



Muslimske kvinners verdighet under stell

Kandidatnummer:666
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie i emne 14B

Antall ord: 8222
Dato:23/04-2019

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23/04-2019
Tittel: Muslimske kvinners verdighet under stell	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p>Hvordan kan sykepleier ivareta verdigheten til muslimske kvinner under stell på sykehus?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>I denne bachelor oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i omsorgsteorien til Katie Eriksson og Kari Martinsen sin teori om skammens to sider. Videre er det skrevet om kulturell kompetanse, bakgrunnshistorie til Islam og det tradisjonelle samfunn og fokus på hvorledes hjelpe den muslimske kvinnen.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Dette er en litterær oppgave hvor det er blitt innhentet ulike fag- og forskningslitteratur. Likeledes står det hvordan jeg har funnet fag- og forskningslitteratur, og søkehistorikken på forskningslitteraturen står i egen tabell. Har vært kritisk til kildene som har blitt brukt, for å sikre meg best mulig kvalitet av litteraturen.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>Det som har stått i teoridelen har blitt drøftet opp mot selve problemstillingen, om hvordan sykepleier kan ivareta verdigheten til muslimske kvinner under stell på sykehus. Det blir drøftet om verdigheten i det gode stell, viktigheten av kulturell kompetanse hos sykepleiere, bluferdighet og skam hos de muslimske kvinnene og hvordan sykepleier skal ivareta det verdifulle mennesket. Bruker Katie Eriksson generelt i drøftingen, og bruker Kari Martinsen i drøftingen om bluferdighet og skam.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Stell består ikke bare av kroppsvask, men også å respektere personens verdier, åndelighet, vaner og ritualer. For at muslimske kvinner skal føle at deres verdighet blir ivaretatt i en sårbar situasjon som stell, bør sykepleiere vise at de bryr seg, har et åpent sinn og inkludere familie og pårørende.</p>	

(Totalt antall ord: 233)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Problemstilling.....	2
1.2 Avgrensing	2
1.3 Begrepsavklaring	2
1.4 Sykepleiefaglig perspektiv	3
1.5 Oppgavens oppbygging.....	3
2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	3
2.1 Kulturell kompetanse – kunnskap, ferdigheter og holdninger	3
2.2 Islam og det tradisjonelle samfunn.....	4
2.3 Hjelp den muslimske kvinnen under stell	6
2.4 Jus og etikk	6
2.5 Katie Erikssons omsorgsteori.....	7
2.6 Sykepleieteoretiker Kari Martinsen.....	8
3. Metode	9
3.1 Valg av metode	9
3.2 Kildekritikk	10
4. Presentasjon av forskningsresultater	13
5. Drøfting	15
5.1 Verdigheten i det gode stell	15
5.2 Sykepleie og kulturell kompetanse	17
5.3 Bluferdighet og skam	19
5.4 Sykepleierens opptreden i ivaretagelsen av det verdifulle mennesket	21
6. Avslutning	22
Referanseliste.....	24

1. Innledning

Forskning viser til at det er flere utfordringer med å utføre pasient-sentrert pleie til pasientgruppen muslimske kvinner. Disse kvinnene følte at sykepleiere ikke hadde nok kulturell kompetanse, og at de ikke fikk den helhetlige omsorgen de trengte under sykehusoppholdet. Sykepleierne derimot opplevde mangel på kulturkunnskap, språkbarrierer og vanskeligheter med å kommunisere godt med pasientene (Hasnain, Connell, Menon & Tranmer, 2011). Videre uttaler høgskolelektor Inger Daae-Qvale ved Oslo Met storbyuniversitet at «Norge har en ensrettet måte å tenke på helse, sykdom og behandling. Helsepersonell trenger flerkulturell kompetanse for å møte helsebehovene hos pasienter med annen kulturell bakgrunn» (Grasdalen, 2016).

Det står samtidig hos Statistisk Sentralbyrå at det i Norge i dag er 916 625 innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i landet. I 2017 ble det estimert at det er om lag 200 000 muslimer i Norge, men at tallene er usikre (Statistisk sentralbyrå, 2017, 2018). Disse tallene viser at det norske samfunnet er preget av innvandrere, og at det også preger pasientgruppene som kommer på sykehuset. For å kunne bli bedre kjent med en annen pasientgruppe som er av annen kultur og religion, enn majoriteten av befolkningen i Norge, vil jeg ta for meg muslimske pasienter. I denne oppgaven vil jeg ta for meg muslimske kvinner fra det tradisjonelle trossamfunn som oppholder seg på sykehus. Det vil si at konteksten i oppgaven befinner seg innenfor sykehus. Grunnen til det er at mesteparten av den fag- og forskningslitteraturen som jeg har brukt tar utgangspunkt i fra forskjellige avdelinger derfra. Det temaet jeg har valgt mener jeg er relevant for alle avdelinger på sykehus, derfor definerer jeg ingen avdelinger på sykehus i min kontekst.

Bakgrunnen for dette tema er tidligere erfaringer fra praksis eller jobb, hvor jeg har vært i stellsituasjoner med pasienter fra forskjellige kulturer og religioner. Flere av disse møtene har utfordret meg som student i forhold til å utøve helhetlig og omsorgsfull sykepleie til pasienten. Videre har jeg et engasjement for andre religioner og kulturer, og ønsker derfor å opparbeide meg kunnskap om den muslimske pasientgruppen gjennom denne oppgaven. Jeg mener denne kunnskapen er overførbart til flere andre kulturer og religioner. Samtidig ser jeg økende behov for mer kulturell kompetanse blant sykepleiere og helsepersonell generelt. Jeg opplever en del usikkerhet blant kollegaer på sykehuset der jeg jobber, når det kommer

pasienter med andre religiøse og kulturelle verdier enn det vi nordmenn har. Har da opplevd situasjoner med mer misnøye som har resultert i dårlig samarbeid mellom pasient og sykepleier. Denne kunnskapen som jeg opparbeider meg ved å skrive bacheloroppgaven, vil jeg ta med meg videre som ferdig utdannet sykepleier. Samtidig som det er en unik mulighet for meg til å dele denne kunnskapen med mine nåværende og framtidige kollegaer.

1.1 Problemstilling

Problemstillingen min er: *Hvordan kan sykepleier ivareta verdigheten til muslimske kvinner under stell på sykehus?*

1.2 Avgrensing

I denne oppgaven er det fokus på muslimske kvinner med bakgrunn fra sine opprinnelige tradisjonelle samfunn og deres respektive religion. Når jeg skriver om muslimske kvinner, innebærer det både sunnimuslimer og sjiamuslimer. Jeg fokuserer videre på kvinner som er over 18 år og eldre. Videre har jeg avgrenset problemstillingen til stell, fordi det er situasjoner som for mange mennesker er intim og privat, og som kan by på utfordringer ved kultur møter mellom pasient og sykepleier.

For å få fram verdigheten til de muslimske kvinnene under stell, har jeg tatt utgangspunkt i deres kulturelle og religiøse forpliktelser. Samtidig fokuserer jeg en del på kulturell kompetanse og hva slags gevinster eller utfordringer det fører med seg for sykepleiere og de muslimske kvinnene. Likeså tar jeg opp dette med bluferdighet og skam som omhandler kroppen, og opptreden til sykepleier for å ivareta det verdifulle menneske. Jeg skriver ingenting som omhandler kommunikasjon, kommunikasjonsbarrierer, nonverbalkommunikasjon eller ved bruken av profesjonell tolk eller tolking som skjer ved hjelp av familiemedlemmer. Grunnen til at jeg ekskluderer kommunikasjon er fordi det er et for stort tema som vil gå utover rammene for denne oppgaven, samtidig som jeg ønsker å mer fokus på den tradisjonelle muslimske kvinnen og hennes religiøse og kulturelle verdier.

1.3 Begrepsavklaring

Verdighet – Betydningen av ordet verdighet avhenger blant annet av sosiale, kulturelle og samfunnsmessige faktorer. Det beskrives som en subjektiv opplevelse av verdsetting, hensikten med våre liv, en bekreftelse av egenverd og respektfull anerkjennelse av hvem vi er. Det er fem forskjellige kategorier innenfor verdighetsfremmende intervensjoner: å vise

pasienten respekt, å ivareta pasientens privathet, å behandle alle pasienter likt, å gi pasienten følelsesmessig støtte og å opprettholde pasientens kroppsopplevelse (Matiti, Trorey og Baillie, referert i Stubberud, 2015, s.101).

1.4 Sykepleiefaglig perspektiv

Virginia Henderson har skrevet om fjorten ulike behov som hun mener er beskrivende for menneskets grunnleggende behov. Der står det blant annet at pasienten skal kunne kvitte seg med kroppens avfallsstoffer, å kunne velge riktig påkledning og kle av og på seg, å holde kroppen ren og velpleid og huden beskyttet og å kunne utføre handlinger i pakt med sin religion. Henderson mener at sykepleieren må vurdere hvordan de grunnleggende behovene kommer til uttrykk hos den enkelte pasient, i henhold til den situasjonen vedkommende er i. Gjøres ikke dette, vil resultatet bli overflatisk og lite individualisert (Mathisen, 2015, s. 127-128). For å ivareta en del av pasientens, muslimske kvinner, grunnleggende behov på sykehus, er for mange av dem hjelp til stell fra sykepleiere nødvendig.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven begynner med en teoridel, hvor jeg skriver om viktigheten av å inneha kulturell kompetanse og om stellsituasjoner. Deretter kommer jeg inn på islam og det tradisjonelle samfunn, og helsearbeid overfor muslimske kvinner. Samtidig har jeg tatt med etikk og jus, og til slutt skrevet om Katie Eriksson sin omsorgsteori og Kari Martinsen sin teori om skam. Videre går jeg over på metodedel. Der står det hva slags metode jeg har brukt, søkehistorikken står oppført i tabell, og kildekritikk er utført. I drøftingsdelen vil jeg drøfte det jeg har hentet fra teori og forskning for å kunne besvare på problemstillingen min. Til slutt kommer det en konklusjon med oppsummering til det jeg har skrevet.

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Kulturell kompetanse – kunnskap, ferdigheter og holdninger

«Helsepersonell på alle nivåer skal ha kunnskap om ulike innvandrers grupper, sykdomsforekomst og om kulturelle utfordringer knyttet til å sikre innvandrere en likeverdig helse- og omsorgstjeneste» uttrykker regjeringen i nasjonal strategi om innvandreres helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 5). Magelssen har definert ordet kultur som verdier, kunnskaper og handlingsmønstre som mennesker tilegner seg som medlemmer av samfunn. Å tenke, føle, handle, tiltak, kunnskap og verdier er kultur. Pasienter og

helsearbeidere kommer fra forskjellige kulturer og tar det med seg i møtene med hverandre (Kumar & Viken, 2010, s. 60). Kulturell kompetanse er et definert sett med retningslinjer: kunnskap, holdninger og ferdigheter. Dette gjør at enkeltpersoner og organisasjoner kan fungere effektivt i tverrkulturelle situasjoner (Rassool, 2014, s. 24).

Kunnskap er nødvendig for at vi skal kunne reflektere systematisk over våre erfaringer og utvikle ferdigheter og holdninger. En kan skille mellom to typer kunnskap: generell og spesifikk kunnskap. Den generelle kunnskapen er mekanismene og prosessene i kommunikasjon med mennesker med ulik kulturell bakgrunn, som eksempelvis er kunnskap om verdier, stereotypier og kultur. Den spesifikke kunnskapen er innsikt i vår egen bakgrunn og bakgrunnen til de personene vi møter (Bøhn & Dypedahl, 2009, s. 153-154). Det innebærer kunnskap om både nasjonale kulturer og delkulturer, og å ha en forståelse for den historiske, geografiske og sosiokulturelle bakgrunnen til det enkelte mennesket en møter (Papadopoulus, referert i Alpers, 2017, s. 18) Ved kulturelle ferdigheter er en i stand til å observere interkulturelle hendelser og relatere dem til egen kultur og analysere dem. I tillegg er en i stand til å tilpasse seg flere forskjellige situasjoner, om det så gjelder å korrigere kommunikasjonsstil eller å tolke signalene på en god måte. Kulturelle holdninger er den emosjonelle delen av kulturell kompetanse. Det omfatter åpenhet, toleranse og nysgjerrighet for ukjente eller tvetydige situasjoner. (Bøhn & Dypedahl, 2009, s. 153-154). Da er en i stand til å skifte perspektiv og helsepersonell kan utvikle evnen til å samle kulturelle data som er relevante for den enkelte pasient, og kan slik vurdere pasientens fysiske tilstand på en sensitiv måte (Campinha – Bacote, referert i Alpers, 2017, s. 17-18).

2.2 Islam og det tradisjonelle samfunn

Islam er verdens nest største religion med en milliard tilhengere og ble grunnlagt av Muhammed, født i Mekka på den arabiske halvøy rundt år 570 e.Kr. Denne trosretningen bygger på læren om Gud som den eneste gud – «som den allmektige og alteiende Herre og skaper av verden, og den som har forutbestemt og skapt alt» (Hanssen, 2005, s. 161). Islams hellige skrift er Koranen og den viser hvordan den troende skal leve. I Koranen snakker Gud direkte til menneskeheten eller til budbringeren Muhammed. Koranen er ikke et «skrift» om Gud, men Guds ord. Koranen er både grunnlaget og er en religiøs veileder for islamsk lovgivning (Lunde, 2002, s. 25). I følge den muslimske tro er Koranen Guds fullstendige veiledning. Ved å praktisere de guddommelige forskrifter i felleskap, åpne vitnesbyrd og

bekjennelser, blir troen først virkeliggjort. Troen utgjør en total livsform og som følger mennesket fra det er født og til det dør (Hanssen, 2005, s. 160-162).

Det arabiske medisinske system har en grunnleggende tanke om at sykdom, eller skade ikke er noe som bare skjer. Personen har enten gjort eller unnlatt å gjøre noe, eller noen eller noe innehar en kraft, som gjør at offeret rammes på en spesiell måte på et gitt tidspunkt. Årsaken til skaden eller sykdommen, er en sjelssøkende, subjektiv, personlig hendelse hvor en leter etter utenforliggende faktorer. Det er fire hovedårsaker til sykdom ifølge det arabiske sykdomssynet: onde ånder, det onde øyet, varme/kulde/fuktighet og manglende matlyst. Jeg skriver kun om de to første punktene, da de er mest relevante for oppgaven min.

Onder ånder: En ånd har tatt seg inn i kroppen til pasienten og sykdommer framkommer (Hanssen, 2005, s. 167).

Det onde øyet: Menneske kan være et offer for en forbannelse skapt av noen andre. Det vil si at enkelte mennesker er i besittelse av en kraft (det onde øyet) og kan påføre andre uhell og sykdom (Ahmadi, Khodayarifard, Zandi, Khorrami-Markani, Ghobari-Bonab, Sabzevari & Ahmadi, 2018, s. 728).

Innenfor det islamske samfunnet er familien selve fundamentet, og kvinnens rolle er tilknyttet hjemmet og familien. Familiens ære er avhengig av hennes oppførsel og hun er sosialt og rettslig underordnet mannen (Rassool & Sange, 2014, s. 58). I tradisjonens tro skal kvinnen alltid følges av en mann når hun går ut, utenfor familien og hjemmet. Kvinnen styres ofte av strenge atferdsregler og som i mange land reguleres av purdah. Det vil si at kvinnen blir fysisk adskilt fra omverdenen ved klesdrakt, eksempelvis hijab, egne rom i huset for kvinnene, og også egne plasser for kvinner på offentlig transportmidler. Det er svært uvanlig at kvinner og menn berører hverandre på offentlig sted. Dersom kvinnen blir fulgt av faren eller mannen sin, vil han vanligvis svare på de spørsmål som blir rettet til hans datter eller kone (Hanssen, 2005, s. 163-177). I familieomsorgen har personer som er syke og ikke greier å ta vare på seg selv, høy prioritet. Gruppefølelsen står sterkt for kollektivistisk orienterte muslimer, og det kan føre til en del besøk hos pasienten. Sykebesøk er kulturelt oppfordret i islam, da en syk person blir ansett for å være veldig nærme Gud (Bloomer & Al-Mutair, 2013, s. 195).

2.3 Hjelpe den muslimske kvinnen under stell

Det er strenge restriksjoner for muslimer med hensyn til samvær og berøring mellom menn og kvinner som ikke er i slekt eller familie. Ideelt sett bør kvinnelige helsearbeidere ta seg av kvinnelige pasienter og mannlige helsearbeidere ta seg av mannlige pasienter (Hanssen, 2005, s. 177).

De fleste personer opplever personlig hygiene som noe intimt og privat, uavhengig av hvilken kultur en tilhører. Det er stor variasjon i pasientenes behov for hjelp i stellet, og en skiller mellom tilsyn, veiledende stell og fullt stell. For å fremme integriteten i stellsituasjoner må sykepleier utføre handlingen på en respektfull og omtenkstom måte for den personen det gjelder. Et godt samarbeid mellom pasient og sykepleier er svært nødvendig for å kunne ivareta omsorgsdimensjonen. Tilnæringsmåten må være individuell med sansing og nærhet. Det forutsetter at sykepleier som hjelper, kjenner til personens bakgrunn og nåværende situasjon. For å opprettholde følelsen av identitet, sammenheng og mening, bør en vite hva slags preferanser, vaner eller ritualer personen har hatt i forbindelse med personlig hygiene og påkledning (Brodtkorb, 2015, s. 174-176).

En bør ta hensyn til at mange pasienter kan være sjenerte over kroppen sin, noe som i særlig grad gjelder troende muslimske kvinner som er tilhengere av purdah (Hanssen, 2005, s. 165). Det er viktig med skjerming relatert til muslimske kvinner og det å ha på seg en kort sykehuskjorte vil ofte ikke være akseptert (Zeilani & Seymor, 2012, s. 104). Innenfor Islam er det viktig for de troende muslimske kvinnene å overholde sine religiøse forpliktelser til enhver tid. Det er fem forskjellige forpliktelser, men jeg tar bare for meg *rituell renhet*, da det er kun denne forpliktelsen som er relevant for tema i oppgaven. I følge islam er kroppens renhet den grunnleggende betingelsen for sjelens renhet. Jeg vil utdype dette nærmere i drøftingsdelen i kapittel 5.1 med diverse alternativer. Sykepleier utfører ofte arbeidsoppgaver med kroppsfunksjoner som blir ansett som «urene», og det kan føre til at enkelte muslimske pasienter vil ha fordommer mot sykepleier og se ned på dem (Hanssen, 2005, s. 181-182).

2.4 Jus og etikk

I følge pasient og brukerrettighetsloven har enhver pasient rett til individuell plan og rett til medvirkning ved gjennomføring av helse og omsorgstjenester. Loven sier også at dersom pasienten ønsker at andre personer skal være tilstede når helse- og omsorgshjelp gis, skal

dette overholdes i best mulig grad (1999, §2-5, §3-1). Samtidig står det i helsepersonelloven at helsepersonell skal utføre sitt arbeid ut ifra faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Dette innebærer også å innhente bistand dersom helsepersonalets kvalifikasjoner ikke strekker til (1999, §4).

«Sykepleiefagets begrunnelse er mennesket selv og respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet skal prege praksis. Sykepleie skal fortsatt baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk sykepleierforbund, [NSF], 2011, s. 5). Videre står det i de yrkes etiske retningslinjene at sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Den helhetlige omsorgen blir gitt til pasienten, når sykepleieren er faglig dyktig og ivaretar dens enkelte behov. Innenfor helse- og omsorgstjenester skal sykepleier aktivt bidra til å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov (NSF, 2011). Innenfor etikken beskriver Brinchmann om de fire sentrale prinsipper. Disse ansees som rammeverket innenfor etikken. Det er: velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. Alle prinsippene regnes som like viktige og er ikke hierarkisk ordnet. I ulike situasjoner kan det oppstå konflikt mellom prinsippene og de må da avveies og balanseres i forhold til hverandre. Samtidig bør en ha med nærhetsetikk, da det er relevant for ivaretagelsen av verdigheten til de muslimske kvinnene. Nærhetsettikkens hovedbudskap er at vi må være oppmerksomme på det unike ved møtet og den enkelte situasjonen. Videre er det naturlig å trekke fram Løgstrups etikk, når en skriver om nærhetsetikk. Løgstrup mente at etikken finnes i menneskenes erfarte virkelighet, altså det han kaller for spontane livsytringer: tillit, medlidenhet, barmhjertighet, talens åpenhet og håp. Når mennesker møter hverandre med tillit, utleverer vi oss til hverandre. Det forventes at vi blir møtt, sett og tatt vare på, når vi legger vårt liv i andres hender (Brinchmann, 2014, s. 84-85, 119, 122-123).

2.5 Katie Erikssons omsorgsteori

Katie Eriksson er sykepleier og er forfatter av en rekke bøker og artikler som omhandler helsebegrepet, omsorgsforskning og sykepleie. Hun har skrevet om omsorgsteori i boken *Vårdandets idé* fra 1987, og som er blitt analysert av Kirkevold blant mange andre sykepleieteoretikere (Kirkevold, 2009, s. 183).

Eriksson definerer omsorg som at det innebærer at man ved hjelp av ulike former for pleie, lek og læring fremkaller at mennesket opplever en tilstand av tilfredsstillelse og tillit, og en

følelse av å kunne oppnå endret helse (Eriksson, referert i Kirkevold, 2009, s. 187). Eriksson legger også vekt på de tre ontologiske begrepene tro, håp og kjærlighet som er knyttet til forholdet til andre mennesker. Tro, håp og kjærlighet innebærer i tillegg et fellesskap som fører fram til en helhetlig omsorg. Menneskesynet i Erikssons omsorgsteori tar utgangspunkt i menneskets indre kjerne, altså «selvet», og innebærer begrepene kropp, sjel og ånd (Kirkevold, 2009, s. 185).

Eriksson mener at den mest grunnleggende form for omsorg er pleie. Kroppslig velvære kjennetegnes ved berøring, varme og nærhet. Å oppfylle menneskets grunnleggende behov (beskyttelse, mat, renhet) og å vise at en bryr seg om personen, innebærer det å utøve pleie. Pleie omfatter noe mer enn bare ren kroppslig vask. Omsorg kjennetegnes i tillegg av å dele. Altså å være delaktig i og ha nærhet til den som en yter omsorg overfor (Kirkevold, 2009, s. 187-188).

2.6 Sykepleieteoretiker Kari Martinsen

Kari Martinsen er psykiatrisk sykepleier og har magistergrad i filosofi. Jeg skal ta utgangspunkt i hennes teori om skammens to sider (Martinsen, 2012, s. 181) og i drøftingsdelen overføre det til situasjoner som kan oppstå mellom sykepleier og den muslimske kvinnen under stell på sykehus.

Martinsen beskriver skam som noe som setter seg i kroppen. Det kan være mye skam knyttet til kroppslig nærhet. Videre mener hun at skammen har to sider, både en vond og en god side. Den vonde skammen rammer negativt menneskets verdighet og dets identitet. Den gode skammen derimot er svært verdifull i livet. Det blir uttalt i boken at «skam og aktelse for livet er en ontologisk båret livsnødvendighet» (Jensen, referert i Martinsen, 2012, s. 161). Skammen setter oss i en etisk beredskap, slik at livet ikke blottstilles og påføres overgrep. Den gjør at vi forplikter oss til å ha respekt for hverandre (Martinsen, 2012, s. 161).

Bluferdighet kan være et uttrykk for skam der man viser tilbakeholdenhet overfor andre for å tydeliggjøre en grense som ikke skal overtres. Den gir en «god» skam i kroppen og melder seg dersom vi er i ferd med å tre over andres, og/eller egne sjelelige eller kroppslige grenser. Videre verner bluferdigheten integriteten og gir menneske verdighet. Integriteten vil si at mennesket er ukrenkelig og er bevart i sin helhet. Kroppen bevarer erindringer som har en

sammenhengsskapende kraft mellom et da og et nå. Ved stell av sykepleier kan slike erindringer vekkes i kroppen til pasienten. Erindringene kan være minner som kroppen til pasienten anså som sårt og vondt, og som lukker seg. Det stilles krav til sykepleierens oppmerksomhet for å bevare pasientens integritet, da kroppen kaller fram erindringer som vi har glemt (Martinsen, 2012, s. 164-165).

3. Metode

Krav til enhver vitenskapelig metode er å bruke og overholde intellektuelle standarder i argumentasjonen. Den stiller krav til sannhet, ærlighet og å tenke systematiske tanker. Metoden forteller noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Ved valg av en metode, er det akkurat den metoden en mener er best egnet til å belyse problemstillingen som bør velges (Dalland, 2018, s. 51). Det finnes to metoder: kvantitativ og kvalitativ. Kvantitativ metode er eksakt faktakunnskap, altså data i form av målbare enheter, tall og objektive data. En kan foreta regneoperasjoner ved tallene en får og sette opp statistiske beregninger, som ofte formidles i form av tabeller. En benytter ofte spørreskjema i metoden. Kvalitativ metode får resultater som en ikke kan tallfeste eller måle, men fanger opp menneskelige meninger, opplevelser, holdninger, tanker, motiver og forventninger. Det benyttes ofte intervju i denne metoden (Thidemann, 2015, s. 77-78)

3.1 Valg av metode

Dette er en litterær oppgave som tar utgangspunkt i sekundærdata som en finner i bøker, forskning, databaser og tidsskrifter. For å avgrense litteratursøkene mine har jeg tatt for meg inklusjons- og eksklusjonskriterier (Thidemann, 2015, s. 77, 84). Inklusjonskriteriene innebærer at søkene skal inneholde både kvalitative og kvantitative forskningsartikler, artiklene skal være fagfellevurdert og inneholde temaer som islamske kvinner, kultur, religion, sykepleie, verdighet, pasient-sentrert pleie, kulturelle verdier og stell. Eksklusjonskriterier i søkene er at artiklene skal være skrevet mellom år 2009-2019, altså jeg vil ikke ha noen artikler som er utenfor dette tidsrommet. Forskning som ikke er overførbart til norske forhold og artikler som hverken er på, norsk, svensk, dansk eller engelsk blir ekskludert. Denne ekskluderingen er for å redusere antall artikler på artikkeltreff.

Oppsett av søkehistorikken er inspirert av Thidemann (2015), for å tydeliggjøre de gjennomførte søkene og hvor forskningsartiklene er hentet fra.

Tittel	Søkekombinasjoner	Antall treff	Grunnlaget for valg av artikkel	Database
Patient-Centered care for Muslim Women: Provider and Patient Perspectives	S1: Islam OR Religion and medicine S2: Transcultural nursing OR Patient Centered Care S3: S1 AND S2	42	Får forskjellige perspektiver fra både helsepersonell og muslimske kvinner som er pasienter på sykehus.	Cinahl
Muslim Women's Narratives About Bodily Change and Care During Critical Illness: A Quality Nursing	S1: Islam S2: Cultural values OR Transcultural nursing S3: Religion and religions S4: S1 AND S2 AND S3	329	Får innsikt i hvorledes muslimske kvinner opplever kroppslige forandringer, samtidig deres erfaringer ved å være kritisk syk på sykehus.	Cinahl
Human Dignity in religion-embedded cross cultural nursing	Islam AND Transcultural nursing AND Human dignity	2	Kommer fram til hva sykepleier bør gjøre for å respektere multikulturelle pasienter.	Cinahl
Nurses and Muslim patients: two perspectives on Islamic culture in the hospital	Kjedesøk		Får forskjellige perspektiver fra både sykepleiere og muslimske pasienter og deres opplevelser av hverandre på sykehuset.	Cinahl/Google Scholar

3.2 Kildekritikk

Dalland skriver at kildekritikk både er å vurdere og karakterisere den litteraturen som er blitt funnet. Videre må en kunne redegjøre for hva slags kriterier en har benyttet under utvelgelsen og reflektere over hva slags relevans litteraturen har for å belyse problemstillingen (2018, s. 158). Faglitteratur som er blitt brukt er hentet fra pensumbøker og fra biblioteket på Lovisenberg Diakonale Høyskole, Lørenskog bibliotek og Kolbotn bibliotek.

Professor Ingrid Hanssen fra Lovisenberg Diakonale Høyskole er forfatter av boken «Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn». I tillegg har hun veiledet Lise-Merete Alpers i sin avhandling om «Helsepersonells kompetansebehov i møte med etniske minoriteter». Disse anvender jeg i teori delen, da deres tema samsvarer med mitt tema og problemstilling. Begge

bøkene anser jeg som svært troverdige, da forfatterne er anerkjente navn innenfor faglitteraturen og har tilhørighet til både Lovisenberg sykehus og høyskole.

I deler av faglitteraturen referer forfattere til andre kilder i tekstene sine. Jeg har ikke hatt tilgang eller mulighet til å søke opp primærkildene til alle de refererte kildene. Derfor må jeg velge å stole på at forfatterne har referert til riktig kilde og bruker da sekundærkilder i teoridelen. I teksten referer jeg både til primærkilden og sekundærkilden.

Når jeg har søkt etter forskningsartikler har jeg brukt PICO skjema som hjelpemiddel til å finne emneordene mine. I de fleste søkene mine har jeg kun brukt **P**atient/**P**roblem og **I**ntervention, for å få fram hva slags pasientgruppe jeg har og de utfordringene som de står overfor, samtidig som en skal finne tiltak til disse utfordringene. Har brukt **C**omparison i ett søk, hvor jeg søker om tiltak som kan sammenliknes med andre religioner. I tillegg har jeg brukt **O**utcome i et annet søk, der jeg ønsker at utfallet skal være menneskelig verdighet (Thidemann, 2015). For å finne riktig emneord, har jeg brukt den norske MESH ordboken som ligger på Lovisenberg Diakonale Høyskole sine nettsider.

Når jeg har søkt etter forskningslitteratur har jeg ekskludert alle artikler som er eldre enn år 2009. Grunnen til at jeg har valgt et spenn på 10 år når det kommer til søk av forskningsartikler, er fordi det er lite forskning rundt tema stell, muslimske kvinner og deres opplevelse av opphold og helsepersonell på sykehus. Jeg hadde mistet aktuell informasjon dersom jeg bare skulle gått for nyere forskning. I tillegg har jeg måttet bruke to bøker som er av eldre utgave enn det. Hanssen sin bok «Helsearbeid i et flerkulturelt arbeid» er utgitt i 2005, men jeg har brukt den flittig, fordi den omhandler den muslimske tro og deres religiøse og kulturelle verdier, og det er svært lite av det som går ut på dato. Samtidig bruker jeg boken «Møte mellom pasient og sykepleier» av Bjørk og Helseth som ble utgitt i 2004. Det finnes en nyere utgave av den boken fra 2012, men den har jeg ikke hatt tilgang på fra de bibliotekene jeg har brukt. Likeledes ser jeg mange likheter mellom det som står i boken fra 2004, og det som jeg har lest og lært om i nyere tid, i møte med sykepleier og pasient.

Det gir svært lite treff i databasene dersom en søker spesifikt på tematikken i oppgaven, eksempelvis stell, verdighet, muslimske kvinner. Jeg erfarte at en må søke i flere omganger med forskjellige søkerord som kan omhandle den tematikken som en belyser i min problemstilling, og deretter lete etter resultater som en kan ta i bruk til drøftingen.

Videre er det en del forskning som tar utgangspunkt i fra andre land, og som ikke er spesifikt knyttet til Norge. Den ene forskningsartikkelen er fra Jordan og den andre er fra Iran, men resultatene i deres forskning passer bra i forhold til den troende muslimske kvinnens perspektiv på deres opphold på sykehus, som jeg trenger i drøftingsdelen min.

Når jeg søkte etter forskning ville jeg ha både kvalitative og kvantitative forskningsartikler, slik at jeg kunne bruke statistikk og tall, samtidig som jeg fanger opp menneskelige erfaringer. Alle mine forskningsartikler er kvalitative studier, for utenom «Patient-Centered care for Muslim Women: Provider and Patient Perspectives» som både er en kvantitativ og en kvalitativ studie. Underveis i skriveprosessen skjønnte jeg at oppgaven krever innsikt i hvorledes sykepleiere og muslimske kvinner opplever hverandre på sykehuset, enn kun å se på statistikk og grafer. Selv om den nevnte artikkelen også er av kvantitativ studie, har jeg brukt resultatene som har kommet ut ifra den kvalitative studien.

Videre fant jeg flere forskningsartikler ved kjedesøk, og ved at jeg fant en artikkel på Cinahl også kom det forslag til andre artikler med relevant tema. Den ene artikkelen «Nurses and Muslim patients: two perspectives on Islamic culture in the hospital» har jeg satt opp i artikkelmatrisen, på grunnlag av at jeg bruker den en del i oppgaven min. I tillegg har jeg brukt noen andre som står i litteraturlisten, til for eksempel å forsterke påstander eller begrunnelser i drøftingsdelen. For å forsikre meg om at de artiklene som er funnet via kjedesøk er fagfelleverderte, har jeg gjort et utvidet søk på dem i Cinahl og i Google Scholar.

Både forskningsartiklene og boken til Rassool, «Cultural competence in caring for muslim patients», er skrevet på engelsk. Der har jeg måtte oversette fra engelsk til norsk og passe på at det som blir oversatt til norsk er så korrekt som mulig. Samtidig brukes det en del engelsk fagterminologi i forskningsartiklene, som jeg har måttet oversette til best mulig passende norske ord. Det jeg har oversatt kommer fra min subjektive oppfatning og forståelse av artiklene og boken.

I denne oppgaven har jeg med to sykepleieteoretikere, både Katie Eriksson og Kari Martinsen. Begge to har teorier om omsorg, men jeg tar i bruk Eriksson sin omsorgsteori og Martinsen sin teori om skam. Grunnen til at jeg bruker Eriksson i forbindelse ved stell og verdig behandling, er fordi det kreves mye omsorg i et stell og hun tar opp temaer som

kroppslig velvære og har forskjellige synspunkter på det å gi helhetlig omsorg (Kirkevold, 2009, s. 183, 185). Samtidig bruker jeg Martinsen sin teori innenfor skam, da hun beskriver skam som både noe positivt og negativt, som en kan relatere til de muslimske kvinnenes opplevelse av egen kropp, og skammen overfor familie og sykepleiere (2012).

4. Presentasjon av forskningsresultater

Artikkelmatrisen er inspirert av Thidemann sin litteratormatrise (2015).

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funns
1	Memoona Hasnain, Karen J. Connell, Usha Menon og Patrick A. Tranmer	Patient-Centered care for Muslim Women: Provider and Patient Perspectives	Skrevet i 2011 «Journal of Women's health», USA.	Hensikten med denne studien var todelt: (1) å løse gapet i eksisterende litteratur om helsepersonells perspektiver om levering av høy kvalitet, kulturelt egnet, pasient-sentrert omsorg for muslimske kvinner i USA. (2) å utforske samsvaret mellom helsepersonell og pasientperspektiv vedrørende barrierer mot og anbefalinger for å gi slik omsorg.	Tverrsnittstudie som ble formet til en skriftlig undersøkelse, administrert til en praktisk prøve av helsepersonell og muslimske kvinner.	Helsepersonell: følte på utfordringer under pleie av muslimske kvinner. Muslimske kvinner: følte helsepersonell ikke forstår deres religiøse eller kulturelle behov. Begge partene skisserte utfordringer: kommunikasjonsbarrierer for helsepersonell, pasienters beskjedenhet, pasientens mangel på forståelse av sykdomsprosesser og helsevesenet, pasientens mangel på tillit og mistanke om helsevesenet, inkludert helsepersonell og systemrelaterte barrierer.
2	Ruqayya Zeilani og Jane E. Seymour	Muslim Women's Narratives About Bodily Change and Care During Critical Illness: A Qualitative Nursing	Skrevet i 2012 «Journal of Nursing Scholarship», Jordan	Å utforske erfaringer fra jordanske muslimske kvinner i forhold til kroppslig forandring under kritisk sykdom.	Kvalitativ studie	Tre hovedkategorier kom fram fra analysen: -Den avhengige kroppen – reflekterer endringer i kvinners kroppslige styrke og ytelse. Fra å være den som gir omsorg, til den som trenger omsorg. Tilknyttet følelser som lammelse, skam og byrde. -Den sosiale kroppen – reflekterer det viktige bidraget som familiehjelp eller

						<p>sykepleiers støtte ved den kroppslige forandringen.</p> <p>-Den kulturelle kroppen – gjenspeiler effekten av kulturelle normer og islamsk tro på kvinners tolkning av deres erfaringer og kvinners forståelse av kroppslig beskjedenhet.</p>
3	Mohammad A Cheraghi, Arpi Manookian og Alireza N Nasrabadi	Human Dignity in religion-embedded cross cultural nursing	Skrevet i 2014 «Nursing ethics», Iran	Hensikten med studien er å oppdage den autentiske betydningen av pasientens verdighetsbevarelse fra forskjellige religiøse perspektiver, for å gi profesjonell tverrkulturell omsorg i en variert setting.	Kvalitativ studie	Felles opplevelsene fra både kristne og muslimske pasienter om verdighetsivaretagelse var: «eksistens for å respektere menneskelig adel» og «og å gi person-sentrert omsorg.»
4	Fernando Jesús Plaza del Pino	Nurses and Muslim patients: two perspectives on Islamic culture in the hospital	Skrevet i 2016 «Procedia – Social and Behavioral Sciences», Spania	Hensikten er å finne ut sykepleiers perspektiver på muslimskes kulturelle aspekter. I tillegg å finne ut muslimske kulturelle og religiøse aspekter i det å være innlagt på sykehus og deres synspunkter. Til slutt finne en kontrast mellom sykepleiere og muslimske pasienter angående deres oppfatninger av muslimsk religion og kultur.	Kvalitativ studie.	<p>Sykepleier – Oppfatter stor kulturell avstand fra muslimer. Stereotyper er bestemmende faktorer for deres perspektiver av muslimske pasienters kulturelle aspekter. Til tross for at mange sykepleiere ikke forstår dem, respekterer de dem.</p> <p>Muslimske pasienter – Det er to hovedkategorier som oppstår: variabiliteten i måten islam tolkes og følges. Det faktum at religion kommer på «andre plass» og gir full gjenoppretting fra sykdom før forskriftene til islam.</p>

5. Drøfting

5.1 Verdigheten i det gode stell

I forskningen til Cheraghi, Manookian og Nasrabadi gis det uttrykk for at dersom sykepleier skal konvertere menneskelig verdighet i sitt arbeid må en vurdere, implementere og evaluere hver pasients unike sett med tro, verdier og praksis (2014). Likeså blir stell oftest utført av sykepleiere og betegnelsen på selve ordet «stell» er å hjelpe pasienter med kroppsvask og påkledning. Når det kommer til stell, mener Brodtkorb at stell kan være komplekst og at verdigheten kan være truet under slik situasjon, da mange personer opplever hygiene som noe intimt og privat (2015, s. 174-176). Tatt i betraktning av hva Brodtkorb skriver, inkluderer også menneskets verdighet retten til å beskytte seg mot inntrengning og frihet til å gjøre egne valg (Eriksson, referert i Haugaas, Hummelvoll & Solli, 2004, s. 63). Allikevel består stell av to personer som er to ulike individer, den muslimske kvinnen og sykepleier. For å oppnå et godt samspill og få en opplevelse av nærhet under stell, bør sykepleier være oppmerksom på den enkelte situasjon og ha et tankesett om at hvert møte er unikt (Brinchmann, 2014, s. 119).

Opplevelse av verdighet er en subjektiv opplevelse og avhenger av kulturelle faktorer (Matiti et.al. referert i Stubberud, 2015, s. 101). De kulturelle faktorene blir ivaretatt ved å iverksette tiltak for å støtte den muslimske kvinnens og familiens verdier, tro og tradisjoner (Rassool, 2014, s. 113). På bakgrunn av de faktorene, har muslimer som er syke og som ikke greier å ta vare på seg selv, høy prioritet i familieomsorgen (Bloomer & Al-Mutair, 2013, s. 195). Forskningsartikkelen til Zeilani & Seymour, beskriver om de kvinnelige muslimske representantene som synes det er viktig at deres sosiale kropp har familien sin nær seg ved sykdom. Videre kommer de fram til at sykepleier bør ha en liknende støttende funksjon ovenfor pasienten og familien, da muslimske pasienter er vant til at det er familien som hjelper når det er noen som blir syke i familien. Samtidig blir det belyst at behovet for å ha familien rundt seg er stor, slik at de kan støtte den syke i sin uvante situasjon. I lys av dette uttrykker de muslimske kvinnene at det føles unormalt å bli hjulpet av en sykepleier når en er syk, istedenfor av familien (2012). Ytterligere er det viktig å påpeke at gruppefølelsen står sterkt hos muslimer fra det tradisjonelle samfunn, og at det er ansett som en religiøs plikt å besøke den syke, da de mener at en syk person er veldig nærme Gud (Bloomer & Al-Mutair, 2013, s. 195). I andre sammenhenger kan den muslimske kvinnen ha fordommer mot sykepleier, da de utfører arbeidsoppgaver som blir ansett som «urene», og som kan resultere i

at hun ikke vil ha særlig hjelp av sykepleier under sitt eget stell (Hanssen, 2005, s. 181-182). I den hensikt sykepleier kan være en støttende funksjon under stell for både den muslimske kvinnen og familien hennes, vil ifølge Eriksson, deres absolutte verdighet bli ivaretatt ved å tjene i kjærlighet for den andre (2004, s. 63).

Kommer de muslimske kvinnene fra svært troende og patriarkalske familier, vil mannen gjerne føre ordet og svare på spørsmål som angår pasienten. Hanssen advarer helsepersonell mot å «kaste ut» faren, mannen eller andre som kan være på pasientrommet til den muslimske kvinnen, når det skal holdes en samtale eller utføres helse- eller omsorgshjelp. Det kan føre til mistenksomhet og bli en grobunn for dårlig samarbeid mellom helsepersonell og pårørende (2005, s. 179). Likeledes står det i pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 at det skal etterstrebes at andre skal være tilstede når helse- og omsorgshjelp gis, dersom pasienten ønsker det (1999). Alt tatt i betraktning betyr familien enormt mye for patriarkalske muslimer, da familien gir trygghet, status og er viktig for deres identitet. Det kan være nødvendig for at familien blir mer aktivt involvert i samsvar med forståelsen av hva familie betyr for pasienten, og at de ikke bare blir brukt som rådgivende forelder eller ektefelle (Eriksen & Sajjad, 2015, s. 150). At fokus på å ha tilstedeværelse av familien på sykehus er vesentlig, går tydelig fram av erfaringene til de kvinnelige muslimske deltakerne i forskningen til Zeilani og Seymour. Samtlige av kvinnene fortalte om sin opplevelse av sorg og lidelse over å ikke kunne kommunisere med eller være med familien sin under oppholdet på sykehuset (2011).

Religiøse forpliktelser er viktig for en troende muslimsk kvinne å kunne overholde til enhver tid. I forbindelse med stell er det et renhetsritual som de troende utfører for at sjelen skal forbli ren. Følgende vask bør skje i rennende vann og av hygieniske grunner er bruken av vaskeklut eller karbad lite akseptert. Som følge av dette bør sykepleier være oppmerksom på dette ritualet, når stell skal utføres på en troende muslimsk kvinne. Ytterligere blir også venstre hånden sett på som uren, da det er den hånden de bruker ved å for eksempel tørke seg på toalettet (Hanssen, 2015, s. 181-182). I denne sammenhengen kan en trekke inn et av de etiske prinsippene som er autonomi, altså plikten til å respektere autonome personers beslutninger. Ved sykdom kan sårbarhet og autonomi variere i menneskelivet. Likeledes vil det i situasjoner der pasienter er svært sårbare, stilles det større krav til sykepleier om å ta vare på pasientens autonomi (Brinchmann, 2014, s. 91). Dersom den troende muslimske kvinnen har lyst til å bli vasket i rennende vann, bør sykepleier respektere kvinnens autonome beslutning og legge til rette for det. Således kan dette betraktes fra min egen erfaring fra ett

stell med en muslimsk pasient. Der hadde pasienten kols og lå inne på sykehuset på grunn av pneumoni, og skulle få hjelp til stell. Pasienten brukte mye energi ved forflytning og måtte bruke flere minutter på å puste rolig og samle seg etter å ha beveget på seg. Hun fikk tilbud om å få vasket seg ved sengen med klut og vaskevannsfat, eller å få dusjet på badet. Pasienten ville dusje, til tross for de harde anstrengelsene hun måtte igjennom for å komme seg til badet. Samtidig fortalte hun at kroppen hennes ble mer «skitten» ved bruk av vaskeklut under stell. Dette ble respektert fra min side, da det var pasientens eget valg, og det var mulig å sette av tid til å utføre stellet på badet med pauser og i det tempoet pasienten trengte. Selv om hun måtte slappe av i to timer etter stellet, var pasienten takknemlig for at hennes valg ble møtt med respekt og verdighet. Alt tatt i betraktning skriver Cheraghi et.al. i sin forskning at det å ta hensyn til muslimske religiøse verdier og samtidig ha respekt for menneskeligheten, bidrar dette til å ivareta deres verdighet (2014, s. 923).

5.2 Sykepleie og kulturell kompetanse

Ved stell av troende muslimske kvinner, kreves det av sykepleier at de sitter inne med en form for kulturell kompetanse. Det innebærer blant annet å ha nok kunnskap om den kulturen du arbeider med (Alpers, 2017, s. 18), i form av kunnskap om religion, medisinske systemer og behandlingsformer i de landene de pasientene kommer fra (Eriksen & Sajjad, 2015, s. 230). Allikevel vises det gjennom forskning at opplæring i kulturell kunnskap er varierende hos sykepleiere. Mangel på kulturell kunnskap kan understøttes av forskningen til Hasnain et.al. hvor flere av helsepersonalet rapporterte mangel på forståelse av muslimske kvinners religiøse og kulturelle behov, som igjen har forhindret dem fra å gi en helhetlig omsorg til pasientene sine (2011, s. 79). Slike resultater i forskningen, gir det indikasjoner på at sykepleiere ikke har nok kunnskap for å kunne ivareta muslimske kvinners religiøse verdier under stell. Tatt det i betraktning, er faktisk sykepleier ansvarlig for egen læring. Dette kommer fram i helsepersonelloven rettet mot faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (helsepersonelloven, 1999, §4).

For å innhente kulturell kompetanse hos sykepleiere, må de kulturelle ferdighetene være tilstede. Sykepleier er da i stand til å tilpasse seg flere forskjellige situasjoner og kan relatere hendelser til sin egen kultur (Bøhn & Dypedahl, 2009, s. 153). Allikevel kommer det fram blandede svar fra deltakerne i forskningen til Plaza del Pino. Det er noen sykepleiere som sammenlikner seg med de muslimske pasientene og som synes det er interessant å lære om

tradisjoner og faktisk vil forstå hvorfor ting skjer. Derimot svarte andre sykepleiere at de hverken har tid til å lære om kulturelle aspekter eller har noen interesse for å lære det heller (2016). Parallelt med dette er det også en ferdighet det å vise at en bryr seg om personen og har nærhet til personen som en yter omsorg for (Eriksson, referert i Kirkevold, 2009, s. 188). Likeså står det i forskningen til Cheraghi et.al. at sykepleier er i stand til å aktualisere verdigheten til pasienten, den troende muslimske kvinnen, ved å være forberedt på å vurdere og tolke pasientens synspunkter og behov under pleie (2014).

Til syvende og sist er det holdninger som gjenstår innenfor kulturell kompetanse. Det er den emosjonelle delen som omfatter toleranse, nysgjerrighet og åpenhet i ulike situasjoner. Videre innebærer kulturelle holdninger at en forholder seg til at ens egen kultur kun er et subjektivt syn og en innlært måte å se verden på (Bøhn & Dypedahl, 2009, s. 154). I forskningen til Hasnain et.al. diskuteres det at det ikke kan kreves av sykepleiere at de skal kunne alt om hver forskjellige religioner, men at de i det minste tar seg en pause og faktisk hører på de muslimske kvinnene, og forsikrer seg om at deres individuelle overbevisninger og verdier blir respektert (2011, s. 80). På bakgrunn av det som blir skrevet om at sykepleier bør være nysgjerrig og åpen ovenfor den troende muslimske kvinnen, kan en anta at en grunnleggende tillit mellom begge individer bør være tilstede. Som følge av tillit, mener Løgstrup at den er spontan og at det er ikke noe vi kan kreve. Når den muslimske kvinnen viser tillit til sykepleier under stell, gir hun noe av seg selv til sykepleieren og blir sårbar. Det hviler et stort ansvar på sykepleier i forhold til hvordan tilliten blir mottatt. Dersom den ikke blir imøtekommet kan tilliten bli ødelagt (Henriksen & Aarflot, 2007, s. 160).

For å kunne sette seg inn i andre menneskers situasjon, må en alltid tilegne seg ny kunnskap, det vil si at den kulturelle kompetansen hos sykepleier kan alltid videreutvikles. Det innebærer blant annet å kontinuerlig reflektere over egen atferd og bryte med gamle tankemønstre. Samtidig kan det være situasjoner der det er vanskelig å være imøtekommende, hvis pasienten ikke gir noe forståelse tilbake til sykepleier (Bøhn & Dypedahl, 2009, s. 158). Tatt det i betraktning, har den muslimske kvinnen som er innlagt på sykehus med behov for langvarige og koordinerte tjenester, rett på individuell plan (pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5). Likeså skal en individuell behandlingsplan få pasienten til å aktivt sette mål for oppfølging og behandling. Helsepersonell skal sørge for at tiltak og annen støtte er godt samordnet og i henhold til målene. Følgende resultater i forskningen til Flottorp & Fønhus er at individuell plan gir økt mestring hos pasienten (2015). Selv om den kulturelle kunnskapen

stadig skal være i utvikling hos sykepleier og at pasienter har krav på individuell plan under langtidsopphold på sykehus, skal også sykepleier aktivt imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov (NSF, 2011). De særskilte behovene for den troende muslimske kvinnen, står både beskrevet i kapittel 5.1 og 5.3. Dersom dette blir tatt hensyn til, er det stor sannsynlighet for at både integriteten og verdigheten til den muslimske kvinnen kan bli ivaretatt av sykepleier under stell på sykehus.

5.3 Bluferdighet og skam

Martinsen skriver om skammen som kan oppstå hos et menneske, både den vonde og den gode skammen, samtidig som hun skriver om bluferdighet (2012). Det står mer utdypende informasjon om skam og bluferdighet i kapittel 2.7, og dette kapittelet tar utgangspunkt i det som står der. Ut ifra teorien til Martinsen og annen litteratur, er det realistisk å si at å være med troende muslimske kvinner under stell bør medføre med varsomhet og sensitivitet fra sykepleier sin side. Det kan støttes med Hanssen som skriver at svært mange troende muslimske kvinner er sjenerte over sin egen kropp. I en del tilfeller kan det være på grunn av at disse kvinnene er tilhengere av purdah, og skal skjule kroppen sin til enhver tid (2005, s. 165, 167). Å være sjenerte over sin egen kropp kommer tydelig fram i studien til Zeilani & Seymour, da flere av kvinnene hadde opplevd å måtte bruke kort sykehuskjorte som eksponerte både legger, armer og deler av ryggen. Kvinnene hadde følt seg skamfulle og flau over å bruke den (2012, s. 104). På en annen side kan det være at disse kvinnene er skamfulle over kroppen sin på grunn av at de er blitt påført det onde øye eller at en ond ånd har tatt seg inn i kroppen (Ahmadi et.al. 2019, s.728).

Stell utfordrer bluferdigheten til både pasient og sykepleier, da begge skal forholde seg til private og tabubelagte forestillingen om kroppen i deres kultur (Martinsen, 2012, s. 167). Det kreves at sykepleier har kunnskap om og respekt for de kravene som religionen stiller til pasienten, og dette er med på å skape gode relasjoner (Hanssen, 2005, s. 181). Samtidig kommer det tydelig fram i forskningen til Plaza del Pino at sykepleiere har mangel på kunnskap om islam, basert på egne fordommer og stereotypier som kan føre til et negativt perspektiv på muslimske pasienter (2017, s. 1136). Selv om sykepleier ikke har mye kunnskap om selve Islam, bør det ligge en grunnleggende respekt for hver pasient en møter uansett, og i likhet med det Martinsen hevder, skal ikke sykepleier overføre egen skam til pasienten (2012, s. 167).

Muslimske kvinner kan ha forskjellige syn på kroppene sine, og er spesielt sårbare og utsatt når de ligger på sykehuset og er avhengige av at andre hjelper dem. Dette kommer godt fram i forskningen til Zeilani og Seymor. I denne studien deles kroppen inn i tre kategorier, der en av kategoriene er den avhengige kroppen. Denne kroppen reflekterer endringer i kroppslig styrke og ytelse. Kvinnen går fra å være den som gir omsorg, til den som får omsorg. Opptil flere av de muslimske kvinnene uttrykte følelser som de hadde opp mot den avhengige kroppen og det var følelser som skam, byrde og lammelse (2012). I slike tilfeller bør sykepleier innhente kompetanse fra pasienten om hva slags preferanser, vaner eller ritualer som hun har i forbindelse med personlig hygiene og påkledning (Brodtkorb, 2015, s. 176). På grunnlag av erfaringer jeg har fra praksis og jobben min på sykehuset, mener jeg at god tid og tålmodighet også er svært essensielt. Følelsen av å ha lite tid og å ha en framtoning som oppleves som stressende, kan smitte over på pasienten. Videre opplever jeg og har opplevd at dersom jeg er rolig og tar meg tid i stellet, blir det en god seanse for begge to. I lys av erfaringene mine er det aktuelt å ta fram pasient og brukerrettighetsloven §3-1, hvor pasienten har rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. I denne situasjonen er stell en omsorgstjeneste, som skal så langt det er mulig utformes i samarbeid med pasienten og helsepersonalet (1999). Medvirkning krever at sykepleier legger til rette for å inkludere den muslimske kvinnen i avgjørelser og tiltak som skal gjøres relatert til stell for henne. Alt tatt i betraktning uttrykker også Eriksson at menneskets verdighet også inkluderer frihet til å ta egne valg over sitt eget liv og muligheten til å beskytte seg mot inntrengning (2004, s. 64).

Hanssen uttaler at det er strenge regler for samvær og berøring mellom muslimske kvinner og menn som ikke er i familie. Det vil si at kvinnelige sykepleiere bør ta seg av kvinnelige pasienter og mannlige sykepleiere bør ta seg av mannlige pasienter (2005, s. 177). Dette vises tydelig i studien til Zeilani & Seymor sin studie der flere av de kvinnelige deltakerne hadde opplevd at det ikke ble tatt hensyn til dette, og at de derfor følte seg skamfulle. Kvinnene mener det er en forbudt handling innenfor islam å bli berørt av en mann som ikke er i en familierelasjon til dem. Samtidig går dette utover den kulturelle kroppen til kvinnen som gjenspeiler effekten av kulturelle normer og islamsk tro (2012). Flere etiske prinsipper blir brutt når kvinnene føler at de blir overkjørt av sykepleiere av det motsatte kjønn. Kvinnenes autonomi blir ikke respektert og velgjørenhetsprinsippet, gjøre godt mot andre, er ikke tilstede i slike situasjoner som er blitt beskrevet over (Brinchmann, 2014, s. 85). Det er dog blitt erfart av mannlige sykepleiere at det er nyttig å ta kontakt med ektemannen eller far og bli godt

kjent, og skape en god relasjon, dersom mannlige sykepleiere må yte omsorg overfor en kvinnelig pasient (Hanssen, 2005, s. 117).

5.4 Sykepleierens opptreden i ivaretagelsen av det verdifulle mennesket

Noen av pasientenes grunnleggende behov er ifølge Virginia Henderson å kunne holde kroppen ren og velpleid, samtidig som en kan utføre handlinger som er forenelig med sin religion. Videre mener Henderson at sykepleier må vurdere hvorledes de grunnleggende behovene kommer til uttrykk hos hver enkelte pasient. Dersom dette ikke blir opprettholdt blir pleien lite individualisert og situasjonen vil oppleves som overflatisk (Mathisen, 2015, s. 127-128). Likeledes mener Eriksson at sykepleiere skal se på pasientene sine med verdighet og hellighet og ivareta deres hellige verdier (2004, s. 64). Det å utføre pleie består altså ikke bare av å holde kroppen ren, men også ivaretagelse av religiøse verdier og menneske som helhet. Samtidig foreslår de muslimske kvinnene i forskningen til Hasnain et.al at sykepleiere bør bruke mer tid på å lære seg hvorledes prioritere deres helsebehov, og bedre forstå hvordan deres religiøse tro kan kombineres med deres helsetilstand (2011).

En hver pasient trenger opplevelse av kjærlighet når de er lagt inn på sykehuset, for å kunne oppleve mening og hensikt i deres situasjon, om det så er fra venner, familie eller sykepleier. Sistnevnte kan fra sin side vise kjærlighet ved å være tydelig på at den bryr seg om pasienten, og vise en nærhet til henne, samtidig som at pasienten opplever å bli akseptert i sin situasjon og føler at hun betyr noe for sykepleierne (Stubberud, 2015, s. 96). Parallelt med pasientens opplevelse av kjærlighet, legger også Eriksson vekt på kjærligheten som er knyttet til forholdet mellom mennesker, som i denne sammenhengen er den muslimske kvinnen og sykepleier. Det forholdet som utvikler seg mellom de to, kan føre til et fellesskap med gode relasjoner og som videre kan føre til en helhetlig omsorg (Kirkevold, 2009, s. 185). I lys av det jeg har skrevet i dette avsnittet, vil jeg trekke fram egen erfaring fra min jobb på sykehuset. Der stelte jeg en svært syk og smertepåvirket kvinne i sengen. I den situasjonen observerte jeg eksempelvis hennes smerter, sårene bak på setet og den tunge pusten. Fordi jeg bryr meg om og vil det beste for pasienten, følte jeg en absolutt medlidenhet ovenfor henne. Lindström skriver nettopp at det å gi mye kjærlighet til pasienter, er det en god kilde til å vise medlidenhet overfor det mennesket. Ved følgende stell av muslimske kvinner, kan deres verdighet bli ivaretatt ved at sykepleier viser kjærlighet i form av nærhet og at de bryr seg.

Når sykepleier viser medlidenhet i stell situasjon, kan de begge dele et felleskap med for eksempel glede, sorg og smerte (2004, s. 279).

Utøvelse av sykepleie skal til enhver tid baseres på respekt overfor det enkelte menneskets liv og dets iboende verdighet (NSF, 2011). Det kan understøttes gjennom forskningen til Plaza del Pino, hvor opptil flere av sykepleierne som deltok fortalte at de respekterte de muslimske pasientenes skikker og tradisjoner, men gav uttrykk for at de selv ikke lever slik eller deler den form for kultur (2017). Tatt det i betraktning kommer det fram i resultatene i forskningen til Hasnain et.al. fra de muslimske deltakerne, at de opplevde enkelte sykepleiere som ufølsomme eller respektløse ovenfor dem (2011). Likeledes står det i forskningen til Cheraghi et.al. at alle pasienter har behov for å bli respektert for deres kropp og deres menneskelige individualitet. I en stellsituasjon med en troende muslimsk kvinne, bør ikke sykepleier se på pasientens kropp som et objekt, men som en kropp med åndelige verdier relatert til pasientens tolkning av sine hellige skrifter. Det blir samtidig understreket av en muslimsk deltaker i forskningen, at i Islam er menneskekroppen en tegning av en åndelig og guddommelig sjel, og derfor bør ethvert menneske respektere andres verdighet (Cheraghi et.al. 2014).

6. Avslutning

I denne oppgaven har jeg hatt fokus på å finne ut hvorledes sykepleier kan ivareta verdigheten til troende muslimske kvinner under stell på sykehus. Først og fremst består ikke stell bare av en kroppsvask, men den består også av å respektere personens verdier, åndelighet, ritualer og vaner. Samtidig skal ikke kroppen bli sett på som et objekt, personen som er i den kroppen skal bli sett og inkludert i hele stellet. Allikevel kan stell by på utfordringer, så stell må tilpasses hvert enkelt individ og situasjonen personen er i. Det kreves både en tilpasning og en samhandling mellom sykepleier og pasient for at verdigheten skal bli ivaretatt under et stell.

Det har kommet tydelig fram i både faglitteratur og forskningsartikler at sykepleiere ikke har nok kulturell kompetanse, og at mange av sykepleiere ikke greier å se gjennom sine fordommer når en skal hjelpe en muslimsk kvinne på sykehuset. De muslimske kvinnene har opplevd dette som krenkende og skammet seg både over kroppen sin og det faktum at de er hjelpetrengende. Ved hjelp av Martinsen sin teori om skammens to sider, har jeg forsøkt å belyse grensene mellom god og vond skam. Samtidig påpeker Martinsen også at

bluferdigheten til muslimske kvinner verner om deres integritet og verdighet i situasjoner som oppstår. Kulturell kompetanse er kulturelle ferdigheter og holdninger, det å kunne bry seg og være åpen. Dette er essensielt for at en muslimsk kvinne skal kunne føle seg verdsatt i en sårbar situasjon som stell er. Erikssons omsorgsteori og Hanssen belyser begge viktigheten av at sykepleiere inkluderer familie og pårørende, viser interesse for personen, og gir kjærlighet i form av sin tilstedeværelse.

Ut ifra det som er kommet fram i forskningsresultatene er behovene for å ivareta verdigheten forskjellig fra pasient til pasient. Blant de muslimske kvinnene var det spesielt behov for at sykepleier respekterte deres religiøse og kulturelle verdier under stell, og kunne legge til rette for det som var mulig i situasjonen. Å respektere de religiøse behovene samtidig som en utfører et kroppslig stell, kan være en god kombinasjon for å ivareta verdigheten til en troende muslimsk kvinne på sykehus. Det som er blitt nevnt i denne avslutningen kan samtidig være like betydningsfullt for alle innvandrere som kommer til Norge og som blir lagt inn på norske sykehus. Jeg ønsker imidlertid å påpeke at dette er et tema som det bør forskes mer på, da det er svært lite forskning som omhandler stell av multikulturelle pasienter.

Referanseliste

- Ahmadi, F., Khodayarifard, M., Zandi, S., Khorrami-Markani, A., Ghobari-Bonab, B., Sabzevari, M. & Ahmadi, N. (2018), Religion, Culture and illness: a sociological study on religious coping in Iran, *Mental Health, Religion & Culture*, 21(7) 721-736. <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1555699>
- Alpers, L-M. (2017). Helsepersonells kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter. (2.utg.). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus
- Bloomer, M. J. & Al-Mutair, A. (2013) Ensuring cultural sensitivity for Muslim patients in the Australian ICU: Consideration for care. *Australian Critical Care*, 26(4) 193-196. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2013.04.003>
- Brinchmann, B. S. (2014). Etikk i sykepleien. (3.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Brodtkorb, K. (2015). Stellet – mulighetens arena. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (red.) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Bøhn, H. & Dypedahl, M. (2009). Veien til interkulturell kompetanse. (1.utg.). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS
- Cheraghi, M. A., Manookian, A. & Nasrabadi, A. (2014). Human dignity in religion-embedded cross cultural nursing. *Nursing ethicks*, 21(8) 916–928. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733014521095>
- Dalland, O. (2018). Metode og oppgaveskriving (6.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eriksson, K. (2004). Vårdvetenskap och teologi. H. M. Solli (red.), *Helse og helhet. Ethiske og tverrfaglige perspektiver på helsefaglig teori og praksis* (1.utg. s. 63-64). Oslo: Unipub AS
- Eriksen, T. H. & Sajjad, T. A. (2015). Kulturforskjeller i praksis (6.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Flottorp, S. & Fønhus, M. S. (2015). Individuell behandling- og oppfølgingsplan kan gi større tro på egen mestring. *Sykepleien Forskning*, 10(2), 108-109. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2015/07/individuell-behandlings-og-oppfolgingsplan-kan-gi-storre-tro-pa-egen-mestring>
- Grasdalen, A. B. (2016). Norge har et monokulturelt helsevesen. Hentet fra <https://delta.no/yrke/helsefagarbeidere-i-delta/norge-har-et-monokulturelt-helsevesen>
- Hanssen, I. (2005). Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Hasnain, M., Connell, K. J., Menon, U. & Tranmer, P. A. (2011) Patient-Centered Care for Muslim Women: Provider and Patient Perspectives. *Journal of Women's health*, 20(1), 73-83. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2010.2197>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-646) Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Helse og omsorgsdepartementet (2013) *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf s. 4-39](https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf_s.4-39)
- Henriksen, J-O. & Aarflot, H. M. (2004). Å møte en annen. I.T. Bjørk, S. Helseth & F. Nortvedt (red.) *Møte mellom pasient og sykepleier* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kirkevold, M. (2009). Sykepleieteorier – analyse og evaluering. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lindström, U. Å. (2004). Lidelse. I. T. Bjørk, S. Helseth & F. Nortvedt (red.) *Møte mellom pasient og sykepleier* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lunde, P. (2002). Islam (1.utg.). London: Dorling Kindersley Limited
- Mathisen, J. (2016). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. E. K. Grov & I. M. Holter (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1* (5.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS
- Martinsen, K. (2012). Skammens to sider. R. Thorsen, K. S. Mæhre & K. Martinsen (red.) *Fortellinger om etikk* (1.utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkes etiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Plaza del Pino, F. J. (2017). Nurses and Muslim patients: two perspectives on Islamic culture in the hospital. *Procedia – Social and Behavioral Science*, 237(2017) 1131-1137. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.167>
- Rassool, G. H. & Sange, C. (2014) Understanding the Musli Family System. G.H. Rassool (red.) *Cultural competence in caring for muslim patients* (1.utg, s. 58). Hampshire: Palgrave Macmillan
- Rassool, G. H. (2014). Nursing, Healing and the Spiritual Dimension: an Islamic Perspective. G.H. Rassool, (red.) *Cultural competence in caring for muslim patients* (1.utg, s. 24.). Hampshire: Palgrave Macmillan

Stubberud, D-G. (2015). Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom. (1.utg.).
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Thidemann, I-J. (2015). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter (1.utg.)
Oslo: Universitetsforlaget

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. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01427.x>