



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## **Bacheloroppgave**

**Kull 2015**

### **Verdighet i et flerkulturelt samfunn**

Dignity in a multicultural society

Innleveringsdato: 22. mai 2018

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10165

Antall ord: 8678

## **SAMMENDRAG**

**Tittel:** Verdighet i et flerkulturelt samfunn

**Hensikt:** Å få forståelse for hva mennesker med en annen etnisk bakgrunn legger i begrepet verdighet, og å undersøke hvordan sykepleier kan opparbeide seg tilstrekkelig kulturkompetanse som kan bidra til ivaretagelse av verdighet hos alle pasienter.

**Problemstilling:** *Hvordan kan sykepleierens kulturkompetanse bidra til ivaretagelse av verdighet hos kvinnelige muslimske innvandrerpasienter i somatisk sykehus?*

**Metode:** Litteraturstudie med hermeneutisk tilnærming.

**Hovedkonklusjoner:** Kulturkompetanse er viktig for at sykepleier skal imøtekomme alle pasienters behov i en stadig mer globalisert verden. For at sykepleieren skal ivareta verdigheten til den kvinnelige muslimske innvandrerpasienten er det viktig å møte henne som det unike individet hun er. Noen faktorer som blir trukket frem i forbindelse med opplevelse av verdighet er: Religion og verdier, familiens betydning, kommunikasjon og menneske-til-menneske-forholdet.

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INNLEDNING</b>	<b>1</b>
1.1 Innledning til tema	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema	2
1.3 Definisjon av sentrale begrep i problemstillingen	3
1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen	3
1.5 Oppgavens oppbygning	4
<b>2.0 METODE</b>	<b>5</b>
2.1 Beskrivelse av metoden	5
2.2 Vitenskapelig tilnærming	5
2.3 Valg av litteratur	5
2.3.1 Søketabell	7
2.4 Kildekritikk	8
<b>3.0 EMPIRI</b>	<b>9</b>
3.1 Litteratormatrise	9
3.1.1 Tabell 2	9
3.1.2 Tabell 3	12
3.2 Sammenfattet empiri	12
3.2.1 Verdighet knyttet til kultur og religion	12
3.2.2 Holdninger og kommunikasjon	13
3.2.3 Kulturkompetanse	13
<b>4.0 TEORETISK REFERANSERAMME</b>	<b>14</b>
4.1 Verdi og verdighet	14
4.2 Verdighet, ære og skam i islam	14
4.3 Møter med en annen kultur	15
4.4 Islam	15
4.5 Kollektivism og individualisme	16
4.6 Kulturkompetanse	16
4.7 Kommunikasjon i møte med andre kulturer og bruk av tolk	17
4.8 Joyce Travelbee og teorien om mellommenneskelige forhold i sykepleie	17
<b>5.0 DRØFTING AV PROBLEMSTILLINGEN</b>	<b>19</b>
5.1 Sykepleierens kulturkompetanse	19
5.1.1 Trinn én: Kulturell bevissthet	19
5.1.2 Trinn to: Kulturell kunnskap	20
5.1.3 Trinn tre: Kultursensitivitet	21
5.1.4 Trinn fire: Kulturkompetanse	22
5.2 Ivaretagelse av verdighet hos den kvinnelige muslimske innvandrerpatienten	23
5.2.1 Religion og verdier	23
5.2.2 Familiens betydning	25
5.2.3 Kommunikasjon	26
5.2.4 Menneske-til-menneske-forholdet	27
<b>6.0 KONKLUSJON</b>	<b>29</b>
<b>LITTERATURLISTE</b>	<b>30</b>

# 1.0 INNLEDNING

## 1.1 Innledning til tema

Ved inngangen til 2017 hadde Norge 725 000 innvandrere og 159 000 norskfødte med innvandrerforeldre. Dette tilsvarer 16,8% av den samlede befolkningen i Norge, til forskjell fra 8,9% ti år tidligere (SSB, 2017). Den økte tilstrømmingen vil påfølgende gi et høyere antall innlagte pasienter med innvandrerbakgrunn på norske sykehus. Dette betyr at utfordringer knyttet til innvandrere er noe sykepleiere møter i sin nåværende arbeidshverdag, men også vil møte mer av i fremtiden.

Verdighet og menneskeverd er grunnleggende fenomener i tilværelsen og dermed også i sykepleieutøvelsen. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere understreker dette med følgende prinsipp som alle retningslinjene bygger på: ”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” (NSF, 2016). Begrepet verdighet er ofte forbundet med selvstendighet og det å ikke ligge samfunnet til byrde. Dersom man søker eller mottar hjelp kan dette gi en forestilling om tap av verdighet. Det anses derfor som en viktig oppgave for ansatte i helse- og sosialsektoren å møte og behandle mennesker slik at de på best måte kan bevare eller gjenopprette sin verdighet (Skærbæk og Lillemoen, 2013, s. 13).

Utfordringen med å bruke begrepet verdighet i en slik problemstilling er at forståelsen av at mennesket har en egen verdighet, har sin bakgrunn i kristen europeisk kultur (Romsland, Dahl og Slettebø, 2015, s. 45). I den vestlige verden blir verdighet knyttet til individualistisk kultur, og verdier som autonomi, uavhengighet og retten til privatliv står sterkt. Mange muslimske innvandrere kommer derimot fra kulturer hvor de er integrert i sterke, sammensveidede grupper, der det legges vekt på en kollektiv identitet, solidaritet innenfor storfamilien og følelsesmessig avhengighet (Hanssen, 2011, s. 143). I tillegg er individets og storfamiliens verdighet i stor grad knyttet til begrepene ære og skam (Khader, 1996, s. 82).

Samtidig er verdighet noe universelt, og i kraft av å være menneske har vi vårt medfødte, frie menneskeverd (FN, 2018). Som sykepleier er det derfor viktig å ha forståelse for hva

mennesker fra andre kulturer legger i ordet verdighet, og hvilke kollektive og individuelle faktorer som spiller inn for at noen oppfatter sin verdighet som truet. Uavhengig av kultur, religion, bakgrunn eller etnisitet har de fleste opplevd krenkelse, i form av ydmykelse, latterliggjøring, eller overtramp fra andre. Vi vet derfor hvor ubehagelig det er å føle seg liten, oversett eller hengt ut (Kristoffersen og Nortvedt, 2011, s. 117). Krenkelse henger sammen med truet verdighet, og derfor mener jeg at begrepet verdighet kan brukes i denne sammenheng.

## **1.2 Bakgrunn for valg av tema**

Mitt valg av tema er inspirert av at jeg har hatt en av mine praksisperioder i et nytt, og for meg, fremmed land. Her fikk jeg oppleve hvordan det er å møte en annen kultur uten lokal språkkunnskap. Jeg reflekterte ofte rundt hvordan jeg selv hadde opplevd å være pasient på sykehuset jeg var i praksis ved, da det var store forskjeller fra sykehuset jeg har hatt praksis ved i Norge. For eksempel var det en selvfølge at mange familiemedlemmer besøkte pasienten. Pasienten hadde alltid noen pårørende hos seg, da det var familien som utførte oppgaver som stell, hjelp til toalettbesøk og ordnet mat, og ikke sykepleiere som det vanligvis er i Norge. Dersom jeg hadde blitt syk hadde det følt seg unaturlig for meg at familiemedlemmer skulle ha vasket meg eller hjulpet meg på toalettet. På samme måte kan det oppfattes unaturlig for en innvandrerpatient at dette er oppgaver som vanligvis utføres av ”fremmede” sykepleiere i Norge. Videre fikk jeg og erfare at mange pasienter hadde en annen sykdomsforståelse enn meg. Flere trodde blant annet at det å bli syk var en forbannelse eller straff fra Gud. Dette tatt i betraktning er det enkelt å forstå at det kan oppstå mistolkninger og misforståelser i møtet mellom norske sykepleiere og pasienter fra andre kulturer og religioner (Hanssen, 2011, s. 139).

Mitt valg av tema baserer seg også på at jeg har møtt innvandrerpatienter i praksis og på jobb i Norge, hvor jeg har kjent på usikkerhet i hvordan jeg skal gå frem for at pasienten skal føle seg respektert og ivaretatt. Samlet sett har disse erfaringene gjort at jeg ønsker å se nærmere på hvordan jeg kan bli tryggere i møte med muslimske innvandrerpatienter. Jeg ønsker å få en forståelse for hvordan jeg kan ivareta eller gjenopprette deres verdighet under sykehusopphold.

Problemstillingen er som følger:

*Hvordan kan sykepleierens kulturkompetanse bidra til ivaretagelse av verdighet hos kvinnelige muslimske innvandrerpatienter i somatisk sykehus?*

### **1.3 Definisjon av sentrale begrep i problemstillingen**

**Kulturkompetanse** – ”Culture competence is a process one goes through in order to continuously develop and refine one’s capacity to provide effective health care taking into consideration people’s cultural beliefs, behaviours and needs” (Papadopoulos, 2006, s. 11).

**Verdighet** – Begrepet stammer fra ideen om at alle mennesker har sitt medfødte, iboende menneskeverd. Denne verdien har en utelukkende i kraft av å være menneske. Verdigheten kan styrkes når vi opplever at våre rettigheter og vår frihet respekteres, og når vi lever i en situasjon der vi kan gjøre valg og handlinger som bygger opp vår selvrespekt, integritet og nestekjærlighet (Romsland, Dahl og Slettebø, 2015, s. 45).

**Muslim** – En person som praktiserer islam (Wehbe-Alamah, 2008, s. 85).

**Innvandrer** – En person som flytter til et annet land og har som formål å bosette seg der. I offentlig statistikk er innvandrere definert som en utenlandskfødt person, med to utenlandskfødte foreldre (Tønnessen, 2018).

### **1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen**

Problemstillingen avgrenses til å dreie seg om kvinnelige muslimske pasienter over 18 år. Jeg tar utgangspunkt i kvinner med en tradisjonell tilnærming til islamsk tro. Jeg har valgt å avgrense innvandrerpatienter til innvandrere som er lite integrert i det norske samfunnet, med begrensede norsk- og engelskkunnskaper. Dette vil selvfølgelig ikke gjelde alle innvandrere. Grunnen til at jeg har valgt muslimer som pasientgruppe er deres omfang i verden og Norge. I Norge er islam den neststørste trosretningen etter kristendom, og store grupper fra blant annet Somalia, Syria og Afghanistan kommer til Norge (SSB, 2017). Videre har jeg avgrenset oppgaven til å handle om innvandrere innlagt i somatisk sykehus, i medisinsk eller kirurgisk avdeling.

## 1.5 Oppgavens oppbygning

- Kapittel 1 Dette kapitlet gir en innledning til oppgaven, med bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling.
- Kapittel 2 Metoden presenteres med en kort forklaring på hva et litteraturstudium går ut på, i tillegg til vitenskapelig tilnærming. Videre kommer en forklaring på søkeprosessen og hvordan jeg har kommet frem til aktuell forskning og litteratur. Kapitlet avsluttes med kildekritikk.
- Kapittel 3 Funnene fra forskningsartiklene presenteres ved hjelp av artikkelmatrise og sammenfattet empiri.
- Kapittel 4 Her presenteres et teoretisk grunnlag for drøftingen, i tillegg til sentrale trekk ved Joyce Travelbees sykepleieteori.
- Kapittel 5 I dette kapitlet drøfter jeg hvordan sykepleier kan bidra til å ivareta eller gjenopprette verdigheten til kvinnelige muslimske innvandrerpasienter. Dette gjøres med utgangspunkt i tidligere presentert teori og forskning.
- Kapittel 6 Oppgaven avrundes med en konklusjon som beskriver hovedfunnene i litteraturstudien.

## 2.0 METODE

Metoden er redskapet man benytter i møte med noe man vil undersøke (Dalland, 2012, s. 112). Metoden forteller hvordan en har gått frem for å finne eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at en mener denne metoden gir gode data til å belyse det man ønsker å undersøke på en relevant måte (Dalland, 2012, s. 111).

### 2.1 Beskrivelse av metoden

Litteraturstudie er metoden i denne oppgaven. Målet med et litteraturstudium er å øke kunnskap om et tema, uten å samle ny data, men ved å sammenligne allerede eksisterende data. Det vil si at man søker opp kunnskap, vurderer den, for deretter å sammenfatte den, på en systematisk måte (Dalland, 2012, s. 138). Oppgaven baserer seg hovedsakelig på innhentet forskning med kvalitativ metode. Målet med kvalitativ tilnærming er å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Jeg ønsker å finne svar på pasientens og sykepleierens opplevelser, tanker og følelser, og anser derfor kvalitativ forskning som mest hensiktsmessig. Det er og benyttet noe forskning med kvantitativ tilnærming, som tar for seg målbare enheter og søker etter breddekunnskap (Dalland, 2012, s. 112).

### 2.2 Vitenskapelig tilnærming

Denne litteraturstudien har en hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikk betyr fortolkningslære, og ved å bruke denne tilnærmingen forsøker en å fortolke og søke etter en helhetlig forståelse av menneskers eksistens (Dalland, 2012, s. 57). Denne tilnærmingen er svært relevant for alle som arbeider med mennesker, da dette kan hjelpe en til å forstå pasienters eller klienters egen livssituasjon (Dalland, 2012, s. 58). I arbeidet med denne oppgaven har jeg ved å fortolke innhentet litteratur og forskningsartikler forsøkt å få større forståelse for hva kvinnelige muslimske innvandrerpasienter legger i begrepet verdighet. Videre ønsker jeg å se på hva sykepleiere kan gjøre for å ivareta verdigheten til disse kvinnene i somatisk avdeling. Dette for å forstå meningen bak menneskelige holdninger og handlemåter (Dalland, 2012, s. 58).

### 2.3 Valg av litteratur

Litteratur, vitenskapelige forskningsartikler og egen fortolkning og forståelse av innhentet materiale er grunnlaget for denne oppgaven.



Jeg startet med innhenting av relevant litteratur fra pensum på sykepleiestudiet om etikk, omsorgsfull sykepleie og interkulturell sykepleie. Videre benyttet jeg meg av bibliotekets søkertjeneste, Oria, for å finne annen faglitteratur. Her ble følgende begrep benyttet i søkene; verdighet, verdi, muslimer, kulturkompetanse og interkulturell sykepleie.

Databasene PubMed, Cinahl, SveMed+ og Medline ble brukt for å finne vitenskapelige artikler. Dette er databaser jeg er kjent med fra tidligere, og som er anbefalt ved Bibliotek for medisin og helse. Like søkeord og søkekombinasjoner ble benyttet i de ulike databasene, men dette ga ikke relevante resultater i alle databaser. Søkene endret seg utover i søkeprosessen. Jeg begynte med søkeord som ”immigrants”, ”minority groups” og ”ethnic minority patients”, for deretter å søke spesifikt på forskning om muslimer og islam. Dette i kombinasjon med ”dignity”, ”modesty”, ”trancultural nursing”, ”culture compentency”, ”nursing” og ”nurse communication”.

Det opplevdes utfordrende å finne forskning spesifikt rettet mot muslimske pasienters opplevelse av verdighet i sykehus, men enklere å finne om etniske minoritetsgruppers opplevelse. Videre har jeg forsøkt å finne forskning som belyser hvordan sykepleier selv vurderer egen kulturkompetanse, men dette har også vært utfordrende. Grunnen til dette kan være feil valg av søkeord. Likevel forsøkte jeg å bruke søkeord jeg anser som relevante for problemstillingen. En annen grunn kan være at det ikke er gjort mye forskning spesifikt på ivaretagelse og opplevelse av verdighet.

Videre er søkene avgrenset til de siste 10 årene, for å få forskning av nyere dato. Jeg hadde i utgangspunktet bestemt meg for å benytte forskningsartikler med kvalitativ tilnærming, da dette er skrevet av primærkilden. Likevel har jeg tatt med en review-artikkel, som er en sammenfattet artikkel av tidligere publisert kvalitativ forskning, som jeg fant relevant for å besvare problemstillingen.

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee og hennes teori om menneske-til-menneske-forholdet er benyttet. Relasjonen mellom pasient og sykepleier står sentralt i oppgaven, og hvordan denne relasjonen kan bidra til at kvinnelige muslimske innvandrerpasienter føler deres verdighet blir ivaretatt.

### 2.3.1 Søketablell

Tabell 1, søketablell

Database Dato	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Lest tittel	Lest abstrakt	Lest hele artikkelen	Valgt ut (Forfatter, årstall)
<b>PubMed</b> <b>01.02.18</b>	dignity AND immigrants AND nursing	*publikasjons- dato: 2013-2018	6	6	4	2	<b>(A)</b> Nortvedt, L., Kumar, B. N. og Lohne, V. (2017)
<b>Cinahl</b> <b>02.02.18</b>	dignity OR human dignity AND transcultural nursing		17	17	6	2	<b>(B)</b> Cheraghi, M. A., Manookian, A., og Nasrabadi, A. N. (2014a)
<b>PubMed</b> <b>02.02.18</b>	dignity AND nurse communication	*publikasjons- dato: 2013-2018	53	40	8	2	<b>(C)</b> Manookian, A., Cheraghi, M. A. og Nasrabadi, A. N. (2014b)
<b>Cinahl</b> <b>10.04.18</b>	ethnic minority patients AND cultural competency	*publikasjons- dato: 2013-2018	10	10	1	1	<b>(D)</b> Alpers, L.- M. og Hanssen, I. (2013)
<b>Cinhal</b> <b>01.02.18</b>	human dignity OR dignity AND minority groups		20	20	7	1	<b>(E)</b> Hamilton, M. og Essat, Z. (2008)
<b>Medline</b> <b>09.05.18</b>	modesty AND muslim OR islam	*publikasjons- dato: 2008-2018	26	26	4	1	<b>(F)</b> Padela, A. I., Gunter, K., Killawi, A. og Heisler, M. (2011)
<b>PubMed</b> <b>17.04.18</b>	ethnic minority patients AND cultural competency	*publikasjons- dato: 2013-2018	46	17	3	1	<b>(G)</b> Degrie, L., Gastmans, C., Mahieu, L., de Casterlé, B. D. og Denier, Y. (2017)

## 2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er metodene som anvendes for å finne ut om en kilde er sann. Dette innebærer å vurdere og karakterisere kildene som er brukt (Dalland og Tygstad, 2012, s. 67). I denne oppgaven er det litteratur hentet fra pensumlitteraturen ved studiet. Ettersom dette er litteratur som er vurdert og anbefalt av skolen, anser jeg denne som pålitelig. Dette har også gitt meg kjennskap til innflytelsesrike forfattere som har skrevet lærebøker som ikke står på vår pensumliste, men som jeg har benyttet i oppgaven. Likevel bør det nevnes at mye av pensumlitteraturen er sekundærlitteratur. Dette betyr at forfatteren har tolket og bearbeidet primærkildene, noe som kan gi rom for feiltolkninger (Dalland og Tygstad, 2012, s. 73).

Materialet som er tatt i bruk for å besvare problemstillingen er utgitt fra 1996 frem til i dag. I utgangspunktet ønsket jeg helst litteratur fra de siste 10 årene, men jeg har funnet noen eldre lærebøker jeg anser som relevante, da jeg ikke fant noen tilsvarende som er publisert i nyere tid. I tillegg har jeg benyttet ”Mellommenneskelige forhold i sykepleie”, av Joyce Travelbee som ble gitt ut i 1999. Denne sykepleieteoretikeren er svært anerkjent innenfor faget og innholdet i denne boken anses som relevant i dag og.

Alle forskningsartiklene er publisert mellom 2008 og 2018, dette for å sikre at forskningsartiklene er oppdatert og er relevante for dagens faglige praksis. Alle artiklene er fagfellevurdert, noe som styrker påliteligheten til forskningsartiklene (Dalland og Tygstad, 2012, s. 78). Ikke alle artiklene som er brukt går direkte på temaet verdighet. Dette fordi det har vært vanskelig å finne forskning spesifikt om dette, spesielt på fra islamsk ståsted. Dette gjør at noen av artiklene er mer generelle, men jeg vurderer fremdeles at disse har overføringsverdi til problemstillingen.

Å benytte en hermeneutisk tilnærming kan åpne for ulike tolkninger. Det kan innebære at mine tanker og min forforståelse påvirker tolkningen av vitenskapelige artikler og litteratur. Dette betyr at min tolkning kan være ulik fra forfatterens eller forskerens egentlige synspunkt. Videre gjelder dette også forfatteren og forskeren, som i sin litteratur og forskning har en egen forforståelse i tolkningen (Dalland, 2012, s. 58). I tillegg kan det gi rom for feiltolkning og misforståelser at de vitenskapelige artiklene er oversatt fra engelsk til norsk.

## 3.0 EMPIRI

### 3.1 Litteratormatrise

#### 3.1.1 Tabell 2, litteratormatrise over forskningsartikler

Artikkel	A
Forfatter/ År/ Tittel/ Tidsskrift/ Land	Nortvedt, L., Kumar, B. N. og Lohne, V. (2017). A qualitative study of immigrant women on long-term sick leave and their experience of dignity. <i>Disability and Rehabilitation</i> , Norge.
Hensikt	Undersøke om, og evt. hvordan, innvandrerkvinner med kronisk sykdom bevarer sin verdighet under rehabilitering.
Metode	<b>Metode:</b> Kvalitativ: Feltstudie, med observasjoner og dybdeintervjuer. <b>Utvalg:</b> 14 innvandrerkvinner med kroniske muskelsmerter. Kvinnene var mellom 30 og 56 år, hvor 11 av dem var delvis sykmeldt og 3 av dem var 100% sykmeldt. <b>Datainnsamling:</b> Observasjoner ble gjort i en poliklinikk på et rehabiliteringssykehus i Sør-Norge. Intervjuer ble gjennomført etter rehabiliteringsperioden. Data ble analysert ved å bruke hermeneutisk metode.
Resultat/konklusjon	Resultatene viste at kvinnene opplevde sin verdighet ivaretatt ved å bli sett for den de er og respektert og trodd av familiemedlemmer, helsepersonell og andre pasienter. De ivaretok egen verdighet ved å være bevisste sin verdi, integritet, religiøse tro og håp for fremtiden. Kvinnene følte håp og opplevde sin verdighet ivaretatt gjennom helsepersonells godhet og kulturelle kompetanse.
Kommentar	Artikkelen presenterer ulike faktorer som har betydning for at innvandrerkvinner skal føle at deres verdighet blir ivaretatt i en rehabiliteringsinstitusjon. Videre er det og noe informasjon om hvordan disse kvinnene ønsker å bli møtt av helsepersonell. Studien er ikke spesifikt om muslimske kvinner, men flere av deltakerne var muslimer.
Artikkel	B
Forfatter/ År/ Tittel/ Tidsskrift/ Land	Cheraghi, M. A., Manookian, A., og Nasrabadi, A. N. (2014a). Human dignity in religion-embedded cross-cultural nursing. <i>Nursing Ethics</i> , Iran.
Hensikt	Identifisere hva verdighet innebærer i ulike religiøse perspektiv. Å beskrive muslimske og kristne pasienters erfaringer knyttet til verdig omsorg i sykehus.
Metode	<b>Metode:</b> Kvalitativ: Individuelle semi-strukturerte dybdeintervju. <b>Utvalg:</b> 10 deltakere, fem iranske muslimer og fem armenske kristne som hadde vært innlagt i ulike private og offentlige sykehus. <b>Datainnsamling:</b> Intervjuer ble gjennomført mellom mai og august 2012. Intervjuene ble tatt opp, varte i gjennomsnitt i 45 minutter og ble gjennomført der pasienten ønsket det. Det ble stilt åpne spørsmål som f.eks. "Hva er verdighetsbevarende sykepleie for deg?" og "Kan du beskrive en situasjon hvor du følte at din verdighet var ivaretatt?"
Resultat/konklusjon	Studien viser at det er to hovedområder fokuset ligger på for å ivareta verdigheten til disse pasientene: Behovet for å bli respektert som menneske og behovet for å få individuelt tilpasset pleie og omsorg. Første hovedområde innebærer "å respektere menneskelig rasjonalitet", "å respektere menneskelig likhet", "å ha en imøtekommende holdning" og "å være med pasienten." Under det andre hovedområdet understreket

	deltakerne viktigheten av å respektere kulturelle og religiøse verdier, og å vurdere den enkelte pasients behov og preferanser.
Kommentar	Denne studien er gjennomført i Iran, men jeg mener likevel den kan brukes til å svare på problemstillingen, da det er en kvalitativ studie som viser hva muslimske pasienter legger i begrepet verdighet. Jeg mener dette kan gi større forståelse for hva verdighet er for muslimske innvandrerkvinner, også i Norge.
Artikkel	<b>C</b>
Forfatter/ År/ Tittel/ Tidsskrift/ Land	Manookian, A., Cheraghi, M. A. og Nasrabadi, A. N. (2014b). Factors influencing patients' dignity: A qualitative study. <i>Nursing Ethics</i> , Iran.
Hensikt	Utforske hvilke faktorer som påvirker om en pasient føler sin verdighet ivaretatt.
Metode	<b>Metode:</b> Kvalitativ: Individuelle semistrukturerte intervju. <b>Utvalg:</b> 14 deltakere mellom 23 og 64 år som hadde vært innlagt i avdeling i minimum 48 timer. <b>Datainnsamling:</b> Intervjuene ble gjort mellom mai og september 2012, og varte mellom 20 og 60 minutter. Deltakerne ble bedt om å forklare situasjoner under sykehusinnleggelsen der de følte at deres verdighet var ivaretatt eller svekket.
Resultat/konklusjon	Resultatene viste at det er viktig å utvide sykepleieres innsikt og kompetanse om hvilke faktorer som bevarer pasientens verdighet. Å fokusere på disse faktorene kan hjelpe sykepleiere å bevare og fremme pasientens verdighet, noe som vil gi mer verdig omsorg og behandling. Særlig tre faktorer ble identifisert som viktige hos sykepleier: 1. Å være oppmerksom på pasientens religiøse, spirituelle og kulturelle tro, og å respektere dette. 2. Måten personalet kommuniserte på. 3. Profesjonalitet, i form av engasjement, egnethet og kompetanse.
Kommentar	Studien har samme forfattere som studien nevnt over, og den er også gjennomført i Iran. Jeg mener likevel den er relevant til å svare på problemstillingen fordi det er en kvalitativ studie som konkretiserer faktorer som er viktig hos sykepleier for å fremme pasientverdighet hos muslimer. Jeg mener dette har overføringsverdi til sykehus også i Norge.
Artikkel	<b>D</b>
Forfatter/ År/ Tittel/ Tidsskrift/ Land	Alpers, L.-M. og Hanssen, I. (2013) Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. <i>Nurse Education Today</i> , Norge.
Hensikt	Undersøke hvordan sykepleiere ved medisinsk avdeling og psykiatrisk avdeling vurderer sin egen kompetanse når det gjelder sykepleie til pasienter med minoritetsbakgrunn.
Metode	<b>Metode:</b> Kvalitativ og kvantitativ. Fokusgruppeintervjuer og spørreskjema. <b>Utvalg:</b> Deltakerne under intervju var sykepleiere fra medisinsk og psykiatrisk avdeling. 145 sykepleiere ved medisinsk avdeling og 100 sykepleiere ved psykiatrisk avdeling returnerte spørreskjemaet. <b>Datainnsamling:</b> Det ble først gjort fokusgruppeintervjuer for å samle kvalitativ data. Under fokusgruppeintervjuene ble det tatt lydopptak. Deretter ble spørreskjema basert på resultatene fra fokusgruppeintervjuene levert ut til avdelingene.
Resultat/konklusjon	Resultatene viser at sykepleiere fra begge avdelinger mener de mangler kulturkompetanse for å gi best mulig behandling og omsorg til minoritetspasienter. Kunnskap om sykdom og behandling i andre

	kulturer, smertevurdering og symptomvurdering ble trukket frem som områder sykepleierne hadde utilstrekkelig kompetanse. Resultatene viste og at det var lite tilbud om opplæring i interkulturell sykepleie fra arbeidsplassens side.
Kommentar	Studien viser at norske sykepleiere vurderer egen kulturkompetanse til å være mangelfull. Dette vil ha innvirkning på hvordan kvinnelige muslimske innvandrerpasienter opplever å være innlagt på norske sykehus, og det kan medføre at verdigheten til disse pasientene blir truet.
Artikkel nummer	<b>E</b>
Forfatter/ År/ Tittel/ Tidsskrift/ Land	Hamilton, M. og Essat, Z. (2008). Minority ethnic users experiences and expectations of nursing care. <i>Journal of Research in Nursing</i> , England.
Hensikt	Belyse pasienter med minoritetsbakgrunn sitt syn på pasientbehandling gitt av sykepleier, samt å forbedre sykepleierutdanning.
Metode	<b>Metode:</b> Kvalitativ: data ble samlet inn ved hjelp av fokusgrupper. <b>Utvalg:</b> Seks grupper med fra ulike lokalisasjoner i England, hvorav noen med blandet etnisitet og noen av spesifikk etnisitet. Gruppene hadde mellom åtte og 15 deltakere, med alder mellom 26 og 80 år. <b>Datainnsamling:</b> Gruppene var enten støttegrupper for pasienter med behov for spesielle helsetjenester (som f.eks. kreft), eller sosial støtte til spesifikke minoritetsgrupper (f.eks. Chinese Community Group). Gruppene fikk i oppgave å beskrive synspunkter på den omsorgen de mottok da de var innlagt i sykehus.
Resultat/konklusjon	Resultatene identifiserte at kunnskap om kultur og religiøs praksis var nødvendig for at sykepleiere skulle forstå grunnlaget for pasientenes tro og praksis. Deltakerne fremhevet hvordan sykepleierens handlinger og oppførsel enten bekreftet eller ignorerte deres spesifikke krav knyttet til religion og tro. Deltakerne informerte og om at kommunikasjonsproblemer påvirket opplevd kvalitet på sykepleien. Felles for alle fokusgruppene var behovet for å bli behandlet med verdighet og respekt.
Kommentar	Belyser viktigheten av at sykepleiere har tilstrekkelig kulturkompetanse for å imøtekomme minoritetspasienters behov. Studien er ikke spesifikt gjort på muslimske pasienter, men flere av respondentene var muslimer, og det er blant annet fokus på bekledning innen islam og helsepersonells holdning til dette.
Artikkel nummer	<b>F</b>
Forfatter/ År/ Tittel/ Tidsskrift/ Land	Padela, A. I., Gunter, K., Killawi, A. og Heisler, M. (2011). Religious Values and Healthcare Accommodations: Voices from the American Muslim Community. <i>Journal of General Internal Medicine</i> , USA.
Hensikt	Identifisere hvilke behov amerikanske muslimer har under opphold i sykehus, og hvilke verdier og religiøse overbevisninger som ligger til grunn for disse behovene.
Metode	<b>Metode:</b> Kvalitativ: fokusgruppeintervjuer. <b>Utvalg:</b> 13 fokusgrupper med voksne med ulik etnisitet, som tilhørte syv forskjellige moskeer i Detroit-området i USA. <b>Datainnsamling:</b> Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført mellom desember 2009 og mars 2010, og varte gjennomsnittlig i 1 ½ time. Intervjuene ble tatt opp og analysert.
Resultat/konklusjon	Deltakerne i studien rapporterte stigmatisering på bakgrunn av kultur, religion og etnisitet innen helsevesenet, og understreket viktigheten av kulturkompetanse hos helsepersonell. Det flesteparten av deltakerne etterspurte var kompetanse og kultursensitivitet når det gjaldt følgende: Behov for at helsepersonell er av samme kjønn, på bakgrunn av bluferdighet og forholdet mellom mann og kvinne i islam. Tilbud om halal-mat og et nøytralt område til å utføre bønneritualer.

Kommentar	Artikkelen konkretiserer hvilke behov som er viktige for at muslimske pasienter skal føle seg ivaretatt i sykehus i en annen kulturell kontekst enn de er vant til. Det er spesielt rettet fokus mot behovet for å opprettholde bluferdighet.
-----------	---

### 3.1.2 Tabell 3, litteraturmatrise over oversiktsartikkel

Artikkel nummer	<b>G</b>
Forfatter/ År/ Tittel/ Tidsskrift/ Land	Degrie, L., Gastmans, C., Mahieu, L., de Casterlé, B. D. og Denier, Y. (2017). How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systematic review of qualitative research. <i>BMC Medical Ethics</i> , Belgia.
Hensikt	Å undersøke hvordan pasienter med minoritetsbakgrunn selv opplever kvaliteten på den interkulturelle omsorgen og kulturelle kompetansen i sykehus.
Metode	<b>Metode:</b> Systematisk søk av forskningsartikler publisert mellom 2000 og 2015. <b>Utvalg:</b> 51 forskningsartikler ble analysert og inkludert. <b>Datainnsamling:</b> Det ble gjennomført en gjennomgang av kvalitativ litteratur basert på en kritisk tolkningssyntese (CSI; Critical interpretive synthesis) for å finne relevante artikler.
Resultat/konklusjon	Resultatene bekrefter at det er utfordringer knyttet til helsehjelp og omsorg til pasienter med minoritetsbakgrunn. Grunner til dette er språkbarrierer, mangel på ressurser i sykehuset, forskjeller i kulturelle tradisjoner, ulike syn på sykdom og behandling og negative holdninger blant både pasienter og helsepersonell. Helsepersonell sin forståelse for pasientens kultur er viktig for å etablere en god omsorgsrelasjon, og den har betydning for pasientens totale opplevelse av å være innlagt i sykehus.
Kommentar	Resultatene i forskningsartikkelen ser på ulike faktorer som påvirker hele sykehusopplevelsen for minoritetsgrupper, noe som igjen kan påvirke om de føler at deres verdighet er ivaretatt. Et av målene med artikkelen var å finne positive situasjoner hvor pasienten følte seg respektert og ivaretatt som et unikt menneske med spesifikke kulturelle behov i omsorgen gitt av helsepersonell.

## 3.2 Sammenfattet empiri

### 3.2.1 Verdighet knyttet til kultur og religion

I studien til Nortvedt, Kumar og Lohne (2017) oppga pasientene at deres verdighet ble ivaretatt når de følte seg sett og respektert som unike individer. Videre har pasienter et behov for å få individuelt tilpasset pleie og omsorg. Dette innebærer at kulturelle og religiøse behov blir imøtekommet (Hamilton og Essat, 2008; Cheragi, Manookian og Nasrabadi, 2014a; Manookian, Cheragi og Nasrabadi, 2014b). Behovet for å opprettholde bluferdighet er viktig for at kvinnelige muslimske innvandrerpasienter skal ivareta sin verdighet. Derfor bør sykepleieren tilstrebe at helsepersonell er av samme kjønn som pasienten (Padela m.fl., 2011).

### *3.2.2 Holdninger og kommunikasjon*

I Padela m.fl. (2011) rapporteres det at mange muslimske pasienter har opplevd stigmatisering i sykehus på bakgrunn av religion og etnisitet. Dette bekreftes i Degrie m.fl. (2017), hvor det i tillegg konkluderes med at negative holdninger til minoritetspasienter svekker behandlingen. Kommunikasjonsproblemer påvirker og kvaliteten på pleien (Essat og Hamilton, 2008), og språkutfordringer oppleves som en av de største utfordringene i møte med minoritetspasienter. Sykepleierens forståelse for pasientens kultur er viktig for å etablere en god omsorgsrelasjon (Degrie m.fl., 2017). Omsorgsfull holdning og oppførsel hos sykepleier fremmer pasientens verdighet (Nortvedt, Kumar og Lohne, 2017).

### *3.2.3 Kulturkompetanse*

Det er utfordringer knyttet til helsehjelp og omsorg til pasienter med minoritetsbakgrunn. Grunner til dette er blant annet ulike syn på sykdom og behandling, liten forståelse for pasientens kultur og språkbarrierer (Degrie m.fl., 2017). I studien til Alpers og Hanssen (2013) vurderer sykepleierne sin egen kulturkompetanse som utilstrekkelig. For lite kunnskap om sykdom og behandling i andre kulturer, smertevurdering og symptomvurdering, gjør at sykepleier ikke klarer å tilfredsstille behovene til minoritetspasienter. At sykepleier har tilstrekkelig kulturkompetanse til å imøtekomme pasientens behov er viktig for ivaretagelse av verdighet (Nortvedt, Kumar og Lohne, 2017). Det er viktig å utvide sykepleierens kompetanse når det kommer til hvilke faktorer som påvirker og bevarer pasientens verdighet (Manookian, Cheragi og Nasrabadi, 2014b).



## 4.0 TEORETISK REFERANSERAMME

### 4.1 Verdi og verdighet

Begrepet verdi kan defineres som det som er verdifullt for et menneske. Det som er verdifullt varierer fra person til person, og det påvirkes av relasjoner og situasjoner vi står i. I Norden lever vi i samfunn som bygger på ideen om hvert enkelt menneskes verdi. Vi er vokst opp med og lært opp til å tenke at vi er gitt en egen verdi i kraft av å være menneske, noe som indikerer at denne verdien ikke skal være påvirket av ytre forhold (Skærbæk og Lillemoen, 2013, s. 12). Begrepet verdighet knyttes til hellighet, menneskeverd, frihet, plikt, ansvar og tjeneste. Å være menneske er å være et unikt individ med sin historie (Romsland, Dahl og Slettebø, 2015, s. 44). Verdighet er i stor grad knyttet til å kunne klare seg selv og ikke ligge samfunnet til byrde. Å oppsøke hjelp kan derfor for mange bety tap av verdighet (Skærbæk og Lillemoen, 2013, s. 13). I boken "Sykepleie og Rehabilitering" refereres det til en undersøkelse utført av Bøe (2008), som mener at kroppen er bærer av verdighet og at det får betydning for menneskets opplevelse av verdighet når kroppen svikter (Romsland, Dahl og Slettebø, 2015, s. 46).

### 4.2 Verdighet, ære og skam i islam

Ære og skam er sentrale begrep innen islam. Det finnes en rekke uskrevne regler knyttet til disse begrepene og de kan ikke forstås isolert fra hverandre. De utgjør ytterpunktene av samfunnets verdiskala, ved at ære betraktes som en belønning og skam som en straff. Dersom et individ ønsker å oppnå sosial verdighet og status i familien og samfunnet, må det leve opp til noen bestemte samfunnsmessige idealer, hvis ikke inntre skammen. Når skammen inntre og man dermed mister sin ære, er det det samme som at en mister sin verdighet som menneske (Khader, 1996, s. 82). Fordi mange muslimer kommer fra kollektivistiske kulturer er ære og skam noe som vedrører hele familien og slekten (Khader, 1996, s. 83). På person- og familieplan er alle familiemedlemmer med på å opprettholde familiens samlede ære, og dette gjøres blant annet ved at den enkelte fører en tilværelse som er i overensstemmelse med uskrevne regler knyttet til skam og ære og de religiøse skriftene (Khader, 1996, s. 85). Kvinnens ære er i tillegg knyttet til hennes kropp og seksuelle oppførsel, og bluferdighet er derav en svært viktig verdi for de fleste muslimske kvinner (Khader, 1996, s. 86). Dette kan gi seg uttrykk på flere områder, blant annet bekledning og hennes oppførsel i møte med menn (Wehbe-Alamah, 2008).

### **4.3 Møter med en annen kultur**

I boken "Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn" (Hanssen, 2005) beskrives kultur som noe som har stor påvirkningskraft på menneskers overbevisninger, holdninger og hvordan en velger å leve sitt liv. Kultur er verken noe man 'har' eller 'tilhører'. I stedet er det komplekse sammensetninger av mennesker som erfarer, bruker, lærer og 'gjør' i sine daglige liv.

Innenfor disse rammene skaper man en egen identitet og en forståelse av sine medmennesker. Kultur er altså noe vi får med oss med morsmelken, og noe vi utvikler gjennom erfaringer og læring gjennom hele livet (Hanssen, 2005, s. 16). Når en person blir innlagt på sykehuset blir tilvant tenkning og atferd utfordret. Hvilke kulturelle aspekter som får betydning for pasienten avhenger av situasjonen (Hanssen, 2005, s. 15). Kunnskap om andre kulturer er essensielt for at sykepleieren skal møte etniske minoritetspasienter på en god måte. Viser sykepleieren at hun eller han har kunnskap om pasientens kultur og religion, og hvilke konsekvenser dette kan ha for behandling og pleie, kan det gi pasienten en opplevelse av å bli møtt med respekt og omsorg (Hanssen, 2005, s. 17). Dette kan styrke pasientens verdighet.

### **4.4 Islam**

Islam er verdens neststørste religion, og den største minoritetsreligionen i Europa. Islamsk tro bygger på læren om Allah som den eneste gud – den allmektige Herre og skaper av verden, den som har forutbestemt og skapt alt. Koranen er islams hellige skrift, og den skal ifølge troen være direkte utgått fra Allah og overlevert av profeten Muhammed. Koranen ses på som en veileder for hvordan muslimer skal leve. Islam er et livsmønster og må forstås annerledes enn f.eks. kristendommen. For muslimene er religion tilsvarende kultur og livsform, og religionen gir seg uttrykk i blant annet kosthold, medisin, økonomi og utdanning (Hanssen, 2005, s. 160-162).

For muslimske kvinner er det et stort behov å opprettholde bluferdighet. Tradisjonell bekledning for konservative muslimske kvinner er løs bekledning som dekker hele kroppen, bortsett fra hender og ansikt. På sykehuset kan dette gi seg uttrykk i at de ønsker å være så tildekket som mulig under stell og prosedyrer. Både kvinner og menn ønsker helst at helsearbeideren er av samme kjønn som dem selv. Kulturelle oppfatninger, rutiner og tradisjoner varierer, og det er forskjeller mellom liberale og konservative muslimer (Wehbe-Alamah, 2008, s. 89). På grunn av oppgavens begrensning vil disse detaljene falle utenfor rammene av denne besvarelsen.

Sykdom blir for mange muslimer oppfattet som en prøve fra Gud, samtidig som at sykdom er å sone syndene fra fortiden. Muslimer tror at sykdom er en del av Guds plan, og den bør bli møtt med bønn og tålmodighet. Under sykdomsperioden får en mulighet til å reflektere over seg selv og egen situasjon, og troen på Gud kan bli styrket (Wehbe-Alamah, 2008, s. 88). Omsorg for hverandre er viktig i islam, og det blir sett på som kulturell, religiøs og sosial plikt å besøke og ta vare på familiemedlemmer og mennesker i den sosiale omgangskretsen som er rammet av sykdom (Hanssen, 2005, s. 165).

#### **4.5 Kollektivism og individualisme**

Kollektivism og individualisme er to ulike verdidimensjoner, som viser forskjeller i måter å tenke på i ulike kulturer. Norske sykepleiere er vant til vestlig samfunn med betydelige individualistiske trekk. Sentralt i individualistiske samfunn står blant annet en jegbevissthet, autonomi, uavhengighet, retten til privatliv og finansiell trygghet. Mange muslimske innvandrere kommer fra kollektivistiske samfunn der det legges vekt på en kollektiv identitet, følelsesmessig avhengighet og solidaritet innenfor storfamilien. Hos mange ikke-vestlige pasienter og deres familier fører fellesskapsbehovet og pliktfølelse til at pasienten forventer å ha familiemedlemmer rundt seg hele døgnet, og familien ønsker å ivareta omsorgen for sin syke. De er mer rettet mot tanken på et felles ”vi” enn det individuell ”jeg.” Fellesskapsfølelsen henger tett sammen med verdighetsopplevelsen og følelsen av å være et fullstendig menneske (Hanssen, 2011, s. 68).

#### **4.6 Kulturkompetanse**

Papadopoulos, Tilki og Taylor har lagd en modell for hvordan sykepleieren kan utvikle kulturkompetanse ved hjelp av fire trinn. Modellen bygger på verdier som menneskerettighetene, etikk, interkulturelle relasjoner, pleie og omsorg. Første trinn i modellen er ”kulturell bevissthet”, som innebærer at sykepleieren skal bli bevisst sine egne verdier og holdninger. Verdier og holdninger er retningslinjer for hvordan vi velger å leve livet vårt og de er bakgrunnen for våre oppfatninger og beslutninger. Trinn to, ”kulturell kunnskap,” innebærer at sykepleieren bør tilstrebe å oppsøke kunnskap om andre kulturer, og se på forskjeller og likheter innen troen på helse og atferd. Neste trinn er ”kultursensitivitet.” Dette trinnet innebærer å være følsom overfor kulturelle forskjeller, og sykepleierens mellommenneskelige relasjon til pasientene står sentralt. Siste trinn er ”kulturkompetanse.”

Dette er resultatet når sykepleieren oppnår de tidligere trinnene, i tillegg til egen fagkunnskap (Papadopoulos, 2006, s. 10-18).

#### **4.7 Kommunikasjon i møte med andre kulturer og bruk av tolk**

Kommunikasjon kan defineres som ”utveksling av mening eller betydningsinnhold mellom individer og grupper ved hjelp av et felles system av symboler” (Hanssen, 2005, s. 43). Språk og kultur kan ikke skilles fra hverandre. Kommunikasjon ses i sammenheng med den sosiale, historiske, kulturelle situasjon som samhandlingen foregår i. Denne sammenhengen utgjør rammene de kommuniserende partene fortolker budskapets meningsinnhold i. Jo større forskjellen mellom de kommuniserende partene er, desto vanskeligere blir kommunikasjonen (Hanssen, 2005, s. 44). Dersom sykepleier ikke har noe felles språk med pasienten, kan det være nødvendig å kommunisere ved hjelp av en profesjonell tolk. Tolkning handler ikke bare om å oversette ord fra et språk til et annet. Det handler om å fortolke et budskap i en gitt kontekst, og å overføre dette til et annet språk slik at meningsinnholdet får samme betydning for både avsender og mottaker (Hanssen, 2005, s. 61). Vår verdighet avhenger av at vi føler oss sett, forstått og respektert av menneskene vi forholder oss til. En person som ikke kan språket, kan verken protestere mot det som skjer, eller komme med krav (Hanssen, 2011, s. 152). Dette kan ha innvirkning på verdighetsopplevelsen.

#### **4.8 Joyce Travelbee og teorien om mellommenneskelige forhold i sykepleie**

Sykepleie er i følge Travelbee en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir pasienten hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening ved sykdom og lidelse. Pasienten er i en situasjon der hun opplever et problem eller en krise som kjennetegnes av lidelse og mangel på mening. Sykepleieren skal bruke seg selv terapeutisk i samhandlingen med pasienten og etablere et likeverdig menneske-til-menneske-forhold. Dette skal gi pasienten hjelp til å akseptere sin sårbarhet og bevare håpet (Kristoffersen, 2011, s. 214).

En grunntanke i Travelbees teori er at hvert enkelt menneske er absolutt unikt (Travelbee, 1999, s. 56). Likevel har hvert individ, så vidt vi vet, de samme grunnleggende behovene. Men disse behovene påvirkes og endres gjennom kultur, og de kan variere i styrke og intensitet, og komme til uttrykk på ulike måter. En rettesnor å følge for sykepleier er at mennesker er mer ulike enn de er like. Med dette som utgangspunkt kan en ifølge Travelbee lettere unngå den vanlige feilen at en regner den andre som lik seg selv, og dømmer den andre

ut ifra egne tanker om hva en ville og ikke ville gjort (Travelbee, 1999, s. 57). Kulturer er ulike i sine rangeringer av hva som er verdifullt. Vi formes av kulturen vi lever i og blir derfor påvirket av den verdirangeringen som dominerer i vår kultur. I følge Travelbee bør følgende utsagn være rettesnor for handling i sykepleiepraksis ”*Ethvert menneske har verdi og verdighet*” (1999). Hvert enkelt individ har verdi ved at vedkommende er et menneske, helt uavhengig av kulturelle verdier eller vurderinger (Travelbee, 1999, s. 60).

## 5.0 DRØFTING AV PROBLEMSTILLINGEN

Dette kapitlet har som hensikt å besvare problemstillingen ut fra tidligere presentert forskning og litteratur. Første del tar for seg hvordan sykepleier kan utvikle sin kulturkompetanse basert på de fire trinnene i modellen til Papadopoulos, Tilki og Taylor, og hvordan dette kan påvirke pasientens verdighet. Andre del fokuserer på den kvinnelige muslimske innvandrerpasientens opplevelse av verdighet og hvordan sykepleier kan ivareta denne. Dette er et stort tema, og mange faktorer spiller inn. Drøftingen er derfor avgrenset til sentrale funn i forskningsartiklene, og verdighet vil drøftes med utgangspunkt i religion og verdier, familiens betydning, kommunikasjon og menneske-til-menneske-forholdet.

### 5.1 Sykepleierens kulturkompetanse

I følge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har sykepleieren plikt til å holde seg oppdatert på utvikling innen eget fagområde, og bidra til at ny kunnskap brukes i praksis (NSF, 2016). Økt globalisering preger vårt samfunn og det vil kunne påvirke flere av sykepleierens fagområder, noe som medfører at ny praksis må læres og anvendes.

Forskningsrapporten til Alpers og Hanssen (2008) viser at to av tre sykepleiere mener de har mange pasienter med minoritetsbakgrunn. Videre kommer det frem at 75% av respondentene opplever det annerledes å jobbe med minoritetspasienter enn etnisk norske pasienter. Dette underbygger behovet for kompetanse om ulike kulturer (Alpers og Hanssen, 2008), både for å ivareta minoritetspasienter innlagt i sykehus best mulig, men også for å trygge sykepleier.

#### 5.1.1 Trinn én: Kulturell bevissthet

Våre verdier og holdninger påvirker vår virkelighetsoppfatning. Verdiene våre utvikles i tidlig alder og påvirkes av familien, familiens kultur og vårt sosiale miljø. Dersom vi sammenligner våre verdier med noen fra en annen kultur, vil vi raskt oppdage at mange av verdiene er felles. Eksempler på dette kan være kjærlighet, familie, god helse og rettferdighet. Vi kan likevel se at vi har ulike oppfatninger av hva som ligger i disse verdiene, og mange faktorer virker inn, blant annet kjønn, alder, kulturell bakgrunn og opplevelser i løpet av livet (Papadopoulos, 2006, s. 11). Det er akkurat dette som gjør oss til unike individer med våre egne historier (Romsland, Dahl og Slettebø, 2015, s. 44). Det gjør at vi har behov for å bli møtt og behandlet som det, og ikke bli kategorisert eller stereotypisert på bakgrunn av kultur, religion eller etnisitet. Viktigheten av individualisert tilpasset pleie og omsorg i sykehus blir trukket frem i Essat og Hamilton (2008), Cheragi, Manookian og Nasrabadi (2014a) og Nortvedt, Kumar og

Lohne (2017), og dette har betydning for om pasienter opplever at deres verdighet blir ivaretatt under sykehusopphold.

Det er viktig å forstå at selv om vi er bevisst våre egne verdier og holdninger, vil underbevisstheten vår likevel påvirke vår oppførsel og holdning til andre. Dette kan bety at vi dømmer mennesker negativt, f.eks. på bakgrunn av deres livsstil, religiøse overbevisning eller oppførsel (Papadopoulos, 2006, s. 12). Videre kan dette gjøre at sykepleier ubevisst stigmatiserer pasienter med annen etnisk bakgrunn (Padela m.fl., 2011). Stigmatisering vil påfølgende kunne føre til at pasienten opplever tap av verdighet (Manookian, Cheragi og Nasrabadi, 2014b). En måte å håndtere dette på finner vi i Travelbees teori (1999), hvor en av grunntankene er at hvert enkelt menneske er absolutt unikt, og at vi mennesker er mer ulike enn like. Dersom vi tenker slik kan en ifølge Travelbee lettere unngå feilen at en dømmer pasienten ut ifra egne verdier (Travelbee, 1999, s. 57). Å være klar over sine egne fordommer, er første skritt mot å gjøre noe med dette. Alle har fordommer på ulike måter, å hevde det motsatte kan være en selvoppfatning som faktisk forhindrer endring (Hanssen, 2005).

### *5.1.2 Trinn to: Kulturell kunnskap*

Trinn to i modellen handler om å tilegne seg kunnskap om andre kulturer. Kunnskapen kan hjelpe sykepleieren til en bedre forståelse av pasientens syn på sykdom og hvilke verdier hun anser som viktige i ulike situasjoner (Papadopoulos, 2006, s. 13). Som sykepleier kan det blant annet være viktig å kjenne til at mange muslimer ser på sykdom som et test av ens tro på Allah (Wehbe-Alamah, 2008, s. 88). I tillegg kan det være til hjelp å vite om kollektivistiske verdier mange muslimer verdsetter. I Norge har vi en individualistisk kultur, og dette påvirker sykepleierens verdigrunnlag. Det kan f.eks. oppleves utfordrende for sykepleier å arbeide med en pasient som hele tiden er omgitt av en mengde besøkende. En sykepleier med individualistisk bakgrunn vil kanskje også se på pasienten og familien som to adskilte enheter, mens pasienten selv og familien ser på det som en uatskillelig helhet (Hanssen, 2011, s. 144). Feiltolkninger og misforståelser kan oppstå på grunnlag av ulike idealer og verdier. I islam kan f.eks. lydighet og lojalitet til familien være viktige idealer, mens dette innenfor norsk kultur kan feiltolkes til personlig svakhet, overdreven avhengighet og usunn underkastelse (Eide og Eide, 2007, s. 85). Det er derfor viktig at sykepleier har noe kunnskap om den andres kultur, slik at hun får forståelse for pasientens holdninger og handlinger. Forståelse vil kunne bidra til god kommunikasjon og dette vil være en styrke i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s. 137).

Hamilton og Essat fant i sin studie (2008) at grunnleggende kunnskap om kulturelle og religiøse behov og krav er viktig for at sykepleier skal kunne ivareta pasientens verdighet og respekt. Videre kom det frem at det er mangel på slik kunnskap. Dette samsvarer med studien til Alpers og Hanssen (2008), der 44% av sykepleierne mener de ikke har tilstrekkelig kulturkompetanse til å gi etniske minoritetspasienter god nok pleie og omsorg. Mange av sykepleierne mener de mangler kunnskap om hvordan de skal kommunisere godt via tolk, hvordan man skal utøve praktiske sykepleietiltak med familie og barn tilstede, og hvordan en skal møte kvinner som er omskåret. De uttrykket mangel på kunnskap om kulturelle ritualer som kan være viktige for pasienten under sykehusoppholdet, f.eks. faste under Ramadan (Alpers og Hanssen, 2013).

På den andre siden er det viktig å huske at det finnes alt fra liberale til konservative muslimer, og at man derfor ikke skal anta at alle muslimer har samme behov og verdier (Wehbe-Alamah, 2008). Det skal heller ikke forventes at sykepleier har kunnskap om alle slags religioner eller kulturer (Hanssen, 2011, s. 154). Det kan være enkelt å kategorisere mennesker på bakgrunn av tro og kultur, men det viktigste for å ivareta og styrke pasientens verdighet er å behandle vedkommende som et unikt individ og gi tilpasset personlig pleie og omsorg (Cheragi, Manookian og Nasrabadi, 2014a).

### *5.1.3 Trinn tre: Kultursensitivitet*

Kultursensitivitet innebærer at sykepleieren er følsom for pasientens preferanser og verdier. Begrepet vektlegger respekt og forståelse for andres ulikhet, og åpner for at sykepleieren blir oppmerksom på tanker og følelser som ligger til grunn for pasientens handlinger og holdninger. Kultursensitivitet kan være vanskelig å oppnå av flere grunner. Sykepleieren skal unngå stereotypisering, men samtidig ha kunnskaper om hva som kan være relevant for ulike etniske minoritetsgrupper. Mangel på slik kunnskap, kan føre til at pasienten ikke får best mulig behandling og pleie (Papadopoulos, 2006, s. 17). Sykepleieren må i tillegg være bevisst at hun innehar fagkunnskap som pasienten ikke har. Når sykepleieren skal hjelpe den syke til å ivareta helsen, skal hun yte ut i fra hva pasienten mest sannsynlig ønsker. Pasientens verdighet ivaretas ikke dersom sykepleieren handler ut ifra sine egne og avdelingens verdier og kultur, hun må forsøke å forstå pasientens perspektiv (Kristoffersen og Nortvedt, 2011, s. 105).



I artikkelen til Hamilton og Essat (2008) blir både kulturell kunnskap og kultursensitivitet trukket frem som svært viktig. Respondentene oppga ulike hendelser hvor de hadde opplevd at sykepleier ikke viste kultursensitivitet, og at dette hadde påvirket deres verdighet. Et eksempel er en kvinne som hadde følt seg forskjellsbehandlet fordi hun brukte hijab. Hun hadde inntrykk av at enkelte sykepleiere snakket mindre med henne enn med andre pasienter, og at dette var på bakgrunn av hodeplaget hennes (Hamilton og Essat, 2008). Et annet eksempel er en kvinne i studien til Padela m.fl. (2011), som fortalte at en mannlig lege hadde blitt fornærmet da hun ønsket en kvinnelig lege.

I studien til Nortvedt, Kumar og Lohne (2017) var kvinnene derimot fornøyde med hvordan sykepleierne møtte dem. Flere av respondentene sa at de ble møtt med respekt, empati og forståelse. En kvinne fortalte at hun satte stor pris på at alle ble behandlet likt, men samtidig forskjellig ut i fra hva slags behov de hadde. Videre sa hun at dette gjorde at hun følte seg verdifull og respektert. Dette viser at det er ulike oppfatninger, og at det kan være store variasjoner i hvordan kvinnelige muslimske innvandrerpasienter opplever å være innlagt i sykehus.

Samtidig er det viktig at sykepleier finner en balansegang, og ikke lar sensitiviteten overgå faglig skjønn. Det er viktig å fastslå at pasienten ikke nødvendigvis alltid "har rett", men hun har rett til å bli respektert for sine meninger og oppfatninger (Hanssen, 2011, s. 151). I følge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2016) har sykepleier "... et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten". Dette innebærer at kultursensitiviteten aldri skal overgå norsk lov. Sykepleieren må bruke sin mellommenneskelige innsikt og kulturelle forståelse, men skal ikke gå i mot egen sykepleiefaglig kunnskap eller profesjonelle integritet (Hanssen, 2011, s. 151).

#### *5.1.4 Trinn fire: Kulturkompetanse*

Kulturkompetanse er resultatet av sykepleierens kulturelle bevissthet, kulturelle kunnskap, kultursensitivitet og hennes fagkunnskap. Fordi sykepleier vil tilegne seg nye kunnskaper og ferdigheter gjennom sitt private og profesjonelle liv, mener Papadopoulos at kulturkompetansen vil utvikle seg i takt med tiden (Papadopoulos, 2006, s. 18). Dette motbevises derimot i studien til Alpers og Hanssen (2013) som konkluderer med at erfaring

alene ikke styrker sykepleierens kulturkompetanse, men at det må bli en integrert del av studiet og jobb. Videre kommer det frem at sykepleierens kulturkompetanse generelt sett er for lav, og at det bør rettes fokus mot interkulturell sykepleie både under utdanning og som et tilbud ved arbeidsplassen.

Min erfaring fra praksis er at sykepleierens arbeidshverdag kan være hektisk og stressende. Dette kan føre til at kulturelt tilpasset sykepleie ikke blir prioritert, og at dette går på bekostning av ivaretagelse av verdighet hos kvinnelige muslimske innvandrerpasienter. Det kan nærmest virke som om kulturforskjeller blir et problem, og at sykepleiere kvier seg for å ha pasienter med en annen etnisk bakgrunn. Dette fordi mange sykepleiere opplever at de må strekke seg lenger for å etterkomme ønskene til disse pasientene (Alpers og Hanssen, 2008). På bakgrunn av dette kan det tenkes at det er nyttig å sette av tid til å reflektere over handlinger som har blitt gjort på travle arbeidsdager. Frustrasjon kan dermed overføres til å bli læring, og den reflekterte hendelsen kan bidra til å oppnå økt kulturkompetanse. Dette kan styrke sykepleier i neste møte med muslimske pasienter, og bidra til å skape en atmosfære med økt respekt og ivaretagelse av verdighet hos pasienten.

## **5.2 Ivaretagelse av verdighet hos den kvinnelige muslimske innvandrerpasienten**

Verdighet er en subjektiv opplevelse. Både mennesker og situasjoner kan oppleves som krenkende, og vil ha innvirkning på vår opplevelse av verdighet. Som sykepleier møter en mennesker som befinner seg i de mest sårbare faser av livet, og da er det viktig at en klarer å være profesjonell og til stede for pasienten (Skærbæk og Lillemoen, 2013, s. 13). En forutsetning er å være bevisst at et møte mellom en kvinnelig muslimsk innvandrerpasient og en norsk sykepleier er et møte mellom to ulike kulturer. Dette vil blant annet vise seg i ulik forståelse av sykdom, helse, behandling og pleie. Disse pasientene vil forstå omsorg ut ifra sin egen religiøse og kulturelle bakgrunn (Degrie m.fl., 2017). Samtidig er vi alle mer enn og noe annet enn kulturen vi kommer fra; alle har sin unike historie og bakgrunn, tanker og meninger. Ethvert menneske skal bli møttet med respekt for den en er, og sykepleier skal gjøre sitt ytterste for å ivareta alle pasienters verdighet (Hanssen, 2011, s. 137).

### *5.2.1 Religion og verdier*

På bakgrunn av det som tidligere har blitt skrevet i teorikapitlet, kan en forstå at muslimers religiøse tro har stor innvirkning på alle områder i livet, og at det kan være en viktig del av

deres identitet og verdighet (Hanssen, 2005, s. 162). Som helsepersonell har man plikt til å gi helhetlig og kultursensitiv pleie til sine pasienter. Å ignorere ulike individuelle kulturelle og religiøse tolkninger og behov kan føre til at pasienten ikke føler seg ivaretatt. Sykepleier bør imøtekomme disse behovene og forventningene så langt det lar seg gjøre med eksisterende ressurser (Wehbe-Alamah, 2008, s. 94).

For flestparten av kvinnene i studien til Alpers og Hanssen (2013) var religion og tro viktig. En muslimsk kvinne mente at hun ved hjelp av sin sterke tro hadde overlevd et hittil tøft liv. Hun fant styrke i troen på Allah, ved å be og lese Koranen. På grunn av sin religion fikk hun tro på seg selv og håp for fremtiden, og dette beskyttet hennes verdighet. Dette underbygges i studien til Cheragi, Manookian og Nasrabadi (2014a) hvor flere av respondentene knyttet religion tett sammen med verdighet og menneskeverd. Pasientene følte deres verdighet ble ivaretatt ved at helsepersonell behandlet hver enkeltperson som et unikt individ og ved å imøtekomme deres religiøse og kulturelle behov. Sykepleier kan gjøre dette ved f.eks. å ordne et privat og rent område for bønn eller lesing av Koranen, og tilrettelegge for rituell vask før bønn (Wehbe-Alamah, 2008, s. 93).

Ære og skam er som tidligere beskrevet viktige verdier i islam, og kvinnens ære henger nøye sammen med kropp og seksuell atferd (Khader, 1996, s. 86). Religiøs og kulturell tro og praktisering rundt bluferdighet, tildekking og atferd rundt personer av motsatt kjønn, vil påvirke hvordan kvinner møter og oppfører seg rundt helsepersonell (Mujallad og Taylor, 2016). Ifølge islamsk lov skal det ikke forekomme fysisk berøring mellom en kvinne og en mann som ikke er hennes ektemann, bror, far eller sønn. Mange muslimske kvinner er sjenerte over egen kropp og bluferdighet er derav en viktig verdi (Hanssen, 2005, s. 163). En kan si at sykepleieren ikke respekterer en muslimsk pasients religiøse overbevisning når vedkommende ikke tar hensyn til hennes bluferdighet (Padela m.fl., 2011). Å eksponere en muslimsk kvinnes kropp under prosedyrer kan gjøre at hun føler seg flau, sint eller ikke respektert. Frykt for at helsepersonell ikke skal respektere disse kvinnenes grenser når det kommer til kropp og tildekking kan faktisk gjøre at kvinner lar være å oppsøke helsevesenet (Mujallad og Taylor, 2016). Det bør derfor tilstrebes at sykepleieren også er kvinne. Likevel må det sies at det å bli stelt av en av motsatt kjønn kan oppleves unaturlig uansett kulturbakgrunn. Spørsmålet blir da om det bør gis mer oppmerksomhet rundt dette også når det kommer til norske kvinner, og ikke bare muslimer? (Hanssen, 2011, s. 153)

Sykepleieren kan og oppleve at mange muslimske kvinner ønsker å vente med å ivareta sin personlige hygiene til pårørende kan hjelpe dem. Samtidig må det poengteres at det er sykepleierens ansvar å påse at nødvendig personlig hygiene blir ivaretatt. En måte å løse dette på er at sykepleier underviser pårørende i hvordan stellet skal gjennomføres tiden pasienten er på sykehuset (Hanssen, 2011, s. 154). En fare med dette er at sykepleier går glipp av viktige observasjoner ved stell, så her må det brukes faglig skjønn til å vurdere hva som er forsvarlig (Hanssen, 2011, s.151). Siden kvinnens kropp er så nært knyttet til ære og skam i islam, og fordi tap av ære kan bety tap av verdighet (Khader, 1996, s. 82), bør sykepleieren tilrettelegge så langt det lar seg gjøre. Da respekteres de religiøse behovene, noe som bidrar til å ivareta den muslimske kvinnens verdighet.

I Nortvedt, Kumar og Lohne (2017) oppgir pasientene at de er fornøyde med pleien som blir gitt av sykepleier, og at det utvises kultursensitivitet og kulturkompetanse, i form av kvaliteter som tillit, respekt, empati og gode kommunikasjonsferdigheter. Når det kommer til kjønnsproblematikken er mange sykepleiere kloke nok til å trekke seg unna og la en sykepleier av samme kjønn overta, uten at de ser på det som et nederlag (Hanssen, 2011, s. 154). Likevel er det flere studier som viser det motsatte. Pasienter har opplevd å bli behandlet dårligere av helsepersonell når de har bedt om bistand til religiøse behov (Padela m.fl., 2011). I Hamilton og Essat (2008) mener respondentene at sykepleiere generelt sett har for lite kompetanse når det kommer til andre religioner, og at dette kan påvirke hvor godt pasienter føler seg ivaretatt i sykehus. Dette har selvsagt innvirkning på verdighetsopplevelsen.

### *5.2.2 Familiens betydning*

Den muslimske familien har sterk tilknytning og stor betydning for hverandre, og det å besøke syke slektninger og venner blir sett på som en religiøs, kulturell og sosial plikt. Dette fører gjerne til at pasienten har mye besøk (Wehbe-Alamah, 2008, s. 87). Ofte kan det være vanskelig for sykepleiere fra individualistiske kulturer å forholde seg til pårørende, og det kan oppleves som et hinder for den omsorgen de ønsker å yte. I tillegg er sykepleiere i Norge påvirket av vestlige sykepleieteoretikere som har tendenser til å fokusere på individets behov for sykepleie (Hanssen, 2005, s. 71). Likevel er det viktig å vite at identitet og verdighet er sterkt knyttet til familie og fellesskap i kollektivistiske kulturer (Khader, 1996, s. 84). Sykepleieren bør derfor tilstrebe at den muslimske kvinnelige pasienten får ha pårørende hos seg dersom hun ønsker dette. Samtidig må sykepleier se mennesket i pasienten og ikke lage seg stereotyper (Travelbee, 1999, s. 57). Dette innebærer at hun ikke skal anta at alle

muslimske kvinner ønsker å ha familien hos seg, og at det er en like stor del av identitetsfølelse og verdighet for alle pasienter. I tillegg kan pasienten også ha behov for å være alene, men ha vansker med å si ifra til sine pårørende. Da er det sykepleierens oppgave å si ifra og tilse at pasienten får roen hun trenger (Hanssen, 2011, s. 156).

I islam er mannens ære knyttet til å verne om og beskytte de kvinnelige familiemedlemmers dydighet og bluferdighet. Dette gjelder også når kvinnen er innlagt i sykehus. I svært tradisjonell tankegang vil gifte kvinner avstå fra å ta på eller snakke med en mann, med mindre det er nødvendig av profesjonelle, pedagogiske eller helsemessige årsaker. Det kan hende at mannen snakker på vegne av kvinnen, og er tilstede på sykehuset mye av tiden (Wehbe-Alamah, 2008, s. 89). Dette er knyttet til tanken om ære og skam og det faktum at kvinnen mister sin ære, og dermed sin verdighet, dersom hun ikke bevarer sin bluferdighet. Samtidig som sykepleieren er forpliktet til å respektere pasienten og familiens verdier, er hun pliktig å følge yrkesetiske retningslinjer og lover. Retningslinjen ”Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser..” gjør seg her gjeldende, og sykepleieren bør tilstrebe å ha en individuell samtale med den muslimske kvinnen, slik at hun får ta avgjørelser på selvstendig grunnlag (Hanssen, 2011, s. 155). Her er det viktig å opprette en god relasjon til mannen også, slik at han ikke føler han taper ære i situasjonen.

### *5.2.3 Kommunikasjon*

I møtet mellom sykepleieren og den kvinnelige muslimske pasienten foregår det kommunikasjon mellom dem både når de samtaler og når de er tause (Travelbee, 1999, s. 135). Det er ingen tvil om at kommunikasjon på tvers av kultur- og språkgrenser byr på utfordringer. Mange av de grunnleggende elementene i hjelpende kommunikasjon er de samme, på tvers av ulike kulturer. Utfordringene har i hovedsak med fortolkninger og gjensidig forståelse av kultur, språk og mening å gjøre. Selv om de kulturelle forskjellene kan være veldig store, er sannsynligvis det individuelle behovet for å bli hørt og møtt med anerkjennelse, respekt og omsorg felles for de aller fleste (Eide og Eide, 2007, s. 81-82).

Manookian, Cheragi og Nasrabadi (2014b) fant at den verbale og nonverbale kommunikasjonsatferden til sykepleieren har stor betydning for pasientens verdighetsbevarelse. Et smilende fjes, å vise at man har tid, samt medfølelse og en hyggelig tone i samtalen er eksempler som styrker pasienters verdighet. Degrie m.fl. (2017) påpeker at kommunikasjon kan være både en ressurs og en kilde til misforståelser. Den største barrieren

er selvfølgelig at en ikke snakker samme språk. Dette har innvirkning på kvaliteten på pleien, pasientens selvbestemmelsesrett og forståelsen for pasientens behov. Kommunikasjonsproblemer kan føre til at pasientene blir misforstått og isolert, noe som vil påvirke den kvinnelige muslimske pasientens verdighet.

De som behersker språket har mer makt enn de som ikke gjør det. Sykepleieren må stille seg åpen og lyttende til den andre. Hun skal ikke misbruke sin beherskelse av språket og sin kunnskap til å unnlate å hjelpe eller trykke pasienten ned (Eide og Eide, 2007, s. 85-86). Kommunikasjonsproblemer begrenser pasientens mulighet til å formidle sine følelser og tanker til sykepleier. Dette kan føre til usikkerhet både fra pasientens og sykepleierens side, i tillegg til at pasienten kan bli sosialt isolert. Evnen til å bruke språket har stor betydning for vårt selvbilde, vår identitet og verdighet. Når manglende språkevner gjør det umulig å kommunisere med andre mennesker, kan ens selvbilde bli truet. Et negativt selvbilde og liten indre trygghet svekker menneskets evne til å takle stress og forandringer, og kan ha negativ innvirkning på fysisk og psykisk helse (Hanssen, 2005, s. 45).

Sykepleieren skal være pasientens advokat, og for å imøtekomme pasientens behov og krav er det helt essensielt at pasient og sykepleier forstår hverandre. I følge Travelbee er kommunikasjon prosessen sykepleieren bruker for å søke og gi informasjon til pasienten og pårørende (1999). Det er derfor viktig at en tolk benyttes dersom en ikke snakker samme språk, slik at pasienten får kommunisert det hun måtte ønske, og sykepleieren får gitt informasjon (Hamilton og Essat, 2008). Selv om pasienten har rett til tolk når hun er innlagt i sykehus, er det sykepleierens ansvar å tilse at denne retten blir innfridd. Dette er dessverre ikke alltid tilfellet. Det kan virke som en enklere løsning å benytte noen fra pasientens egen familie som tolk, både fordi det er kostbart med tolk, og fordi det krever mindre planlegging (Alpers og Hanssen, 2008). Det er likevel mange grunner til at dette bør unngås, blant annet at informasjon kan bli utelatt eller misforstått (Hanssen, 2011, s. 149).

#### *5.2.4 Menneske-til-menneske-forholdet*

I følge Travelbee er kommunikasjon en prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold. På denne måten kan en oppnå sykepleiers mål og hensikt, som er å hjelpe pasienter og pårørende med å forebygge og mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 1999, s. 35). Dette støttes av respondentene i Degrie m.fl. (2017), hvor en god

relasjon trekkes frem som viktig for at etniske minoritetspasienter skal føle seg ivaretatt av sykepleier. Omsorgsfulle sykepleiere som er genuint interessert i pasienten, som er fleksible, oppmerksomme, empatiske og respektfulle ovenfor pasientens behov, er ønsket.

Personlighetstrekk som høflighet, vennlighet og rolig fremtoning er sentrale for at pasienten skal føle at hennes verdighet blir ivaretatt (Manookian, Cheragi og Nasrabadi, 2014b).

Etniske minoritetspasienter verdsetter å bli behandlet likt som andre, og bli behandlet som unike individer. Likevel er det mange som oppgir at de opplever å bli behandlet annerledes enn andre pasienter, og at de blir møtt med fordommer, stereotypisering og rasisme (Degrie m.fl., 2017). Dette støttes i studien til Hamilton og Essat (2008) hvor respondentene mente at sykepleierne aktivt hadde informert om restriksjoner når det kom til antall besøkende. De hadde observert at dette var noe de ikke informerte alle pasienter om. Dette kan være et uttrykk for stereotyper og rasisme hos sykepleieren, noe som kan svekke pasientens verdighet og menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 1999, s. 189).

De fleste deltakerne i studien til Cheragi, Manookian og Nasrabadi (2014a) antydte at å bli behandlet som et objekt svekker pasientens verdighet. De understreket også at i kraft av å være menneske er du tillagt en uerstattelig verdi, og at du derfor skal forvente å bli behandlet på en verdig og respektfull måte. Manookian, Cheragi og Nasrabadi (2014b) fant at sykepleiers holdning og atferd er av betydning for pasientens verdighetsopplevelse. Som sykepleier er det viktig å behandle hver pasient som et unikt individ med egne holdninger og verdier, og huske dette i all pleie og omsorg. I følge Travelbee karakteriseres andre fase i utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold ved evnen til å verdsette den andre som et unikt individ. Det etableres en tilknytning mellom sykepleieren og pasienten, samtidig som en adskillellesprosess begynner ved at en anerkjenner den andre som unik (Travelbee, 1999, s. 188-189). Sykepleiers redsel for å gjøre noe feil gjør kanskje at hun tar avstand. Dette i seg selv kan skape en opplevelse av å bli behandlet uverdigg. Å møte hver enkelt person som et unikt individ er essensielt uansett hvilken kulturell og religiøs bakgrunn en person har (Hanssen, 2011, s. 157). Samtidig bør det diskuteres hvorvidt det er mulig å etablere et menneske-til-menneske-forhold i praksis. Min erfaring er at sykepleieren jobber under et tidspress, og forskning (Alpers og Hanssen, 2008) viser at sykepleiere opplever det enda mer tidkrevende å arbeide med minoritetspasienter. Ønsket om å etablere et menneske-til-menneske-forhold til alle pasienter er der, men knapphet på tid og ressurser kan kanskje gjøre det vanskelig?

## 6.0 KONKLUSJON

I denne oppgaven har jeg forsøkt å svare på hvordan sykepleierens kulturkompetanse kan bidra til at kvinnelige muslimske innvandrerpasienter ivaretar sin verdighet under sykehusopphold. I et samfunn som blir stadig mindre på grunn av globalisering, er det nødvendig at sykepleieren har kulturkompetanse for å imøtekomme alle pasienter sine ulike behov. Kulturkompetanse bør brukes som en viktig ressurs mellom sykepleieren og pasient, og ikke som en oppskrift fordi man antar at mennesker som tilhører en og samme religion eller kultur ønsker det samme. Fokuset på hva som er annerledes mellom ulike kulturer og religioner skal ikke overskygge pasientens grunnleggende behov, hennes unike bakgrunn og historie.

Verdighet er et omfattende ord, og det er mange faktorer som påvirker om et menneske føler at dets verdighet er ivaretatt. Kvinnelige muslimske innvandrerpasienter kan ha ulike behov enn andre religiøse og kulturelle grupper. Sykepleieren bør blant annet vite at religion er viktig for mange muslimer, og at kollektivistiske verdier og familien kan ha innvirkning på ivaretagelsen verdighet. Likevel skal det ikke antas at alle legger like mye i disse faktorene. Alle mennesker skal behandles som unike individer, og sykepleieren skal ikke danne seg en oppfatning av hva som er pasientens individuelle behov. Kommunikasjon er helt essensielt for at sykepleieren skal kunne ivareta verdigheten til pasienten, og etablering av et menneske-til-menneske-forhold er like viktig i alle relasjoner.

I arbeidet med denne oppgaven har jeg stilt meg spørsmålet om vi mennesker egentlig er så ulike. I forskningsartiklene det refereres til, er det ett behov som går igjen; behovet for å bli behandlet som et unikt individ. Det er akkurat dette som er verdighetens vesen. For at vi mennesker skal føle oss respektert og ivaretatt, vil vi bli sett for den vi er. Ikke bli behandlet på bakgrunn av forutinntatte holdninger. Kanskje sykepleiere er for opptatt av ulikhetene som skiller oss, enn likhetene som forener oss? Kanskje det er derfor noen kvier seg for å ha pasienter med en annen etnisk bakgrunn? I min fremtidige arbeidshverdag som sykepleier, er jeg forhåpentligvis tryggere i møte med muslimske innvandrerpasienter, og andre minoritetspasienter, enn jeg har vært tidligere.



## LITTERATURLISTE

Alpers, L.-M. og Hanssen, I. (2008) *Sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter*.

Tilgjengelig fra:

<https://www.ldh.no/forskning/attachment/743?download=true&ts=13ab16ed856>

(Hentet: 02. mai 2018).

Alpers, L.-M. og Hanssen, I. (2013) Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency, *Nurse Education Today*, nr. 34, s. 999-1004. doi: [10.1016/j.nedt.2013.12.004](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.004)

Cheragi, M. A, Manookian, A. og Nasrabadi, A. N. (2014) Human dignity in religion-embedded cross-cultural nursing, *Nursing Ethics*, 21(8), s. 916-928. doi: 10.1177/0969733014521095

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Dalland, O. og Tygstad, H. (2012) Kilder og kildekritikk, i Dalland, O. *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 62-81.

Degrie, L., Gastmans, C., Mahieu, L., de Casterlé, B. D. og Denier, Y. (2017) How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systematic review of qualitative research, *BMC Medical Ethics*, 18(2). doi: 10.1186/s12910-016-0163-8

Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

FN (2018) *FNs verdenserklæring om menneskerettigheter*. Tilgjengelig fra:

<https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter> (Hentet: 16. april 2018).

Hamilton, M. og Essat, Z. (2008) Minority ethnic users experiences and expectations of nursing care, *Journal of Research in Nursing*, 13(2), s. 102-110. doi: 10.1177/1744987108088638

Hanssen, I. (2005) *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Hanssen, I. (2011) Interkulturell sykepleie, i Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E.-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie Bind 1*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 135-160.

Khader, N. (1996) *Ære og skam*. 1. utg. København: Borgens Forlag.

Kristoffersen, N. J. og Nortvedt, P. (2011) Relasjonen mellom sykepleier og pasient, i Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E.-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie Bind 1*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 83-133.

Kristoffersen, N. J. (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie, i Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E.-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie Bind 1*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 207-280.

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

Mujallad, A. og Taylor, E. J. (2016) Modesty Among Muslim Women: Implications for Nursing Care, *MEDSURG Nursing*, 25(3), s. 169-172.

Nortvedt, L., Kumar, B. N. og Lohne, V. (2017) A qualitative study of immigrant women on long-term sick leave and their experience of dignity, *Disability and Rehabilitation*. doi: 10.1080/09638288.2017.1331379

NSF (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 16. april 2018).

Padela, A. I., Gunter, K., Killawi, A. og Heisler, M. (2011) Religious values and healthcare accommodations: voices from the American Muslim Community, *Journal of General Internal Medicine*, 27(6), s. 708-715. doi: [10.1007/s11606-011-1965-5](https://doi.org/10.1007/s11606-011-1965-5)

Papadopoulos, I. (2006) The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence, i Papadopoulos, I. (red.) *Transcultural: Health and Social Care*. 1. utg. United Kingdom: Elsevier, s. 7-24.

Romsland, G. I., Dahl, B., Slettebø, Å. (2015) *Sykepleie og rehabilitering*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Skærbæk, E. og Lillemoen, L. (2013) *Verdi og verdighet – Etikk i praksis*. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm.

SSB (2017) *Innvandrere og deres norskfødte barn - gruppenes sammensetning*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/innvandrere-og-deres-norskfodte-barn-gruppenes-sammensetning> (Hentet: 16. april 2018).

SSB (2017) *Medlemmer av tros- og livssynssamfunn, nyeste tall*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/faktaside/religion#blokk-2> (Hentet: 16. april 2018).

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tønnessen, M. (2018) *Innvandrere*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/innvandrere> (Hentet: 03. mai 2018).

Wehbe-Alamah, H. (2008) Bridging generic and professional care practices for Muslim patients through use of Leininger's culture and modes, *Contemporary Nurse* nr. 28, s. 83-97.