

Emnekode: SPL 3902

Kull: 08HBSPLH

Emnenavn: Bacheloroppgave i sykepleie

Kandidat: 858

Oppgavetype: Bachelor

Hvordan kan jeg som sykepleier fremme trygghet hos pasienter før og under en gynekologisk undersøkelse?

Høgskolen i Gjøvik, Sykepleie,

Mai 2011. Antall ord: 9140

Sammendrag av Bacheloroppgaven

Tittel:	Hvordan kan jeg som sykepleier fremme trygghet hos pasienter før og under en gynekologisk undersøkelse? How can I as a nurse prevoid safety and security to patient before and during a gynecological examination	Dato : 08.05.2011
Deltaker(e)/ Kandidatnr:	858	
Veileder(e):	Wenche Bogsti	
Evt. oppdragsgiver:		
Nøkkelord (3-5 stk)	Gynekologisk undersøkelse, trygghet, sykepleie, kultur	
Antall ord: 9140	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: ja/nei
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven: Denne oppgaven omhandler hvordan sykepleierens holdninger, egenskaper og kunnskap kan bidra til å fremme trygghet hos pasienter. Med fokus på de pasientene med ulik kulturell bakgrunn. Joyce Travelbee blir benyttet for å belyse det mellom menneskelige aspektet. Kommunikasjon og probelmløsende metode er også et viktige elementer for å belyse min problemstilling. Jeg har valgt å teorien opp mot ulike utfordringer som kan oppstå. Ulike fysiske psykiske, sosiale og åndelige utfordringer som for eksempel omskjæring alder og engstelse. Sykepleierens helhetlige omsorg kan også bidra til trygghet for pasienten.		

Innhold

1. Innledning	1
1.1. Oppgavens oppbygning og begrensning	1
2. Metode	2
3. Teori.....	6
3.1 Den Gynekologisk undersøkelse.....	6
3.1.1. Hvordan utføres en gynekologisk undersøkelse?.....	6
3.1.2. Gynekologisk sykepleie	7
3.1.3. Hvilke kvinner får utført en gynekologisk undersøkelse?	8
3.2. Trygghet.....	8
3.2.1. Trygghet som grunnleggende behov	9
3.3. Mellommenneskelige aspekter.....	10
3.3.1. Joyce Travelbee.....	10
3.3.2. Kommunikasjon	11
3.5. Pasientens rett- sykepleierens plikt.....	13
3.6. Kultur	14
3.7. Problemløsende metode	15
4. Drøftning.....	16
4.1. Sykepleierens egenskaper.....	16
4.2. Kunnskapsbasert sykepleie	19
4.3. Kjønnslæstelse	21
4.4. Ulike utfordringer.....	22
5. Konklusjon.....	25
6. Etterord	27
7. Litteraturliste.....	27

1. Innledning

Gjennom hele sykepleierutdanningen har jeg interessert meg for kvinnehelse. De fleste kvinner jeg har pratet med om gynekologisk undersøkelse gir uttrykk for at undersøkelsen er nødvendig, men ubehagelig. Følelsen av å blottlegge intime soner under en helseundersøkelse er for de fleste forbundet med ubehag. De fleste kvinner føler seg ukomfortable under en gynekologisk undersøkelse (Emre mfl. 2009). Jeg ønsker derfor å se nærmere på hvordan jeg som sykepleier kan opptre støttende overfor pasienten under en gynekologisk undersøkelse. Derfor er min problemstilling som følgende:

”Hvordan kan jeg som sykepleier fremme trygghet hos pasienter før og under en gynekologisk undersøkelse?”

For å svare på denne problemstillingen er det relevant å beskrive hvilke tiltak jeg som sykepleier kan benytte meg av for å trygge den gynekologiske pasienten. Det er også relevant å finne ut hvordan mine holdninger og egenskaper påvirke utførelsen av den profesjonelle sykepleien i forbindelse med en gynekologisk undersøkelse.

Videre i oppgaven vil jeg bruke forkortelsen GU om den gynekologiske undersøkelse.

1.1. Oppgavens oppbygning og begrensning

I følge International Council of Nurses (ICN) ”Codes for Ethics for Nurses” skal sykepleiere yte respektfull sykepleie til alle:

Nursing care is respectful of and unrestricted by considerations of age, colour, creed, culture, disability or illness, gender, sexual orientation, nationality, politics, race or social status. (Norsk sykepleier forbund 2007).

Jeg ønsker å ta utgangspunkt i ICNs etiske retningslinjer og vil derfor ha hovedfokus på pasienter med ulik kulturell bakgrunn. Samtidig vil jeg poengtere at dette ikke utelukker andre faktorer og utfordringer sykepleieren kan oppleve i forbindelse med en gynekologisk undersøkelse. Hensikten med oppgaven er å gå i dybden på hvordan jeg

som sykepleier kan møte, kommunisere og forholde meg til en pasient for å fremme hennes trygghetsfølelse. Jeg har valgt å ikke ta med ”kulturell bakgrunn” i problemstillingen da de etter min oppfatning allerede er inkludert i ”pasient” begrepet. Hensikten er å kunne trygge pasienter uansett bakgrunn under en rutinemessig undersøkelse, med dette utelukker jeg GU i forbindelse med akutt syke samt gynekologisk undersøkelse av barn.

I metoddelen vil det bli vist til anvendelse og utvelgelse av relevant litteratur. Deretter presenteres og vurderes noe av den anvendte litteraturen fortløpende. På grunn av oppgavens lengde går jeg ikke i dybden på alle kildene. Teoridelen inneholder avklaring og forståelse av begreper samt hvilke metoder og teorier jeg vil legge til grunn for drøftningen.

2. Metode

I denne delen av oppgaven begrunner jeg valg av metode samt fremgangsmåte og kildekritikk. Hensikten er å vise hvordan jeg har kommet frem til kildene jeg har brukt. Et litteraturstudium kan defineres som: ”en oppgave som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder” (Magnus og Bakketeig 2000, s. 37).

Jeg har valgt litteraturstudium som metode og er avhengig av å finne pålitelig litteratur som er relevant og som kan belyse min problemstilling. Dette kan være en svakhet siden jeg kunne fått mer innblikk i den praktiske situasjonen ved å bruke et empirisk utgangspunkt. Jeg har noe erfaring fra gynekologi fra mitt praksisopphold i Namibia og tar med meg denne erfaringen inn i denne oppgaven. Det er mye litteratur om de ulike begrepene i min problemstilling. Jeg har valgt de kildene som er mest pålitelige og relevante for å belyse min problemstilling på best måte.

Artikler basert på forskning fra andre land mener jeg kan berike oppgaven min. Fordi disse artiklene i seg selv tar utgangspunkt i mennesker som lever i andre kulturer enn meg selv. Artiklene jeg har valgt å bruke er på engelsk. Mange ord har flere betydninger så muligheten for at jeg har tolket ting annerledes enn det var ment er tilstede.

Litteraturen jeg har valgt å analysere og begrunne i denne delen av oppgaven er

fagbøker utenfor pensum, forsknings- og fagartikler og tilsynssaker fra helsetilsynet. Disse kan alle belyse min problemstilling på ulike måter.

Jeg ønsket å finne ut hvilke holdninger og forventninger pasienter har til sykepleieren under en gynekologisk undersøkelse. Dette for å få pasientens perspektiv på min problemstilling. Jeg søkte på databaser hvor jeg kunne finne sykepleieforskning. Valg av database ble derfor ” British Nursing index” og ”Ovid Nursing database”. På sistnevnte database brukte jeg søkeordene: Gynecological examination + physiological stress. Dette søket førte til 5 treff. Valget falt på originalartikkelen ”Woman’s attitude and expectation regarding gynecological examination”. Artikkelen ble publisert i tidsskriftet ”Midwifery” i 2009. I og med at det er tyrkisk forskning som tar utgangspunkt i tyrkiske kvinner kan dette være kritikkverdigg. Fordi jeg antar at kulturelle forskjeller påvirker forventningene til helsevesenet, også fordi helsetilbudet i andre land er forskjellig fra vårt. Jeg vil ha et flerkulturelt perspektiv på oppgaven og velger derfor å bruke denne forskningsartikkelen. Samt anser jeg at utvelgelsen av respondenter er gjort på en etisk forsvarlig måte og er gyldig.

Den neste artikkelen jeg valgte fant jeg ved å bruke søkeordene: ”Gynecological examination” og ”anxiety”. Søket i ”Ovid Nursing database” førte til 12 treff. Mange av titlene var relevante for å belyse min problemstilling, men kun en var av nyere dato. Jeg anser mange av de andre artiklene til å være mindre aktuelle siden de var fra tidlig 80-tallet, så jeg valgte heller å bruke en artikkel av nyere dato da jeg anser den som mer gyldig. ”Patient Anxiety Level Related to gynecological Examinations: Use of the Color Breathwork Method” er et pilotstudie hvor de bruker Color Breathwork Method (CBM) for å berolige kvinnene under GU. Hva CMB metoden går ut på forklares i drøftningsdelen. Men det er noen anmerkninger i forhold til denne artikkelen; Det er ikke brukt kontrollgruppe og respondentene er alle unge friske studenter fra samme universitet. 80 % av de 40 respondentene er mellom 18 og 25 år. Disse faktorene fører til mindre gyldige resultater med tanke på pasienter generelt, samt eldre pasienter og personer med en annen livssituasjon. Forfatteren Kari Sand-Jecklin ønsker å prøve ut CBM for å redusere engstelse hos kvinner under GU. Tross kritikken velger jeg likevel å bruke denne artikkelen for å demonstrere hvordan kreativ tenkning hos sykepleiere kan føre til flere tiltak som fremmer trygghet hos pasientene.

Jeg har søkt etter relevante artikler i fagtidsskriftet "Sykepleien" for å kunne belyse min problemstilling i en samfunnsvitenskapelig sammenheng. Jeg leste innholdsfortegnelser og bladde gjennom utgaver fra de to siste årene. Hensikten var å se om min problemstilling er aktuell i fagmiljøet i dag. I den syvende utgaven fra 2010 fant jeg artikkelen "Kulturveiledere inntar Ullevål". Kulturveilederne skal veilede kollegaer i flerkulturelt helsearbeid og skal fungere som holdningsskapende ambassadører. Artikkelen er ikke en forskningsartikkel, men inneholder subjektive meninger og ytringer. Dette er et utdanningstilbud som Oslo Universitetssykehus har tilbudt sine arbeidstakere. Det som ikke kommer frem i denne artikkelen er om behovet for kulturveiledere er like stort utenfor Oslo. Oslo Universitetssykehus er dyktige på helsefaglig forskning (Oslo universitetssykehus 2011), så muligheten for at det blir et nasjonalt tilbud med tiden er tilstede og jeg velger derfor å ta med denne fagartikkelen.

På BIBSYS brukte jeg søkeordet gynekologi og fant to bøker som var av interesse. Den svenske læreboken "Gynekologi" og den danske læreboken "Obstetrikk og gynekologi". Den svenske boken er et resultat av et svensk samarbeid mellom spesialister innenfor gynekologi og ut ifra dette anser jeg bokens innhold som troverdig. Boken er først og fremst rettet mot leger og legestudenter, men jeg mener mye av denne kunnskapen kan overføres til sykepleie og dermed er dette aktuell litteratur til å belyse min problemstilling (Janson 2010). Boken ble publisert i fjor og jeg ser på dette som gyldig oppdatert kunnskap. Mulige tolkninger fra min side kan være til stede da jeg har måtte oversatt stoffet til norsk.

"Obstetrikk og gynekologi" er en dansk lærebok for sykepleiestudenter gitt ut av det Danske sykepleierådet. Den gynekologiske delen av denne boken har vært av størst interesse og relevans for min problemstilling. Denne boken tar utgangspunkt i dansk lov. Den ene forfatteren er overlege og den andre utdanningssykepleier, noe jeg mener gir stoffet et faglig og troverdig innhold rettet mot sykepleie. Jeg har sett gjennom flere bøker i gynekologi og dette er en av få som er vinklet mot sykepleie og er derfor aktuell i forhold til min problemstilling.

Den tredje boken jeg valgte å bruke er skrevet av Joyce Travelbee som er en anerkjent amerikansk sykepleieteoretiker som levde frem til 1973. Boken heter "Interpersonal Aspects in Nursing", og ble først gitt ut i 1966. Den ble utgitt på norsk med tittelen

”Mellommenneskelige forhold i sykepleie” i 1999 (Travelbee 1999). Dette er i utgangspunktet en eldre bok, men jeg anser innholdet som fortsatt gyldig og aktuell for min problemstilling ettersom Travelbee og hennes teori omtales i flere av pensumbøkene ved sykepleieutdanningen på Høgskolen i Gjøvik. Det var i disse bøkene jeg først leste Travelbees teori, og da jeg bestemte meg for å benytte hennes teori i min oppgave søkte jeg meg frem til primærlitteratur ved hjelp av BIBSYS.02

I tillegg til artikler og lærebøker har jeg valgt å bruke tilsynssaker fra Statens helsetilsyn. Statens helsetilsyn ligger under helse- og omsorgsdepartementet. Det er en uavhengig tilsynsmyndighet og deres ansvar er blant annet å sikre kvaliteten på helsetjenestene i Norge. En tilsynssak er en reaksjon på helsepersonell eller virksomheter hvor det ikke er sikret forsvarlige tjenester. Helsetilsynet vektlegger også aktiviteter som fremmer befolkningens tillit til helsetjenestene (Helsetilsynet 2010a). Jeg anser denne kilden som troverdig. Det var av interesse å se om det var noen tilsynssaker på sykepleiere i forbindelse med gynekologiske undersøkelser. Dette kunne gi meg noen eksempler på misbruk av autoritet og makt i situasjoner hvor vår oppgave er å trygge pasienten. Søkeordene jeg brukte her var ”gynekologisk undersøkelse” som førte til 85 treff. Jeg fant to tilsynssaker mot leger i forbindelse med gynekologiske undersøkelser og ingen mot sykepleiere. Et ”vedtak om advarsel” og et ”Vedtak om tilbakekall av autorisasjon som lege”. Det var sykepleierens perspektiv og adferd jeg ønsket å finne informasjon om, men jeg anser de to tilsynssakene som gode eksempler på maktmisbruk i forbindelse med GU. Innholdet i disse tilsynssakene kan påvirke den kvinnelige befolkningens oppfatning av helsepersonell under en gynekologisk undersøkelse, og jeg har derfor valgt å ta dem med.

Denne litteraturen er anvendt for å belyse ulike deler ved min problemstilling. De aktuelle tekstene fra disse kildene vil bli presentert i teoridelen. Noen av kildene er kun benyttet for å poengtere deler i drøftningen.

3. Teori

3.1 Den Gynekologisk undersøkelse

Innledningsvis ønsker jeg si noe om hva en gynekologisk undersøkelse er, hvem som får utført og utfører undersøkelsen. Samt og hva som er sykepleierens oppgave er i forhold til pasienten.

3.1.1. Hvordan utføres en gynekologisk undersøkelse?

En gynekologisk undersøkelse (GU) kan utføres av almenlege eller en gynekolog ofte assistert av legesekretær eller sykepleier. Ved GU undersøkes kvinnens indre og ytre kjønnsorganer. Det innebærer vulva, vaginalåpningen, hymen (jomfruhinnen), vagina, livmørtappen samt hårvekst og hårgrense. Denne undersøkelsen utføres oftest med en diagnostisk hensikt men kan også brukes til behandling ved behov (Farmen, 2008)

Pasienten må kle av seg på underlivet og legge seg på undersøkelsesbenken i gynekologisk leie. Pasienten ligger på rygg med bøyde knær og bein trukket godt opp ved hjelp av beinstøtter. Selve undersøkelsen kan gjennomføres på to måter. Enten ved to fingre i vagina eller pekefinger i vagina og langefinger i rektum. Med den andre hånden palperer legen nedre del av buken samtidig som den indre håndens fingre får inntrykk av de indre kjønnsorganenes størrelse, konsistens og form. For at det skal være enklest mulig for legen må han stå eller sitte mellom beina til pasienten (Farmen, 2008).

Spekulum er et instrument som utvider vaginalkanalen og synliggjør cervix for inspeksjon og eventuelt prøvetaking. Ved celleprøvetaking brukes spekulum, da er det viktig at det ikke blir brukt eksplorative kremer på instrumenter slik at dette kommer i kontakt med cervix hvor prøvene skal tas fra. Celleprøvene tas ved å bruke en vattpinne på livmormunnen eller en liten børste som føres litt opp i cervixkanalen. Ved behov tas prøver for å avklare status på patogene bakterier og *Chlamydia trachomatis* (Lundvall 2004). Det finnes også mange andre prøver og undersøkelser som kan utføres under en gynekologisk undersøkelse men jeg anser ikke dem som viktige for min problemstilling og velger å avgrense oppgave til dette.

3.1.2. Gynekologisk sykepleie

Som sykepleier skal jeg respektere pasienten og sørge for hennes sikkerhet og verdighet blir opprettholdt. Dette stiller også krav til meg som sykepleier om å holde meg oppdatert på fagutvikling, forskning og ny kunnskap innfor mitt fagområde, samtidig må jeg kunne utføre dette i praksis. Dette innebærer også at jeg er bevist på mitt kompetansenivå (Norsk sykepleier forbundet 2007).

Sykepleierens hovedoppgave er å fremme helse, forbygge sykdom samt å behandle. Hun skal også støtte pasienten før under og etter undersøkelsen. Det er også viktig at pasienten får tilstrekkelig med informasjon til å forstå gangen i undersøkelsen, og hvem som skal være til stede og hva som skal skje (Lundvall 2004). Sykepleier må få bekreftet at kvinnen har forstått informasjonen hun er gitt tidligere, slik at pasienten får mulighet til å stille spørsmål. Det er også sykepleiers oppgave å se til at det ser ryddig og rent ut på undersøkelsesrommet (Wijma 2010).

Før pasienten kler av seg er det greit å få klarhet i ting som må være i orden før undersøkelsen. Dette så pasienten slipper å sitte avkledd og svare på spørsmål, dette gjelder også samtalen med legen. Blir det uforutsett venting må pasienten få noe å dekke seg til med så hun ikke fryser eller føler seg unødvendig blottet. Å ivareta ta pasienten bluferdighet er viktig så det ikke blir ubehaglig for henne (Lundvall 2004). Gardinene bør være trukket for og fotenden av sengen skal ikke vende mot en dør, tilfelle det kommer noen uanmeldt Sykepleier må forhøre seg om kvinnen har vært på toalettet slik at både urinblæren og tarmen er tømt. Er dette gjort er det enklere for legen å undersøke. Behov for beroligende medikamenter må vurderes, for eksempel ved kjent patologisk tilstand da dette kan være smertefullt (Farmen 2008).

Pasienten skal få mulighet til å være skjermet når hun kler av seg og slippe å være helt naken nedentil når hun kommer inn på undersøkelsesrommet. Hun får eventuelt låne et laken å ha rundt seg (Lundvall 2004).

Den gynekologiske benken skal innstilles slik at den passer pasienten. Men pasienten skal ikke ligge i gynekologisk leie før legen er tilstede (Farmen 2008). Under selve undersøkelsen skal sykepleier om mulig være ved pasientens side og orientere henne om forløpet samt hjelpe henne til å slappe av, samt assistere legen ved behov (Lundvall 2004). Når pasienten er avslappet og trygg er det enklere for legen å diagnostisere (Farmen 2008). Det er også sykepleiers oppgave å dokumentere både generell anamnese og gynekologisk anamnese (Lundvall 2004).

3.1.3. Hvilke kvinner får utført en gynekologisk undersøkelse?

Den gynekologiske undersøkelsen tas en eller flere ganger av en stor del av verdens kvinnelig innbyggere i løpet av livet (Yanikkerem mfl. 2009). I Norge har Folkehelseinstituttet, Helse og omsorgsdepartementet og kreftregisteret sammen satt i gang masseundersøkelsesprogrammet. Målet er å minske forekomsten og dødeligheten av livmorhalskreft. Kreftregisteret sammenlikner folkeregisterets lister med registeret over celleprøver, hvor de finner de som ikke har tatt celleprøver de siste 3 årene. Disse kvinnene som er mellom 25-69 får et brev med anbefaling om å ta kontakt med fastlege eller gynekolog for å ta celleprøver fra livmorhalen (Kreftregisteret 2008). Alle kvinner kan på eget initiativ ta kontakt med fastlege for å ta en GU ved for eksempel mistenkelige symptomer eller ønske om prevensjon (Farmen 2008). Ønsker man å ta undersøkelsen hos en gynekolog kan det være nødvendig med en henvisning fra fastlegen (Farmen, 2008).

3.2. Trygghet

Trygghet er et sentralt begrep i min problemstilling og jeg vil derfor si noe om hva trygghet kan være og viktigheten av å føle seg trygg.

Trygghet er et vanskelig begrep å definere siden det er individuelt hva vi legger i dette ordet og vår bakgrunn påvirker hva det betyr for oss. Ved å definere trygghet er det fare

for å ekskludere menneskers oppfattning av fenomenet. Trygghet er ofte noe som oppstår i relasjoner med andre mennesker (Thoresen 2008).

3.2.1. Trygghet som grunnleggende behov

Abraham Maslow er en humanistisk psykolog (1954) som har utarbeidet en hierarkisk pyramide over menneskers behov. Trygghet og sikkerhet omtales som primære behov i Maslows teori. Han ser på dette som et behov for forutsigbarhet og beskyttelse. Behovspyramiden illustrerer hvor viktig og grunnleggende behovet for trygghet er (ifølge Thoresen 2008).

Sykepleieteoretiker Virginia Henderson, velger jeg å ta med for å tydeliggjøre sykepleierperspektivet på trygghet som behov. Henderson mener personer dekker sine behov på en selvstendig måte og ut fra sin kulturelle og sosiale bakgrunn, hvis de har tilstrekkelig vilje, krefter og kunnskap til det. Sykepleierens oppgave er å hjelpe eller assistere personen til å dekke grunnleggende behov når vedkommende ikke har ressurser til å klare det selv. Hendersons 14 grunnleggende sykepleierprinsipper inneholder 3 punkter som er av relevans for minn problemstillingen:

9. Forhindre skader fra miljøet
 10. Å klare å gi uttrykk for behov og følelser ovenfor andre mennesker
 11. Beholde sin tro og praktisere denne på den måten hun mener er riktig
- (Henderson 1998).

Den første delen av punktet nr. 9 er av relevans. For eksempel i tilfeller hvor eldre pasienter føler svimmelhet når de reiser og kan falle ned fra benken. Dette blir som Maslow sier en beskyttende handling fra sykepleierens side. Det tiende prinsippet er av stor relevans da det er viktig at sykepleieren skaper gode relasjoner og tillit slik at pasienten kan ytre sine tanker og følelser for å fremme trygghet (Eide 2009). Punkt nr 11 er i trå med yrkesetiske retningslinjer og bekrefter viktigheten av å få praktisere sin religion og kultur.

Det hjelper ikke om sykepleieren kun ser behovet om de ikke ser det unike mennesket. Igjen handler det om relasjoner, å være til stede her og nå. Ta seg tid til å gi personen den oppmerksomheten hun trenger. Trygghet er noen man ofte savner når det ikke er tilstede. Selv om man ikke alltid vet hva man savner kjenner man at noe mangler (Thoresen 2008).

3.3. Mellommenneskelige aspekter

3.3.1. Joyce Travelbee

Den amerikanske sykepleieteoretiker Joyce Travelbee har i sin teori fokus på de mellommenneskelige aspektene ved sykepleie. Travelbee anser sykepleie som en mellommenneskelig prosess, hvor den profesjonelle sykepleieren skal hjelpe individet som trenger det. Sykepleieren skal forebygge lidelse og hjelpe pasienten å mestre de utfordringene som kommer som følger av lidelse. For å kunne trygge en pasient anser jeg det som elementært å ha en god relasjon til pasienten. Jeg valgte derfor å bruke Travelbees relasjonsteori for å belyse dette i oppgaven.

For at et mellommenneskelig forhold skal finne sted, må sykepleier og pasient i følge Travelbee gjennom fire faser. Den første fasen er det første møtet mellom sykepleieren og pasienten. Dette møtet er viktig for å utvikle en god relasjon. Hvis sykepleieren gir et godt førsteinntrykk kan dette oppfylle personens behov for anerkjennelse som et unikt menneske. Personen i sykepleierollen må prøve å se pasienten som det unike menneske hun er og ikke enda en anonym pasient. Evnen til å gjøre dette bestemmes ut fra sykepleierens personlighet og oppriktig interesse for å lære den andre å kjenne (Travelbee 1999).

Etter hvert som pasient og sykepleier lærer hverandre å kjenne, vil pasientens unike identitet komme bedre frem. Denne fasen kalles identitetsfasen. Sykepleieren skal respektere pasienten uavhengig av hennes bakgrunn. Hun skal ikke sammenlikne pasientens unike egenskaper med egne personlige synspunkter. Sykepleieren skal heller ikke bagatellisere, overse eller fornekte pasientens ytringer. Sykepleierens oppgave er å verdsette det unike menneske og ut fra dette etablere en god relasjon (ibid.).

Den neste fasen er empatifasen. Det er en forutsetning at partene har noen felles erfaringer og at sykepleieren vet noe om pasientens tidligere erfaringer med lignende situasjoner. Dette gjør det mulig for sykepleier å sette seg inn i pasientens situasjon, hva hun tenker og føler under for eksempel en gynekologisk undersøkelse. Målet med empatiprosessen er at sykepleieren lettere kan forutsi personens adferd. Dette legger grunnlaget for neste fase, som er å føle sympati (ibid.).

Sympati og medfølelse forutsetter at sykepleieren er personlig involvert og interessert i pasientens problemer uten å bli passiv og handlingslammet. Pasientens plager og lidelse skal gi sykepleieren motivasjon til å hjelpe. Medfølelse og varme kommuniseres verbalt og nonverbalt og kommer ofte frem i hjelperens adferd og personlighet. Som profesjonell sykepleier skal jeg bruke min medfølelse på en terapeutisk måte og gjøre det om til konstruktive sykepleierhandlinger. Klarer sykepleieren å vise sympati kan dette styrke pasientens vilje til å komme seg gjennom utfordringene, og det utvikles en gjensidig kontakt og forståelse (Travelbee 1999).

Målet med de 4 fasene er gjensidig kontakt og forståelse. Gjensidig forståelse for det som skjer den tiden de er sammen for eksempel i forbindelse med en gynekologisk undersøkelse. Tiltakene for å nå dette målet skal være en bevist handling fra den profesjonelle sykepleieren sin side. Hun skal kommunisere og samhandle for å bli bedre kjent med pasienten slik at hun kan avklare og iverksette tiltak i henhold til pasientens sykepleierbehov. Dette beskrives i sitatet til Craik:

...velvære, det ubeskrivelige velværet i det å føle seg trygg sammen med en annen, der ingen parter er nødt til å veie sine tanker og måle sine ord, men kan la dem strømme fritt, akkurat som de er, stort og smått om hverandre, i trygg forvissing om at en trofast hånd vil ta dem og sikte dem, beholde det som er verdt å beholde, og av sin godhet la resten blåse bort. (ifølge, Travelbee 1999 s. 215).

Dette er beskrivende for hvordan jeg kobler gode relasjoner til å fremme trygghet.

3.3.2. Kommunikasjon

Hvor vesentlig er kommunikasjon mellom sykepleier og pasient under en gynekologisk undersøkelse? Utveksling av informasjon mellom disse to parter er kommunikasjon (Håkonsen 2008). Dette er profesjonell kommunikasjon fordi det tilhører yrket og er

annerledes fra hverdagslig kommunikasjon. Kommunikasjon legger grunnlag for hvordan forholdet mellom disse personene vil bli. Sykepleieren har en hjelpende rolle og vår faglige kompetanse og posisjon skal ligge til grunn for den helsefaglige målrettede dialogen (Eide 2009). Sykepleierens kommunikasjonsferdigheter er vesentlig for å trygge pasienten. Det må være samsvar mellom sykepleierens verbale og nonverbale kommunikasjonen, med andre ord den må være kongruent i møte med pasienten. Ved inkongruent kommunikasjon er det ikke samsvar mellom personens verbale og nonverbale kommunikasjonen som fører til utrygghet og mistillit hos pasienten (Eide 2009).

Verbal kommunikasjon krever at sykepleieren er oppmerksom på pasienten og viser at hun følger med og forstår hva pasienten sier. Dette kan hun gjøre med bekreftende med aktiv lytting ved å bruke små ord som ”mm” eller si ”det skjønner jeg”. Sykepleieren anerkjenner da kvinnen som nå er hennes pasient slik at hun føler seg sett. På denne måten er det enklere for pasienten å uttrykke sin nervøsitet overfor i dette tilfelle den gynekologiske undersøkelsen. Vurderende kommentarer kan være bekreftende og støttende, som for eksempel ”det er helt naturlig at du gruer deg for denne undersøkelsen”. Følelsesrefleksjon vil si at hjelperen ser og anerkjenner pasientens følelser. Dette virker støttende og pasienten føler seg respektert. Sykepleier må ikke konkludere med tolkningene hun selv har gjort av pasientens kommunikasjon. Sykepleier må heller stille spørsmål som for eksempel ”du ser litt ansent ut, er du nervøs?” Dette for å bekrefte eller avkrefte sine tolkninger av pasientens følelser (Eide, 2009).

Det kommuniseres gjennom ansikt, øyne, kroppsspråk, stemmen, tempo, stillhet og berøring. Disse kanalene formidler holdninger, følelser og oppmerksomhet. Blikk, stemme leie, ansiktsuttrykk og kroppsspråket forteller oss om personen er nervøs, avslappet, oppmerksom eller engstelig. Skal sykepleier formidle noe gjennom berøring er det viktig at hun er oppmerksom på pasientens reaksjon, da denne type kommunikasjon kan være ønsket av noen og oppleves som en krenkelse av andre. Å bruke stillhet aktivt ved å gi pasienten tid til å tenke seg om å svare kan være effektivt. Dette kan også være bekreftende og signaliserer sykepleierens interesse for det pasienten sier. Det er vesentlig at man tar seg tid til å høre hva pasienten sier og har et

rolig tempo som viser at vi har tid. Bekreftende nonverbal og verbal kommunikasjon skaper tillit og trygghet og er grunnleggende for empowerment. (ibid).

3.5. Pasientens rett- sykepleierens plikt

Empowerment vil si at sykepleieren myndiggjør pasienten. Med dette viser sykepleier respekt og tar pasienten på alvor. Empowerment er grunnlaget for å fremme brukermedvirkning (Eide 2009). Norsk lov sikrer pasientens brukermedvirkning jf. § 3-1 i pasientrettighetsloven. Hvis det lar seg gjøre har pasienten også rett til å ta med seg andre personer når undersøkelsen skal gjennomføres. Likeledes har sykepleier plikt til å legge dette til rette for pasienten. (Pasientrettighetsloven 1999). Yrkesetiske retningslinjer støtter oppunder dette, samtidig som de sier at sykepleier skal ivareta pasientens integritet og verdighet samt yte helhetlig omsorg. Jeg velger å forstå integritet som respekt for pasientens grenser både fysisk og psykisk, men også å respektere det hun står for samt hennes måte å leve på. (Slettebø, 2009). Pasienten skal være trygg på at det som sies og oppdages under en gynekologisk undersøkelse ikke fortelles til utenforstående uten pasientens samtykke. Dette er nedskrevet både i under taushetsplikten i helsepersonelloven (Helsepersonelloven 2008).

Lovverket og yrkesetiske retningslinjer, både norske og internasjonale, sier klart hva som kreves for å yte god sykepleie. De yrkesetiske retningslinjene innledes med følgende tekst, ”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet” (Norsk sykepleier forbund 2007).

Som sykepleier skal ønske om å hjelpe uten å oppnå egen vinning stå sentralt, og pasienten skal ikke føle noen forpliktelse ovenfor hjelperen på noe vis. Dette kalles også barmhjertighet (Slettebø 2009). Sykepleier plikter å informere pasienten, jf. § 10 under kapittel 2. som omhandler helsepersonells krav til yrkesutøvelse.

Som nevnt tidligere mente Maslow at beskyttelse var en stor del av trygghetsbegrepet. Det er sykepleiers plikt å beskytte pasienten fra krenkende handlinger og sørge for at pasientens autonomi blir ivaretatt. Som sykepleier skal jeg respektere pasientens valg selv om jeg mener andre alternativer er mer riktig ut fra mitt faglige ståsted.

Som sykepleier har jeg evne og mulighet til å påvirke pasienten, dette er makt. Makten kan være likt eller ujevnt fordelt. Når det er misforhold i maktforholdet er det ofte sykepleieren som har mest makt. Den gynekologiske undersøkelsen blotlegger kvinnens mest intime deler av kroppen og pasienten er sårbar (Lundvall, 2004). Da er det viktig at jeg som sykepleier er bevisst hvilken makt jeg har, og ikke misbruker min maktposisjon (Slettebø 2009). Sykepleier må respektere pasientens autonomi, verdighet med rette overføre makten til pasienten slik at hun kan medvirke i beslutningsprosessen (Eide 2009).

3.6. Kultur

Som nevnt innledningsvis er hensikten å forstå hva som vil trygge kvinner, spesielt de med annen kulturell bakgrunn før og under en GU. Jeg mener følgende definisjon på kultur er beskrivende for min oppfatning av begrepet.

”Med kultur forstår vi de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlem av samfunn” (Magelssen, 2008).

Kultursensitivitet og etnosentrisme er to begreper jeg ønsker å ta med, fordi jeg mener de er vesentlig for hvordan vi møter mennesker med annen kulturell bakgrunn enn oss selv. Er man etnosentrisk anser jeg min egen kultur og virkelighetsoppfatning som den riktige måten og leve på og sammenlikner de andre med seg selv. Er man derimot kultursensitiv klarer jeg å forstå den andre ut fra deres ståsted. Kommunikasjon er et nøkkelord og for å skape en god relasjon er det viktig å ha en gjensidig presentasjon. En gjensidig presentasjon innebærer at sykepleieren forklarer hennes arbeidsområde samt hva som forventes av pasienten. Pasienten presenterer seg selv og hva hun har opplevd i lignende situasjoner tidligere, og hvordan hun syns det fungerte. Med dette kan sykepleier forklare sin rolle, samt få innblikk i pasientens forventninger (Magelssen 2008). Som sykepleier skal jeg yte individuell sykepleie på pasientens premisser. Det som er viktig for pasienten er viktig for meg i min planlegging av god sykepleie. Som sykepleier skal du respektere ulike kulturelle og religiøse uttrykk og trosutøvelse (Slettebø 2009).

Dalai Lama sier (ifølge Magelssen 2008 s. 17) at han prøver å møte mennesker med utgangspunkt i det vi alle har til felles, og ikke ha fokus på forskjellene. Han sier at ingen ønsker å lide, samtidig som vi alle ønsker oss et lykkelig liv.

3.7. Problemløsende metode

I utøvelse av sykepleie anvendes problemløsende metode. Det er systematisk måte og jobbe på som tar med de viktige elementene som er nødvendig for å få et bra resultat. Denne metoden kan ikke overføres til praksis i sin helhet så sykepleier må være fleksibel (Skaug 2008).

Kirkevold klassifiserer (ifølge Skaug 2008, kap. 6) de ulike sykepleiesituasjonene, jeg mener to av dem er aktuelle for min problemstilling da de tar for seg eksisterende og mulige problemer:

- I en problematisk situasjon er både problem og behov uavklart og det er uvisst hva som er målet og hva som er den beste veien å gå for å nå målet.
- Problemidentifiserende situasjoner handler om å forebygge trusler liv, helse og velvære. Det er ingen identifiserte problemer men som sykepleier må man prøve å forutse hvilke problemer som kan oppstå.

Den problemløsende metoden er en kontinuerlig prosess hvor en arbeider på tvers av disse ulike faser siden situasjonen kan forandre seg hele tiden (Skaug 2008). De 5 fasene man går igjennom er datasamling, problemidentifisering, mål, sykepleie diagnose og evaluering.

Sykepleier innhenter data om pasienten opplevelser, reaksjoner og erfaringer til den aktuelle situasjonen. Pasientens opplevelse krav og egne ressurser er viktig å kartlegge. Det er de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behovene som skal bli kartlagt og imøtekommet (ibid). Ut fra en grundig datasamling skal pasientens behov identifiseres. I sykepleiesammenheng kalles dette sykepleiediagnose dette begrepet inkluderer pasientens adferd og reaksjoner (ibid).

I forbindelse med en gynekologisk undersøkelse vil jeg si at det er viktig med kortsiktige mål som fokuserer på her-og-nå-situasjonen, og selve undersøkelsen. I noen

tilfeller kan det være aktuelt men noen langsiktige mål. Engstelige pasienter kan for eksempel ha som mål at de tørr å ta kontakt igjen ved behov. Målene må være oppnåelige, realistiske og umotiverende (ibid). Sykepleiere diagnostiserer og kartlegger hvilke tiltak som bør iverksettes for å nå målene. For å nå målene kan det være nødvendig å styrke pasientens ressurser og/eller minske kravene som stilles til pasientens mestringsnivå (Skaug 2008). Under en GU kan slike tiltak være å støtte pasienten psykisk eller å minske antall personer som skal være tilstede for eksempel en student. Sykepleieren evaluerer prosessen og vurderer resultatets kvalitet. Resultatet gir sykepleieren grunnlag for utvikling og forandring. Evaluering er en kontinuerlig prosess og man gjør nødvendige justeringer underveis (ibid).

4. Drøftning

Å vurdere kvinnens behov innenfor det åndelige, sosiale, fysiske og psykiske mener jeg er vanskelig siden dette er elementer som vever oss sammen til et helt menneske. Menneskelige egenskaper kan muligens skilles fra hverandre, men når målet er å yte helhetlig omsorg velger jeg å dele inn denne delen annerledes. Derfor velger jeg å drøfte noen kulturelle forskjeller. Kjønnslæstelse av kvinner er et konkret eksempel på en handling som omfatter de åndelige, sosiale, fysiske og psykiske aspektene hos kvinnen det gjelder. Dette går også direkte på gynekologi og jeg velger derfor å drøfte dette. Jeg velger også å ta med alderens utfordringer og drøfte dette opp mot sykepleierens tiltak for å fremme trygghet. Utfordringer knyttet til ulike aldersgrupper er gjeldene uansett kulturell bakgrunn. Drøfter også Travelbees teori med vekt på begrepene empati og sympati.

4.1. Sykepleierens egenskaper

I følge Travelbee er empati en grunnleggende egenskap for å skape en god relasjon, noe som igjen er nødvendig for at pasienten skal føle seg trygg. Travelbee sier også at forutsetningen for å kunne føle empati er å ha kunnskap om pasienten bakgrunn. I møte

med pasienter med ulike kulturelle utgangspunkt skal jeg som sykepleier være kultursensitiv og kunne se hva vi har til felles, og ikke fokusere på ulikhetene. Dette gjelder også pasienter med lik kulturell bakgrunn som meg selv. Ifølge Travelbee er likhet en absolutt nødvendighet for å kunne føle empati med pasientene. Er det tilstrekkelig at jeg som kvinne også har tatt en gynekologisk undersøkelse? Jeg kan kjenne meg igjen i den sårbare situasjonen og lettere tenke meg til handlinger som kan trygge henne med tanke på at jeg har følt den samme utryggheten selv. Hvis dette er den type likhet Travelbee mener har jeg som kvinne et godt utgangspunkt. Men alle sykepleiere er ikke kvinner og har dermed ikke denne fellesnevneren. I Yanikkerems og hennes kollegaers forskningsprosjekt kom de frem til at nesten halvparten av kvinnene i deres undersøkelse foretrakk kvinnelige leger. Om pasientene foretrakk mannlige eller kvinnelige sykepleiere kom ikke frem. Er det slik at kvinnelige sykepleiere har større forutsetninger for å yte god gynekologisk sykepleie og få pasienten til å føle seg trygg?

Det er ikke tilknyttet spesifikke egenskaper til det å være mann eller kvinne og kan generaliseres like lite eller mye som man generaliserer kulturer. Som mann tilhører han en stor gruppe mennesker med visse ting til felles, men som ikke sier mye om hvem han er som enkelt individ og hvilke egenskaper han innehar. Jeg mener det er av større betydning er at enn som sykepleier har en kongruent kommunikasjon og forståelse av den andre. En forståelse som viser at du er interessert i pasientens beste, og respekterer henne som menneske. Dette er også i samsvar med de yrkesetiske retningslinjene. Ut fra dette skal sykepleieren ivareta kvinnens verdighet og fremme trygghet. Sykepleiere er like forskjellige fra hverandre som pasientene, selv om vi har lik faglig bakgrunn kan vi fremstå forskjellig og velge ulike løsninger på de utfordringer vi møter. Uansett mener jeg sykepleieren som er tilstede under en GU skal forholde seg profesjonell uten selv å bli pinlig berørt eller komme med bemerkninger som får kvinnen til å føle seg mer ukomfortabel.

Jeg stiller spørsmål ved de fortsetningene Travelbee legger til grunn for å kunne føle empati. Hun sier at kjennskap til pasientens bakgrunn er en forutsetning. Denne bakgrunns kunnskapen kan bli noe begrenset i forbindelse med en gynekologisk undersøkelse, fordi tiden sykepleieren har kontakt med pasienten er relativt kort. Dette kan gjøre det vanskelig å få en fullstendig oversikt over pasientens bakgrunn. Som nevnt

tidligere er det sykepleiers oppgave å samle allmenne og gynekologisk data og dokumentere dette. Travelbee sier også at sykepleierens alder spiller inn på evnen til å føle empati. Eldre sykepleiere har mer erfaring enn yngre og har med dette et bredere grunnlag for å kjenne til pasientens situasjon siden hun muligens har vært i liknende situasjoner tidligere (Travelbee 1999).

På den andre siden mener jeg alder forteller hvor mange år du har levd og ikke hva du har erfart på denne tiden. Yngre sykepleiere har et kortere liv bak seg men dette forteller ingenting om hva hun har opplevd. Yngre sykepleiere har muligens mindre erfaring enn eldre, men hvilken relevans erfaringene har for utførelsen av sykepleie og hva den enkelte sykepleier har lært av denne erfaringen kommer ikke fram gjennom sykepleierens alder. En høy alder gjør det sannsynlig å tenke at sykepleieren har mye erfaring. På den andre siden sier dette lite om hvilke evner hun har til å opprette tillit og fremme trygghet i relasjon med pasienten. I Yanikkerems og hennes kollegaers studie kommer det frem at nesten halvparten av respondentene ønsker at sykepleier skal være til stede. 71,8 % forventet at sykepleieren skal være forståelsesfull og ha en varsom opptreden (Yanikkerem mfl. 2009).

Uansett hvilket kulturelt ståsted pasienten har er det viktig at sykepleier stiller de riktige spørsmålene og fører en målrettet samtale, bevist på at dette også skal fremmer tillit pasienten har til sykepleieren. Dette for å få frem kvinnens reaksjoner og erfaringer fra tidligere gynekologiske undersøkelser, men også få frem pasientens forventinger til den forestående undersøkelsen. Sykepleierens tolkninger må vurderes og bekreftes, jeg kan for eksempel observere inkongruent kommunikasjon. Pasienten kan sitte ansent og unngå blikket mitt når jeg stiller henne spørsmål, mens hun svarer at ”det sikkert kommer til å gå bra”. Det hun sier undergraves av hennes nonverbale kommunikasjon og jeg tolker det til at hun er nervøs eller engstelig. I slike tilfeller vil jeg prøve å følge opp med flere spørsmål for å få mine tolkninger bekreftet eller avkreftet. Det er viktig at jeg lytter aktivt og viser at jeg ser pasienten og vil høre på hva hun har å si (Eide 2009).

Videre sier Travelbee at empati er en forutsetning for sympati og gjensidig forståelse. Med sympati mener ikke Travelbee medlidenhet men medfølelse som motiverer sykepleieren til å handle (Travelbee 1999). Jeg tenker at det kan være forvirrende om sykepleieren bruker dette ordet i samtale med pasienten siden den allmenne

oppfatningen av ordet er medlidenhet. Dette kan skape avstand mellom sykepleier og pasient og jeg mener at man bør unngå å bruke dette ordet i pasientens nærvær.

Føler pasienten derimot at sykepleieren har medfølelse med henne kan det fremme tilliten til meg som sykepleieren og fremmer trygghet hos pasienten (Travelbee 1999). Deretter er målet at vi i felleskap og enighet kommer frem til et mål som er realistisk å nå, samt finne en god måte å nå dem på (Skaug 2008). Med dette myndiggjør jeg også pasienten med å overfører makt til pasienten og fremmer hennes mulighet til å medvirke. Dette er også lovfestet jf. § 3-1. i pasientrettighetsloven (Pasientrettighetsloven 1999).

4.2. Kunnskapsbasert sykepleie

Trygghet omtales som nevnt i teoridelen som grunnleggende behov og som noe som oppstår i relasjoner mellom mennesker. For å finne ut hva som trygger den aktuelle personen er det deres oppfatning av trygghet som står sentralt. Hva vi legger i trygghet og hva som trygger ulike personer kommer an på hvem det gjelder. Mitt syn på trygghet er farget av min bakgrunn og kultur likeledes gjelder dette også andre mennesker (Magelssen 2008). Et eksempel kan være at de fleste jeg kjenner omtaler fast jobb og et fast sted å bo som trygghet. Mens jeg møtte en jente som i snitt hadde flyttet en gang i året siden hun ble født. Hun ønsket seg ikke fast jobb, eller være nødt til å bo på et sted. Hun sa ” Jeg føler meg trygg når jeg vet at det ikke er noen som holder meg tilbake og jeg føler meg fri”. Denne jenten vokste opp i ulike norske kulturer og mener selv at hennes bakgrunn er grunnen til at hun ønsker seg et slikt liv. Jeg mener dette eksempelet viser hvordan allmenne oppfatninger av trygghet ikke passer for alle. Sykepleieren må finne ut hva trygghet innebærer for akkurat dette menneske som skal ha en gynekologisk undersøkelse her-og-nå. For å kunne praktisere kunnskapsbasert sykepleie er det nødvendig å la pasienten medvirke. Bruker kunnskapen er en av tre essensielle ingredienser i den kunnskapsbaserte praksisen (Nortvedt mfl.2007).

På den andre siden er det også en nødvendighet å bruke den forskningsbaserte kunnskapen vi får gjennom grunnutdanningen i sykepleie. Som sykepleieren skal jeg kunne prosedyrene samt ha gode naturvitenskapelige kunnskaper innenfor gynekologi. Dette vil påvirke min selvsikkerhet som sykepleier og kommuniserer verbalt eller

nonverbalt til pasienten at jeg vet hva jeg gjør. I tillegg fører dette til at jeg kan svare godt på eventuelle spørsmål pasienten stiller. Dette mener jeg fremmer mestringfølelsen hos meg som sykepleier som igjen fremmer mer trygghet hos pasienten enn en sykepleier som er utrygg på situasjonen. Dette henger også sammen med at sykepleieren er bevist hvilke kompetanse og arbeidsområde hun har. Ved bruk av forskningsbasert kunnskap forsikrer jeg meg for at det jeg utfører i forhold til pasienten er forsvarlig (Nortvedt mfl. 2007). For eksempel er det viktig at jeg kan gangen i undersøkelsen og vet hva utstyret heter og hvor det er. Da slipper jeg å spørre hvordan et spekulum ser ut.

Hvis man har erfaring som gynekologisk sykepleier og har hatt en del pasienter har man en generell oppfatning av hva som trygger pasienten. Dette kan ikke overføres direkte til den unike pasienten men noen ting er de samme. For eksempel ved det første møte med kvinnen som skal undersøkes. Da er viktig at jeg bevist på at det jeg kommuniserer er kongruent siden nonverbal kommunikasjon er synlig før noen ord er utvekslet. Når jeg møter en pasient gir jeg henne et fast håndtrykk, ser henne i øynene og smiler vennlig før presenterer meg med navn og tittel. I denne situasjonen er det også viktig for meg å være oppmerksom når hun presenterer seg også. Jeg mener at kontakten også blir bedre om jeg husker navnet hennes og bruker det når jeg henvender meg til henne. Deretter legger jeg eventuelt en hånd på skulderen hennes og viser vei inn på kontoret med den andre. Noen pasienter er som nevnt tidligere i oppgaven var på berøring så det er viktig å være oppmerksom på reaksjonen på berøringen. Målet er å skape tillit allerede med førsteinntrykket. Ved å vise at jeg er her for å hjelpe henne og at jeg anerkjenner henne som et unikt menneske. Dette er et utgangspunkt for alle møter med pasienter.

For selv om jeg ikke har mye erfaringer med å møte gynekologiske pasienter, har jeg erfaring med å møte nye mennesker i andre settinger. Det er erfaringer jeg har fått fra tidligere praksiser og arbeidsplasser i helevesenet. Erfaringsbasert kunnskap er nødvendig i kombinasjon med forskningsbasert- og brukerkunnskap for å kunne utføre kunnskapsbasert i sykepleie. Konteksten som i dette tilfelle er i forbindelse med en gynekologisk undersøkelse påvirker de ulike kunnskapskildene. Dette kommer til syne i hvordan jeg velger å gjennomføre den kunnskapsbaserte praksisen (Nortvedt mfl.2007).

4.3. Kjønnsllestelse

Sannsynligheten for hvilket trossamfunn du knytter deg til tenker jeg er avhengig av hva som er tilgjengelig og hva som er tradisjonene. Sannsynligheten for at jeg skulle velge kristendommen som min tro var mer sannsynlig enn at jeg skulle bli hinduist. Jeg er oppvokst i Norge og er døpt og konfirmert fordi dette også er en del av min religion, kultur og tradisjon. Kultur og religion går ofte inn i hverandre, det kan være vanskelig for utenforstående å skille dem fra hverandre. Noen steder er lemlestelse av det kvinnelige kjønnsorganet en del av kulturen.

WHO anser omskjæring som kjønnsllestelse og graderer omfang alvorlighetsgraden av inngrepet. I Norge befinner det seg ca 10000 kvinner fra landet som utfører omskjæring (Hanssen 2000). Mange av disse kvinnene vil få en innkalling til GU og muligens bli mine pasienter under en gynekologisk undersøkelse.

Når den omskjærte kvinne skal til en gynekologisk undersøkelse hvor eventuelt ektefelle følger, kan det bli en utfordring for meg å forholde meg profesjonelt til han. Det er viktig at jeg er klar over mine egne holdninger, og opptrer som en profesjonell sykepleier. Det vesentlige er å holde fokus på den helhetlige omsorgen til kvinnen og ikke bare det at hun er omskjært. Samtidig tror jeg det er viktig å prate med kvinnen om hva hun føler rundt det at hun er omskjært. Selv profesjonell helsearbeider kan ha vanskelig for å prate om dette (Hanssen 2000). Min nonverbale kommunikasjon kan avsløre mine holdninger og undergrave det jeg sier. Å være dette bevist kan bidra til mer kongruent kommunikasjon fra min side.

Jeg vil prøve å forstå aspektene ved deres kultur uten å sammenligne den med mine egne verdier. Det kan bli vanskelig å akseptere at kvinnen har blitt utsatt for kjønnsllestelse. Uten å klandre noen, for det som i mine øyne er ødeleggelser av en annens kropp. Jeg deler ikke Travelbees forståelse av ordet ”aksept” i denne sammenhengen. Hun sier at sykepleier ikke skal akseptere pasienten som den er, men målrettet og bevist prøve å forandre henne (Travelbee 1999 s.199). Jeg tror ikke man kommer noe sted med denne holdningen i denne situasjonen. De yrkesetiske retningslinjene sier vi skal respektere alle mennesker uansett bakgrunn. Jeg tror fullt å helt på at en god dialog og gjensidig respekt er første skritt for å finne ut hva kvinnen

selv ønsker. Men når maktpersoner i en kultur fremmer tiltak som har negativ innvirkning på helsen skal man stille seg kritisk. Fordi omskjæring har store konsekvenser for kvinnens reproduktive helse og har liten helsefremmende effekt (Magelssen 2008). For å få større forståelse og bli mer handlekraftig har Ullevål universitets sykehus utdannet noen av sine medarbeidere til ”kulturveiledere”. Med dette ønsker de å skape holdnings ambassadører som kan fremme et flerkulturelt helsearbeid. De bekrefter at det er behov for kultursensitive helsearbeidere (Helmers 2010).

God dialog er ekstra viktig i relasjon til kvinner som er omskjært. De kan ha traumer eller ubehagelige opplevelser som dukker opp igjen i forbindelse med en gynekologisk undersøkelse (Hanssen 2000). Jeg vil prøve å vise med hele meg at jeg er interessert i det hun forteller. Sitte vendt mot henne uten å krysse armer eller bein, ha øye kontakt og lytte aktivt. Det er min plikt som sykepleier å gi pasienten den informasjonen hun har krav på og forsikre meg om at hun har forstått det som blir sagt. Hvis det er språklige utfordringer som påvirker kommunikasjonen er det ønskelig at en kvinnelig profesjonell tolk er tilstede. Da er det også viktig at pasienten føler seg trygg på denne personen, så hun ikke holder tilbake informasjon i frykt for tolkens synspunkter og meninger. Helsepersonells kunnskap på dette området er mangelfull og har stort forbedringspotensial. Derfor har helsetilsynet laget et eget veiledende dokument for helsepersonell som omhandler omskjæring av kvinner (Hanssen 2000).

4.4. Ulike utfordringer

Selv om jeg velger å ha fokus på kulturelle forskjeller er det fortsatt viktig å se hele mennesket som ett. Og jeg mener alder er en faktor som påvirker pasientens ressurser og dermed pasientens behov for trygghet. Ungdom lever i en annen hverdag enn meg selv, noen har samme kulturelle bakgrunn som meg andre ikke. Ut fra Travelbees teori er det nødvendig å ha noe til felles for å kunne føle empati med noen. Jeg har også vært ungdom, men jeg kan ikke automatisk overføre min opplevelse av å være ung til pasienten.

Oppnår jeg å skape en god relasjon til pasienten kan det være hun åpner seg og forteller hva hun føler og tenker. Men Ungdom kan være fâmælte, sinte, engstelige eller gå rett i forsvar eller prøve å teste den de er i kontakt med fordi de er redd(Arvidson 1999). Med andre ord kan det i noen tilfeller være utfordrene å finne ut hva som trygger denne pasienten og hva hun gruer seg for. Dette kan føre til misforståelser da det blir opp til personen i sykepleierrollen å tolke kommunikasjonen til pasienten uten å få bekreftelse på at hun har forstått pasienten riktig.

Det er mange ulike grunner til at kvinner er nervøse for GU. Forskning viser at noe av det kvinner gruer seg til under GU er å kle av seg, de er redd for at de ikke er rene nok eller lukter nedentil. Andre er redd for smerter, patologiske funn eller at legen skal finne noe under GU som avslører detaljer ved seksual livet deres (Yanikkerem mfl. 2009). Det er mange mulige bekymringer knyttet til en gynekologisk undersøkelse så jeg anser det som viktig å finne grunnen til at akkurat denne pasienten er nervøs for undersøkelsen. Jeg tenker at unge mennesker fortsatt utforsker seg selv og sin seksualitet og har derfor mye usikkerhet knyttet til en slik GU. En studie viser at psykiske problemer, lite tilfredsstillende sexliv og tidligere seksuelt misbruk påvirket opplevelsen av GU i negativ retning. Dette er spesielt utbredt hos unge kvinner (Yanikkerem mfl. 2009). I slike tilfeller kan det være ekstra utfordrende å finne en måte for pasienten å slappe av på. Jeg tenker at det må åpnes for å bruke nye utradisjonelle avslapnings metoder. I USA har de prøvd ut ”Color Breathwork Relaxation Method” (CBM) på unge studenter under gynekologiske undersøkelser. Metoden går ut på å visualisere et fredfullt sted og koble dette opp mot en farge. Deretter skal pasienten ”puste inn” den fredfulle fargen og puste ut stress og engstelse. 93 % av kvinnene som deltok i denne undersøkelsen syns CBM hjalp på å redusere engstelse under den gynekologiske undersøkelsen. Puls og blodtrykk ble også senket ved bruk av denne metoden (Sand-Jecklin 2008). Dette er en pilot prosjekt men det hadde vært av interesse å se om resultatene ble de samme ved et fullverdig forsknings prosjekt, da denne metoden så ut til å ha og effekt på de unge pasientene.

For pasienter som har opplevd seksuelt misbruk i nære relasjoner tidligere vil jeg tro at en GU kan virke ganske skremmende. Når pasienten har opplevd tillitsbrudd og

misbruk i nære relasjoner er det forståelig at hun er skeptisk til en GU som utføres av fremmede mennesker.

På den andre siden forekommer misbruk også i det som i utgangspunktet skal være trygge settinger i helsevesenet, hvor pasienten har full tillit til hjelperen. I en tilsynssak er det beskrevet hvordan legen misbrukt sin maktposisjon og stilt seksuelt relaterte spørsmål til en kvinnelig pasient, uten relevans for det pasienten oppsøkte hjelp for. Kvinnen følte at dette var ubehagelig og ytterst upassende (Helsetilsynet 2010b). En annen lege ble fratatt autorisasjonen etter å ha tilfredstilt seg selv og en pasient seksuelt i forbindelse med en gynekologisk undersøkelse (Helsetilsynet 2010c). Heldigvis har vi en tilsynsmyndighet som luker ut de som ikke er egnet til å arbeide i helsevesenet. Dette er ikke dagligdags men for de som allerede er engstelige kan jeg tenke meg at slike saker ikke får dem til å føle seg tryggere. For å unngå slike saker og for å trygge pasienten har hun krav på å ha med seg en person inn under undersøkelsen og dette er ønskelig (Pasientrettighetsloven 1999).

I Yanikkerems forskning kommer det også frem at det er ønskelig for majoriteten av kvinnene under 25 år å bli undersøkt av en kvinnelig lege. Mange tar denne undersøkelsen første gang i ung alder i forbindelse med utlevering av prevensjon (Yanikkerem 2009). Når man er ung og spesielt i forbindelse med den første gynekologiske undersøkelsen spiller sykepleieren en viktig rolle for mange. Hvis sykepleieren har en dømmende holdning, skape en slik negativ opplevelse fører til at kvinnen ikke oppsøker hjelp neste gang (Arvidson 1999). Sykdommer som kunne vært oppdaget tidlig ved jevnlig gynekologiske undersøkelser kan ha utviklet seg og fått et mer alvorlig omfang. Dette fører også med seg samfunnsmessige omkostninger. Så jeg tenker at trygge fornøyde pasienter er ønskelig på flere nivåer i helsevesenet. Pasienten følelse av kvalitet er avhengig av hennes opplevelse av hvor vidt hennes forventninger blir innfridd. Med andre ord må det være balanse mellom krav og tilbud (Øgar 2004).

Eldre kvinner med annen kultur skal også ha gynekologiske undersøkelser. Jeg kan tenke meg at eldre kvinner har andre utfordringer enn de yngre. Det kan være flere fysiske utfordringer med å bli eldre, for eksempel hofteproblemer. Utfordringen kan da være å komme seg opp i gynekologiskeleie men også svimmelhet når hun skal reise seg opp etter å ha ligget en stund. Muligens tar dette også litt lengre tid enn for en tyve

åring. Da er det viktig at sykepleier klarer å kommunisere at hun har god tid og at pasienten bare kan bruke den tiden hun trenger. I slike situasjoner tenker jeg det er ekstra viktig å være støttende både fysisk og psykisk. Så hun føler seg trygg for å ikke falle ned når hun reiser seg men også betrygge henne under GU. Dette kan også være tilfelle for rullestolbrukere, hvis det ikke er heis tilstede og sykepleier og lege må bistå pasienten å komme seg opp på undersøkelsesbenken. Det er også viktig at alle tre samarbeider godt slik at alle vet hva som skjer når, dette er med på å trygge kvinnen. Men det er flere aspekter ved slik nærkontakt som kan oppleves som utrygge for kvinnen. Noen personer er ømfintlig for berøring og i en slik avkledd intim situasjon kan jeg tenke meg at en fort kan føle seg sårbar. Det er da også viktig å ivareta pasientens bluferdighet slik at hun ikke føler seg unødvendig blottet. Som sykepleier vil jeg prøve være kreativ for å etterleve pasientens ønske og oppfylle hennes rett til autonomi. Men jeg kan tenke meg at pasienter med slike funksjonshemninger er vant til fysiske hindringer, og sykepleieren bør lytte pasienten og hennes forslag. Da det er hun som vet hvor skoen trykker.

Hvis dette er en kvinne som av kulturelle eller ikke kulturelle grunner ikke ønsker å få utført undersøkelsen av en mannlig lege ville jeg prøvd å etterstrebe dette. Det praktiske kan bli en utfordring om det bare er en mannlig gynekolog på vakt. Derfor tenker jeg at slike opplysninger er fint å ha før pasienten kommer eller at dette kommer frem under samtale med kvinnen før selve undersøkelsen starter. Slik at hun slipper å ligge klar på benken da når hun oppdager at det er en mannlig lege som skal undersøke henne. I den samme undersøkelse som nevnt tidligere er det nesten halvparten av pasientene som foretrekker kvinnelig lege nærmere bestemt 45,5 % (Yanikkerem mfl. 2009). Så dette kan være et ønske fra flere av mine potensielle pasienter.

5. Konklusjon

Med følgende problemstilling: ”Hvordan kan jeg som sykepleier fremme trygghet hos pasienter før og under en gynekologisk undersøkelse?” har jeg prøvd å se nærmere på mine egenskaper, ferdigheter og kunnskap som sykepleier, og hvordan jeg kan nyttegjøre meg av disse for å fremme trygghet hos en pasient. Jeg har også sett nærmere

på hvilke faktorer som kan være utfordrende for sykepleieren ved en gynekologisk undersøkelse.

I min drøftning kom det frem flere faktorer som kan fremme pasientens trygghetsfølelse. God kommunikasjon er avgjørende for en tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient. Sykepleiere må være oppmerksom på pasientens kommunikasjon og ta de signaler de får på alvor. Jeg må også som sykepleier være bevisst mine holdninger slik at det jeg kommuniserer blir kongruent. Å støtte opp under det jeg sier med bekræftende nonverbal kommunikasjon er viktig for tillitsforholdet til pasienten. Jeg anser det som en forutsetning for å vise pasienten empati og sympati. Hvis jeg klarer å møte alle med et åpent sinn og lærer pasienten å kjenne er det de samme tingene som gjelder.

Jeg kom også frem til at problemsløyende metode best kan brukes som en tankeprosess siden tidsaspekten er begrenset. Denne metoden blir et verktøy for meg, en systematisk måte komme frem til pasientens behov og hvordan jeg best kan fremme trygghet hos denne pasienten.

Gjennom drøftningsdelen har jeg prøvd å se hvilke utfordringer sykepleier har i forhold til helhetlig omsorg. Da tatt i betraktning de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Med fare for å generalisere tenker jeg at en omskjært pasient har et komplekst behov og kan være et godt eksempel på en pasient hvor det er viktig å holde den helhetlige omsorgen i fokus for å trygge kvinnen.

Jeg ser også at ved kunnskapsbasert sykepleie sikrer man pasientens medvirkning og forsvarlig praksis. Dette åpner også for min forståelse av den aktuelle situasjonen og hva jeg anser som viktig for å skape trygghetsfølelse hos kvinnen. Jeg mener det er viktig å tenke på at det er pasientens subjektive oppfatning av meg som sykepleier og den jobben jeg gjør som avgjør om jeg gjør en god jobb.

Jeg mener også det hadde vært spennende om det ble forsket mer på alternative metoder, som fremmer trygghet og velvære hos kvinnen under en gynekologisk undersøkelse. Siden det kommer frem i det meste av litteraturen at det er normalt å føle seg ukomfortabel i en slik situasjon.

6. Etterord

Det har vært en spennende prosess å sette seg i ulike temaer som jeg i utgangspunktet har stor interesse for. Jeg føler jeg har tilegnet meg mye relevant kunnskap ved å arbeide med denne oppgaven. Det har også vært lærerikt og utfordrende å arbeide med en så stor og viktig oppgave alene over så lang tid. Jeg har benyttet meg av alle 5 veiledningstimer og har hatt stort utbytte av disse møtene.

7. Litteraturliste

Arvidson, Cathy R. (1999). The Adolescent Gynecologic Exam. I: *Pediatric Nursing*. Årg. 4, nr. 1, s.71-74.

Eide, Hilde og Tom Eide (2009). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Farmen, Elisabeth Maren og Magnhild Skumsnes Hol (2008). Gynekologisk sykepleie. Almås, Hallbjørg (red.) (2008). I: *Klinisk sykepleie*. 3. utgave. s. 1012 – 1070. Oslo: Gyldendals Akademiske.

Helmers, Ann-Kristin Bloch (2010). Kulturveiledere inntar Ullevål. I: *Sykepleien*. Årg. 98, nr. 7, s.18-19

Helsepersonelloven (2008). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. [online]: Lovdata. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html> (15.05.2011).

Helsetilsynet (2010a). *Oversikt over organisasjonen* [online]. URL: <http://www.helsetilsynet.no/no/Toppmeny/Om-helsetilsynet/Oversikt/> (15.04.2011)

Helsetilsynet (2010b). *Vedtak om advarsel* [online]. URL: <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Advarsel-Lege-Atferd-kommunikasjon/> (29.04.2011)

Helsetilsynet (2010c). *Vedtak om tilbakekall av autorisasjon som lege* [online]. URL: <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Tap-autorisasjon-lege-seksuelt-misbruk/> (29.04.2011)

Hanssen, E. Lars (2000). *Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring* [online]. URL: http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/veileder_helsepersonell_omskjaering_ik-2723.pdf (29.04.2011).

Henderson, Virginia (1998). *ICN: Sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Håkonsen, Kjell Magne (2008). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Janson, Olof Per (red.) og Landgren Britt-Marie (2010). *Gynekologi*. Lund: Studentlitteratur AB.

Kreftforeningen (2008). *Masseundersøkelse mot livmorhalskreft* [online]. URL: <http://www.kreftregisteret.no/no/Forebyggende/Masseundersokelsen-mot-livmorhalskreft/Om-programmet/> (10.04.2011).

Lundvall, Lene og Helle Høstrup (2004). *Gynækologi*. I: Dessau, Dorthe (2004). *Obstetrik og gynækologi*. 2 utgave. København: Nyt nordisk forlag Arnold Busck.

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

Magnus, Per og Leiv S. Bakketeig (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nortvedt, W. Monica m.fl. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbaser- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Norsk sykepleierforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [online]. URL: https://www.sykepleierforbundet.no/Content/143292/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF (20.04.2011).

Oslo universitetssykehus (2011). *Forskning og innovasjon* [online] URL: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/fagfolk/forskning/Sider/Forskning-innovasjon.aspx> (07.05.2011).

Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasientrettigheter* [online]: Lovdata. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html> (15.04.2011).

Sand-Jecklin, Kari (2008). Patient anxiety levels related to gynecologic examinations: use of the color breathwork relaxation method. I: *Archives of psychiatric nursing*. Årg 22 nr. 4, s.240-2422.

Skaug, Eli-Anne og Irene Dahl Andersen (2008). *Beslutningsprosesser i sykepleie*. I: Kristoffersen, Jahren Nina, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (red.)(2008). *Grunnleggende sykepleie- bind 1*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Slettebø, Åshild (2009). *Sykepleie og etikk*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Thoresen, Rolf (2008). Trygghet. I: Kristoffersen, Jahren Nina, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (red.)(2008). *Grunnleggende sykepleie -bind 3*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Travelbee, Joyce (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Wijma, Barbro og Karin Siwe (2010). Den gynekologiska undersøkningen. I: Janson, Olof Per (red.) og Landgren Britt-Marie (2010). *Gynekologi*. Lund: Studentlitteratur AB.

Yanikkerem, Emre m.fl. (2009). *Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination*. Midwifery.

Øgar, Petter og Tove Hovland (2004). *Mellom kaos og kontroll : ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.