



BACHELOROPPGAVE:

**ELDRE MUSLIMSKE PASIENTER I
NORSKE SYKEHJEM**

FORFATTERE:

Jeanett Smeby Johansen og Line Marie Iversen

Dato:

09.05.2014

SAMMENDRAG

Tittel:	Eldre muslimske pasienter i norske sykehjem.	Dato : 09.05.14
Deltaker(e)/	Jeanett Smeby Johansen og Line Marie Iversen	
Veileder(e):	Solveig Struksnes	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Religion, interkulturell sykepleie, kartlegging, utdanning, åndelige behov.	
Antall ord: 12 285	Antall vedlegg: 2	Publiseringsavtale inngått: ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Bakgrunn: Religion og åndelige behov er et aspekt ved sykepleien det legges lite vekt på i utøvelsen av sykepleie.</p>		
<p>Hensikt: Hensikten med denne oppgaven var å se hva som gjøres av sykepleiere på området, og hva som kan gjøres slik at religion og åndelige behov skal få en større plass i sykepleieutøvelsen, slik at pasienten får en helhetlig og individuelt tilrettelagt sykepleie.</p>		
<p>Metode: Litteratursøkene i dette litteraturstudiet er gjort i databasene Ovid nursing database og Cinahl. Litteraturstudiet inneholder syv kvalitative forskningsstudier og en kvantitativ forskningsstudie. Søkeord som religion, muslims, spiritual needs og nursing er søkeord som har blitt benyttet.</p>		
<p>Resultat: Kartlegging av pasienter og utdanning av sykepleiere er noe det må legges større fokus på. Resultatet viser at det er lite fokus på de religiøse og åndelige aspektene i sykepleieutøvelsen til muslimske pasienter.</p>		
<p>Konklusjon: Studien konkluderer med at sykepleiere ikke har tilstrekkelig kompetanse til å gi kulturelt kompetent sykepleie. Økt fokus i grunn utdanningen og bedre kartleggingsverktøy er to tiltak som kreves. Videre viser studien variasjoner i sykepleien meg grunnlag i sykepleiers egen tro og erfaring.</p>		

ABSTRACT

Title:	Older muslim patients in Norwegian nursinghomes.	Date : 09.05.14
Participants/	Jeanett Smeby Johansen and Line Marie Iversen	
Supervisor(s)	Solveig Struksnes	
Employer:		
Keywords (3-5)	Religion, transcultural nursing, education, spirituality.	
Number of words: 12 285	Number of appendix: 2	Availability (open/confidential): open
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Background: Religion and spiritual needs is an aspect in nursing that are poorly emphasized in practicing nursing.</p> <p>Aim: This literature study aim is to see what nurses do in conjunction with religion and spiritual needs, and what can be done so that religion and spiritual needs is more emphasized.</p> <p>Method: The literature searches in this literature study is done in the databases Ovid nursing database and Cinahl. The literature study contains seven qualitative research studies and one qualitative research study. Keywords as religion, Muslim's, spiritual needs and nursing has been used.</p> <p>Results: Mapping of patients and educating nurses is something that needs to be more emphasized. The results show that there is little focus on the religious and spiritual aspects in nursing practice towards Muslim patients.</p> <p>Conclusion: The study conclusion is that the nurses do not have sufficient expertise to give cultural competent care. The theme needs to be a bigger focus in the nursing education and that nurses need better mappingtools is two of the main conclusions. The study also shows that the nurses own experiences and faith is a big factor in the care they give.</p>		

INNHold

1.0 INNLEDNING	6
1.1 Relevans for sykepleie	6
1.2 Relevans til seksjon sykepleies forskningsområder.....	7
2.0 BAKGRUNN.....	8
2.1. Sykepleiens grunntenkning.....	8
2.2 Interkulturell sykepleie	8
2.3 Ulike utfordringer blant muslimske innvandrere	9
2.3.1 Innvandrergruppers helse	9
2.3.2 Familiens betydning i islam.....	10
2.3.3 Kosthold.....	10
2.3.4 Bønn.....	11
2.3.5 Ramadan	11
2.3.6 Ritualer ved en muslimsk død	12
2.4. Sykehjem som omsorgsarena	12
2.5. Kartlegging av behov for omsorg.....	13
2.6 Hensikt og problemstilling.....	13
2.6.1 Avgrensning av oppgaven	14
3.0 METODE.....	15
3.1 Den vitenskapelige artikkel.....	15
3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	16
3.2. Søkeprosessen.....	16
3.3. Primær- og sekundærkilder	17
3.4 Validitet og pålitelighet	17
3.5. Kvalitative og Kvantitative studier.....	18
3.5.1. Kvalitative studier.....	18
3.5.2. Kvantitative studier.....	18
3.6. Forskningsetikk	19
3.7. Kildekritikk.....	20
3.8. Analyse av funnene.....	22
4.0 RESULTATER.....	23
4.1 Kartlegging av religiøse behov	23
4.2 Utdanning og kompetanse hos sykepleiere.....	23
4.3 Sykepleierens holdninger til åndelige behov	24
5.0 DISKUSJON	25
5.1 Hvordan ivareta helhetlig kartlegging av pasienter med religiøse behov?	25
5.2 Hvordan utvikle sykepleiernes utdanning og kompetanse?	27
5.3 Hvordan påvirke sykepleierens holdninger til åndelige spørsmål?	31
5.4 Metodediskusjon.....	36

6.0 KONKLUSJON.....	38
6.1 Oppgavens nytteverdi og forslag til videre forskning	38

LITTERATURLISTE.....	40
----------------------	----

Vedlegg 1 Oversikt over søkeprosessen

Vedlegg 2 Oversikt utvalgte artikler

1.0 INNLEDNING

I 2007 var det nesten 765 000 personer i Norge med innvandrerbakgrunn. Av disse er det 120 882 registrerte medlemmer i islamske trossamfunn i Norge som det ble mottatt stønad for i 2013 (Statistisk sentralbyrå, 2013). De er en del av det vi kaller en etnisk minoritet, som defineres av Hanssen (2010, s.38) som: «en etnisk minoritet er en folkegruppe som utgjør et mindretall i befolkningen, og som regner seg som eller anses som kulturelt forskjellig fra majoritetsbefolkningen». Personer fra denne gruppen blir også eldre, og de vil i fremtiden utfordre det norske helsevesenet på en rekke punkter (Hanssen, 2010).

Vi ønsker med denne oppgaven å belyse utfordringene knyttet til muslimske pasienter i norske sykehjem.

Personer som tilhører islam, kan ha en måte å leve livet på, som skiller seg fra den vestlige livsførselen. De følger andre regler omkring mat, bluferdighet og religionsutøvelse enn etniske nordmenn. Dette kan utgjøre en utfordring for helsepersonell (Hanssen, 2010).

Alt dette tatt i betraktning er det viktig å legge vekt på at ikke alle muslimer følger de samme reglene og det er stor variasjon i hvor religiøst utøvende personen er. Akkurat som noen kristne går i kirken hver søndag og noen bare går på julaften, er det stor variasjon på hvor strengt muslimer praktiserer sin religion.

1.1 Relevans for sykepleie

«Å praktisere sin religion og handle slik han mener er rett» (Kristoffersen, 2011, s.226) er et av de fjorten grunnleggende behovene Virginia Henderson mener mennesket har. Det blir derfor viktig for sykepleiere å se hele mennesket, de grunnleggende behovene og legge til rette for at pasientene skal kunne praktisere sin religion, også når de blir eldre.

Som sykepleiere har vi ofte ansvaret for kartlegging, tilrettelegging og pleie av eldre i sykehjem, derfor har denne oppgaven stor sykepleierelevans. Alle sykepleiere vil kunne møte på pasienter med religiøse behov, derfor vil det være viktig å ha en grunnleggende forståelse av de ulike religionene og deres særtrekk, for å på best mulig måte kunne møte denne pasientgruppen. Dette vil være med på å gi en god helhetlig pleie og omsorg, slik at pasienten føler seg godt ivaretatt, også i forhold til sin religion og sin religionsutøvelse.

1.2 Relevans til seksjon sykepleies forskningsområder

Helseseksjonen deles inn i tre forskningsområder innen klinisk sykepleieforskning, som tar for seg kontakten mellom sykepleier og personer som mottar, eller har behov for helsetjenester. Disse deles så inn etter fokus og ansvarsområdene til sykepleiere. De tre forskningsområdene er *Utdanningskvalitet, Kvalitet i sykepleie og Helse i dagliglivet*. Forskningsområdet som passer til denne oppgaven er *Kvalitet i sykepleie*, på bakgrunn av det som er beskrevet under bakgrunn og hensikt (HiG, 2013).

Innenfor forskningsområdet *Kvalitet i sykepleie* er det to fokusområder: *pasientens behov og sikkerhet* og *personalets funksjon og sikkerhet*. På bakgrunn av problemstillingen velges fokusområdet *pasientens behov og sikkerhet*, da dette fokusområdet innebærer temaer som utvikling av fenomener knyttet til pasienters grunnleggende behov samt samhandling med pasient og pårørende (HiG, 2012).

2.0 BAKGRUNN

I denne delen av oppgaven gjøres det rede for bakgrunnskunnskap til oppgaven.

Avsnittene vil inneholde en grunnleggende innføring i sykepleietenkning og hva som menes med menneskelige grunnleggende behov. Videre vil det gjøres rede for interkulturell sykepleie og viktigheten av dette.

Videre kommer det flere underkapitler om Islam. Her gjøres det rede for de viktigste ritualene, i tillegg til utfordringer knyttet til denne pasientgruppen. Oppgaven er avgrenset til sykehjem, derfor vil det komme et avsnitt om dette. I tillegg vil det komme et avsnitt om kartlegging, hvordan dette bør foregå og hva som er viktig å tenke på i den sammenheng.

2.1. Sykepleiens grunntenkning

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert (Norges sykepleierforbund, 2011 s.7).

Et menneske kan befinne seg i en situasjon hvor den har behov for sykepleie når som helst i livet. Det kan være i en akutt situasjon, i en kortere periode eller over lengre tid. En har behov for sykepleie når en ikke lenger klarer å dekke sine grunnleggende behov ved hjelp av egne ressurser. Disse behovene kan dekkes ved et kortere sykehusopphold, i pasientens eget hjem eller i en del av et lengre institusjonsopphold (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug, 2011). Det å kartlegge hvilke behov pasienten trenger hjelp med og hvordan helsepersonell på best mulig måte kan bidra med dette på er viktig.

Grunnleggende behov er noe alle mennesker har. Hva enkeltpersoner ser på som sine viktigste grunnleggende behov kan variere. Sykepleieteoretikere har også forskjellige måter å definere behovene på. Teoretikeren Virginia Henderson har laget fjorten punkter om hva grunnleggende behov er. Her kommer både de fysiske og de psykiske behovene frem. ”Å praktisere sin religion og handle slik han mener er rett ” (Kristoffersen, 2011 s. 226) er punkt nr.11 (Kristoffersen, 2011).

2.2 Interkulturell sykepleie

Det finnes ulike definisjoner på hva kultur er. Det finnes ulike kulturer innenfor en kultur. Det finnes en norsk kultur som omhandler hele landet, men det finnes også en nordnorsk kultur og en vestlandskultur. Kultur er noe vi skaper gjennom livet, det bygger på hva vi velger å gjøre i

ulike situasjoner. Ens kulturbakgrunn kan ha innvirkning på hvordan en kler seg, hva en spiser og hvordan man feirer høytider. Om vi er troende eller ikke bygger også mye på vår kulturelle bakgrunn, da akkurat religion kan stille krav om holdninger og tradisjoner. Kultur er ikke statisk. En kan forkaste den kulturen en har og ta opp en ny, eller en kan videreutvikle sin nåværende kultur. Når mennesker innvandrer på tvers av landegrenser kan det bli nødvendig å utvikle sin kultur om en selv ønsker det eller ikke. Innvandrere som kommer til Norge står derfor ovenfor en stor utfordring når det kommer til å holde på sine tradisjoner, samtidig som de skal integrere seg i et nytt samfunn (Hanssen, 2011). Å gå igjennom en sjokkfase når en blir utsatt for en ny kultur er ikke uvanlig. Denne fasen kan komme hos innvandrere etter at den store gleden ved å komme til et tryggere sted har lagt seg. Å føle seg usikker på hvordan en skal takle de ukjente situasjonene er et faktum (Hansen, 2005). Livssyn kobles tett opp til religion og kultur. Dette er viktig i et sykdomsforløp da forskning viser at religion kan ha positive og negative innvirkninger på sykdom. Innvirkninger som trygghet, mening i lidelse og økt mestring ved kroniske lidelser belyses som positive sider. Vaner og skikker ved sykdom varierer mellom ulike kulturer, god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er derfor svært viktig for å unngå misforståelser (ibid).

2.3 Ulike utfordringer blant muslimske innvandrere

Nasjonal strategi om innvandrers helse 2013-2017 viser til noen av de helsemessige og sosiale utfordringene i forhold til enkelte innvandringsgrupper i Norge. Her skal det utfra den og annen litteratur gjøres rede for utfordringer knyttet til muslimske personer i Norge med fokus på innvandrergruppers helse, familienes betydning, kosthold, bønn, Ramadan og ritualer ved døden.

2.3.1 Innvandrergruppers helse

Enkelte innvandringsgrupper har høyere risiko for å utvikle livsstilssykdommer som diabetes mellitus type 2, hjerte og kar sykdommer samt overvekt. Det har vist seg at enkelte innvandrergrupper mosjonerer mindre enn befolkningen for øvrig, dette er en ulempe, da fysisk aktivitet har en stor rolle i både forebygging og behandling av disse sykdommene. En viss andel av innvandrere i enkelte grupper har liten eller ingen inntekt og de er overrepresentert i lavinntektsgrupper, dette gjør de da mer utsatt for livsstilssykdommer siden de kan sees i sammenheng med de sosioøkonomiske forholdene, særlig diabetes mellitus type 2. Diabetes mellitus type 2 kan få store og alvorlige konsekvenser for personens liv og helse, det er derfor svært viktig å sette inn forebyggende tiltak rettet mot denne sykdommen. Det

finnes lite kunnskap om kreftforekomsten hos innvandrergroppene, men ifølge en norsk studie ser det ut til at innvandrerkvinner har en større forekomst av fremskredet brystkreft når de diagnostiseres, enn etniske norske kvinner (Sosial- og helsedepartementet, 2013).

En liten andel av innvandrere har tuberkulose, og de fleste av disse er smittet før de kommer til Norge. Det viser seg at Norge har et arbeid med høy kvalitet rundt tuberkuloseproblematikken, men at det må jobbes videre med oppfølgingen av de som screenes for tuberkulose.

Enkelte innvandrergropper har hyppigere forekomst av hiv, særlig de som kommer fra land hvor hiv er utbredt. Mange smittes i hjemlandet, men diagnostiseres først når de kommer til Norge. En del av innvandrerne har et lavt kunnskapsnivå i forhold til det å leve med hiv, og de er utsatte for stigmatisering, derfor er det viktig at de får tilstrekkelig kunnskap og tilrettelegging i Norge (ibid).

2.3.2 Familiens betydning i islam

Familien er viktig for muslimene, og en av de muslimske religiøse forpliktelsene er å stifte familie. Menn og kvinner ble skapt av Allah for å få barn og skape familier. Menn og kvinner er skapt til å være likeverdige, men med forskjellige egenskaper slik at de på best mulig måte utfyller hverandre i samlivet. Likevel blir mannen tradisjonelt sett på som familiens overhode, han skal forsørge familien og ta godt vare på sin kone. Kvinnene tar vare på familien hjemmefra og oppdrar barna. Det å få barn har tradisjonelt sett vært viktig, for i tillegg til å være en stor glede, ga de også foreldrene en trygghet hvis de ble syke og når de ble eldre (Busck, 2002). Barna er gjerne oppdratt til å gi sine gamle og syke foreldre omsorg og pleie, det er derfor svært viktig at det åpnes opp for dialog mellom pårørende, pasient og pleiepersonalet slik at alle er klar over hvilken rolle de ønsker å ha i pleien og omsorgen av sitt familiemedlem (Mandrup og Ehlers, 2009).

2.3.3 Kosthold

«I islamsk medisinsk lære har kostholdet en fremtredende rolle i forebygging og helbredelse av sykdom» (Neegaard, 2004, s.155). Enkelte matvarer og næringsmidler har egenskaper som skal hjelpe til med å hele og lindre sykdom og skade, dette er blant annet honning, melk og aloe vera. Måtehold er viktig i kostholdet, da dette gir et godt grunnlag for en god helse. Man skal ikke sløse, og helst ikke spise seg helt mett.

Det finnes retningslinjer på hva som er tillatt og hva som ikke er tillatt å spise, og det er av stor betydning hvordan maten drepes, spises og tilberedes. Halal er et ord for det som er tillatt

og haram er et ord for det som er forbudt. Fisk og sjødyr sees på som halal, uansett hvordan de drepes og tilberedes. Vegetarmat er tillatt, det samme er matvarer slik som frukt og grønnsaker, korn og urter.

Forbudt (som spise) for dere er det selvdøde, blod og svinekjøtt, alt som er helliget en annen enn Gud, det som er kvalt, eller drept ved slag eller fall eller er stanget i hjel, eller som er angrepet av rovdyr, med mindre dere har nådd å slakte det rituelt, samt det som er slaktet ved en hedensk offersten (Koranen, 5,4, s 105)

Islam har også et forbud mot å innta alkohol og produkter som inneholder alkohol. Det skader helsen, og beruselsen kan gjøre at man gjør ting man ellers ikke ville ha gjort. I flere medisinske produkter finnes det etanol og gelatin. Gelatinen utvinnes primært fra kalv og grisefett, det bør derfor tilstrebes at lege og sykepleier finner alternative legemidler. Finnes det ikke alternative legemidler, er det tillatt å ta medisinerne, fordi personens liv er viktigere enn forbudene (Mandrup og Ehlers, 2009).

2.3.4 Bønn

Bønn skal utføres fem ganger i døgnet. Det kan gjøres hvor som helst, men fredagsbønnen bør gjøres i en moské sammen med andre muslimer. Man skal vende seg mot Mekka, ta av seg skoene og være rituell ren før man ber (Busck, 2002). Hvordan en vasker seg varierer ettersom hva en ha gjort i forkant. Har man for eksempel rørt ved noen som er død, utfører man den store renselsen, som innebærer å vaske hele kroppen. Har man eksempelvis sovet eller vært på toalettet, gjør man den lille renselsen, som innebærer å vaske ansikt, føtter, hender og isse (Hjärpe mfl, 2005). En del norske sykehjem legger til rette for de kristne pasientene med kristne andakter, men det er få av sykehjemmene som legger til rette for pasienter med andre religioner. Det er viktig at det tilrettelegges slik at pasientene med en annen religion har mulighet til å få religiøse ledere fra sin religion til å komme til institusjonen, eller at de selv har muligheten til å delta i det religiøse livet i sin menighet. Gamle muslimske mennesker skal vie sitt liv til bønn og lesing fra Koranen, og fritas fra alle andre praktiske oppgaver. Fordi de vil kunne trenge ekstra tilrettelegging fra de ansatte på sykehjem, gjør at de muslimske pasientene kan bli sett på som en utfordring fra personalet (Hanssen, 2010).

2.3.5 Ramadan

Som mange andre religioner, har også islam faste som en del av deres religiøse liv. Den viktigste er Ramadan, som er en måned hvor muslimene ikke spiser, drikker eller røyker

mellom daggry og solnedgang. De spiser da om natten før neste dags morgenbønn. For syke og gamle gjelder spesielle regler, de kan slippe å faste eller de kan velge å utsette fasten (Busck, 2002). Det hevdes at fasting er en måte å minnes de som ikke kan spise seg mette og at det fortsatt finnes elendighet i verden. Det blir en slags symbolsk handling hvor man viser solidaritet til de som ikke har det like godt som de selv (Hjärpe mfl, 2005).

2.3.6 Ritualer ved en muslimsk død

Islam har i likhet med andre religioner visse regler rundt døden og dødsritualer, det finnes dog store variasjoner i skikk og tro mellom ulike regioner, trosretninger og sosiale lag (Hjärpe mfl., 2005). Muslimer ønsker å få dø hjemme, men er ikke dette mulig er det ønskelig med et rom uten andre religiøse symboler. Ofte vil familien og venner være tilstede hos den døende, og mange av de ønsker selv å ta vare på den døende. Muslimer bør vaskes raskt etter dødstidspunktet, og ofte vil familien selv gjøre dette. Hvis dette ikke er gjennomførbart bør det tilstrebes at menn vasker menn, og kvinner vasker kvinner. Det har også blant annet i Danmark blitt mulig å leie inn menn og kvinner som er spesialisert i muslimsk rituell vask til å vaske den avdøde. Muslimer skal hurtigst mulig begravnes, helst den samme dagen som døden inntraff. Kremering er prinsipielt forbudt i islam, da det gjør skam på guds skaperverk, nemlig kroppen (Busck, 2002).

2.4. Sykehjem som omsorgsarena

Sykehjem er en institusjon som skal fungere som hjemmet til en pasient. Her skal pasienten motta det den trenger av pleie, samt det den trenger av annen stimuli.

Sykehjem er en heldøgns institusjon hvor beboerne har rett på hjelp hele døgnet uten enkeltvedtak.

Hvordan en kommune legger opp helsetilbudet sitt med sykehjem, hjemmesykepleie og omsorgsboliger varierer. De har rett til å bestemme dette selv så lenge de oppfyller de kravene som loven setter (Hauge, 2010). Kommunehelsetjenesteloven viser hvilken plikt kommunen har til å yte nødvendig og forsvarlig helsehjelp til dens innbyggere. Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (2013) viser til beboernes rettigheter og hvordan krav som stilles til drift. Her kommer det frem at pasienten har rett til å ha med seg sine egne møbler og skal ha frihet til leve i samsvar med sitt livssyn.

Hovedinndelingen på sykehjem er avdelinger for langtids og korttidsopphold. Noen trenger korte opphold på sykehjem etter sykdom, før de flytter hjem. Mens andre har behov for

langtidsplass. Her kan pasienten bo frem til den dør. Det å spesialisere langtidsskillingene er vanligere nå enn tidligere. Spesielt skjermede enheter for demente innføres. I disse avdelingene er det den kognitive svikten som er pasientens største utfordring. Her tilrettelegges det for denne svikten, men at pasienten kan bevege seg fritt og trygt (Hauge, 2010).

2.5. Kartlegging av behov for omsorg

Kartlegging er viktig for alle pasienter. Det kartlegges både når pasienten er ny, men også kontinuerlig med tanke på forandringer. Det kartlegges på forskjellige måter og mange sykehjem har egne skjemaer de bruker når pasienten blir langt inn (Kirkevold og Brodtkorb, 2010).

Samtaler med både pasient og pårørende kan gi et godt bilde av hvordan livet til pasienten har fungert tidligere. Når disse samtalene skal gjennomføres er det viktig at nok tid er satt av. Den gamle pasienten kan grunnet kognitive- og fysiske nedsettelse trengte tid til å formulere seg. Sykepleieren må være tålmodig og la pasienten snakke om det den synes er viktig. Hvor samtalen finner sted må også overveies. Det skal være en plass hvor temaer skal kunne tas opp uten at konfidensialiteten brytes. Sansesvikt og andre fysiske og kognitive nedsettelse må også her tenkes igjennom slik at samtalen blir lettest mulig å gjennomføre for pasienten (ibid).

Observasjoner er et av de viktigste kartleggingsverktøyene en sykepleier har. En erfaren sykepleier vil observere pasienten i alle situasjoner de befinner seg i gjennom hele dagen. Dette er observasjoner sykepleieren tar med seg med tanke på videre behandling og kartlegging av videre behov for hjelp. Kartlegging kontinuerlig gjennom oppholdet er nødvendig da behov og sykdomstilstander kan endre seg. Standardiserte kartleggingsskjemaer er vanlig. Disse kan være gode å ha som en veileder i samtale med pasienten da de viktigste temaene for samtalene vil være nevnt (ibid).

2.6 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å belyse utfordringene knyttet til eldre muslimske pasienter i sykehjem.

Problemstillingen handler om *hvordan sykepleiere kan gi pasienten opplevelsen av å få ivaretatt sine religiøse behov.*

2.6.1 Avgrensning av oppgaven

Det norske helsevesenet består av mange ulike deler. Oppgaven er begrenset til pasienter i sykehjem på grunn av tidsperspektivet av innleggelsen. En pasient som kommer på sykehjem bor ofte der til de dør. Dette oppholdet vil kunne være mye lengre enn et vanlig sykehusopphold. Det er derfor ekstra viktig at sykepleiere og annet helsepersonell her er innforstått med viktigheten av dette her.

Opgaven vil ikke omfatte muslimske pasienter med demens, og avgrenser derfor oppgaven til å omhandle kognitivt friske pasienter. I denne sammenheng kommer psykiske plager generelt ikke til å ha noe hold i oppgaven. Det finnes et hav av religioner i verden. Islam er den nest største religionen i verden, etter kristendommen (Busck, 2002). Siden det allerede finnes mange muslimer i Norge, og denne gruppen mest sannsynlig vil vokse i fremtiden, var islam og muslimer et naturlig valg som avgrensing av oppgaven.

Videre vil ikke oppgaven bygge på språkproblemer som kan oppstå. Dette er en utfordring i et flerkulturelt samfunn, men vil ikke bli vektlagt i denne oppgaven. Det tas utgangspunkt i pasienter som kan forstå og gjøre seg forstått på norsk.

3.0 METODE

Denne oppgaven er en litteraturstudie, som er en metode hvor det samles kunnskap fra skriftlige kilder, for så å systematisere disse. Det vil ikke forekomme ny forskning i oppgaven, men nye vinklinger eller erkjennelser kan forkomme når kunnskapen samles (Magnus og Bakketeig, 2000). Polit og Beck (2014) sier at et av hovedpoengene med en litteraturstudie er å få et bilde av hva slags forskning som eksisterer og hva som mangler innenfor et gitt tema. De kan derfor brukes som et fundament til nye studier.

Databaser knyttet opp til høyskolens bibliotek er der hovedsøket etter artikler har blitt gjort. Flere databaser ble brukt for å få et bredere resultat. Hovedsøkene er gjort via Ovid nursing database og Cinahl. Hovedkravene til de vitenskapelige artiklene knyttes til relevans og pålitelighet. De må ha relevans for problemstillingen og kunne bekrefte, belyse eller avkrefte hypoteser.

Artiklene må også være pålitelige. Søkeprosessen og publikasjonskanal må kunne redegjøres for på en riktig måte (Dalland, 2012).

3.1 Den vitenskapelige artikkel

I oppgaven skal kun vitenskapelige artikler brukes. Disse artiklene er originalartikler, det vil si at de presenterer ny forskning. Denne nye kunnskapen skal kunne etterprøves og videre forskning skal kunne bygges på denne. Artiklene publiseres i vitenskapelige tidsskrifter som tilstreber kvalitetssikring med fagfelleevaluering. Dette betyr at artiklene leses og godkjennes av eksperter innenfor fagområdet artikkelen tar for seg. En deler de fagfellevurderte artiklene inn i to typer, nivå 1 og nivå 2. Tidsskrifter med nivå 1 defineres som ordinære vitenskapelige publiseringskanaler og tidsskrifter med nivå 2 anses som tidsskrifter med høy internasjonal prestisje (NSD, 2014).

Det stilles en rekke krav til innholdet i vitenskapelige artikler. Den vanligste formen på disse artiklene er IMRaD-struktur. Denne beskriver hvordan artiklene bygges opp og hvilke aspekter den skal inneholde. IMRaD er en forkortelse på introduksjon, metode, resultat og diskusjon. I introduksjonen skal det redegjøres for tidligere forskning og bakgrunnsstoff for oppgaven. Her skal det også finnes et abstrakt som kort gir et bilde av artikkelen.

Metodedelen skal inneholde en beskrivelse av valgt metode og hvordan den gjennomføres i forskningen. Videre skal resultatet av forskningen presenteres. Dette resultatet diskuteres i en større sammenheng i diskusjonsdelen (Dalland, 2012). Dette stemmer godt overens med

hvordan Polit og Beck (2014) forklarer denne strukturen. Denne oppgaven skal følge samme struktur. Men i resultatdelen vil det gjøres rede for likheter og ulikheter i tidligere forskning.

3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å finne artikler som er relevante for problemstillingen har det blitt valgt ut ulike inklusjons og eksklusjonskriterier. I forskning brukes disse kriteriene for å bestemme om en person eller gruppe skal være med i undersøkelsen eller ikke. For eksempel hvis en skal skrive en undersøkelse om sykepleiestudenter i Norden, skal en da inkludere eller ekskludere deltidstudenter (Polit og Beck, 2014). I en litteraturstudie fungerer kriteriene på samme måte, men i denne oppgaven er det valgt å inkludere eller ekskludere artikler ut ifra relevans til problemstillingen.

Et av kravene er at artiklene skal ha IMRaD struktur, som er den vanligste oppbygningen for vitenskapelige artikler. Tidsskriftet som artikkelen er publisert i skal være fagfellevurdert til nivå 1 eller 2. Opplysningen om dette er hentet fra statistikk i Norges samfunnsvitenskapelige datatjeneste.

De vitenskapelige artiklene må være relevante for problemstillingen. Artikler fra andre deler av helsevesenet har ikke blitt ekskludert, da de allikevel kan være relevante for problemstillingen. Det viktigste eksklusjonskriteriet er at artiklene ikke skal være publisert tidligere enn i år 2000. Dette var for å få med ny forskning, men samtidig ikke ekskludere artikler som var relevante for oppgaven. I startfasen av søking etter artikler var det få inklusjon og eksklusjonskriterier, da det var usikkert hvor mye forskning som var gjort på temaet tidligere. Det var få artikkelfunn i startfasen, da det ble brukt få søkeord. Ved en utvidelse av søkeordene ble artikkelfunnene større, og det ble funnet artikler som var relevante for oppgaven. Etersom funnene av artikler ble større, ble det mer aktuelt med inklusjon og eksklusjonskriterier.

3.2. Søkeprosessen

De databasene som er brukt i oppgaven er Cinahl og Ovid Nursing database, som er funnet gjennom Høgskolen I Gjøvik sitt databaseutvalg. Emneansvarlig anbefalte å søke i SweMed+, men der var det få relevante artikler. Det var også få av artiklene som var tilgjengelig i fulltekst i denne databasen. Noen av søkeordene som er benyttet var nursing, caring, spirituality, ethnic minority patients og transcultural nursing. Oversikt over søkeprosessen er vedlagt oppgaven (Vedlegg 1).

Enkelte av artiklene funnet i Cinahl og Ovid Nursing database hadde ikke Høgskolen I Gjøvik tilgang til, de ble da søkt opp i Google Scholar, noe som er anbefalt av bibliotekar i tidligere undervisning. Her var det tilgang til artiklene fra andre steder. Enkelte av artiklene var ikke mulig å finne som fulltekst her heller. Da ble det søkt i de tidsskriftene skolen har som E-tidsskrifter og fant fulltekst på artiklene der. En av artiklene er funnet via en referanse i en av de andre artiklene. Artikkelen den er funnet i, er fagfellevurdert nivå 2, derfor ses artikkelen på som en troverdig og sikker kilde. Disse artiklene var begge en del av en større studie som i sin helhet var relevant for vår problemstilling.

3.3. Primær- og sekundærkilder

Primærkilder defineres som førstehåndskilder. Her er det forskerne som har utført studien som har skrevet en rapport om det. Sekundære kilder er en andrehåndkilde. Det vil være gjenskrivelser av forskning gjort av noen andre enn de som utførte studien (Bjørk og Solhaug, 2008). En litteraturstudie vil derfor kategoriseres som en sekundærkilde. I oppgaven tilstrebes det bruk primærkilder, dette blir gjort ved at alle forskningsartiklene brukt i oppgaven er skrevet av forskerne som har utført studien.

Faglitteraturen som er brukt i oppgavens bakgrunn omfatter en del sekundærlitteratur. Det er på tross av dette anerkjent litteratur på temaet som brukes i undervisning og som står som anbefalte kjøp på undervisningsplanen. Den litteraturen som beskriver de religiøse aspektene omfattes ikke i undervisningsplanen, da dette er et tema det legges lite vekt på i undervisningen. Her er det funnet annen litteratur fra anerkjente forfattere innenfor tematikken.

3.4 Validitet og pålitelighet

Validitet måler til hvilken grad undersøkelsen kommer frem til det de skal og om forskerne har brukt riktig forskningsmetode, slik at resultatet er til å stole på (Polit og Beck, 2014). Det som skal måles må ha relevans for det som undersøkes, og det må være gyldig (Dalland, 2012). Reliabilitet handler om pålitelighet og at målingene skal utføres korrekt, og at forskerne oppgir eventuelle feilmarginer som kan oppstå (ibid). Validitet og pålitelighet er ikke uavhengige av hverandre. Et måleinstrument som er upålitelig kan ikke være valid. Et måleinstrument kan ikke validitetssikre noe, hvis det er uberegnelig eller ukorrekt. Et måleinstrument kan dog være pålitelig uten å være valid (Polit og Beck, 2014).

3.5. Kvalitative og Kvantitative studier.

«Både kvalitativt og kvantitativt orienterte metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler» (Dalland, 2012, s. 112). Ved litteraturstudier kan utvalget bestå av både kvantitative og kvalitative studier.

3.5.1. Kvalitative studier

«The investigation of phenomena, typically in an in-depth and holistic fashion, through the collection of rich narrative materials using a flexible research design». (Polit og Beck, 2014, s. 389).

Kvalitative studier er nesten alltid ikke-eksperimentelle. Målet er å utvikle en god forståelse av et fenomen som det er. Kvalitative forskere henter vanligvis informasjonen sin i den virkelige verden, og det trenger ikke å være i de samme situasjonene hver gang (Polit og Beck, 2014). Dataene som samles inn, gir sikte på å vise helhet og sammenheng (Dalland, 2012). Enkelte jobber mot å studere fenomenet i en rekke forskjellige naturlige situasjoner. Dybdeintervjuer er den vanligste måten å skaffe kvalitative data på (Polit og Beck, 2014). Intervjuene preges av fleksibilitet, og åpnes for at deltagerne skal svare fritt, uten faste svaralternativer (Dalland, 2012). Sju av artiklene brukt i oppgaven er kvalitative studier. Flere av disse har semi-strukturerte intervjuer som metode.

3.5.2. Kvantitative studier

«The investigation of phenomena that lend themselves to precise measurement and quantification, often involving a rigorous and controlled design» (Polit og Beck, 2014, s. 389).

Forskerne får svar på spørsmålene sine ved å bruke en gruppe med deltagere. Kvantitative studier utleder data ved å måle variabler mot hverandre. Kvantitative forskere vil ha svar som gir dem mulighet til å generalisere resultatene til en bredere populasjon, og at de har en tilstrekkelig styrke. Kvantitative studier har ofte store grupper med deltagere (Polit og Beck, 2014). Kvantitative studier bruker gjerne spørreskjema, og svaralternativene er standardiserte. Kvantitative studier har et fjernt forhold til feltet, og det er ingen direkte kontakt mellom forsker og forskningsfeltet (Dalland, 2012). En av artiklene brukt i oppgaven er en kvantitativ studie.

3.6. Forskningsetikk

I forskning hvor det brukes dyr eller mennesker, må forskerne ta hensyn til etiske problemstillinger (Polit og Beck, 2014). Etikk handler om normer en kan støtte seg til ved vanskelige valg og avgjørelser. De gir en veiledning om hvordan en skal avgjøre hva som er en god livsførsel. Det finnes ulike former for etikk, og den som brukes i forskning kalles forskningsetikk. Selv om det er et eget ord for den etikken som brukes innen forskning, handler den om mye av det samme som den som brukes i dagliglivet. Dalland (2012, s.96) beskriver forskningsetikk som «...*et slikt område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre*». Det handler da om å gjøre riktige avgjørelser omkring personvern og å sikre at forskningen er troverdig og pålitelig (Dalland, 2012). Polit og Beck (2014) beskriver etiske prinsipper som brukes som standard under etisk forskning. Disse prinsippene handler om å ikke skape skade og ubehag og de skal ikke utnyttes på noen måte. Forskningen skal gjøre minst mulig skade og gi mest mulig utbytte. Forskerne er forpliktet til å minimalisere skade og ubehag, og de skal unngå situasjoner som kan være skadelige for deltagerne. Forskningen skal ikke kunne være til noen ulempe for deltagerne, og de må forsikres om at deltagelsen i studien ikke kan brukes mot de på noen måte. Deltagerne skal ha rett til å selv bestemme om de ønsker å delta i forskningen, og det skal ikke være noen ulempe å takke nei til å være med. Det betyr også at deltagerne har rett til å stille spørsmål og å holde tilbake informasjon de ikke ønsker å ha med i studien. Deltagerne har rett til fullt innsyn i studien, om hva den handler om, at de har rett til å trekke seg hvis det er ønskelig og hvilke fordeler og ulemper studien kan medføre. Deltagerne skal også behandles med respekt, og de skal ikke utnyttes på noen måte. Forskerne skal jobbe for å unngå å gå inn i deltagerens privatliv mer enn det som er nødvendig, og at informasjonen de utgir er underlagt taushetsplikten (ibid).

Hvem som har nytte av forskningen har også en betydning. Hvilke testpersoner som deltar i forskningen har også noe å si, da de kanskje ikke får umiddelbar nytte av den forskningen som gjøres. Allikevel kan det på lang sikt være til deres og andres beste, da forskningen kan gjøre pasientopplevelsen bedre for andre i fremtiden, eller at sykepleiere og helsepersonell får en bedre yrkesutøvelse over tid (Dalland, 2012).

3.7. Kildekritikk

All litteratur i oppgaven er kilder. Artiklene og faglitteraturen er forskningsbasert kunnskap gjort av andre. Det er nødvendig å se kildekritisk på all litteraturen som brukes. Dette gjør vi for å fastslå om det som står er sant eller ikke (Dalland, 2012).

Det å kritisere en artikkel er å objektivt gå gjennom dens styrker og svakheter. At en artikkel er fagfellevurdert betyr at eksperter på området allerede har gått gjennom artikkelen og gitt forfatteren tilbakemelding på disse punktene.

Videre går en gjennom artikkelen for å gjøre seg et bilde om resultatet og metoden er pålitelig og valid. Når en ser på påliteligheten vurderer en sannsynligheten på om resultatet ville vært det samme ved en større eller annerledes forskningsgruppe. Validitet er et annet viktig aspekt. En må se om forskningsmetoden virkelig kan måle det forskningen ønsker. Kan en for eksempel måle smerte ved hjelp av spørreskjema eller vil dette gi feil resultat. Her må forskerne passe på at gruppen som deltar er så generalisert at resultatet kan være overførbart til en annen. Dette er en slutning leseren av artiklene også må gjøre på grunnlag av kildekritikk og metodevalg.

Videre kan det være aktuelt å se om det er noen etiske utfordringer som om deltagere eller forskere har vært partisk på noe måte. Det kan være aktuelt å se hvor pengestøtten til studiet er kommet ifra hvis resultatet er oppsiktsvekkende positivt eller negativt (Polit og Beck, 2014).

Opgaven støtte seg til Polit og Beck (2014) sin guide for å kildekritisere kvalitative og kvantitative undersøkelser. Det er noe forskjell mellom disse.

Dette er en guide som legger vekt på metoden og funnene i oppgaven. Den avslutter med å summere artikkelen, men at leseren skal gjøre seg opp en mening om resultatet er til å stole på og om de bidrar til sykepleierens yrkesutøvelse. En kritisk granskning skal vise til styrker og svakheter ved studiene.

- 1 *Outcome analysis of a research-based didactic model for education to promote culturally competent nursing care in Sweden – a questionnaire study.* Av: K.Gebru, A. Khalaf og A. Willmann.

Svakheter: Alle deltagerne deltok ikke ved alle spørreundersøkelsene. I byen Malmö hvor undersøkelsen ble gjort har prosentvis større grupper med etniske minoriteter enn ellers i landet.

Styrker: En kvantitativ spørreundersøkelse passer godt når en skal undersøke et stort antall deltagere. Spørsmålene ble laget med base fra en kvalitativ undersøkelse gjort på færre studenter tidligere. Forskerne som utførte undersøkelsen hadde ikke noe med eksamineringen av studentene og det var den samme forskeren som fulgte kullet.

2 *Caring as experienced by minority ethnic patients.* Av: J.D. Cortis.

Svakheter: Tidsskriftet artikkelen er publisert i er fagfelleurdert til nivå 1. Ved bruk av tolk i intervjuene kan noen poeng gå tapt eller misforstås.

Styrker: Tilnærmet lik gruppe med kvinner og menn. Individuelle intervjuer på omtrent en time vil kunne gi mye data. Bredde i aldersgruppen gir bredde i undersøkelsen.

3 *Caring for patients of Islamic denomination: critical care nurses experiences in Saudi Arabia.* Av: P. Halligan.

Svakheter: Det er bare kvinnelige deltagere, da det bare var de som nådde kravene om deltagelse. Det var bare 6 deltagere.

Styrker: Intervjuene ble utført individuelt og deltagerne ble spurt åpne spørsmål.

Forfatteren hadde på forhånd skrevet ned alle sine egne meninger og forhåndskunnskap om temaet slik at disse ikke skulle farge undersøkelsen. Funnene gir en god innsikt i temaet.

4 *Meeting the needs of minority ethnic patients.* Av: Cortis.J.D.

Svakheter: Nevner ikke hvor lenge studien pågikk. Kun et intervju med hver deltager.

Styrker: Deltagerne kommer fra tre ulike felt innen sykepleie. Godkjent av en etisk komite. Alle deltagerne fikk informasjon om studien og alle skrev under på samtykke om å delta i studien.

5 *Home care nurses: A study of the occurrence of culturally competent care.* Av: DiCicco-Bloom. B. og Cohen. D.

Svakheter: Undersøkelsen er gjort i en del av landet og forfatterne stiller seg derfor åpen til at resultatet kunnet blitt annerledes andre steder. Bare en forsker var involvert i å innhente data i undersøkelsen.

Styrker: Både observasjon og intervju av deltagerne i studien.

6 *Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland.* Av: D. Tuohy, J. McCarthy, I. Cassidy og M.M. Graham.

Svakheter: Sier ingenting om hvor mange som deltok i studien. Det var planlagt to gruppeintervju, men bare ett ble gjennomført. Studien sier selv at den er begrenset, siden

de bare har samlet data fra en region i Irland.

Styrker: Godkjent av etisk komite. Et individuelt intervju med hver deltager, samt et gruppeintervju.

- 7 *Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility and Aspects of spirituality concerning illness*. Av: Van Leeuwen. R., Tiesinga.L.J. Jochemsen. H. og Post. D.

Svakheter: Ingen av deltagerne i studien var muslimer, selv om en betydelig del av innbyggerne i Nederland er muslimer. Det er stor forskjell mellom hvor lang erfaring sykepleierne har, og det er variasjoner hvor langt sykehusopphold pasientene hadde.

Enkelte av deltagerne fullførte ikke studien.

Styrker: Gruppeintervju er en styrke fordi den gir deltagerne en mulighet til å kjenne seg igjen i andres erfaringer. Det gir også en mulighet til å sammenligne og diskutere meninger og erfaringer sammen med andre. Det kan dog gjøre at enkelte ikke forteller alt de vil, og at det i grupper gjerne er noen som har en større deltagelse enn andre.

Deltagerne i studien har forskjellig bakgrunn, som pasienter, sykepleiere og livssynsveiledere.

3.8. Analyse av funnene

Artiklene som skal brukes i litteraturprosjektet ble så analysert. Flere gjennomlesninger med markering og skriving i marginen ble gjennomført. Artiklene var relevante for problemstillingen, så de ble satt inn i en matrise hvor problemstilling, metode for undersøkelsen, deltagere og funn ble gjort rede for (vedlegg 2). Dette stemmer overens med hva Bjørk og Solhaug (2008) beskriver.

Matrisen ble videre brukt til å markere ut de funnene som gikk igjen i artiklene og som var nyttig for problemstillingen. Dette blir et godt hjelpemiddel når funnene og diskusjonen skal skrives, da denne gir et kort innblikk i alle artiklene (ibid).

4.0 RESULTATER

I denne delen skal resultatet fra studien presenteres. Etter analyse av all data presenteres tre hovedfunn som gir svar på problemstillingen knyttet til at muslimske pasienter skal få ivarettatt sine religiøse behov. Resultatene blir vil bli gjort rede for hver for seg, selv om de tematisk kan overlape hverandre. I alle tre gruppene er det underliggende funn som omhandler utfordringer knyttet til fysiske grunnleggende behov, familie, åndelighet og relasjoner mellom pasient og sykepleier. Disse vil det legges vekt på videre i oppgaven.

4.1 Kartlegging av religiøse behov

Cortis (2000) legger vekt på at kartleggingsverktøy burde utvikles og brukes. Disse kan brukes som rammeverk for sykepleierne, for hva de skal spørre om og så videre. Fra pasientens ståsted viser undersøkelsen også at pasienter ofte føler at helsepersonellet ikke er interessert i de som person, og at de bare skal fylle ut et skjema. Dette må ses i sammenheng. Helhetstenkning er viktig i pleie av pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn (Cortis, 2004). Studien viser at kultur er et nøkkelbegrep i helhetlig sykepleie, men at sykepleierne har lite kunnskap om temaet og derfor vektlegges det lite. Deltagerne trodde ikke at kultur hadde noe effekt på pleien. Dette ses i sammenheng med at sykepleierfaget bygger på vestlig tenkning. Der det fysiske ses på som mer viktig enn det psykiske.

I en studie utført av van Leeuwen, Tiesinga, Post og Jochemsen (2006) vises det hvor lite vekt kartlegging av religiøsitet har i kartlegging av pasientene. Det var begrenset til ett eller to spørsmål som enkelt omhandlet om pasienten hørte til et spesielt trossamfunn. Om det ble stilt videre spørsmål varierte.

4.2 Utdanning og kompetanse hos sykepleiere

Temaet om utdanning av sykepleiere framstår som viktig. For at sykepleiere skal kunne utøve kulturelt kompetent sykepleie må dette fremstå som et større tema allerede i grunnutdanningen (Gebu, Khalaf og Willman, 2008). Målet med studien er å se hva sykepleierstudenter lærer om kultur og om hvorvidt de er forberedt på utfordringene ved endt utdanning.

Tuohy, McCarthy, Cassidy og Grahams (2008) undersøkelse viser at sykepleierne selv mener det er nødvendig med kompetanse for å håndtere situasjoner rundt pasienter fra andre kulturer. Irland som frem til kort tid tilbake har vært et land med lite innvandring, ser klare

utfordringer rundt dette. Funnene i oppgaven viser spesielt til kunnskapsmangel når det kommer til praktiske kulturelle forskjeller som mattradisjoner og hygiene.

I den nederlandske undersøkelsen av van Laauwen, Tiesinga, Jochemsen og Post (2006) som omhandler åndelighet er dette også et tema. Sykepleiergruppene sier selv at de grunnleggende kommunikasjonsverktøyene som er nødvendig har de lært om i grunnutdanningen. Det de mangler er kunnskap og forståelse rundt sin egen og pasientens åndelighet.

Administrasjonen bør hele tiden se til at sykepleierne har tilstrekkelig med kunnskap til å takle de etiske situasjonene som oppstår i kontakten mellom sykepleier og pasienter av islamsk tro. Dette viser Halligan (2006) til i sin forskningsartikkel. Denne tråden legges det også vekt i hos DiCicco-Bloom og Cohen (2003) og Cortis (2004). Også her blir administrasjonen gitt ansvar for å følge opp sykepleierne og hjelpe de til å utarbeide strategier for interkulturell sykepleie.

4.3 Sykepleierens holdninger til åndelige behov

Van Laauwen, Tiesinga, Jochemsen og Post (2006) ønsker med sin forskning å skape innsikt i åndelige aspekter i sykepleie. Hvor mye åndelig omsorg en sykepleiere skal gi er et av spørsmålene som oppstår. Dette er det usikkerhet om både blant sykepleierne og blant pasientene. Pasientgruppene mener å kunne identifisere om sykepleieren er troende eller ikke, grunnet dens oppmerksomhet til temaet. Dette er sykehusprestene enige om, med at troende sykepleiere oftere henviser pasienter til dem. Også sykepleierens alder bringes opp, med at pasientene kommenterer at eldre sykepleiere er mer opptatt av dette temaet enn de yngre.

Cortis (2004) viser til at sykepleiere har problemer med å koble kultur og åndelighet opp til sykepleie. De klarte ikke å identifiserer at disse to temaene påvirker hverandre.

Van Laauwen, Tiesinga, Jochemsen og Post (2007) viser i sin artikkel til åndelige behov hos pasienten ved sykdom. Den viser til både positive og negative aspekter ved hjelp av pasienthistorier. Både sykepleierne og pasientene definerte åndelighet i sammenheng med religion, dette knyttes opp til at det nederlandske folket er mer kjent med dette konseptet. Forskerne merket at svarene forskningsobjektene ga var smale. Det virket som de trengte tid til å bli komfortable med å svare på så intime spørsmål.

5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet drøftes resultatene med tanke på å beskrive hvordan sykepleiere på best mulig måte kan gi pasienten opplevelsen av å få ivaretatt sine religiøse behov.

I dette kapitlet vil det også komme en metodediskusjon.

5.1 Hvordan ivareta helhetlig kartlegging av pasienter med religiøse behov?

Som sykepleier er kartlegging et av våre viktigste verktøy. En god kartlegging er viktig for å gi pasienten god pleie. Her kan vi innhente data på det som er viktig for pasienten og det som er nødvendig å vite for den videre behandlingen. Kartlegging omhandler ulike deler av pasientens liv som familieforhold, matvaner, bosituasjon og religion. I kartleggingen inngår også en del av de grunnleggende behovene og hvordan de tidligere har blitt dekket av pasienten selv (Kirkevold og Brodtkorp, 2010).

Å bruke standardiserte kartleggingsverktøy kan by på problemer i møte med gamle og eldre pasienter. Sykdom og aldring kan gjøre at de ikke klarer å gjennomføre kartleggingen, eller at det rett og slett kan føles krenkende for pasienten. Det er viktig at sykepleieren tilrettelegger for at kartleggingen foregår på en måte som er behagelig for pasienten og at sykepleieren er bevisst på at pasienten kanskje ikke har ønske om å utlevere informasjon om seg selv på denne måten. Det vil også være nødvendig at sykepleieren er varsom i tolkningen av svarene i kartleggingen. Det må vurderes at pasienten kan ha en spesielt dårlig dag eller en god dag, og at svarene kan variere med dette henseende. Det kan derfor være nødvendig å gjenta kartleggingen på et senere tidspunkt, og samtidig kartlegge kontinuerlig under ulike situasjoner.

Å vurdere pasientens tilstand, er et viktig faglig og moralsk ansvar sykepleiere har. Eldre menneskers fysiologiske aldersforandringer gjør de mer utsatt for sykdommer og funksjonssvikt. Mange eldre har gjerne flere ulike sykdommer, noe som også kan medføre bruk av mange ulike medikamenter. Fordi eldre har en større grad av funksjonssvikt enn yngre og på grunn av deres sammensatte sykdomsbilde, kan det være en utfordring for sykepleiere å observere og vurdere pasientenes tilstand (ibid). I tillegg til at sykdomsutvikling og funksjonssvikt kan føre til vanskeligheter med å observere og vurdere pasientens tilstand, kan pasientene med etnisk bakgrunn gi enda en utfordring for helsepersonell. Sykdommer og symptomer er i stor grad felles for alle, men sykdomsopplevelsen kan variere grunnet påvirkning av den kulturelle og psykososiale bakgrunnen til pasienten. Man lærer seg i

gjennom livet hva som er nødvendig å søke hjelp for, hva man søker hjelp for og hva som blir sett på som en del av det å bli eldre (Hanssen, 2010). Da de subjektive dataene av symptomer og smerter kan variere fra person til person, stilles det større krav til sykepleieren i forhold til kartlegging. De må være oppmerksomme på at symptomer og oppfattelsen av sykdom varierer, og det blir en oppgave for sykepleieren å tolke og observere pasientene med et godt klinisk blikk (ibid).

For å kunne kartlegge etniske pasienter på en helhetlig og så riktig måte som mulig, kan det i tilfeller være fordelaktig og ta med pasientens familie og pårørende i kartleggingsarbeidet (Hanssen, 2010). Dette er helsepersonellens ansvar, slik at det blir innhentet informasjon som har betydning for de helsefaglige beslutningene (Bøckmann og Kjellevoid, 2010).

Tradisjonelt sett har familien spilt en stor rolle i livet til muslimer (Busck, 2002). Det er også verdt å merke seg at enkelte familiemedlemmer, da særlig de yngre kanskje kan ha et ønske om å ta del i pleien etter at familiemedlemmet har flyttet inn på sykehjem (Hanssen, 2010). Pårørende kan få muligheten til dette, hvis helsepersonell vurderer at løsningen er faglig forsvarlig (Bøckmann og Kjellevoid, 2010). Halligan (2006) beskriver i sin studie viktigheten med å involvere familien og at de kan være en viktig bidragsyter til å sørge for pasientens velvære på ulike plan, slik som det emosjonelle, psykiske og sosiale. I studien kommer det også frem at familien ble sett på som de som tok avgjørelsene, siden de ofte dikterte og bestemte hvilken og hvordan pleie familiemedlemmet skulle få (ibid). Som pasientens nærmeste pårørende, har de rett til medbestemmelse av helsehjelpen, men det er helsepersonellens oppgave å sørge for at behandlingen og pleien er helsemessig forsvarlig og gjennomførbar (Bøckmann og Kjellevoid, 2010).

Fordi pasientene som kommer på sykehjem gjerne skal være der over en lengre tidsperiode er de standardiserte kartleggingsverktøyene en god hjelp for sykepleieren for å kartlegge tidligere liv og hjelpebehov. For de muslimske minoritetspasientene er det det noen spesielle aspekter sykepleien bør vie ekstra oppmerksomhet til. Et eksempel på dette kan være at eldre kvinner kan ha et ønske om å bli skjermet fra fremmede menn. (Hanssen, 2010). Dette kan bli problematisk på en sykehjemsavdeling, da avdelingene gjerne består av både menn og kvinner. I selve pleien kan kjønnssegregeringen også være et viktig aspekt, da det bør etterstrebes at det kun er kvinner som pleier de muslimske kvinnene, og at menn pleier de muslimske mennene. Dette beskrives også i Cortis (2004) hvor sykepleierne trodde at pakistanske pasienter ikke likte å bli stelt av noen fra det motsatte kjønn og dette framsto som et problem i avdelingen. Å bli stelt og pleiet av en mann kan føles ydmykende for de

muslimske kvinnene. Matsituasjonen er også viktig å kartlegge, da kosthold og matvaner kan ha mye å si for pasientens helse og velvære. Er de usikre på hva maten inneholder og at de ikke er vant med maten kan føre til at de blir underernærte eller feilernærte. Det bør bygges opp et tillitsforhold mellom pasient og helsepersonellet slik at pasienten er trygg på at den maten som serveres er riktig tilberedt og ikke inneholder matvarer som er forbudte for dem å spise (Hanssen, 2010). Artikkelen viser usikkerhet hos sykepleierne når det kom til hva pasientene kunne spise og hva de skulle unngå (Cortis, 2004). Cortis (2000) underbygger dette, og han skriver i sin forskningsartikkel at sykepleieren bør være mer bevisst på de kulturelle aspektene under kartleggingen for å få et godt terapeutisk forhold mellom sykepleier og pasient. Videre skriver han at å utarbeidede kulturelle guider kan være til hjelp under kartleggingen slik at sykepleien blir kultursensitiv og individuelt tilpasset. Det blir dog viktig under kartleggingen å finne ut hvor sterkt knyttet pasientene er til deres religions leveregler. Noen pasienter vil kanskje ikke ha et ønske om særbehandling, og de vil bli behandlet på lik linje med de andre pasientene (Hanssen, 2010).

I sin studie beskriver van Leeuwen, Tiesinga, Post og Jochemsen (2006) at spirituelle aspekter har en liten rolle i kartleggingen av pasientene, det var få spørsmål rundt temaet, og de handlet om pasienten tilhørte en religion og om de ønsket å se en livssynsveileder. Noen sykepleiere stilte utledende spørsmål om temaet. Andre sykepleiere stilte ikke noen spørsmål om de spirituelle aspektene under kartleggingen i det hele tatt. Det beskrives også i studien at flere sykepleiere ikke mener at kartleggingen av pasientens religion og spirituelle hensyn bør være med i den første kartleggingen av pasienten da dette er et sensitivt tema. Dette underbygges av van Leeuwen, Tiesinga, Post og Jochemsen (2007) sin forskningsartikkel hvor de fant at deltagerne i studien svarte begrenset på spørsmålene omkring spiritualitet og religion. Det virket som at deltagerne trengte tid for å kunne snakke om et så intimt og privat tema. Kirkevold og Brodtkorp (2010) beskriver i sitt kapittel om kartleggingen om viktigheten av å gi de gamle pasientene nok tid slik at de kan få uttrykt følelser og tanker, og at hvis pasienten blir sliten er det nødvendig å avslutte kartleggingen og avtale å fortsette den på et senere tidspunkt. Det er derfor svært viktig at sykepleieren tilpasser den enkeltes kartlegging slik at pasienten får rom til å uttrykke seg i et tempo som føles rett for pasienten (ibid).

5.2 Hvordan utvikle sykepleiernes utdanning og kompetanse?

Madeleine Leininger har spesialisert seg på transkulturell sykepleie og viktigheten av dette. Hun mener at det er helt essensielt av sykepleiere i dagens samfunn å ha tilstrekkelig

kunnskap om dette. Hun deler temaet opp i fem deler. I første del legger hun vekt på at det er helt nødvendig med kunnskap om transkulturell sykepleie for å kunne gi pasienter av forskjellige kulturer tilstrekkelig god pleie. Som andre del sier Leininger at for at sykepleiere skal kunne utøve slik pleie krever det en god utdanning, med fag spesielt tilrettelagt dette temaet. Den tredje delen er å se på forskjeller og likheter i egen og andres kultur, med tanke på humanitet, helse, friskhet, sykdomstegn, tro og verdier. Det er når vi forstår forskjeller og likheter at vi kan utvikle bedre sykepleiertjenester. Videre i den fjerde delen konsentrerer Leininger seg om kunnskap om kultur som et fenomen. Hun legger vekt på at det finnes ulike definisjoner på kultur, men hun legger vekt på at det er en gruppe som deler tro, verdier og livsfilosofi (Leininger, 1995). Leininger ønsker å få frem hvor viktig kultur er for mennesker og hvordan den spiller inn på avgjørelser. I den femte og siste hoveddelen kommer omsorg inn, hvordan mennesker har omtanke for hverandre og hvordan den utføres. Dette bygger på verdier, symboler og utøvelse av sin kultur (ibid)

Enhver høyskole med sykepleieutdanning må følge kunnskapsdepartementets rammeplan for sykepleierutdanning. Denne gir retningslinjer for mål og omfang av undervisning. Den gir også retningslinjer for vurderingsmetoder og arbeidsmåter som skal brukes. Rammeplanen skal kvalitetssikre utdanningen (Rammeplan for sykepleierutdanning). Ut ifra rammeplanens krav kan høyskolene selv bestemme mye hvordan undervisningen legges opp og hva de vektlegger. Undersøkelser viser at det varierer stort fra skole til skole hvordan de legger opp undervisning rundt temaene kultur, folk og likeverdige helsetjenester (Magelssen, 2012). Undersøkelsen utført av Magelssen (2012) legger vekt på både hva lærerne og studentene mente om dette temaet og hvordan utfordringer de så. Lærerne identifiserte utfordringer knyttet opp til de få studiepoengene disse temaene får i rammeplanen. Dette fungerer som en hindring, da det er stor kamp om plassen på timeplanene. Lavt oppmøte på undervisningen ble også nevnt av lærerne. Selv om enkelte av skolene hadde dette som obligatorisk undervisning, var det ingen garanti for at studentene fulgte med. Obligatoriske oppgaver var også et tema, men lærerne belyste begrensninger i forhold til dette og deres arbeidsmengde.

Delen av studien som er knyttet opp til studentene viser at de holdningsmessig er godt rustet og ønsker å gi likeverdige sykepleiertjenester til alle pasienter. Dette på tross av at bare rundt halvparten har opplevd situasjoner med migrasjonspasienter i praksis. Studentenes studievaner kommer opp som et viktig tema. Få kommer på forelesningene og de som

kommer er sjeldent forberedt. De indentifiserer praksis som deres viktigste læringsplass og ønsker mer praksisrettet undervisning om temaet (ibid).

Undersøkelsen gjort av Gebru, Khalaf og Willman (2008) i Sverige legger vekt på om det utdannes kulturelt kompetente sykepleiere, både når det gjelder holdninger og kunnskap. Resultatet i undersøkelsen viser at studentene føler seg klare for å starte i jobb og at de hadde den kunnskapen som er nødvendig for å drive god interkulturell sykepleie. Dette stemmer lite overens med annen forskning innenfor samme felt i Europa. I Irland utførte Tuohy, McCarthy, Cassidy og Grahams (2008) en undersøkelse blant sykepleiere i en region. Her kommer det tydelig frem at sykepleierne føler de mangler kompetanse til å utføre god pleie til pasienter av etniske minoriteter. Kunnskapsmangel når det kommer til praktiske kulturelle forskjeller som mattradisjoner og hygiene, legges det vekt på. Det har vært lagt lite vekt på dette temaet i helsevesenet og sykepleierutdanningen tidligere, men dette er i forandring. Det har oppstått flere muligheter til videre læring om interkulturell sykepleie etter endt utdanning for å hjelpe sykepleierne. Men undersøkelsen viser at flere programmer om kulturell forståelse er nødvendig for å sikre god pleie. Kultur og religion er tett knyttet opp til hverandre. I undersøkelsen utført av van Laauwen, Tiesinga, Jochemsen og Post (2007) forteller sykepleierne om utfordringer knyttet til pasienters åndelige behov. Sykepleierne forteller at selv om de satt inne med gode kommunikasjonsverktøy, så manglet de kunnskap om hvordan å gå inn i en samtale med en pasient om åndelige behov. De manglet også enkel kunnskap om religiøse/åndelige bevegelser og tradisjonene som følger med. Interkulturell undervisning i sykepleierutdanningen burde ikke bare inneholde en generell innføring i kulturell forståelse. Leininger (1995) mener at en også burde gi rom for lokale forskjeller. Hun kommer med eksempler som at det i enkelte deler av USA er en stor gruppe av innvanderne fra Sør- og mellom Amerika. Det er da viktig at sykepleierne der lærer spesielt om forskjeller og likheter i kultur og sykdomsforløp hos denne gruppen. Dette fokuset burde variere mellom regioner.

Ingebretsen (2011) legger i sin rapport *Omsorgtjenester til personer med etnisk minoritetsbakgrunn* vekt på kompetanse hos pleierne. Her diskuteres det om hvordan innvirkning grupper med flerkulturelle pleiere vil ha i kommunen. Det trekkes paralleller til samene og deres kulturelle forskjeller fra andre nordmenn. Kan det være til hjelp å ha ansatte som kjenner samenes kultur og derfor har bedre kompetanse til å stille spørsmål og bygge tillitt? Det å ha personale fra forskjellige kulturer ses på som en ressurs. Dette kan ha ringvirkninger i avdelingen og øke kompetansen om andre kulturer. Det kan også bidra til at

det enklere kan kommunisere og skape gode rammer for pleien. Men det er viktig å ta i betraktning at selv om to kommuniserer med samme språk kan kulturforskjellene likevel være store og at en ikke kan ta det for gitt at to fra samme opprinnelse ønsker samme type pleie. Norsk helse og omsorgstjeneste er den sektoren i landet med flest ansatte med innvandrerbakgrunn. Dette gjelder spesielt sykehjemssektoren (Helse og omsorgsdepartementet, 2013). Når arbeidere fra forskjellige kulturer skal jobbe sammen må en legge vekt på at ikke alle jobber likt, og at dette må respekteres. Det er likevel arbeidsgivers plikt at de ansatte følger yrkesetiske retningslinjer i den bedriften de jobber i (Ingebretsen, 2011).

Som sykepleier har man et spesielt ansvar for at pleien som foregår i avdelingen er best mulig og at kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet er så godt som mulig. Sykepleieren skal kunne organisere sitt eget arbeid og bidra til å organisere resten av avdelingen ved hjelp av de ressursene de har (Hauge, 2010). Kunnskapsbasert praksis er viktig i sykepleien. Dette går ut på at all fagutøvelse skal baseres på forskningsbasert kunnskap sammen med kliniske erfaringer. Det er arbeidsgiver sin oppgave å tilrettelegge for denne faglige utviklingen. Kurs, studier og hospiteringer er eksempler på hva de ansatte burde få mulighet til (Kristoffersen, 2011).

Halligan (2006) viser i sin forskningsartikkel hvor utfordrende det kan være for ikke-muslimske sykepleiere å jobbe i et muslimsk dominert miljø på et sykehus i Saudi Arabia. Følelser som hjelpeløshet beskrives av sykepleierne i sammenhenger for pasientens religion stoppet sykepleieren fra å gi den pleien de så på som passende. En av konsekvensene for sykepleien som artikkelen gjør rede for er ansvarfordeling. At det er arbeidsgiver sitt ansvar at sykepleierne har den kunnskapen og ferdighetene som er nødvendig for å kunne gi pasientene god pleie.

DiCicco-Bloom og Cohen (2003) ønsker å se om sykepleierne i hjemmesykepleien klarer å gi tilstrekkelig kulturelt kompetent pleie. Undersøkelsen viser at det klarer de ikke. Funnene gir uttrykk for at hjemmesykepleierne og arbeidsgiverne har en jobb å gjøre. Sykepleierne trenger å lære hvordan å identifisere de kulturelle forskjellene og lære metoder for å integrere dette inn i pleien. Arbeidsgiveren må utvikle strategier for å hjelpe sykepleierne med denne oppgaven, for eksempel med å gi de videreutdanning på temaet og å utvikle retningslinjer sykepleierne kan jobbe etter. Fagutviklingssykepleiere kan en ofte finne på avdelinger. Denne sykepleieren skal jobbe for kvalitetsutvikling. Ny forskning kommer til hele tiden, at en i avdelingen har ansvar for å gjøre denne kunnskapen tilgjengelig er viktig. Det å tilrettelegge

for kunnskapsutvikling for sykepleierne og de andre i avdelingen vil føre til mer kunnskapsbasert praksis. Det at faglitteratur og forskningsartikler er tilgjengelig i avdelingen vil gjøre at det lettere kan leses. Fagdager og rom for etiske refleksjoner vil også kunne stimulere til ny kunnskap (Kristoffersen, 2011).

5.3 Hvordan påvirke sykepleierens holdninger til åndelige spørsmål?

Cortis (2004) beskriver i sin vitenskapelige artikkel at selv om deltagerne beskrev holisme som en essensiell del av sykepleien, så hadde de problemer med å beskrive det og se det sammenheng med sykepleie.

Holisme betyr helhetsforståelse. Det innebærer at alle deler av menneskets natur henger sammen og må forstås som en helhet. I følge denne tankegangen kan en ikke skille mellom en persons kropp og dens sinn. En må se pasienten som mer enn en fysiske kropp. Det betyr at pasientens ånd, dens kulturbakgrunn, dens engstelse og dens livssituasjon må være med i forståelsen av en pasients situasjon (Odland, 2008).

Målet med en holistisk tankegang er at mest mulig av mennesket skal være med, at en skal kunne se flere potensielle årsaker til sykdom. En skal kunne se mer enn det fysiske. Holistisk tankegang kan deles inne i fire deler. Den fysiske dimensjon hvor det kun er den fysiske kroppen med celler og organer. Får en et langvarige problemer her kan resten av livet påvirkes. Den psykiske dimensjonen har med sjelen vår å gjøre og hvordan egenskaper vi er innebygd med. Psykisk sykdom kan også påvirke livet videre. Den sosiale dimensjonen er knyttet opp til behovet mennesker har til stabil sosial kontakt. Hvordan dette kan virke positivt og negativt inn på kroppen og psyken. Den åndelige dimensjonen er knyttet til enkelt menneskers valg av livssyn, verdier og religion. En åndelig krise kan virke negativt inn på det fysiske. Det er nødvendig at en sykepleier kan identifisere åndelige behov og imøtekomme dem (ibid).

På tross av at deltagerne mente at holistisk tenkning var essensielt i sykepleien, så flertallet ikke noe sammenheng mellom kultur og sykepleie. Forfatteren av artikkelen knytter dette opp til et vestlig blikk på sykepleieverdier hvor det fysiske stiller høyere enn det psykiske (Cortis, 2004). Kunnskapsmangel om andre religioner enn kristendommen identifiserer som grunn til at sykepleierne synes det er utfordrende å møte pasientens åndelige behov (ibid).

Undersøkelsen gjort av DiCicco-Bloom og Cohen (2003) viser også mangler hos sykepleierne når det kommer til forståelse av kultur. Hele seks av fjorten sykepleiere klarte ikke å se at en pasients holdninger og handlinger kan knyttes opp til kultur. Dette førte til at sykepleieren ikke gjorde noe innsats for å tilrettelegge pleien til pasienten. Det viser også at de sykepleierne som identifiserte de kulturelle utfordringene ikke klarte å integrere dette inn i sykepleien. Undersøkelsene viser at lite kulturelt kompetent sykepleie ble utført og at sykepleierne prøvde å unngå situasjoner hvor dette ble et tema.

Individorientert sykepleie har stor verdi i sykepleiefaget. Sykepleien skal da tilrettelegges etter den enkeltes pasients behov og ønsker. Selv om dette er et ideal alle sykepleiere skal jobbe etter, er det ikke alltid at realiteten er slik. I undersøkelser på området har det vist seg at sykepleieren gjerne legger opp sykepleien etter sine egne verdier og erfaringer på hva pasienten trenger. Det finnes også andre hindringer for utøvelsen av individuelt tilrettelagt sykepleie. Dette er for eksempel kommunikasjonssvikt eller det økte kvalitetspresset sykepleiere arbeidet under. Sykepleien skal standardiseres og det utvikles stadig retningslinjer slik at alle skal få den best mulige hjelpen uansett hvem som er på vakt på avdelingen. Dette er jo i bunn og grunn en god tanke, men resultatet kan bli at sykepleien blir rutinepreget, hvis sykepleieren på vakt mangler kunnskap i det å tilrettelegge og individualisere pleien de utøver (Kirkevold, 2010). Cortis (2004) underbygger dette i sin studie hvor han fant at sykepleiernes manglende forståelse av kultur gjorde det vanskelig for de å gi individuelt tilrettelagt sykepleie. For å kunne gi en individuell sykepleie er det nødvendig at sykepleieren er bevisst på at pasienten har egne erfaringer, preferanser og ønsker enn det vi selv har. Det må skapes en gjensidig relasjon mellom sykepleier og pasient som baseres på likeverdighet og gjensidig avhengighet. Sykepleieren må også kunne erkjenne forskjeller og likheter mellom seg selv og pasienten, men sykepleieren må også kunne hjelpe pasienten med å se situasjonen tydelig, og hjelpe den med å fatte de avgjørelsene som er til det beste for pasienten (Kirkevold, 2010).

Patricia Benner (1995) skriver i sin bok: *Fra novise til ekspert* om betydningen av erfaring fra praksis. Mye informasjon er nedlagt i sykepleieteori, men det finnes fortsatt så mye klinisk erfaring som ikke er nedskrevet. En sykepleier som har pleiet mange ulike pasienter danner seg et basisgrunnlag hvorpå de ut ifra disse erfaringene kan tolke nye situasjoner. Disse erfaringene er vanskelige å dokumentere.

Hun beskriver at som nyutdannet sykepleier baserer man seg mye på regler, retningslinjer og erfaringen fra andre mer erfarne sykepleiere. Ved å lære av erfaringer og andres handlinger beveger man seg mot å bli en mer fullkommen sykepleier som evaluerer situasjoner ut ifra hva som er viktig å fokusere på i den aktuelle situasjonen. Videre i utviklingen som sykepleier får man en helhetstenkning hvor man utviser en større selvsikkerhet i sine handlinger og avgjørelser. I det siste nivået Benner nevner baserer ikke sykepleieren seg lenger på regler og retningslinjer men baserer seg på intuisjon uten å bruke tid på diagnoser og løsninger. Disse sykepleierne har evnen til å gjenkjenne mønstre på bakgrunn av deres lange erfaring, og legge opp sykepleien med bakgrunn i disse erfaringene (ibid).

Dette passer godt inn med et av funnene til van Leeuwen, Tiesinga, Jochemsen og Post (2006) hvor pasientene beskrev at de eldre sykepleierne viet større oppmerksomhet til spiritualitet enn de yngre sykepleierne. Sykepleierne forklarte også at når de fikk mer personlig og profesjonell erfaring, viet de mer oppmerksomhet på spiritualitet. Det kan med dette se ut til at evnen til å se pasientens spirituelle behov kan ha sammenheng med sykepleierens erfaring.

I artikkelen til van Leeuwen, Tiesinga, Jochemsen og Post (2006) kommer også pasienten med en bemerkning om at de kunne merke forskjell på sykepleiere som selv var religiøse og de som ikke var det, og at de lettere fikk kontakt med de religiøse. Det ble også lagt til at pasienten fikk et negativt inntrykk hvis sykepleieren påla pasienten for mye av dens egen tro.

Familie og familieliv er en viktig faktor i Islam. Halligan (2006) viser i sin undersøkelse til hvordan dette kan være utfordrende for sykepleierne. Besøktidene ble sett på som veldig sosiale, med at pasienten kunne ha så mange som 20 besøkende av gangen, uten at pasientens sykdomstilstand ble tatt hensyn til. Sykepleieren beskriver dette som et hinder i pasientens deltagelse i pleien. Det legges likevel vekt på at forståelse av dette er nødvendig for å gi kulturelt kompetent pleie.

Individualisme er et sterkt vestlig fenomen. Autonomi, uavhengighet og privatliv står sterkt. Norske sykepleiere er et produkt av akkurat dette (Hanssen, 2011). I ønske av å yte kulturelt kompetent sykepleie er dette viktig å ha med seg.

Motsetningen til individualisme er kollektivism. Denne retningen legger vekt på en mer tradisjonell samfunnsorden, der familien står sterkt og bygger på gjensidig avhengighet. Ønsker om å ha familien rundt seg og familiens ønske om å ta vare på pasienten i deres

familie er da større (ibid). Denne kulturen stemmer godt overens med det Halligan (2006) beskriver i sin artikkel.

Holdningene gjenspeiles i artikkelen av Cortis (2004) hvor det legges vekt på det vestlige og ikke vestlige verdenssyn. Han skriver at forskjellene i holdninger mellom det vestlige helsevesenet og pasienter fra ikke-vestlige tradisjoner kan skape konflikter.

Sykepleiere har, som alle andre i samfunnet ulike syn på tro og livssyn (Schmidt, 2009). Å kjenne sine egne grenser er noe sykepleiere og helsepersonell er godt tjent med, dette gir oss en trygghet i utøvelsen av sykepleie. Det er ingen som er tjent med at noen gjør noe som vi kjenner sterk motvilje mot å gjøre. Van Leeuwen, Tiesinga, Post og Jochemsen (2006) underbygger dette i sin forskningsartikkel, hvor det viste seg at valget med å delta i bønn var et personlig valg fra sykepleieren, og at det ofte var noe som skjedde spontant. De skriver også at pasienten satte stor pris på at sykepleieren deltok i bønningen, fordi det var deres valg. Om det føles rett for oss, kan det å be sammen med pasienten hvis den ønsker det, være en fin ting å gjøre. Schmidt (2009) skriver i sin bok om en hendelse hvor hun ba Fadervår sammen med en pasient hver kveld etter kveldsstellet, og hvordan dette gjorde at pasienten åpnet seg for henne. Hun fortalte om hvordan pasienten fortalte om tro og tvil, og at samspillet de imellom endret seg etter dette. Hun følte at hun så pasienten på flere plan og at hun følte at hun ytet pasienten en mer helhetlig omsorg.

Religiøse ritualer ligger utenfor helseprofesjonenes fagfelt. I et sykehjem med eldre og syke pasienter kan det likevel være ønskelig og nødvendig at helsepersonell deltar eller er til stede. Personlige ritualer gjennomføres i de fleste tilfeller av pasienten selv, men det kan være nødvendig at sykepleien hjelper til i tilretteleggingsfasen (Torbjørnsen, 2010).

Som sykepleiere kan vi kjenne på usikkerhet, både pasientens usikkerhet og vår egen. Det å skulle kommunisere om det åndelige, kan gjøre oss usikre. Er det greit for oss å ta opp et så personlig tema, og har vi selv nok kunnskap til å kommunisere om det? Vi kan ha egne følelser omkring temaet, og det kan gi oss uro og usikkerhet i møte med åndelige spørsmål. Pasientene kan også være usikre på om de kan dele slike spørsmål og tanker med personalet (Schmidt, 2009). I Van Leeuwen, Tiesinga, Post og Jochemsen (2006) forskningsartikkel nevner pasientene at det i åndelig omsorg er viktig at sykepleierne viser hvem de er, og at de evner å bruke sin personlighet i møte med pasienter. De var også usikre på om dette var noe

de kunne forvente av alle sykepleiere. Her legger sykehusprestene til at de mener det er flott når sykepleierne tar disse samtalen med pasientene, men at dette ikke er noe en de forventer. De legger til at det er et ”lykketreff” hvis en pasient med slike spørsmål møter en sykepleier som kan hjelpe dem (ibid).

Det finnes også andre hindringer for å utøve åndelig omsorg. Plassmangel kan gjøre at det blir manglende rom for samtale og økonomiske forhold kan føre til at kun de mest akutte oppgavene blir utført på grunn av personellmangel og tidspress (Schmidt. 2009).

Pasientene i artikkelen til van Leeuwen, Tiesinga, Post og Jochemsen (2006) viser forståelse til mengden arbeid sykepleierne har og forsvarer sykepleierne på dette. De føler likevel at sykepleierne i enkelte tilfeller må kunne lage tid også til dette.

Sykepleierne identifiserer også tid som en stor utfordring. De beskriver at noen dager finnes det ikke tid til overs for pasienten og da heller ikke åndelige behov, mens noen dager går det på hva de prioriterer. Det kommer også innrømmelser om at enkelte ganger er det ikke tiden som ikke strekker til, men at sykepleieren ikke ønsker å gå inn i tematikken.

I møte med fremmede mennesker, har vi gjerne på forhånd allerede gjort oss opp en formening om dem. Å møte nye mennesker er en del av det å være sykepleier. Vi møter mennesker fra ulike samfunnslag og med forskjellig etnisk bakgrunn. Thomas Hylland Eriksen (2001) skriver i sin bok om at undersøkelser viser at over 70% av Norges befolkning ikke har noen kontakt med innvandrere, men at de fleste har meninger om de. Derfor er det ikke til å unngå at også sykepleiere innehar forutante meninger til mennesker med etnisk minoritetsbakgrunn. Er ikke disse meningene basert på faktakunnskap, kan det kalles fordommer. Ofte kan disse være usanne og de brukes gjerne for å styrke ens egen gruppeidentitet. Hvis sykepleieren innehar fordommer, er det viktig at de legges til side, da disse fordommene kan gjøre det vanskelig for etniske minoriteter å bli likeverdig behandlet. Et av de mest effektive midlene for å bekjempe fordommer er kunnskap.

Cortis (2004) kommer i sin vitenskapelige artikkel med mulige grunner til at holistisk pleie ikke blir gjennomført hos alle pasienter. Deltagerne kommer med flere grunner, en av disse var rasisme. Deltagernes meninger om rasisme i helsevesenet hadde stor variasjon da noen mente at det ikke fantes, mens andre mente det fantes i alle nivåer. Noen av deltagerne ønsket ikke å bruke rasisme men brukte ord som diskriminering og negative fordommer. Sykepleiere beskriver situasjoner hvor mengden på sympati ovenfor pasienten gjorde at pleien ikke var så

god som den burde. Artikkelen viser også til en beskrivelse fra en mørkhudet sykepleiers eget sykehusopphold, hvor den følte seg ignorert av sykepleierne.

5.4 Metodediskusjon

Metoden for oppgaven er en litteraturstudie. Denne metoden krever store søk i databaser for å finne vitenskapelige artikler som passer inn i problemstillingen. Søkene ble utført i flere databaser for å få flere treff. En litteraturstudie har sine begrensninger ved at det ikke produseres ny forskning, men det er mulig at nye konklusjoner kan trekkes. Få relevante artikler ved søk gjorde det vanskelig å ha for mange inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det var også nødvendig å ikke kombinere mange søkeord, da dette kunne føre til at de rette artiklene ikke ble funnet. Det var ønskelig med artikler fra Norden, derfor ble det gjort søk i SweMed+, som er en database som inneholder artikler fra skandinaviske tidsskrifter. Ingen artikler ble derimot funnet via denne databasen.

Både kvalitative og kvantitative undersøkelser ble brukt for å gi en best mulig presentasjon på tidligere forskning og for å gi et bredere resultat. Hovedvekten i undersøkelsen er likevel kvalitative undersøkelser, da det fantes mest av denne type artikler og fordi kvalitative studier besvarer problemstillingens tema best. Hvor mange deltagere som deltok i de forskjellige studiene varierte fra 6 stykker og oppover. De undersøkelsene som intervjuet mange deltagere kan ha større validitet enn de med færre deltagere, men de kan gi en mindre detaljert forståelse av temaet. Den kvalitative undersøkelsen som er presentert i oppgaven gir et bredt bilde på temaet, men det mangler videre forskning av samme slag for å underbygge resultatene undersøkelsen kommer med. Resultatet i oppgaven gir et godt bilde av den forskningen som er gjort på temaet.

Ingen av artiklene i oppgaven er av norske forfattere eller bygger seg opp til norsk helsevesen. Dette kan fremstå som en svakhet når oppgaven bygger på dette. Forskningen som de vitenskapelige artiklene omhandler er gjort i helsevesen og i utdanningsinstitusjoner i land som Sverige, Saudi Arabia og Nederland. Det kan trekkes paralleller mellom helsevesener i Europa og i Norge. Det samme kan gjøres mellom utdanningsinstitusjoner i Norge og i Sverige. Artiklene er derfor relevante for denne oppgaven.

Samtlige av undersøkelsene som er brukt i oppgaven var publisert på engelsk. Dette kan være en mulig feilkilde da oversetninger kan lage rom for feiltolkninger. Dette gjelder også i annen

faglitteratur brukt i oppgaven da spesielt bøkene rettet mot teori om Islam var på dansk og bøker rettet mot sykepleieteoretikere var skrevet på engelsk.

Valg av bakgrunn til oppgaven ble valgt ut både tidlig og sent i forløpet. Noe ble forhåndsbestemt da temaet ble valgt, men det meste ble funnet ettersom artiklene kom på plass. Temaet har lite plass i undervisningsplanen og faglitteratur anbefalt av skolen. Det var derfor nødvendig å finne annen faglitteratur som omhandlet temaene i oppgaven.

6.0 KONKLUSJON

Kartlegging, utdanning og sykepleierens erfaringer og holdninger er store aspekter i dette litteraturstudiet. Viktigheten av god kartlegging kommer frem i både forskningsartikler og faglitteratur. Dette er nødvendig for å kunne tilrettelegge for god helhetlig behandling til alle pasienter. I forskningsartiklene kommer det videre frem at standardiserte kartleggingsverktøyer et godt hjelpemiddel for sykepleiere, men at disse ikke dekker kartlegging av de religiøse og åndelige behovene godt nok. At fokuset ofte ligger på det fysiske over det psykiske kommer også frem som noe sykepleiere må ta til etterretning. Her kommer kulturforskjellene og forståelse av dette inn, de psykiske behovene bør få et større fokus på et sykehjem hvor pasientene skal leve ut sine siste dager.

I litteraturstudiet kommer utdanning og kompetanse av sykepleiere inn. Det er nødvendig at undervisningen knyttet opp til interkulturell sykepleie heves slik at sykepleiere har kunnskapen og ferdighetene til å takle disse utfordringene når de kommer ut i jobb. Det er arbeidsgivers ansvar at sykepleierne i avdelingen har den kompetansen som er nødvendig for å utøve sykepleie til denne pasientgruppen.

Et mål for litteraturstudiet var å se på hvor mye personligheten og sykepleiernes egne erfaringer spilte inn i sykepleien som ble utført. Forskningsstudiene som er brukt i oppgaven viser at dette er en høyst aktuell problemstilling. Om sykepleieren selv var religiøs, samt om den identifiserte kultur som viktig for pasienten kunne ha innvirkning på pleien pasienten mottok. Resultatene i oppgaven hører tett sammen. Det er nødvendig at sykepleierne er bedre utdannet for at kartleggingen skal bli bedre og at en skal ha motet til å stå i vanskelige situasjoner med pasientene.

Religiositet og åndelige behov må få større vekt i sykepleien, det er nødvendig for å kunne gi kultursensitiv og individbasert sykepleie til alle pasienter.

6.1 Oppgavens nytteverdi og forslag til videre forskning

Fordi alle sykepleiere kan møte pasienter med religiøse behov kan denne oppgaven være til hjelp i disse situasjonene. Selv om denne oppgaven i all hovedsak dreier seg om muslimske pasienter, kan en del av temaene som er blitt belyst i oppgaven overføres til pasienter med

andre religiøse tilhørigheter og livsretninger. Oppgaven viser til temaer og arenaer hvor sykepleiere bør være ekstra oppmerksomme på i møte med troende pasienter.

Det er mangelfull forskning på området, spesielt i Norge, noe som gjør denne oppgaven tidsaktuell, men også høyst nødvendig.

Det bør legges mer vekt på å utforme standardiserte prosedyrer og kartleggingsverktøy for sykepleiere, slik at de åndelige og religiøse behovene kartlegges og følges opp på en tilfredsstillende måte.

Pasienters behov for tilrettelegging av religiøse og åndelige behov bør bli en større del av grunnutdanningen til sykepleiere. Det bør også tilrettelegges for at sykepleierne får den nødvendige kunnskapen ved hjelp av kurs og videreutdanning i åndelige og religiøse behov slik at de kan yte en helhetlig og individuelt tilrettelagt sykepleie til de etniske minoritetspasientene.

Artiklene i oppgaven kommer fra flere deler av helsevesenet, men spesialhelsetjenesten er majoriteten. Forskning på temaet innenfor sykehjem var vanskelig å finne, noe som tyder på at det er lite forskning på dette området.

LITTERATURLISTE

Bjørk. Ida Torunn og Marit Solhaug (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS

Brykczynski. Karen A. (2010) Caring, clinical wisdom, and Ethics in nursing practice. I: Alligood. Martha Raile og Tomey. Ann Marriner. *Nursing Theoriest and their work*. Missouri: Mosby Elsevier. S. 137-164.

Busck, C J., T. Jensen og M. Oved. (2002) *Religion, eksistens og sygepleje*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busch.

Bøckmann. Kari og Alice Kjellevold (2010) *Pårørende i helsetjenesten*. Bergen: Fagbokforlaget

Cortis. Joseph. D. (2000) Caring as experienced by minority ethnic patients. I: *International nursing review*. [online] 47 (1) 53-62. URL:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fe2e1999-76f4-4e4a-a8a8-ac0e9411d630%40sessionmgr4002&vid=5&hid=4204> (27.03.2014)

Cortis. Joseph. D. (2004) Meeting the needs of minority ethnic patients. I: *Journal of Advanced Nursing*. [online] 48 (1) 51-58. URL:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9e827b1c-30b1-48ff-98d8-5b01c4d1f023%40sessionmgr111&vid=4&hid=108> (04.03.2014)

Dalland, Olav. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norske forlag.

Dalland, Olav og Hilde Trygstad (2012) Kilder og kildekritikk. I: Olav Dalland. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norske forlag. S. 62-81.

DiCicco, Barbara og Deborah Cohen (2003) Home care Nurses: A study of the Occurrence of Culturally Competent Care. I: *Journal of Transcultural Nursing*. [online] 14 (1) 25-31. URL: <http://tcn.sagepub.com/content/14/1/25.full.pdf+html> (31.03.2014)

Ehlers, Anne og Grethe Hjulp Mandrup. (2009) *Krop og religion*. København: Books on Demand GmbH

Eriksen, Thomas Hylland (2001) *Flerkulturell forståelse*. Oslo: Universitetsforlaget

Forskrift for sykehjem m.v. (2013) *Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. Fastsatt av Sosialdepartementet 14. november 1988 med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3 femte ledd jfr. § 6-9 [online]. URL: http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932?q=kommunehelsetjenesteloven* (02.04.2014)

Gebru, K, A. Khalaf og A. Willman (2008) Outcome analysis of a research-based didactic model for education to promote culturally competent nursing care in Sweden – a questionnaire study. I: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. [online] 22 (3) 348-356. URL: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a1867f91-cb9b-4573-8b0a-64f9bc29cc11%40sessionmgr4003&vid=4&hid=4204> (27.03.2014)

Halligan, Phil (2006) Caring for patients of Islamic denomination: critical care nurses experiences in Saudi Arabia. I: *Journal of Clinical Nursing* [online]. 15 (12), 1565-1573. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2005.01525.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false> (25.03.2014)

Hanssen, Ingrid (2011) Interkulturell sykepleie. I: Kristoffersen. N.J., F. Nortvedt og E-A. Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie, b.1.* Oslo: Gyldendal. S. 135- 160.

Hanssen, Ingrid (2010) Etniske minoriteter. I: Kirkevold. M, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten.* Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS. S.38-50.

Hanssen, Ingrid (2005) *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn.* Oslo: Gyldendal Akademiske

Hauge, Solveig (2010). Sykepleie i sykehjem. I: Kirkevold. M, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten.* Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS. S. 219-236.

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Likeverdig helse- og omsorgstjenester – god helse til alle.* Nasjonal strategi om innvandrers helse. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Hjärpe. Jan. red. (2005) *99 spørsmål om Islam.* Oslo: Humanistisk forlag.

Høgskolen i Gjøvik (2012) *Kvalitet i sykepleie.* [Online] URL:
<http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet> (01.05.2014)

Høgskolen i Gjøvik (2013) *Forskningsområdet kliniske sykepleie.* [Online] URL:
<http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (01.05.2014)

Ingebretsen, Reidun (2011) *Omsorgstjenester til personer med etnisk minoritetsbakgrunn.* [online] Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. URL:
file:///Users/linemarieiversen/Downloads/NOVA_omsorgstjenester_minoriteter.pdf
(28.04.2014)

Kirkevold, Marit (2010) Individuell sykepleie. I: Kirkevold, M, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS. S. 100-112.

Kirkevold, Marit og Kari Brodtkorb. (2010) Kartlegging. I: Kirkevold, M, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS. S. 113-122.

Koranen (1989) Oslo: Universitetsforlaget.

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*. [online] URL: http://www.regjeringen.no/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf Oslo: Kunnskapsdepartementet.

Kristoffersen, Nina Jahren (2011) Sykepleie – Kunnskap og kompetanse. I: Kristoffersen, N.J., F. Nortvedt og E-A. Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal. S. 161- 206.

Kristoffersen, Nina Jahren (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., F. Nortvedt og E-A. Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal. S. 205-280

Kristoffersen, N.J., F. Nortvedt og E-A. Skaug (2011) Om sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., F. Nortvedt og E-A. Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal. S. 15-29.

Leininger, Madeleine (1995) *Transcultural Nursing: Concept, Theories, Research and Practices*. USA: McGraw-Hill

Magelssen, Ragnhild (2012) *Hva lærer framtidige sykepleiere om migrasjon og helse? En kartlegging av sykepleiestudiet i Helse Sørøst*. [online] Oslo: NAKMI. URL: [file:///Users/linemarieiversen/Downloads/472131057_Rapport%20sykepleierutdanningen_ide ntisk%20med%20trykket%20versjon%20\(3\).pdf](file:///Users/linemarieiversen/Downloads/472131057_Rapport%20sykepleierutdanningen_ide ntisk%20med%20trykket%20versjon%20(3).pdf) (28.04.2014)

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

Neegaard, Gunnar (2004) *Når gud bestemmer menyen*. Oslo: Yrkeslitteratur AS.

Norges sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. [online] Oslo: Norges sykepleierforbund. (10.04.2014)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (2014) *Publiseringskanaler* [Online]. URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalSokDokumentasjon> (14.04.2014).

Odland, Liv-Helen (2008) *Menneskesyn. I: Brinchmann, Berit Støre. Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademiske. S. 23-41.

Polit, Denise F. og Cheryl Tatano Beck (2014) *Essentials of nursing research – Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Schmidt, Heidi (2009) *Har du tid til det, da?* Nesttun: Folio forlag

Statistisk sentralbyrå. (2013) *Trus- og livssynssamfunn utanfor Den norske kyrkja, 1. januar 2013*. [online] URL: <http://ssb.no/kultur-og-fritid/statistikker/trosamf/aar/2013-12-04?fane=tabell&sort=nummer&tabell=149602> (07.03.2014)

Torbjørnsen. Tor. (2010). *Åndelig omsorg*. s. 456-464.

Tuohy. D, J. McCarthy, I. Cassidy og M. M. Graham (2008) Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. I: *International nursing review*. [online] 55 (2) 164-170. URL: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=68c28538-6c81-4201-861a-c6510f5702b6%40sessionmgr114&vid=4&hid=108> (27.03.2014)

Van Laauwen. R, L. J. Tiesinga, H. Jochemsen og D. Post (2006) Spiritual care: implications for nurses professional responsibility. I: *Journal of Clinical Nursing*. [online] 15 (7) 875-884. URL: http://share.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root2/2006/Spircaimf/van_Leeuwen_2006_J_Clin_Nurs.pdf?origin=publication_detail (31.03.2014)

Van Laauwen. R, L. J. Tiesinga, H. Jochemsen og D. Post (2007) Aspects of spirituality concerning illness. I: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. [online] 21 (4) 482-489. URL: http://share.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root2/2007/Aspeofspc/van_Leeuwen_2007_Scand_J_Caring_Sci.pdf?origin=publication_detail (27.03.2014)

Søking og resultater

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
<ul style="list-style-type: none"> 1. immigrants 2. nurse 3. nursing 4. minority ethnic groups 5. islam 6. nurses 7. culturally competent care 8. home care 9. minority ethnic patients 10. caring 11. spiritual needs 	Cinahl	<ul style="list-style-type: none"> 1 + 2 4 + 5 6 + 7 2+8+9 10 + 11 4 + 11+ 12 	<ul style="list-style-type: none"> 280 132 126 4 74 67
<ul style="list-style-type: none"> 1. Segregation 2. Transcultural nursing 3. Migration 	Ovid Nursing	2+3	27

Vedlegg 2 Oversikt over utvalgte artikler

Referanse	Hensikt	Metode	Deltakere	Resultat
<p>Gebru. K, A. Khalaf og A. Willman (2008) Outcome analysis of a research-based didactic model for education to promote culturally competent nursing care in Sweden – a questionnaire study. I: <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>. [online] 22 (3) 348-356. URL: http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a1867f91-cb9b-4573-8b0a-64f9bc29cc11%40sessionmgr4003&vid=4&hid=4204 (27.03.2014)</p>	<p>Er målene satt i sykepleierutdanningen gode nok til at det utdannes kulturelt kompetente sykepleiere? Sett fra studentens synspunkt.</p>	<p>Undersøkelsen ble gjort ved spørreundersøkelser. Spørreskjemaene var helt like og viser med dette hvordan studentene forandre mening etter undervisning som temaet ble gitt eller om de beholdt meningen fra starten. Det første spørreskjemaet ble gitt før studentene hadde hatt undervisning eller praksis.</p>	<p>Fire stykker jevnt over utdanningsløpet til et kull sykepleierstudenter. Antall studenter som svarte på undersøkelse nr 1 og minst en annen var 157. 88 av disse svarte på alle, 45 svarte på tre av fire og 24 svarte på to av fire.</p>	<p>Tallene fra spørreundersøkelsene viser at studentene allerede etter et år har mer innsikt i temaet. Dette etter et år med lite praksis. Dette gjentar seg etter andre året hvor studentene har gjennomgått lengre praksis perioder. Den fjerde og siste undersøkelsen viser en lavere forandring enn de tidligere årene. Forfatteren spekulerer om dette kan forekomme siden utdanningen går mot slutten og studentene har en mer ydmyk innstilling til yrket etter å ha sett kompleksiteten.</p>
<p>Tuohy. D, J. McCarthy, I. Cassidy og M. M. Graham (2008) Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. I: <i>International nursing review</i>. [online] 55 (2) 164-170. URL: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=68c28538-6c81-4201-861a-c6510f5702b6%40sessionmgr114&vid=4&hid=108 (27.03.2014)</p>	<p>Hvordan opplevelser har sykepleiere som behandler pasienter fra andre kulturer?</p>	<p>Undersøkelsen va kvalitativ og utført med individuelle- og gruppe intervjuer.. Resultatene fra intervjuene, inkludert lyd opptak og intervjuers egne notater blir gått gjennom av alle de fire forfatterne. Det ble sett etter likheter i situasjonene sykepleierne hadde opplevd.</p>	<p>Sykepleierne som ble etterspurt var autoriserte sykepleiere innenfor flere avdelinger. Disse måte ha hatt en pasient fra en annen kultur enn sin egen innenfor 6 måneder</p>	<p>Tre hovedtemaer ble identifisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Håndtering av kulturelle utfordringer i praksis. - Bruk av tolk og utfordringer som oppstår når tolk ikke er til stede. - Planlegging og løsninger. <p>Sykepleierne viser til at det er viktig for dem å få den kompetansen som trengs for å bedre kunne håndtere situasjoner rundt pasienter med andre kulturer. Spesielt det med kulturelle forskjeller, men tanke på mat, klær og hygiene.</p>
<p>Van Laauwen. R, L. J. Tiesinga, H. Jochemasen og D. Post (2007) Aspects of spirituality concerning illness. I: <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>. [online] 21 (4) 482-489. URL:</p>	<p>Opplevelser av det åndelige aspektet med å være syk. Sett fra pasienters, sykepleieres og sykehusprestens side.</p>	<p>Denne undersøkelsen er en del av en større studie som tar for seg åndelige aspekter rundt sykdom og åndelig omsorg. En kvalitativ metode ble brukt med gruppeintervjuer. På forhånd hadde de fått utdelt en</p>	<p>67 deltagere.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 25 pasienter. - 30 sykepleiere. - 10 sykehusprester - 1 Imam - 1 humanist. 	<p>Studien viser at åndelighet har en effekt på opplevelsen av sykdom. Undersøkelsen viser at både sykepleierne og pasientene har som vane å tenke på åndelighet som en religiøs betegnelse. Forfatterne viser til at grunne for dette er at nederlenderne kjenner mer til begrepet religion enn åndelighet. Pasienter og sykepleiere ser ikke på åndelighet likt.</p>

http://share.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root2/2007/Aspeofspc/van_Leeuwen_2007_Scand_J_Caring_Sci.pdf?origin=publication_detail (27.03.2014)		definisjon på åndelighet slik av de kunne forbedre seg. Intervjuene ble tatt opp på lyd og forskerne hadde debrifinger etter hver gruppe for å diskutere verbale og nonverbale uttalelser.	Sykepleierne og pasientene hørte til avdelingene kardiologi, onkologi og nevrologi.	Sykepleieren ser på bredere på begrepet enn pasienten gjør, som mest ser på det i sammenheng med religion.
Van Laauwen. R, L. J. Tiesinga, H. Jochemasen og D. Post (2006) Spiritual care: implications for nurses professional responsibility. I: Journal of Clinical Nursing. [online] 15 (7) 875-884. URL: http://share.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root2/2006/Spircaimf/van_Leeuwen_2006_J_Clin_Nurs.pdf?origin=publication_detail (31.03.2014)	Artikkelen ønsker å skape innsikt i åndelige aspekter av sykepleie i Nederland og komme med anbefalinger for videre utvikling på dette området.	Denne kvalitative studien ble utført med gruppeintervjuer. Pasienter, sykepleiere og sykehusprester ble delt inn i grupper hver for seg. Gruppedynamikken hjalp ved at gruppemedlemmene fikk høre hverandres tanker om åndelighet og kunne finne likheter og ulikheter. En gruppeleder passet på at alle fikk komme med sine mening gjennom intervjuet. Temaene som kommer frem i intervjuene blir videre analysert.	67 deltagere. - 25 pasienter. - 30 sykepleiere. - 10 sykehusprester - 1 Imam - 1 humanist. Sykepleierne og pasientene hørte til avdelingene kardiologi, onkologi og nevrologi.	Et av temaene som kommer opp er forventningene til hvor mye åndelig omsorg sykepleierne skal gi. Pasientgruppene kommer med bemerkninger om at eldre sykepleiere er mer opptatt av temaet enn yngre, samt at de kunne merke forskjell om sykepleieren selv var troende eller ei. Dette bemerket også sykehuspresten også, med at troende sykepleiere oftere kontakter dem på vegne av pasienten. Tidsperspektivet ble også tatt opp. Pasientene identifiserer dette som en grunn, men at de har forståelse for at sykepleierne har mye å gjøre. Sykepleier gruppen tar også opp temaet om at åndelighet har lite plass i grunnutdanningen deres.
Cortis. Joseph. D. (2004) Meeting the needs of minority ethnic patients. I: Journal of Advanced Nursing. [online] 48 (1) 51-58. URL: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9e827b1c-30b1-48ff-98d8-5b01c4d1f023%40sessionmgr111&vid=4&hid=108 (04.03.2014)	Å undersøke erfaringen til sykepleiere som har gitt sykepleie til pakistanske pasienter innlagt på sykehus i West Yorkshire (UK).	Kvalitativ studie med intervju av 30 sykepleiere. Hvert intervju varte i om lag en time. Deltagerne i studien ble spurt om kultur og spiritualitet som dimensjoner i sykepleien, deres kunnskap om det pakistanske samfunnet, erfaring med å gi sykepleie til disse pasientene samt si noe om utfordringene de etniske minoritetene ga dem.	30 sykepleiere. De kom fra ulike spesialfelt slik som akutt, intensiv og rehabilitering. Alle sykepleierne måtte være autoriserte, ha pleiet en pakistansk pasient innen de tre siste måneder og ha minimum ett års klinisk erfaring.	Sykepleierne hadde problemer med å koble kultur og spiritualitet opp til sykepleie, og de mente at kultur ikke påvirket sykepleien. Grunnen til dette kan være det vestlige synet på sykepleie, hvor fokuset ligger mer på det fysiske enn det psykiske. Det må legges mer vekt på helhetstenkningen i sykepleie, når pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn skal pleies. Sykepleierne er selektive i hva de velger å legge vekt på, og til hvilke pasientgrupper. Studien viser at kultur er en av nøkkelkomponentene i en holistisk og helhetlig sykepleie, og at sykepleierne har lite kunnskap og legger lite vekt på dette. Dette er en utfordring for sykepleieutdanning, administrasjoner, forskning og praksis.
Cortis. J. G. (2000) Caring as experienced by minority ethnic patients. I: <i>International nursing review</i> .	Målet med studien er å se på forskjellene mellom omsorg slik den er beskrevet i	Kvalitativ studie. Det ble gjennomført ansikt til ansikt intervjuer i samfunnssentre, hvor deltagerne fikk	20 mannlige og 18 kvinnelige medlemmer i et pakistansk samfunn i Bradford, West Yorkshire, UK.	Studien antyder at pasientenes inntrykk var at sykepleierne hadde begrensede ferdigheter i observasjon, empati, støtte, lytte og kommunikasjon. Studien viser et behov for å øke sykepleiernes bevissthet rundt kultur og å

<p>[online] 47 (1) 53-62. URL: http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?d=fe2e1999-76f4-4e4a-a8a8-ac0e9411d630%40sessionmgr4002&vid=5&hid=4204 (27.03.2014)</p>	<p>sykeleielitteratur og forventninger og erfaringer med sykepleie hos en gruppe med 20 mannlige og 18 kvinnelige medlemmer i et Pakistansk samfunn i Bradford, West Yorkshire, UK.</p>	<p>muligheten til å fortelle sine historier. Hvert intervju varte en time. Tolk ble brukt hvis det var nødvendig.</p>		<p>ta det med når behovet for sykepleie vurderes, slik at det jobbes mot et terapeutisk samarbeid mellom pleier og pasient. Ulike kulturguidere er til god hjelp hvis de brukes effektivt, slik at pleieren kan forstå pasienten, og gi de en individuelt tilrettelagt og kultursensitiv sykepleie.</p>
<p>Halligan. Phil (2006) Caring for patients of Islamic denomination: critical care nurses experiences in Saudi Arabia. I: <i>Journal of Clinical Nursing</i> [online]. 15 (12), 1565-1573. URL: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2005.01525.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false (25.03.2014)</p>	<p>Å beskrive akuttsykepleierens erfaringer ved å gi sykepleie til pasienter som tilhører det muslimske trossamfunnet i Saudi Arabia.</p>	<p>Kvalitativ studie med personlig intervju. Notater i tillegg til intervjuet ble skrevet ned, slik som for eksempel hva intervjueren selv trodde skjedde og tolkninger av kroppsspråk.</p>	<p>Seks intensivsykepleiere ble intervjuet ved et sykehus i Saudi Arabia. Fire deltagere kom fra kirurgisk intensiv, mens to kom fra medisinsk intensiv. To var fra Australia, mens resten var fra Canada, Irland, Storbritannia og India. Alle hadde jobbet som sykepleier i over 10 år og de var fra mellom 30 til 52 år.</p>	<p>Alt i alt følte sykepleierne at pasienter med islamsk bakgrunn ga dem utfordringer både med stress og frustrasjon, samt spenningen med det å jobbe med noen med en annen kultur enn de selv. Involvering av familien var et tema som ofte dukket opp, og det viste seg at involvering av familien er svært viktig for å kunne gi en god kulturelt kompetent sykepleie. Å snakke forskjellige språk ga de også utfordringer, da sykepleierne hele tiden måtte kjempe for å bli forstått. Studien viste at islam spiller en rolle i alle deler av livet til pasienten, noe som ble sett på som slitsomt for sykepleierne, og gjorde at de følte seg maktesløse. Beskjedenhet er viktig for den arabiske kulturen, og menn og kvinner skal ikke ta på hverandre i offentligheten. Administrasjonen bør hele tiden se til at sykepleierne har nok kunnskap til å takle de etiske situasjonene som oppstår ved sykepleie til pasienter og familier med islamsk tro. Det viste seg at sykepleierne legger vekt på de fysiske aspektene ved sykepleie, mens familien spilte en stor rolle i det å møte pasientens behov for følelsesmessig og psykisk støtte.</p>
<p>DiCicco-Bloom. Barbara og Deborah Cohen (2003) Home care Nurses: A study of the Occurrence of Culturally Competent Care. I: <i>Journal of Transcultural Nursing</i>. [online] 14 (1) 25-31. URL: http://tcn.sagepub.com/content/14/1/25.full.pdf+html (31.03.2014)</p>	<p>Studien beskriver sykepleie/omsorg i situasjoner hvor kulturene går på tvers av hverandre, med fokus på ulik tro og praksis mellom sykepleier og pasient, samt pasientbehandling.</p>	<p>En dyptgående undersøkelse av sykepleierens kunnskap og tilnærming til pleie ble gjort ved observasjon og intervjuer. Det ene byrået jobbet i et middels til øvre middelklasse område, mens det andre byrået jobber i et område med en befolkning fra arbeiderklassen øst i USA.</p>	<p>14 sykepleiere i to forskjellige byråer som tilbyr hjemmetjenester.</p>	<p>Funnene viser at til og med de sykepleierne som var oppmerksomme på pasientens kultur og handlinger ikke klarte å integrere pasientens liv og handlinger inn i pleien. Seks av de fjorten sykepleierne klarte ikke å erkjenne at pasientens holdninger og handlinger kunne være kulturelt betinget. For å maksimere pasientenes tilgang til helsehjelp er det viktig at helsepersonell forstår og tilrettelegger pleien slik at den passer sammen med pasientenes verdier, tro og skikker. Studien viser at det var lite kulturelt kompetent pleie hos hjemmesykepleien. Studien viser at sykepleierne og deres sjefer bør utvikle ferdighetene slik at de kan utføre en kulturelt kompetent sykepleie til pasientene sine.</p>