fram relatert til hva som påvirker verdigheten dreide seg spesielt om hvordan handlinger relatert til personlighet, kommunikasjonsatferd og helsepersonells atferd vil kunne gi positiv innvirkning på opplevelse av verdighet (Manookian, Cheraghi & Nasrabadi, 2014b).

Artikkelen “Muslim Womens’ s Narratives About Bodily Change” utforsker hva slags forhold muslimske kvinner har til kroppsforandringer ved kritisk sykdom. Av funn i forhold til dette

kom det fram tre kategorier som det ble diskutert rundt. Disse var den avhengige kroppen, den sosiale kroppen og den kulturelle kroppen. Med disse faktorene kom vises ulike erfaringer og opplevelser som oppleves som utfordrende for den muslimske pasient ved sykehusinnleggelse. Temaer som kom fram var for eksempel hvordan det er å føle seg avhengig, hvor viktig familien er og forhold relatert til kropp og bluferdighet (Zeilani & Seymour, 2012).

Artikkelen “Patient-centered care for muslim women” handler om å finne samsvar mellom muslimske pasienters og helsepersonells perspektiv om kvalitativ pleie, kulturelt akseptabelt og pasientsentrert omsorg til muslimer. Resultater som kom fram viste seg å være betraktelig samsvarende mellom helsepersonells perspektiv og pasientenes perspektiv angående helsebehov til muslimske kvinner. Størstedelen av helsepersonellet ga uttrykk for utfordringer ved pleien til muslimske kvinner og majoriteten av pasientene uttrykte at helsepersonell ikke forstod religiøse og kulturelle behov som er noe jeg nevnte innledningsvis. Relatert til dette kom det fram ulike utfordringer, barrierer og anbefalinger for hvordan ting kan bedres når det gjaldt pleie til muslimske kvinner (Hasnain, Connell, Menon & Trammer, 2011).

I artikkelen “Cultural challenges and barriers though the voices of nurses” ble det utforsket funn av utfordringer og barrierer fra sykepleieres side med å gi tilstrekkelig pleie med fokus på kulturell kompetanse i møte med pasienter fra ulike populasjonsgrupper. Studien ønsker å presisere hva som er utfordrende og barrierefullt for sykepleiere innenfor pleien med ulike pasienter fra forskjellige kulturer. Det var tre gjengående temaer fra sykepleierne som deltok som kom fram. Resultatene omhandlet kulturforskjeller, ressurser og utfordringer med fordommer (Hart & Mareno, 2014).

Jeg velger også å ha med artikkelen “Facing diversity under institutional constraints” som er en studie som utforsket utfordringer sykepleiere i kommunehelsetjenesten møter på når de utøver hjemmebasert pleie til etniske minoritetspasienter. Studien ønsker å belyse utfordringer sykepleieren møter ved pleie av etniske minoritetspasienter. Utpregende utfordringer som kom fram var spesielt rettet mot intime aktiviteter, syn på aktiviteter, ukjent kulturell praksis og håndtering av dødsfall (Debesay, Harsløf, Rechel & Vike, 2012).

3. Teori

Jeg vil nå legge frem teori som er av relevans når det gjelder sykepleie til muslimske pasienter og det teoretiske grunnlag jeg har valgt å bruke som er Katie Erikssons omsorgsteori. Jeg vil også legge fram viktige etiske og juridiske føringer.

3.1 Definisjoner av relevans for oppgaven

Her vil jeg legge frem noen begreper som vil være av betydning for oppgaven. Andre begreper vil forklares ytterligere underveis i de andre teorikapitlene.

Kultur: Kulturbegrepet er et begrep som er vanskelig å definere. Det er ikke én overordnet definisjon for begrepet kultur. Kulturbegrepet kan brukes i flere forskjellige sammenhenger, men det gjør også at det vil ha forskjellig betydning (Eriksen & Sajjad, 2015, s. 33). Jenkins utgir for eksempel at kultur er noe man erfarer, bruker, gjør i dagliglivet og lærer. Dette resulterer i hvordan man selv føler seg og hvordan man forstår andre (Jenkins, 1997, gjengitt av Hanssen, 2011a, s. 16). En annen relevant definisjon er at kultur er kunnskaper, verdier og handlinger man tilegnes som medlem av et samfunn (Tylor, 1871, gjengitt av Magelssen, 2008, s. 15).

Kulturforskjeller: Kulturforskjeller er et begrep man gjerne skal brukes med forsiktighet fordi det kan lages større forskjeller eller likheter mellom mennesker enn det egentlig er (Eriksen & Sajjad, 2015, s.33). Forskjellige samfunn har ofte forskjellige kulturelle regler for hva som er riktig og galt og dette kan være ganske forskjellig fra samfunn til samfunn. Ofte har man mye av de samme behovene i ulike samfunn, men gjennom kultur fremstår det ofte ulike måter å dekke disse behovene på (Eriksen & Sajjad, 2015, s. 36, 37).

Islam: Islam er verdens nest største religion. Troen bygger på at det finnes én Gud og koranen som er muslimes hellige skrift viser hvordan den troende skal leve. Koranen er i tillegg til å være der som religiøs veileder også grunnlag for islamsk lov. Det er dessuten viktig å

bemerke seg at man anser religionen som et livsmønster og at for muslimer er religionen det samme som kultur. Innen islam er det fem eksisterende sentrale plikter som skal følges. Disse er trosbekjennelsen, bønningen, almissen, fasten og pilegrimsreisen (Hanssen, 2011a, s. 160-162).

3.2 Interkulturell sykepleie og kompetanse

Den bakgrunnen man har og livssynet man har virker inn på hvordan man velger å leve, på tro og på holdninger. Denne bakgrunnen kan påvirke hva slags tanker man har som syk, hva man forventer av helsevesenet og hva man forventer av pleie. Som sykepleier møter man mennesker fra ulike kulturer, med ulik etnisitet og ulik tro og religion. Det er derfor viktig at man som sykepleier møter alle med respekt for hvem pasienten er som person, det livssynet vedkommende har i tillegg til den enkeltes tanker og holdninger (Hanssen, 2011b, s. 136-137). Det er dette som handler om interkulturell sykepleie. Det er også andre begreper som kan brukes om tema, men jeg velger å bruke dette begrepet fordi det brukes i anerkjent sykepleielitteratur.

Som sykepleier i arbeid med pasienter fra forskjellige kulturer kreves kulturell kompetanse. Kulturell kompetanse betyr at man har kunnskap, holdninger og ferdigheter nok for å kunne yte kvalitativ pleie til mennesker fra ulike populasjonsgrupper. Forskning viser at mange sykepleiere ikke har god nok kulturell kompetanse i sitt arbeid (Alpers & Hanssen, 2014, s. 1). Å foreta kulturell datasamling anses som viktig for å få tilstrekkelig kunnskap om den enkeltes kulturelle og religiøse behov (Hanssen, 2014, s. 49).

3.3 Muslimer i Norge og deres møte med norsk kultur

Det finnes ikke noe spesifikt tall for hvor mange muslimer som bor i Norge. Derimot kan vi se på statistikk fra 2015 om medlemmer av tros og livssynssamfunn utenfor norsk kirke som mottar stønad at etter kristendom er det flest medlemmer innenfor islam i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2015). Med tanke på muslimer i Norge har Eriksen og Sajjad skrevet om at noen muslimer har vanskelig for å akseptere omgangsformen mellom kjønnene i Norge og viser til eksempel der døtre har blitt tatt ut av skolen fordi gutter og jenter går på samme skole i

Norge. Det er derimot individuelt hvor viktig dette er for den muslimske familie. Det viser seg at dette med avstand mellom kjønn ikke nødvendigvis er veldig synlig blant muslimer i Norge, men at mange ønsker å opprettholde denne avstanden. Videre skrives det om at mange strever mye for å opprettholde tradisjoner som de er vant med fra hjemlandet sitt. Dette er viktig å ta hensyn til, spesielt i helsevesenet da det ofte er utenkelig å motta behandling for en kvinnelig muslim av det motsatte kjønn. Det viser seg også at flere takker nei til helsehjelp fordi de frykter å ikke bli behandlet av kvinner og at det ikke skal tas hensyn gjeldende kroppslig berøring og at mange føler seg blottlagt (Eriksen & Sajjad, 2015, s. 168-170, 172).

3.4 Familien og kjønn innen islam

Relatert til forrige kapittel er det relevant å si noe mer om dette med kjønn i Islam. I tillegg må det sies noe om familie. Jeg velger å snakke om begge disse tingene i samme kapittel fordi det gjerne er en del sammenheng her. Som troende muslim er man pliktet til å underkaste seg familien, foreldrene og Gud. Kjønnssrollene i familien skal utfylle hverandre. Kvinnen har sin rolle hjemme med ivaretagelse av familien der. Hvordan kvinnen oppfører seg har stor betydning for æren i familien. Mannens rolle er mer ute i samfunnet. Han skal forsørge familien sin og er overordnet og ansvarlig for familien på denne måten. Tradisjonelle muslimer har gjerne en kollektivistisk oppfattelse som gjør at man er avhengig av å være i en gruppetilhørighet, som da gjerne er familien. Dette gir en sterk gruppefølelse. Det er vanlig med mye besøk av de nære når man er syk som muslim. Å få mye besøk på for eksempel sykehjemmet vil mennesker fra norden gjerne tenke det at kan være belastende, mens det for den muslimske kvinnen vil kunne være noe som fremmer trygghet. Ofte vil den syke muslim være svært avhengig av å ha familien i nærheten. Når det gjelder å ta avgjørelser i familien vil det ofte være et hierarki hvor den overordnede som gjerne er mannen tar avgjørelsene (Hanssen, 2011a, s. 163, 165).

3.5 Å hjelpe den eldre kvinnelige muslim med stell

Som beskrevet i begrepsavklaringen er det stellsituasjoner jeg ønsker å drøfte rundt i forhold til opplevelse av verdighet hos muslimsk kvinnelig pasienter. Noe som kommer fram som

viktig i forhold til generell pleie og behandling ovenfor muslimer er at en kvinne skal pleie en kvinne og menn skal pleie menn. Dette på grunn av at muslimer gjerne har religiøse restriksjoner mot berøring mellom kjønn med mindre det er familiemedlemmer (Hanssen, 2011a, s.177).

Et stell kan by på ulike utfordringer relatert til å bevare den enkeltes integritet. Sykepleieren skal hele tiden streve etter å pleie pasienten med respekt og omtanke. Et godt samarbeid med pasienten kreves for å kunne oppnå god omsorg. Å gi et godt og omsorgsfullt stell krever tid og oppmerksomhet som man vil merke at vil kunne være manglende på sykehjemmet. Det er også viktig å ta tak i at kroppen ikke kun er et objekt, men har også å gjøre med ens identitet. Stellet må ha et personsentrert fokus (Brodtkorb, 2014, s. 175, 176). Å få hjelp til stell utover ens intimsoner vil kunne kjennes ubehagelig uansett hva slags kulturell og religiøs bakgrunn man har. Følelse av bluferdighet vil kunne komme fram av både personlighet, religion og kultur, og som nevnt er det strenge regler når det gjelder omgang med det andre kjønn innen islam. Det hender at man møter på pasienter med ulik kulturell bakgrunn som ikke ønsker å bli stelt av sykepleierne, men heller vente på familien til å gjøre dette. Noe annet viktig er dette med skjerming spesielt relatert til muslimske kvinner. Å ha på seg en kort sykehusskjorte vil ofte ikke være akseptert. Det er viktig at pasienten får kle seg som ønskelig og skjermes på en god måte. Hvis pasienten er svært bluferdig er trygg relasjonsbygging et viktig moment (Hanssen, 2011b, s. 153, 154).

Innen islam er det viktig å ta for seg at det eksisterer en rituell renhet som går ut på at det finnes en sjelelig betingelse for renhet med den kroppslige renheten. Med dette følger ulike tiltak en muslim gjør for å opprettholde denne renheten. Dette viser jeg videre til i drøftingskapittel 4.1. Noe annet å bemerke seg er at noen muslimer anser helsearbeidere som “urene” fordi de har arbeid som tilsier håndtering av kroppsfunksjoner som anses urene (Hanssen, 2011a, s. 181, 182).

3.6 Verdighet

“Verdighet er å bli sett og godtatt som deg, med din gud, din hud, dine skikker, din væremåte” (Fugelli, 2016, gjengitt av Høye, 2017).

Verdighet er noe vi alle får som menneske og kan brukes som synonym til menneskeverd. Edlund har definert at det finnes både en relativ og en absolutt form for verdighet. Absolutt verdighet handler om at man er et unikt menneske tilhørende et felleskap. Denne typen verdighet vil ikke bli gitt fra et menneske til et annet. Når det er snakk om relativ verdighet handler det om at man gir begrepet verdighet forskjellig betydning som enkeltmenneske. Hvert menneske får opplevelse av verdighet ut ifra verdier som å oppleve frihet for eksempel. Blir ens verdier truet vil også opplevelse av verdighet være truet. En viktig oppgave for sykepleiere vil derfor være å hjelpe pasienten til å oppleve god verdighet ved å sørge for å opprettholde ønskelige verdier (Hall & Graubæk, 2010, s. 68, 69).

3.7 Identitet, egenverd og individuell sykepleie

Identitet er noe mennesker opplever i forhold til å være seg selv. Identiteten gir opplevelse av helhet over sitt liv. Dette innebærer at man gjør seg vurderinger av seg selv som menneske. Egenverd handler om at man gir seg selv en verdi som menneske og er noe som gjør at man tenker godt om seg selv. Når man blir syk vil man ha begrenset frihet til å utfolde seg i forhold til sine verdier. Sykepleieren kan på ulike måter støtte og hjelpe pasienter til styrket opplevelse av identitet og egenverd. Nærhet, medfølelse, selvforståelse, selvavgrensning og selvrefleksjon er noe som bidrar til dette. Andre viktige momenter vil også dreie seg om å vise forståelse, ta tak i egne holdninger, ta tak i hvordan man snakker for å vise respekt, medfølelse og bekrefte pasienten (Solvoll, 2011, s.16, 22, 27- 29, 32).

Som sykepleier skal man videre yte individuelt tilpasset sykepleie ut ifra den enkeltes behov og ønsker noe som ikke alltid ser ut til å oppfylles i og med at man kanskje har annerledes perspektiv enn pasienten. Et viktig poeng er dermed at for at pasienten skal kunne føle verdighet og respekt må sykepleieren være flink til å ta tak i den enkeltes erfaringer og syn når sykepleien skal utføres. Sykepleieren må da derfor finne ut av hvem pasienten er som person og hvordan helsesituasjonen påvirker både pasient og pårørende (Kirkevold, 2014, s. 106-107).

3.8 Etikk og jus

Når vi skal ta frem lovverk i forbindelse med sykepleie til muslimske kvinner på sykehjem mener jeg det vil være relevant å ta for seg forskriften som omhandler en verdig eldreomsorg. Forskriften går ut på at det skal være en verdighetsgaranti i eldreomsorgen hvor det er slik at det skal legges til rette for at den enkelte som mottar pleie skal få et verdig og meningsfylt liv som er rettet mot hver enkeltes behov i følge §2 (Verdighetsgarantiforskriften, 2010).

Videre ser jeg det som relevant å trekke fram helsepersonelloven som har som formål å bidra til kvalitet i helsetjenesten og at man skal kunne ha tillitt til helsepersonellet. Det er relevant å ta for seg §4 i forhold til at man er pliktet til å handle faglig forsvarlig og at man skal gi omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999). En annen relevant lov er pasient- og brukerrettighetsloven som i det store og hele sikrer pasientenes krav slik at de rettmessig blir behandlet med respekt for liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Det er også en del etiske prinsipper som skal vektlegges i sykepleien og som jeg har formulert i problemstillingen har jeg valgt å ha et særegent fokus på verdighet. Av den grunn ser jeg det relevant å ta for meg NSF's yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Det utgis at det ligger et grunnlag for all sykepleie som skal bygge på respekt for den enkeltes liv og verdighet. Videre skal sykepleie være omsorgsfull med respekt for menneskerettighetene (Norsk Sykepleieforbund, 2016). Noe annet når gjelder etikken er at det er fire sentrale prinsipper som gjerne brukes som rammeverk innenfor etikken. Disse er velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. Alle prinsippene regnes som like viktig ovenfor hverandre men må også vurderes etter hva slags etisk problem som oppstår. Av og til må prinsippene settes opp mot hverandre (Brinchmann, 2014, s. 84, 85). Noe annet som er viktig ta for seg innenfor sykepleieetikken i forbindelse med sykepleie til muslimske pasienter er nærhetsetikken som handler om møtet med det andre mennesket. Etikken dreier seg om samspillet mellom en person og den andre. Innen nærhetsetikk er det relevant å ta fram Løgstrups tanker. Han trekker blant annet fram noe han kaller for spontane livsytringer som ligger i grunn i oss som mennesker. Disse er at man har tillitt, at man viser medlidenhet, er barmhjertig, har åpen tale og håp. Videre snakker Løgstrup om at man legger sitt liv i andres hender, noe som også gjør at man forventer å bli ivaretatt på en god måte (Brinchmann, 2014, s. 119, 122, 123).

3.9 Katie Eriksson

Katie Eriksson er en finsk sykepleier født i 1943. Hun har skrevet flere verk relatert til omsorg og sykepleie og har hatt et variert forfatterskap. En del bøker har en filosofisk tankegang som ikke kun er rettet mot sykepleie, men mot omsorgsarbeidere generelt. Hennes hovedmål er å få frem det grunnleggende innenfor omsorg. Jeg har selv valgt å ta utgangspunkt i hennes bok, *Vårdandets idé* som beskriver nettopp det grunnleggende relatert til omsorg (Kristoffersen, 2011, s. 241).

3.9.1 Katie Erikssons omsorgsteori

Som overordnet teori i oppgaven har jeg valgt Katie Erikssons omsorgsteori fordi hun har utarbeidet omsorgsteori om både menneskesyn, helse og pleie som jeg ser som relevant for min oppgave.

Eriksson utgir at utøvelse av omsorg innebærer at man gjennom ulike former for pleie, lek og læring gjør at mennesket opplever tilfredsstillelse, tillitt, velbehag og oppnåelse av endret helse. Eriksson legger videre stor vekt på at tro, håp og kjærlighet bidrar til å oppleve indre frihet og at dette igjen innvirker på integriteten og helsen. Om menneskesynet skriver Eriksson at å være menneske innebærer helhet av både kropp, sjel og ånd (Eriksson, 1987, s. 9, 10, 21).

Pleie er en handling basert på kjærlighet skriver Eriksson. Ifølge Eriksson er pleie den mest grunnleggende formen for omsorg. Kjentegn ved pleien er varme, nærhet og berøring. Mennesket strever etter å sørge for seg selv med sine kroppsfunksjoner. Å kunne styre dette selv gir følelse av å være et eget individ. Som pleier må man derfor hjelpe pasienten til å kunne utføre dagliglivets aktiviteter når det er begrensede muligheter for pasienten å gjøre det selv. Pleien sitt formål skal være tilfredsstillelse, nytelse og det skal gi kroppslig velbehag. Et viktig moment i pleien oppgir Eriksson at er berøring hvor det sies at man har behov for dette som menneske (Eriksson, 1987, s. 24).

4. Drøfting

I følgende kapittel skal det nå drøftes rundt hva sykepleieren faktisk kan bidra med for å ivareta verdigheten til muslimsk kvinnelige pasienter i stellsituasjoner på sykehjem. Utgangspunktet vil være forskningen og faglitteraturen som jeg har funnet og skrevet om i teorikapitlet. Måten jeg vil drøfte dette på er med hjelp av omsorgsteori og standpunkt i forhold til verdighet og pleie som relateres til den muslimske kvinnen. Jeg skal ved hjelp av den fagkunnskapen jeg har hentet om muslimske pasienter legge fram sykepleiefaglige utfordringer og hvordan sykepleieren kan legge forholdene til rette på best mulig måte for å lette disse utfordringene slik at pasienten opplever verdig pleie på sykehjemmet.

4.1 Det gode stell ovenfor den muslimske kvinnen

Stellet er en stor sykepleieoppgave og innebærer at sykepleieren hjelper pasienten med kroppsvask og påkledning (Brodtkorb, 2014, s.174). Siden jeg bruker Erikssons omsorgsteori som hovedteori er det relevant å trekke fram hennes pleiebegrep i sammenheng med dette. Eriksson skriver at pleie er en handling som er basert på kjærlighet og at det er den mest grunnleggende formen for omsorg med kjennetegn av varme, nærhet og berøring. Pleie har dessuten som formål å oppnå tilfredstillelse og kroppslig velbehag. I tråd med dette pleiebegrepet kommer det tydelig fram hva som kjennetegner pleie innen sykepleie og som da viser at sykepleieren skal gi stell basert på omsorg. Noe annet Eriksson poengterer er at pleie er noe som skal bekrefte pasientens eksistens (Eriksson, 1987, s. 24). Dette gjør at jeg tenker at pleien sykepleieren gir skal samsvare med at pasienten opplever god verdighet ved stellet. Det er realistisk å anta dette relatert til at Manookian et al. i sin studie skriver at å ta hensyn til muslimens religiøse verdier står på lik linje som å respektere deres menneskelighet som med igjen bidrar til ivaretagelse av deres verdighet (Manookian, Cheraghi & Nasrabadi, 2014b).

I følge Brodtkorb er stell noe som kan by på ulike utfordringer når det gjelder å bevare den enkeltes integritet. Derav understrekes det at det kreves godt samarbeid med pasienten for å gi den omsorgen som trengs og at sykepleieren må ha et personsentrert fokus for å oppnå dette (Brodtkorb, 2014, s. 175). I tråd med dette ses viktigheten av å utøve individuelt tilpasset

sykepleie som baserer seg på den enkeltes behov og ønsker for å bidra til opplevd verdighet i stellsituasjonen. Kirkevold understreker derfor at det er viktig å ta den enkeltes syn og erfaringer i betraktning slik at pasienten føler seg respektert med sin verdi (Kirkevold, 2014, s. 106-107). I samsvar med dette kommer en viktig påstand fra Erikssons side fram om at god pleie er noe som bidrar til at pasienten vil føle seg akseptert som igjen gir følelse av at individualitet og identitet vil bli bekreftet (Eriksson, 1987, s. 34). Derfor ses viktigheten av at man som sykepleier i møte med den muslimsk kvinnelige pasient må sette seg inn i den enkeltes verdier og tro for kunne gi omsorgsfull og individuelt tilpasset sykepleie ved stell etter min mening.

Relatert til at pasienten vi møter i denne oppgaven er på sykehjem med stort pleiebehov kan en av faktorene som Zeilani & Seymour trekker fram i sin forskning om muslimske kvinners opplevelser av kropp ved kritisk sykdom tas fram. Denne faktoren går ut på at man som syk opplever å ha en avhengig kropp. Det å miste styrke og bli hjelpetrengende ga for flere muslimske kvinner opplevelse av skam, byrde og hemning som viste seg at kunne relateres til den vanlige rollen kvinnen har i familien med å være den som er hjelper andre familiemedlemmer i hjemmet (Zeilani & Seymour, 2012). Relatert til dette kan det trekkes fram at Eriksson påpeker at det er menneskelig å sørge for å opprettholde sine egne kroppslige funksjoner og at når man styrer dette selv vil føle seg som eget individ. Som pleier må man derfor bidra for å hjelpe pasienten med å utføre de daglige aktiviteter som pasienten ikke selv klarer lenger (Eriksson, 1987, s.24). Det innebærer derimot at man vet noe om hvordan pasienten ønsker å få hjelp med et eventuelt stell. I henhold til pasient- og brukerrettighetslovens §3-1 som handler rett til medvirkning fremstår det at pasienten skal kunne ta avgjørelser relatert til sin egen helse i samarbeid med helsepersonell (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) Dette krever at sykepleieren legger stor vekt på å få fram pasientens meninger når avgjørelser relatert til stell skal tas som jeg mener kan relateres til å bidra til opplevd verdigheten hos den muslimske kvinnen. Ser man på hva verdighet faktisk omhandler anser jeg det realistisk å ta en slik antagelse.

Ut i fra verdighetsbegrepet som Edlund har definert rettet mot at det finnes en relativ verdighet som går ut på at man opplever verdighet ut ifra ulike verdier man tilegner seg (Hall & Graubæk, 2010, s. 68, 69) ses derfor viktigheten av å finne måter å få fram disse verdiene hos pasienten slik at de også kan opprettholdes hos den muslimske kvinnen når man for

eksempel gir stell. Dette utgir også Hall & Graubæk at er en viktig oppgave for sykepleiere (Hall & Graubæk, 2010, s. 69).

Et godt stell krever tid og oppmerksomhet skriver Brodtkorb (Brodtkorb, 2014, s. 175). Egen erfaring viser at mangel på tid relatert til dårlig bemanning preger hverdagen på sykehjem. Dette bekrefter Brodtkorb med å skrive at behovet eldre nettopp har for tid ikke samsvarer med bemanning i eldreomsorgen. Når sykepleieren i tillegg skal ta hensyn til den enkeltes identitet kreves denne tiden og hengivenheten (Brodtkorb, 2014, s.175-176). Hvis sykepleieren ikke har tid til å gi et fullverdig stell kan det tenkes at vil kunne gi konsekvenser relatert til kvalitet i sykepleien. Dette mener jeg at er realistisk å anta ved å trekke fram helsepersonelloven som er en lov som skal bidra til kvalitet og tillitt. Det kommer fram av loven at faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp er noe sykepleieren er pliktet til å gi enhver pasient (Helsepersonelloven, 1999) Molven hevder at den faglige forsvarligheten man er pliktet til å gi handler om å ikke gjøre noe som er dårlig for pasienten eller til skade. Loven trekker også fram viktigheten av å bemerke seg den omsorgsfulle hjelpen som fremtrer i loven, som dreier seg om at man er pliktet til å handle verdibasert som helsepersonell. Det innebærer at sykepleieren faktisk må ta sine valg basert på verdier i forbindelse med hvordan det opptres ovenfor pasienten (Molven, 2014, s. 127-128). Hvis man ikke har tiden til hjelp ses det som vanskelig å ta hensyn til disse tingene som kommer fram av lovverket. Dette mener jeg kan støttes opp mot at Brodtkorb skriver at tidspress kan redusere det omsorgsfulle ved stell og at dette gir fare for krenkelser. Derfor er det viktig at sykepleieren er nøye med organisering av stell på sykehjemmet som vil bidra til faglig forsvarlighet på en omsorgsfull måte (Brodtkorb, 2014, s. 181).

Når vi videre snakker om et godt stell ovenfor den muslimske kvinnen. Er det spesielt noe som kommer fram som særegent viktig å ta hensyn til. Hanssen skriver at grunnet restriksjoner innen den islamske tro relatert til berøring mellom kjønn bør kun kvinnelige sykepleiere ta seg av den muslimsk kvinnelige pasienten (Hanssen, 2011a, s. 177). Zeilani & Seymour bekrefter dette ytterligere i sin forskningsartikkel hvor det kommer fram ulike opplevelser fra muslimske kvinner ved å være syk. Det fremstod blant annet av forskningen at muslimske kvinner oppleveler å ha en sosial, avhengig og kulturell kropp. Det kom spesielt fram fra kvinnen relatert til å ha en kulturell kropp at kulturelle normer og islamsk tro har betydning for hvordan mennesket opplever sin kropp. Derfor kommer det fram som et veldig viktig moment at menn ikke skal pleie kvinner ved sykdom som er noe kvinnene relaterer til

den islamske tro. I artikkelen kom det fram situasjoner blant kvinnene som deltok i studien hvor dette hensynet ikke ble fullt respektert, eller situasjoner hvor kvinnen tillot å motta hjelp fra mannlige helsearbeidere men ikke trivdes med dette. Kvinnene beskrev disse situasjonene som ukomfortable og krenkende (Zeilani & Seymour, 2012). Disse situasjonene som kvinnene i studien har beskrevet viser at det er svakheter med opprettholdelse av muslimske kvinners ønsker og behov i enkelte situasjoner. Derfor er det relevant å minne sykepleieren på etiske prinsipper i sitt fagfelt. Punkt 2 i yrkesetiske retningslinjer viser til at sykepleieren skal ivareta verdigheten og integriteten til den enkelte pasient og at dette innebærer at pasienten skal være medbestemmende og ikke bli krenket i tillegg til å ha krav på helhetlig sykepleie (Norsk Sykepleieforbund, 2016). Det vil også være realistisk å anta at prinsippene velgjørighet og autonomi som er to av fire prinsippers etikk (Brinchmann, 2014, s. 84) ikke har blitt tilstrekkelig opprettholdt i situasjonene som ble beskrevet av de muslimske kvinnene i forskningen til Zeilani & Seymour. Dette er realistisk å anta i forbindelse med de beskrevne opplevelsene kvinnene kom med. På den ene siden bør det være utenkelig at disse etiske prinsippene ikke blir respektert. På den andre siden tenker jeg at i tilfeller det ikke er kvinnelig pleier til stede er sykepleieren selv ansvarlig for å finne en løsning som ikke krenker den muslimske kvinnen ved stell. Hanssen hevder at hvis mannlige helsepersonell må hjelpe kvinnen har det blitt sett som nyttig at denne helsearbeideren danner en god relasjon med for eksempel ektefellen til kvinnen hvis dette skulle være aktuelt (Hanssen, 2011a, s. 177)

I forbindelse med stell er det også slik at det innen islam finnes renhetsritualer som det er viktig for sykepleieren å vite om da det er rimelig å anta at dette også kan prege et vanlig stell. Når det gjelder rituell renhet som retter seg mot sjelens renhet eksemplifiserer Hanssen blant annet at muslimer gjerne skal vaske seg i rennende vann. Videre påpeker hun at det derfor ofte ikke er aktuelt for muslimer å bruke vaskekluter. Et annet viktig poeng som Hanssen peker på er at venstre hånd anses som uren. Muslimer ønsker gjerne også å skylle seg nedentil etter toalettbesøk (Hanssen, 2011a, s. 181-182). I mine øyne er det realistisk å anta at om disse faktorene ikke blir respektert hos den troende vil det kunne prege den verdigheten den muslimske kvinnen vil oppleve ved stell. Dette perspektivet kan ses i samsvar med det Cheraghi et al. har funnet ut av sin forskning hvor det hevdes at verdighet påvirkes blant annet av den personsentrert omsorgen hvor det er viktig å være klar over og respektere religiøse og kulturelle verdier, som blant annet inkluderer religiøse ritualer (Cheraghi, Manookian & Nasrabadi, 2014a). Dette er noe som også kan diskutere i forbindelse med

kulturforskjeller. I tråd med at Eriksen & Sajjad skriver at mennesker ofte har mye av de samme behovene i ulike samfunn, er det slik at kultur gjør at det ofte er ulike måter å dekke disse behovene på (Eriksen & Sajjad, 2015, s. 36, 37). Slik sett er det tenkelig at ivaretagelse av den personlig hygiene er minst like viktig for den muslimske kvinnen, men som det vises kan det ses forskjeller i måten det er ønskelig å ivareta denne på.

4.2 Bluferdigheten

Av litteraturen jeg har funnet fremtrer det etter min mening at å hjelpe en muslimsk kvinne med stell er noe som krever stor sensitivitet fra sykepleieren side. Dette samsvarer med det Hanssen skriver om at mange muslimske kvinner viser seg å være veldig sjenerte over egen kropp (Hanssen, 2011a, s. 163). Det er realistisk å anta at denne bluferdigheten kommer av kulturelle og religiøse normer innen islam selv om bluferdighet også er noe som preger de fleste pasienter uansett kultur. Likevel ses det spesielt utpreget hos muslimske kvinner. Dette kan støttes opp mot at det ligger et religiøst perspektiv i forhold til at det finnes restriksjoner mot omgang og berøring med det motsatte kjønn som ikke er familie (Hanssen, 2011b, s. 153). Eriksen og Sajjad viser til at noen muslimer opplever det utfordrende å møte den norske kulturen spesielt relatert til at det er mer kulturelt akseptabelt å ha nært forhold på tvers av kjønn. Videre påpekes det at muslimske kvinner frykter helsevesenet i Norge relatert til å være i fare for å bli pleiet av menn. Eriksen og Sajjad skriver også om at tiltak som involverer blottlegging og berøring er et problematisk område for muslimske kvinner. Dette ses ved opplevelser muslimske kvinner uttrykker i forhold til å være lite skjermet som har følt ydmykende (Eriksen og Sajjad, 2015, s. 168-171). Siden dette fremtrer ses viktigheten av Hanssens poeng om å være bevisst som sykepleier når det gjelder muslimske kvinners ønsker og behov relatert til å sørge for at pasienten er tilstrekkelig tildekket. Hun presiserer for eksempel at pasienten ikke skal trenge å ha en kort sykehuskjorte hvis behandling ikke tilsier dette, og viktigheten av å se til at kvinnen har det så privat som mulig (Hanssen, 2011b, s. 154).

Det er verdt å merke seg at forskning viser at helsepersonell ser det spesielt utfordrende å bistå den fremmedkulturelle pasient med personlige/intime aktiviteter. Rettet mot intimitet og pleie opplever helsepersonell stress ved å utføre pleie av det motsatte kjønn grunnet lite

kunnskap om kulturelle og religiøse skikker i forhold til dette og at det ses vanskelig å finne en god balanse mellom å effektivt gi pleie samtidig som helsepersonell skal respektere behov relatert til det sensitive rundt intimitet (Debesay, Harsløf, Rechel & Vike, 2012). Derfor ser jeg det igjen som viktig å trekke frem en løsning som Hanssen kommer med om at pasienten trenger tilstrekkelig informasjon om viktigheten av for eksempel hygieniske forhold. Videre påpeker hun at relasjonsbygging er et særegent element når man møter en svært bluferdig og sjenert pasient. Det understrekes at hvis pasienten blir trygg nok i sitt forhold til sykepleieren vil utfordringene relatert til bluferdighet kunne lettes (Hanssen, 2011b, s 154).

4.3 Inkludering av pårørende

Hanssen utgir at det ofte hender at kvinner med fremmedkulturell bakgrunn ønsker å vente på sin familie for å få hjelp med stell (Hanssen, 2011b, s. 153). Dette kan man se at gjerne samsvarer med bluferdigheten som ble drøftet i kapitel 4.2. I tråd med forskningen til Zeilani & Seymour vises det at et viktig aspekt for en muslimsk kvinne er deres sosiale kropp med viktigheten av å ha sin familie nær seg ved sykdom. I tillegg kom det fram at muslimske pasienter er vant til at det er familien som hjelper når noen blir syk i familien og at sykepleieren heller skal ha en mer støttende funksjon i disse situasjonene. Videre kom det fram synspunkt i forskningen om at det føles uvant å bli hjulpet av en sykepleier som syk isteden for av familien, og at det var et stort behov for å ha familien rundt seg som støtte i sin uvante situasjon (Zeilani & Seymour, 2012). Det er rimelig å anta at dette har noe å gjøre med islamsk tro og kultur å gjøre. Dette fordi det hevdes av at man som troende muslim skal underkaste seg familien som man underkaster seg Gud og at det er vanlig at tradisjonelle muslimer gjerne har et kollektivistisk syn, som gjør at man gjensidig er avhengig av hverandre i familien eller gruppen man tilhører (Hanssen, 2011a, s. 163, 165). Et annet moment som kan komme opp er at noen muslimer har fordommer mot helsepersonell i forbindelse med at de daglig håndterer urenheter og ønsker kanskje da ikke å få noe særlig hjelp av sykepleieren (Hanssen, 2011a, s. 182).

Påstandene som kommer fram gjør at jeg på den ene siden tenker at å inkludere familien og la pasienten bestemme behov for nærhet til familien skal oppfylles. Dette fordi pasientens ønsker og behov skal respekteres slik at pasienten føler seg verdsatt. Verdighetsgarantien er

noe som støtter dette i og med at den handler om at eldreomsorgen skal gjøre at pasientene får ha et meningsfylt liv hvor behov hos den enkelte skal respekteres (Verdighetsgarantiforskriften, 2010). I tillegg er det lovbasert etter § 3-1 i pasient- og brukerrettighetsloven at pasienten i utgangspunktet får bestemme om andre personer skal få være tilstede når omsorgstjenesten gis (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). På den andre siden vil det derimot kunne utfordre det sykepleiefaglige ved stellet som sykepleieren er pliktet til å sørge for, hvis pasienten kun ønsker hjelp av sin familie. I tråd med at Eriksson skriver at utøvelse av pleie har som formål at pasienten skal oppnå tilfredsstillelse, nytelse og kroppslig velbehag (Eriksson, 1987, s. 24) tenker jeg at viktigheten av å møte pasient og pårørende på midten når det gjelder ønsker relatert til stell er essensielt. Det er grunn til å anta at Hanssen er enig i denne påstanden når hun skriver at hvis pårørende skal utføre stell er det viktig at sykepleieren tar ansvar for at personlig hygiene til pasienten blir tilstrekkelig ivaretatt relatert til at dette er sykepleierens ansvar og at en god idé for at dette skal fungere er å gi pårørende tilstrekkelig undervisning om stell (Hanssen, 2011b, s. 153, 154)

4.4 Sykepleiebidrag for å ivareta det verdifulle mennesket

Sykepleieren skal ta hensyn til pasientens tilegnede verdier. Eriksson har som jeg har skrevet i kapittel 3.9.1 beskrevet menneskesynet og hevder at å være menneske innebærer en helhet med å ha både en kropp, sjel og ånd. Det er denne helheten som går hånd i hånd med helsen til hvert enkeltmenneske (Eriksson, 1987, s. 10). I forbindelse med stellesituasjonen som på den ene siden har et kroppslig fokus må det derfor på den andre siden også vises hensyn til pasientens sjelelige og åndelige behov ved stell. Hasnain et al. hevder ut i fra sin forskning at helsepersonell har lite forståelse for religiøse og kulturelle verdier som er av betydning for den muslimske kvinnen ved sykdom. Som følge av denne utfordringen utgir muslimske kvinner at det er av god anbefaling at helsepersonell bruker tid på å lære om grunnleggende religiøse og kulturelle verdier til muslimske pasienter for å bedre dette (Hasnain, Connell, Menon & Trammer, 2011).

Som jeg har nevnt i kapittel 3.7 kan sykepleieren på ulike måter støtte og hjelpe pasienter til styrket opplevelse av identitet og egenverd. Solvoll påpeker at nærhet til pasientene ofte fremtrer som positivt for å få god kontakt med pasientene, men påpeker også at nærhet er noe sykepleieren må være forsiktig med fordi man også trenger distanse i sitt yrke (Solvoll, 2011,

s. 27). Dette med nærhet er også noe Eriksson hevder at er et viktig element innenfor pleie. Ved pleie som kommer fra et kravløst ståsted og som ikke er basert på pasientens handlinger men personen selv påpeker Eriksson at medvirker til at pasientens identitet oppleves som bekreftet (Eriksson, 1987, s. 24). Av dette er det grunn til å tro at nærhet er et viktig element også ved selve stedet ovenfor den muslimske kvinne for å ivareta deres verdi. Dette kan også bekreftes etisk i forbindelse med Løgstrups nærhetsetikk. Løgstrup hevder nettopp at mennesket legger sitt liv i andres hender, og at man da også forventer å bli ivaretatt på en god måte. Dette fremstår av tillitt som er en av de spontane livsytringene Løgstrup utgir at vi har automatisk som menneske (Brinchmann, 2014, s. 122, 123).

Solvoll peker videre på at medfølelse er noe annet som kommer fram som viktig da det kan hjelpe til å se det pasienten uttrykker. Videre fremstår det at for å kunne hjelpe pasienter så er det viktig å ha selvforståelse og veksle mellom å avgrense seg selv og drive selvrefleksjon. Selvavgrensning dreier seg om å skille mellom egne og pasientens opplevelser, samtidig bør man drive selvrefleksjon som innebærer å gjøre opp tanker om seg selv. Dette viser at man må prøve å vise forståelse for pasienten uten å nødvendigvis ha samme meninger. Noe annet som er viktig er å ta tak i egne holdninger. Det blir viktig å tenke over i forbindelse med hva man sier og gjør og hvordan det vil påvirke pasienten (Solvoll, 2011, s. 27-28). Det viser seg å være realistisk å ta opp dette med holdninger når man også finner forskning som viser til at det er reelle utfordring relatert til fordommer blant sykepleiere og det bekreftes i studien at det er viktig at helsepersonell utforsker egne fordommer for å i det hele tatt kunne utøve kulturelt kompetent sykepleie (Hart & Mareno, 2014). Hvordan er det ellers mulig å vise respekt og medfølelse ved stell som bidrar til opplevelse av verdighet? Solvoll skriver at vi har god mulighet til å vise respekt og medfølelse ut ifra hvordan vi snakker. Sykepleieren skal vise anerkjennelse og dette kan gjøres ved å reflektere over måten man snakker og handler på. Å bekrefte den andre blir viktig i følge Solvoll for å vise respekt og anerkjennelse for hvem den enkelte pasient faktisk er (Solvoll, 2011, s. 29, 32). Støttende til dette kan Erikssons påstand om at det er viktig å gå inn i seg selv slik at man kan vise med egne handlinger at man bryr seg om den man pleier styrke det Solvoll skriver (Eriksson, 1987, s. 26)

I og med at det man opplever av verdighet vil være forskjellig fra person til person og at verdighet oppleves basert på verdier som er viktig for den enkelte som for eksempel kan være frihet i følge Hall og Graubæk (Hall & Graubæk, 2010, s. 68-69) tilsies viktigheten av å finne ut av den enkeltes verdier på individuell basis. Likevel finnes forskning om felles

oppfatninger om opplevelsen av verdighet i møte med helsevesenet. Dette viser at det faktisk finnes noen generelle prinsipper som gjør at sykepleieren kan bidra til at verdigheten blir ivaretatt. Studien viser at helsepersonellens personlighet er av betydning. Det vises for eksempel til at hvis helsepersonell viser selvrespekt vises større evne til å gi lik respekt til pasienten. Noe annet som kom fram som essensielt for god opplevelse av verdighet var at kommunikasjon er viktig hvor kroppsspråk, medfølelse og god tid er viktige momenter. Det hevdes også av deltakerne i studien at atferden til helsepersonellet er av stor betydning hvor det å vise forpliktelse, ferdigheter, kompetanse og at det er nok personal kommer fram som essensielt (Manookian, Cheraghi, Nasrabadi, 2014b). Ved å følge disse prinsippene ser det altså ut til at man kan komme ganske langt som sykepleier for å gi den omsorgen pasienter generelt trenger for å føle seg verdig behandlet og at disse prinsippene bør følges ved stell som ved alle andre handlinger som sykepleier. Av disse elementene som kommer fram som essensielt for verdighet ser jeg stor sammenheng med hvordan dette også kan rettes mot omsorgsfull sykepleie. Dette mener jeg at styrkes med Erikssons påstand om at utgangspunkt for all omsorg innebærer ivaretagelse av hele mennesket og at å yte omsorg gjør mennesket helhetlig (Eriksson, 1987, s. 11)

4.5 Kulturelt kompetent sykepleie

I tråd med mye av det jeg har skrevet gjennom oppgaven vises viktigheten av å trekke fram utøvelse av kulturelt kompetent sykepleie som svært essensielt. Den kulturelle kompetansen som betyr at man skal ha kunnskap nok, men også riktige holdninger for å kunne yte pleie av kvalitet til pasienter fra forskjellige kulturer viser det seg derimot at sykepleiere ikke har nok av (Aplers & Hanssen, 2014, s.1). Forskning viser altså at det er en del svakheter når det gjelder denne typen kompetanse hos sykepleiere. Hva gjør så dette med kvalitet i pleien som den muslimske kvinnen har krav på og hvordan vil verdigheten under stell bli påvirket når kunnskapen er svak? Når muslimske pasienter påpeker viktigheten av at helsepersonell har slik tilstrekkelig kompetanse for å kunne respektere den enkeltes religiøse verdier tenker jeg på at sykepleieren faktisk er selvstendig ansvarlig for å sørge for dette som også kommer fram i helsepersonelloven rettet mot faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999).

Jeg mener likevel at man kan sette seg kritisk til muligheter sykepleieren har i forbindelse med å bedre sin kulturelle kompetanse. Dette sammenfaller spesielt med forskningen til Hart & Marenò som viser til at sykepleiere synes det er vanskelig å lære fra så mange forskjellige kulturer og at det er mangel på ressurser for å kunne lære om kulturer og at det dermed blir vanskelig å sørge for de kulturelle behovene ved utførelse av pleie (Hart & Marenò, 2014). På tross av dette er det derimot viktig å finne løsninger på bedring som selvstendig sykepleier. Hanssen påpeker viktigheten av å foreta en kulturell datasamling i den anerkjente datasamlingsprosessen som sykepleieren vanligvis foretar, og at denne kontinuerlig må oppdateres. Det hevdes av Hanssen at dette er viktig for å fange opp motsettende meninger mellom pasient og sykepleier, og at det hindrer egne antakelser sykepleieren ha om pasienten med vedkommende kultur og religion. Datasamlingen gjør også at man får tak i de religiøse og kulturelle verdiene som er viktig for den enkelte pasient. På denne måten vil man finne ut hva som faktisk er av betydning for den enkelte som er viktig for den opplevde verdigheten (Hanssen, 2014, s. 49)

5. Konklusjon

Denne oppgaven har hatt fokus på møtet med muslimsk kvinnelige pasienter på sykehjem med fokus på deres opplevelse av verdighet, og hvordan sykepleieren kan bidra for å ivareta denne verdigheten i stellsituasjoner. Stell i seg selv vil kunne by på ulike utfordringer, men utfordringene vil variere fra person til person slik at individuelt tilpasset sykepleie blir viktig. På den måten vil hver enkeltpasients verdier tas i betraktning og ivaretas.

Sykepleieren har mye å bidra med for at verdigheten til den muslimske kvinne blir ivarettatt ved stell. Flere faktorer kommer fram som essensielle for at dette kan oppnås. Ved å bruke forskning om pasientgruppen, Erikssons omsorgsteori, Hanssens arbeid sammen med annen relevant sykepleielitteratur viser det seg at det er spesielt viktig å ha fokus på kulturell kompetanse i sykepleiefaget, inkludering av pårørende og å vise sensitivitet rettet mot bluferdighet hos muslimske kvinner. Videre er det viktig at sykepleieren setter seg godt inn i pasientens oppfatninger og jobber med å komme nær pasienten slik at hun blir trygg på sykepleieren.

Ved å få fram pasientperspektiv fra forskning vises ulike behov muslimske pasienter har rettet mot å føle seg verdsatt av helsepersonell. Det viser seg som sentralt at det er viktig for muslimske kvinner at helsepersonell fremtrer respektabelt for den islamske religionens verdier og ritualer og tilrettelegger ved sykepleien. Mye av sykepleiefaget viser tydelig hva som skal gjøres for utførelse av et verdig stell og mye er overførbart til stell av muslimske kvinner. Likevel er det tydelig at mye mer forskning trengs på feltet både rettet mot muslimske pasienter og generell interkulturell sykepleie i forbindelse med stell.

Referanseliste

- Alpers, L. M., & Hanssen, I. (2014). Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. *Nurse education today*, 34(6), 999-1004.
- Brinchamann, B. S. (2014). De fire prinsipper etikk. I B.S. Brinchmann (Red). *Etikk i sykepleien (3.utg)*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brinchmann, B. S. (2014). Nærhetsetikk. I B.S. Brinchmann (Red). *Etikk i sykepleien (3.utg)*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brodtkorb, K. (2014). Stellet – mulighetens arena. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten (2.Utg)*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Cheraghi, M. A., Manookian, A., & Nasrabadi, A. N. (2014a). Human dignity in religion embedded cross-cultural nursing. *Nursing Ethics*, 21(8), 916-928.
doi:10.1177/0969733014521095
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving for studenter. (5.Utg)*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Debesay, J., Harsløf, I., Rechel, B., & Vike, H. (2012). Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(1), 2107-2116.
doi:10.1111/jan.12369
- Eriksen, T. H. & Sajjad, T. A. (2015). *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge (5.Utg)*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé (1.Utg)*. Stockholm: Norstedts Förlag.

- Hall, O. C., Graubæk, A-M. (2010). Pasientologi – fra fortelling til grunnleggende verdier. I A-M. Graubæk (Red). Å være pasient. En innføring i pasientologi (1.Utg). Oslo: Akribe AS.
- Hanssen, I. (2011a). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn (3.Utg)*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hanssen, I. (2011b). Interkulturell sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (2.Utg) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hanssen, I. (2014). Etniske minoriteter. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten (2.Utg)*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hart, P. L., & Mareno, N. (2014). Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(15/16), 2223-2233. doi:10.1111/jocn.12500
- Hasnain, M., Connell, K., Menon, U., & Tranmer, P. (2011). Patient-centered care for muslim women: provider and patient perspectives. *Journal Of Women's Health (15409996)*, 20(1), 73-83. doi:10.1089/jwh.2010.2197
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Høye, S. (2017, 17.01). *Norske sykepleieres møte med annerledeshet*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/meninger/innsjill/2017/01/norske-sykepleieres-mote-med-annerledeshet>
- Kirkevold, M. (2014). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten (2.Utg)*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1 (2.utg)*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanning*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet: Om å finne likhetene i forskjellene (2.Utg)*. Oslo: Akribe AS

Manookian, A., Cheraghi, M. A., & Nasrabadi, A. N. (2014b). Factors influencing patients' dignity: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 21(3), 323-334.
doi:10.1177/0969733013498526

Norsk sykepleieforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs Etiske Regler*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Solvoll, B-A. (2011). Identitet og egenverd. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 3 (2.Utg)*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Statistisk sentralbyrå. (2015). Kommunale helse- og omsorgstjenester. I *Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/278282?ts=15723a678d8>

Statistisk sentralbyrå. (2015). Kultur og fritid. I *Statistikk om trus- og livssynssamfunn utenfor Den norske kirke*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/statistikker/trosamf/aar/2015-11-25>

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

Universitetet i Bergen i samarbeid med Språkrådet. (2017). *Bokmålsordboka*. Hentet fra:

http://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=bidra&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok= begge

Verdighetsgarantiforskriften. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>

Zeilani, R., & Seymour, J. E. (2012). Muslim Women's Narratives About Bodily Change and Care During Critical Illness: A Qualitative Study. *Journal Of Nursing Scholarship*, 44(1), 99-107. doi:10.1111/j.1547-5069.2011.01427.x