



BACHELOROPPGAVE:

“Hvordan ivaretar radiografen muslimske kvinners bluferdighet ved undersøkelsen røntgen thorax?”

“How does the radiographer maintain muslim women's bashfulness during chest X-ray examination?”

Forfattere:

Kine Pedersen og Yousuf Hussein Afrah

21.11.2012

Antall ord: 10358

FORORD

Denne oppgaven er en avsluttende hovedoppgave for radiografutdanningen ved Høgskolen i Gjøvik. I oppgaven har vi benyttet oss av personlig intervju som metode. Dette har vist seg å være en omfattende prosess, der vi har investert mye tid i planlegging, forberedelse, gjennomføring og ikke minst bearbeiding og analyse av intervjuprosjektet. Underveis i hovedoppgaven, har vi tilegnet oss kunnskaper om radiografenes ulike syn på utfordringer som kan oppstå knyttet til muslimske kvinner til røntgen thorax undersøkelse.

Vi vil i denne anledning takke vår veileder Randi Stokke som har gitt oss god veiledning over en lang periode. Vi vil også rette en stor takk til våre respondenter, som har bidratt med nyttig informasjon. Til slutt vil vi takke ansatte ved biblioteket på Høgskolen i Gjøvik som har vært til stor hjelp ved artikkel- og litteratur søk.

Gjøvik 21.11.2012

Kine Pedersen

Yousuf Hussein Afrah

09HBRAD, Høgskolen i Gjøvik

Høgskolen i Gjøvik

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie,

Seksjon for radiografi og helseteknologi.



Sammendrag av bacheloroppgaven

Kandidater: Kine Pedersen Yousuf Hussein Afrah	Dato: 21.11.2012		
Tittel: <i>“Hvordan ivaretar radiografen muslimske kvinners bluferdighet ved undersøkelsen røntgen thorax?”</i>			
Veileder: Randi Stokke			
Kandidat nr: 090758 &	Antall ord: 10358	Antall vedlegg: 4	Antall figurer: 5
Formål: Vi vil i denne oppgaven undersøke hvordan radiografene løser de ulike utfordringene som kan oppstå ved at en muslimsk kvinne skal gjennomføre en røntgen thorax undersøkelse.			
Metode: I denne studien ble det valgt kvalitativ metode, der personlig intervju ble gjennomført. I studien ble et lite antall radiografer ved sykehuset Innlandet intervjuet.			
Funn: Utfordringene ligger i kommunikasjonen imellom radiograf og den muslimske kvinnen, og radiografens begrensede kunnskap om den fremmedkulturelle pasient.			
Konklusjon: Ved at radiografen tilegner seg kunnskaper om den fremmedkulturelle pasienten, som her er den muslimske kvinnen, vil det være med på å kunne ivareta kvinnens normer og verdier. Vi mener at ved å lytte til kvinnen, vil radiografen kunne gjennomføre en røntgen thorax undersøkelse og samtidig ivareta kvinnens anstendighet.			
Søkeord: Muslimske kvinner, Røntgen thorax, Fremmed kulturell, Radiograf			

Høgskolen i Gjøvik

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie,

Seksjon for radiografi og helseteknologi.



Abstract

Participants: Kine Pedersen Yousuf Hussein Afrah		Date: 21.11.2012	
Title: “How does the radiographer maintain muslim women's bashfulness during chest X-ray examination”?			
Supervisor: Randi Stokke			
Candidate number: 090758 & 090757	Number of words: 10358	Number of attachments: 4	Number of characters: 5
Purpose: We will in this thesis investigates how radiographs solves the different challenges that can occur when a muslim woman conducts a chest X-ray examination.			
Method: In this study a qualitative method have been chosen, in which personal interviews were conducted. A small number of radiographers at the sykehuset innlandet was interviewed.			
Findings: The challenge lies in the communication between the radiographs and the muslim woman, and the limited knowledge of the radiographer of the foreign culture patient.			
Conclusion: By allowing the radiographer to acquire knowledge about the foreign cultural patient, which in this case is the muslim woman, will maintain the woman's norms and values. We believe that by listening to the woman, the radiographer can easy perform the chest X-ray examination and also maintain the modesty of the woman.			
Key words: Muslim women, Chest X-ray, Foreign culture, Radiographer			

Innhold

1.0 Innledning.....	7
1.1 Formål med studiet.....	7
1.2 Tema og problemstilling	7
1.3 Radiograffaglig relevans og avgrensning.....	8
1.4 Begrepsavklaringer.....	8
2.0 Relevant teori	9
2.1 Kultur og klesstil	9
2.2 Kommunikasjon og kulturgrenser.....	10
2.3 Røntgen thorax	10
2.3.1 Front PA (posterior anterior).....	11
2.3.2 Sidebilde.....	12
2.3.3 Eksponeringsverdier.....	12
2.4 Bluferdighet.....	13
2.5 Radiografens rolle som profesjonell helsearbeider i møte med fremmedkulturelle	13
2.6 Kunnskap om fremmedkultur.....	14
2.7 Språk og informasjon	15
3.0 Metode og analyse.....	16
3.1 Valg av metode.....	16
3.2 Intervjuundersøkelsen	16
3.3 Utvalg	18
3.4 Etikk i kvalitativ forskning.....	18
3.5 Tilgang til forskningsfeltet	19
3.6 Forforståelse av valgt tema.....	19
3.7 Intervjuguide	20
3.8 Analyse av rådata	20
3.8.1 Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold.....	21
3.8.2 Koder, kategorier og begreper.....	21
3.8.3 Kondensering	22
3.8.4 Rekontekstualisere	23
3.9 Litteratur grunnlag.....	24
4.0 Resultat.....	25
4.1 Kommunikasjon	25

4.1.1 Språkproblematikk	25
4.1.2 Kroppsspråk	26
4.1.3 Pårørende.....	26
4.1.4 Sammendrag.....	27
4.2 Fremmedkulturell	27
4.2.1 Kulturforskjeller	27
4.2.2 Bekledning	28
4.2.3 Kunnskap.....	28
4.2.4 Sammendrag.....	29
4.3 Ivaretagelse av pasient	29
4.3.1 Usikkerhet	29
4.3.2 Forberedelse av pasient	30
4.3.3 Bluferdighet.....	30
4.3.4 Radiografen.	31
4.3.5 Sammendrag.....	31
4.4 Undersøkelsestid	32
4.4.1 Henvisning	32
4.4.2 Tidspress.....	33
4.4.3 Bytting av arbeidsoppgaver.....	33
4.4.4 Sammendrag.....	34
4.5 Selve undersøkelsen	34
4.5.1 Bruk av hjelpemidler	34
4.5.2 Pasientinnstilling	35
4.5.3 Tuberkulosekontroll	35
4.5.4 Kvaliteten av undersøkelsen.....	35
4.5.5 Sammendrag.....	36
5.0 Diskusjon.....	37
5.1 Sosialkompetanse	37
5.2 Anstendighet.....	39
5.3 Kulturell kompetanse	40
5.4 Reliabilitet og validitet	41
5.5 Metodekritikk	42
6.0 konklusjon	43

7.0 Litteraturliste	44
8.0 Figurliste.....	46

Vedlegg 1-5

1.0 Innledning

Norge har i dag blitt ett mer flerkulturelt samfunn, og som radiograf kan du derfor møte pasienter og pårørende med ulik kulturell bakgrunn. Det er viktig som helsepersonell å møte pasienter med forståelse og respekt, samt ta hensyn til deres ønsker og særskilte behov.

I følge statistisk sentralbyrå finnes det ingen registre over den enkeltes religiøse tro i Norge, så noen spesifikke tall på antall muslimer finnes ikke. Statistisksentralbyrå antar at antall muslimer i Norge ligger på mellom 100 000 og 185 000, som vil si 2-4 prosent av befolkningen (statistisk sentralbyrå 2011, under overskriften ” Muslinsk flertall i Norge i fremtiden?”). Vi oppsøkte Hedmark Islamsk kultursenter på Hamar, som er et samlingssted for muslimer. Der fikk vi vite at det er registrert ca 835 antall muslimer i Hamar og Elverum omegn. Disse tallene kunne ikke si noe om kjønn.

1.1 Formål med studiet

Vi vil i denne oppgaven undersøke hvordan radiografer løser de ulike utfordringene som kan oppstå når en muslimsk kvinne skal gjennomføre en røntgen thorax undersøkelse. Her vil kommunikasjon, religion og kultur spille en sentral rolle for ivaretagelsen av kvinnen.

Ifølge Sharialoven er muslimske kvinner påbudt å tildekke seg. En annen regel er at fysisk kontakt med det motsatte kjønn ikke er tillatt. Her kan for eksempel en mannlig radiograf møte på en del utfordringer. Eksempler på utfordringer som kan oppstå: er at en vanlig gest, som hilsing blir misforstått, det å få kvinnen til å kle av seg på overkroppen, og ved fysisk kontakt under undersøkelsen.

1.2 Tema og problemstilling

Vi har derfor valgt temaet muslimske kvinner til røntgen thorax og problemstillingen vi har kommet fram til er følgende: ***“Hvordan ivaretar radiografen muslimske kvinners bluferdighet ved undersøkelsen røntgen thorax?”***

1.3 Radiograffaglig relevans og avgrensning

Temaet er av radiograffaglig relevans fordi det belyser ulike utfordringer radiografer kan møte på bildediagnostikk avdeling i møte med den flerkulturelle pasienten, og derfor ønsker vi å undersøke dette nærmere. I denne oppgaven vil vi ikke gå nærmere inn på kommunikasjonsvansker i forhold til bruk av tolketjenester.

1.4 Begrepsavklaringer

Bluferdighet

En definisjon på ordet bluferdighet er ifølge Wangensteen (2004) sømmelighet i forholdet mellom kjønnene. Vår definisjon i denne studien av ordet bluferdighet er hvordan radiografen utfører en røntgen thorax uten å krenke den muslimske kvinnens normer og regler innenfor hennes religion og kultur.

Kultur

Innen for det flerkulturelle feltet er begrepet kultur et av de mest sentrale, og har sitt opphav fra det latinske begrepet colere, som betyr å dyrke. Forstått mer generelt dreier kultur seg om det vi som mennesker utvikler og fremdyrker. Man kan si at kultur omhandler spilleregler for samspill innen for en gitt gruppe, som sentrale verdier, kommunikasjonsmønstre og adferd. Kultur kan oppleves stabiliserende i et samfunn, og man vil derfor forsøke å få neste generasjon til å bære dette videre (Båtnes og Egden, 2012).

Radiograf

I denne studien vil radiografen bli omtalt som helsearbeideren, informanten, deltageren eller respondenten.

2.0 Relevant teori

I dette kapittel presenteres bakgrunnsteori som kan være med på belyse vår problemstilling.

2.1 Kultur og klesstil

Den islamske slørskikken (burka) markerer sosial rang mellom kvinnene, og var et symbol på rangordning i den islamske kultur. Ifølge Koranen og profeten Mohamed's *sunna* (hans tradisjoner) var tanken å holde menn og kvinner adskilt i det offentlige og at samvær mellom dem måtte begrenses. Begrepet *hijab* og *jilabib*, kommer av det arabiske ordet *hajaba* som betyr 'å skjule'/'å gjemme'. Dette ordet brukes om alle former for slør, eller det å gjemme en gjenstand eller et menneske. Det religiøse tøyestykket hijab har i vesten utløst sterke følelser, både i muslimske og ikke-muslimske miljøer (Høstmælingen, 2004).

Ifølge Koranen skal troende kvinner "trekke sine hodeplagg over sine bryster" (Koranen vers 24:32) Profeten Mohammed fikk beskjed om å si til sine hustruer og døtre, og ikke minst til de troende muslimske kvinnene at de skal trekke sine *jalabib* som er et ytterplagg (kåpe) tett sammen om kropp og over seg, når de eventuelt skulle ut. Det er ikke bevist og det finnes heller eller ingen antydning i Koranen der det står at kvinnen skal tildekke ansiktet. "Ordet hijab er assosiasjonsfylde der teologer har tolket hijab versene i Koranen i retninger som verken har med slør eller noe med påkledning å gjøre" (Høstmælingen 2004, s. 27).

Det er i nyere tid at hijab entydig brukes om hodeplagg eller som den islamske klesdrakten for kvinne, som omfatter mer enn hodeplagg. I de få koranversene som finnes som tar opp påkledning og slør, brukes det helt andre ord enn hijab. En del muslimske kvinner bruker *khimar*, som er et tøyestykke som dekker håret, men ikke hals, nakke eller bryst. I Koranen beskrives tildekking som et kjennetegn på respekt: "*Du profet, si til dine hustruer, dine døtre, og de troende kvinner utenfor hjemmet svøper om seg sine ytterplagg (jilbab). Slik blir de gjenkjent som anstendige kvinner og unngår å sjeneres*" (Høstmælingen 2004, s. 54). Videre sier Høstmælingen (2004) at det å dekke seg til blir sett på som kjerneverdien i islam.

2.2 Kommunikasjon og kulturgrenser

Når det gjelder kommunikasjon på tvers av kulturgrensene kan dette lett føre til utfordringer. Ved større avstand i kultur, desto mindre vil virkelighetsmodellene overlappe hverandre, og derfor kan mulighetene til gjensidig forståelse reduseres. Her kaller vi begrepet for kulturavstand. Forskjellige kulturbakgrunner fører ofte til at man oppfatter verden og tilstedeværelsen ulikt. Man tilpasser seg den kulturen man vokser opp i, og normer og verdier er noe som kulturen man tilhører er med på å bestemme (Eide og Eide, 1996).

Muligheten for feiltolkninger og misforståelser kan fort bli stor når personer fra ulike kulturer møtes. Normer og regler etter ens religion og kultur kan innenfor en norsk ramme lett feiltolkes. Dette gjelder også omvendt. I norsk helsefaglig sammenheng vil åpenhet være av positiv verdi, mens i andre kulturer kan en slik åpenhet være av arten negativ verdi. For enkelte kan det å snakke direkte om personlige detaljer være skambelagt, og konsekvensen kan være at en utvikler en mer indirekte kommunikasjonsform. Slike personlige detaljer vil da bli formidlet gjennom indirekte talemåter, kroppsspråk og utelatelser (Eide og Eide, 1996).

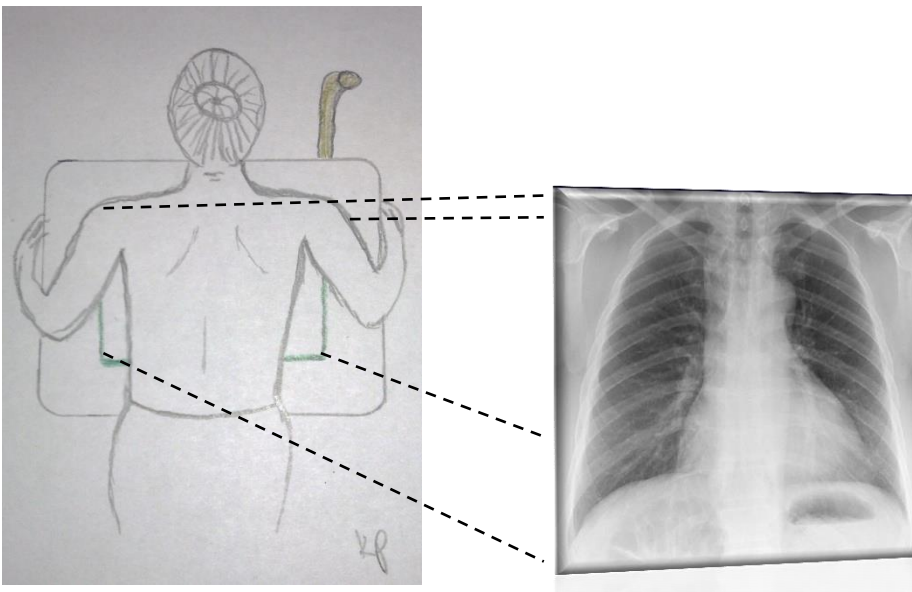
I tverrkulturelle relasjoner vil også det nonverbale spille en rolle som kommunikasjon. Man kan ofte tro at nonverbale signaler er de samme på bakgrunn av at de ikke er knyttet til språket. Noe som ikke er tilfellet. Gester, mimikk og kroppsholdninger kan ha forskjellig betydning i fra kultur til kultur. F.eks. en tommel opp i været, som hos oss vil bety noe bra, vil i midtøsten kunne fortolkes som en obskøn invitt. Latter vil også være av forskjellig betydning etter ens kultur (Eide og Eide, 1996).

2.3 Røntgen thorax

Her forklares kort hvordan en røntgen thorax undersøkelse gjennomføres. Røntgen thorax er den undersøkelsen som forekommer hyppigst på en røntgenavdeling. Vi har tatt utgangspunkt i en standard thorax som tas stående. Grunnen til at man tar stående frontbilder i PA (posterior anterior), er at det gir minst forstørrelse av hjertet (Bontrager, 2010). Det tas bilde av lungene for å undersøke blant annet indikasjoner for pneumoni, pneumothorax, stuvning og tumor. Røntgen av thorax blir hovedsakelig gjort i to projeksjoner. Dette for å få framstilt thorax i to plan. Altså et front bilde (PA) og et side bilde (Bontrager, 2010).

2.3.1 Front PA (posterior anterior)

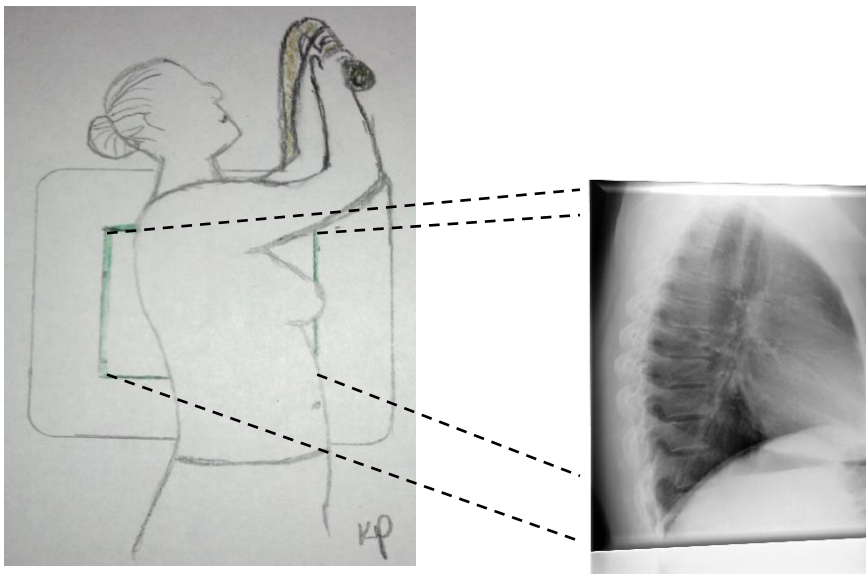
Her vil pasienten stå med ansiktet vendt mot veggbucky, og brystkassen skal være godt inntil billedplaten. Det er viktig at pasient står stabilt. Bak billedplaten er det håndtak pasienten kan holde i. Disse håndtakene er med på å rotere skuldrene framover og opp mot veggbucky, slik at scapula ikke overskygger lungene. Før vi begynner å sentrere er det viktig at pasienten har haken godt opp. Sentreringpunktet skal være i midtlinjen (midtsagittalplan) i høyde med scapula spissen, altså fra thoracalcolumna T5 - T7. Når det gjelder innblending skal begge lungene være godt synlig på bildet, slik at øvre apex av lungene til nedre del av lungene er med (Bontrager, 2010). Ifølge veileder-5 "Forskrift om strålevern og bruk av stråling"(2008) vil innblending ved ALARA (as low as reasonable achievable) prinsippet være viktig å tenke på. Bildet tas ved full inspirasjon (Bontrager, 2010).



Figur 1: Til venstre: illustrerer pasientinnstilling for front (PA) bilde (egen illustrasjon). Til høyre: viser et optimalt fornt (PA) røntgen thorax bilde (hentet fra prosedyren til bildediagnostikk divisjon Elverum, se vedlegg 3)

2.3.2 Sidebilde

På et sidebilde skal pasienten stå med venstre side mot veggbucky. Pasienten står med armene strukket opp ved hjelp av å holde i et håndtak, slik at armene kommer bort ifra billedplaten. Haken skal også her være godt strukket opp. Bilde tas ved inspirasjon (Bontrager, 2010).



Figur 2: Til Venstre: illustrerer pasientinnstilling på et thorax side bilde (egen illustrasjon). Til høyre: viser et optimalt røntgen side thorax bilde (hentet fra prosedyren til bildediagnostikk divisjon Elverum, se vedlegg 3).

2.3.3 Eksponeringsverdier

Ifølge Sykehuset Innlandet divisjon Elverums prosedyre, skal film fokus avstand (FFA) på røntgen thorax være på 180 cm (se Vedlegg 3). Når det gjelder eksponeringsverdier er kV satt til 125, og mAs mellom 2-5. Bildeplaten skal stå i portrett og ha en størrelse på 35x 45 (Bontrager, 2010).

2.4 Bluferdighet

Mange kvinner synes det er ubehagelig å kle av seg foran fremmede, uansett bakgrunn. Ingen krever at de skal skjule sin kropp, men det er deres egen bluferdighet som styrer denne følelsen (Brenna, 2007). Ofte møter man kvinnelige pasienter som helst ikke vil at helsearbeideren skal kle av dem mer enn det som er nødvendig (Brenna, 2007). Kumar (2002) sier at kvinner fra asiatiske og afrikanske land, og da spesielt muslimske kvinner, i større grad viser bluferdighet enn det man i Norge er vant med. Brenna (2007) sier videre at i mange religiøse hjem og tradisjonelle kulturer blir bluferdighet sett på som kvinnens dyd og smykke. I strenge kulturer, hvor det i samfunnet fortsatt ikke er likestilling med tanke på rettigheter, er kvinnen oftere opptatt av å gå tildekket, være lydige mot menn og viser bluferdighet.

Bluferdigheten kan handle om at kvinner har senket blikk, snakker med lav stemme, viser sømmelighet (ikke stiller kritiske spørsmål, går med små lydløse skritt, de skal være uberørte både fysisk og mentalt – det vil si at de ikke har tanker om seksualitet engang, de underkaster seg autoriteter) og har tildekket kropp (Brenna 2007, s. 98).

Helsearbeideren må vise hensyn til pasientens bluferdighet. Om det er mulig, bør undersøkelsen helst gjøres av en kvinnelig helsearbeider. Dersom det er slik at undersøkelsen blir gjort av en mannlig helsearbeider, vil det være riktig å bruke skjerm Brett (Brenna 2007). Kumar (2002) mener derfor at møte med det norske helsevesenet oppleves som vanskelig, siden disse kvinnene har et annet forhold til sin kropp og sitt underliv. Kumar (2002) og Brenna (2007) sier videre at ifølge islam skal kvinner kun blotte sitt underliv for sin ektefelle, med unntak ved fødsel, operasjon og legeundersøkelser. Undersøkelsene bør bli gjort av en kvinnelig lege, om dette ikke er mulig, bør det være en kvinne tilstede.

2.5 Radiografens rolle som profesjonell helsearbeider i møte med fremmedkulturelle

I møte med den fremmedkulturelle pasient er det mange faktorer som spiller inn for at undersøkelsen skal bli optimal, både for selve undersøkelsen og for pasienten som kommer til undersøkelsen. Danbolt og Nordhelle (2012) mener at det å gjøre seg bevisst på at pasienten kan ha spesielle behov, er det mest sentrale for en profesjonell helsearbeider. Videre sier de at det er avgjørende om den profesjonelle helsearbeider er åpen for å nærme seg pasientens

behov. Deretter må det vurderes om det er nyttig for undersøkelsen og pasienten om disse behovene blir et sentralt tema for å kunne utføre undersøkelsen (Danbolt og Nordhelle, 2012).

I møte med det ukjente kan det ofte være lett å glemme profesjonskunnskapen som ligger til grunn for all helse- og sosialarbeid. Dette er kunnskap som blant annet dreier seg om evnen til å føre en vanskelig samtale, det å kunne lytte og det å jobbe systematisk (Danbolt og Nordhelle, 2012). Danbolt og Nordhelle (2012) skriver videre at profesjonelle helsefagarbeidere som mestrer, kjenner og benytter seg av denne kunnskapen (profesjonskunnskapen) i praksis, vil ha en større innsikt i møte med pasientens behov. Det å kunne lytte aktivt til det pasienten har å si, og det å stille gode spørsmål, vil være viktig for å kunne imøtekomme pasientens spesielle og religiøse behov.

Teoretiske fagkunnskaper vil legge et godt grunnlag for at muligheten for krenkelse reduseres. Det som står sentralt er helsearbeiderens vilje samt evne til å bruke denne kunnskapen. Her vil også erfaring kunne gi kunnskap, som videre vil gi mulighet for utvikling i praksis. En praksis som i større grad vil kunne ivareta pasientens behov (Danbolt og Nordhelle, 2012).

Til slutt sier Danbolt og Nordhelle (2012) at for å kunne praktisere i en profesjonell rolle innen helse må helsearbeideren også ha kunnskap om regelverkene som gjelder for sitt arbeidsområde. Intensjonen bak disse regelverkene innen helse- og sosialtjenester i Norge er ofte for å redusere muligheten for krenkelser, både for oss som helsearbeidere og overfor vår pasient.

2.6 Kunnskap om fremmedkultur

Danbolt og Nordhelle (2012) fremhever at for å kunne hjelpe står kunnskap om religion sentralt, men siden mangfoldet av religioner er så stort vil det være umulig å få en fullstendig oversikt. Et godt utgangspunkt vil da være å gjøre seg kjent med de religiøse samfunnene i lokalmiljøet hvor en jobber. Dette vil kunne gi oss ett innblikk i hvordan det offentlige hjelpeapparatet og de ulike religiøse samfunnene kan mobilisere ressurser sammen. Ved å ha kunnskap om det mest sentrale innen den enkeltes religion sier Danbolt og Nordhelle (2012) at man i større grad på en profesjonell måte vil kunne ta vare på pasientens religiøse behov.

2.7 Språk og informasjon

Brenna (2007) sier at det å ikke mestre språket til majoriteten kan føre til at hverdagen blir relativ vanskelig. Dette fører til at pasienten eller den muslimske kvinnen blir avhengig av at noen andre stadig må bistå for at kvinnen skal forstå og gjøre seg forstått i forskjellige situasjoner. Videre nevner Brenna (2007) når en person ikke kan det norske språket, blir vedkommende usikker på sine omgivelser og det som skjer rundt personen. ”Språk er ikke bare ord, men det er toneleie, det er mimikk, det er sjargong, det er klesdrakt, det er symboler, det er frisyrer, det er smykker og det er virkelighetsforståelse” (Brenna 2007, s.40).

Det kan være vanskelig for fremmedspråklige pasienter å uttrykke følelsene sine på norsk. Når pasienten i tillegg er syk, kan en del følelser ofte settes i sving. Deriblant frykt, utrygghet, sinne og usikkerhet. En del muslimske kvinner som ikke behersker norskspråket, kan da oppleve at de ikke får formidlet de følelsene eller opplevelsene de besitter til radiografen. Brenna (2007) konkluderer med at manglende språkkunnskaper kan føre til at pasienten, i dette tilfellet den muslimske kvinnen kan føle seg ensom og forlatt.

I lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-5 (2012) blir det slått fast at *informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i pasientens eller brukerens journal.*

I yrkesetiske retningslinjer for radiografer (2009) skal ”1.2 Radiografen respekterer pasientens individuelle behov og gir tilpasset informasjon, pleie og omsorg slik at pasienten opplever trygghet i undersøkelses- eller behandlingssituasjonen.”

3.0 Metode og analyse

I dette kapitlet vil vi presentere valg av metode, litteratur som er benyttet, begrunnelse for utvalg og analysen av datamateriale, ved bruk av relevant teori.

3.1 Valg av metode

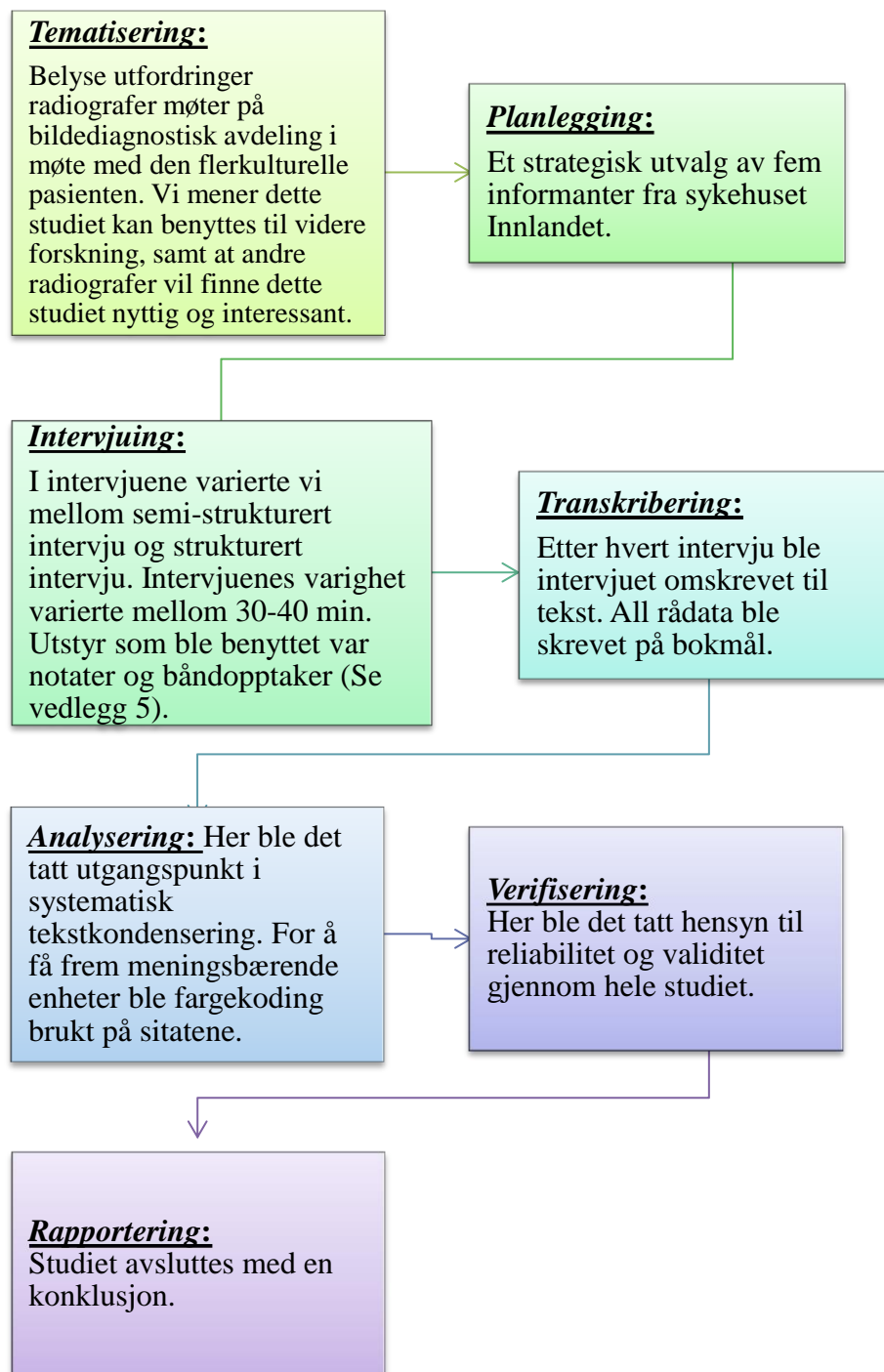
Metoden som er benyttet i denne studien er kvalitativ metode, der hovedhensikten er å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles. Kvalitative metoder blir brukt for å få vite mer om menneskelige egenskaper. Som innen vår valgte problemstilling vil være egenskaper som opplevelser, erfaringer, holdninger og tanker som radiografene besitter angående muslimske kvinner på røntgen thorax. Man kan da spørre etter betydninger, nyanser av hendelser og adferd. Målet vil være og utforske meningsinnholdet slik det oppleves for de involverte selv innenfor naturlige sammenhenger, som sosiale og kulturelle fenomener (Kvale og Birkmann 2009). Vi vil da kunne få frem dybden og relasjonene mellom radiografene og de muslimske kvinnene.

Innen forskning er kvalitativ forskningsmetode en av mange veier å gå for vitenskapelig kunnskap. Den kvalitative metoden består av tekst, som representerer samtaler eller observasjoner, som kan hjelpe til å presentere nyanser og mangfold. Virkeligheten her kan sees ut fra forskjellige perspektiver, tilross for at ikke alle perspektivene er like relevante for den problemstillingen vi ønsker å belyse. Betydningen for hvilken kunnskap som kommer fram er avhengig av forskerens perspektiv og posisjon (Malterud, 2011).

Videre fulgt Kvale og Birkmann (2009) ved å ta utgangspunkt i fenomenologisk tilnærming. Her gjelder det å få kunnskap om informantens erfaringer, ved å stole på informantens egen versjon av sin historie. Ifølge Kvale og Birkmann (2009) skal intervjuet være åpent for kunnskap som er forbundet i den verden informanten lever i.

3.2 Intervjuundersøkelsen

Når det gjelder intervjudesign har vi tatt utgangspunkt i Kvalet og Brinkmann (2009) syv faser når det gjelder utformingen av intervjuet. Ettersom de mener at denne beskrivelsen av intervjuundersøkelse vil egne seg for nyere forskere. Denne utformingen av intervjuet, vil gi oss et godt utgangspunkt med tanke på at vi er uerfarne som forskere. Under viser vi en illustrert beskrivelse av framgangsmåten.



Figur 3: Oversikt over de syv fasene i en intervjuundersøkelse, med beskrivelse av framgangsmåten.

3.3 Utvalg

For å oppnå informasjon som omgår det aktuelle fenomenet i både dybde og bredde, vil for forståelsen av temaet og problemstillingen være med på å bestemme rammene rundt utvalget av informanter. Et strategisk utvalg ble da satt sammen for å finne informanter som kunne komme med data som var av relevans for å belyse den valgte problemstillingen. Det Johannesen et.al.(2010) kaller for *purposeful sampling* eller strategisk utvelgelse av informanter.

Da vi begynte å sette kriteriene for utvalget ble vi beviste på at feltkunnskap var viktig. Feltkunnskap angående asylmottakenes beliggenhet i forhold til sykehusene. Det ble også foretatt en forhånds- sjekk av hvilke avdelinger som kjører kveldspoliklinikk på thoraxlab, samt forhørte oss rundt om hvilke divisjoner som tok seg av tuberkulose undersøkelsene som alle innvandrere må gjennomgå ifølge Folkehelseinstituttets tuberkuloseveiledning § 3.1 og § 4-2 (2012). Geografisk bosted av muslimer ble også tatt med i betraktning. Ved hjelp av feltkunnskap kunne vi begrense forskningsfeltet, og dermed ble avdelinger med potensiell relevans kontaktet.

Ved å rådføre oss med overradiografene fra de ulike avdelingene fikk vi også satt kriteriene i perspektiv. Utvalgskriteriene vi kom fram til var: vi ville helst ha flertall av mannlige radiografer og radiografer med lengre arbeidserfaring innenfor konvensjonell røntgen.

Fem radiografer ble da valgt ut ved hjelp av anmodning fra overradiografene ved de ulike bildediagnostiske avdelingene under sykehuset Innlandet.

3.4 Etikk i kvalitativ forskning

I en forskningsprosess er det viktig å følge etiske prinsipper og juridiske retningslinjer. Gjennom datainnsamlingen vil vi berøre radiografens mellommenneskelige relasjoner (Johannessen et. al.2010). Denne formen for direkte kontakt gjør at en rekke etiske problemstillinger kan oppstå, og dermed er dette forhold som det er viktig å være bevisst på i en forskningsprosess. Kanskje er det enkelte temaer eller spørsmål det ikke burde forskes på. Temaet vi har valgt for studien kan for radiografene oppleves som et sensitivt tema, og dette er det viktig å ta forhåndsregler for. Før vi begynte intervjuet, presenterte vi oss og temaet for deltageren. Radiografene ble deretter informert om anonymitet og om retten til å bestemme over sin egen deltagelse. I følge den Nasjonale forskningsetiske komité (NESH), nr 9,

”Personvern og gjenkjennelsesproblematikk” (2010) viser dette retten til selvbestemmelse og autonomi. Vi mener denne innledningen til intervjuene vil trygge radiografen, og kan være med på å bidra til en god tone og at tillit ble etablert.

Vi henvendte oss personlig til de aktuelle avdelingene der vi opplyste om studiet og dens formål, med spørsmål om interesse for deltagelse. Slik fikk radiografene kjennskap til studiet. Derfra fikk avdelingene ett skriv der vi konkretiserte studiets formål og på denne måten oppnådde vi både skriftlig og muntlig samtykke (Se VEDLEGG 1).

Ettersom sykehuset Innlandet er et lite forskningsfelt, vil opplysninger som røper informantens alder, ansiennitet og kjønn medføre til at anonymitet ikke blir opprettholdt. I henhold til vanlige forskningsetiske normer har vi derfor også omgjort dialektuttrykk fra direkte sitater til bokmål (NESH, 2010).

3.5 Tilgang til forskningsfeltet

Før vi kunne ta kontakt med de aktuelle avdelingene angående deltagelse, måtte vi søke om tillatelse til sykehuset Innlandet som forskningsfelt. Dette ble gjort ved å sende inn et utfyllt utvikling og kvalitets skjema (VEDLEGG 2). Dette ble sendt til forskningsavdelingen ved forskningssjefen. Videre har vi kontaktet og hatt personlig oppmøte på avdelingene, for å komme i kontakt med sjefsradiografene. Dette ble gjort for å få tillatelse samt å innhente informasjon om ideelle informanter fra avdelingen.

3.6 Forforståelse av valgt tema

Opgavens tema stammer fra egne erfaringer fra tidligere praksisperioder, hvor vi har kommet i situasjoner hvor det kulturelle og religiøse har spilt en viktig rolle for ivaretagelsen av pasienten. Dette har vært et tema som også har blitt diskutert rundt lunsjbordet ved de praksisplassene vi har vært på. Vi fikk dermed en forforståelse av at spesielt mannlige radiografer kunne møte på en del utfordringer. Med tanke på muslimske kvinner og gjennomføring av vanlige røntgen undersøkelser, som for eksempel ved CT- colon og røntgen thorax. Derfor ble dette et interessant tema å se nærmere på. I forhold til intervjuguiden var vi bevisste på at vår forforståelse av temaet ikke skulle overskygge resultatet av studiet.

3.7 Intervjuguide

Ifølge Johannesen et.al.(2009) finnes det mange måter å utføre et intervju på. Under vår studie valgte vi å variere mellom semi-strukturert intervju og strukturert intervju. Semi-strukturert eller delvis strukturert intervju tar utgangspunkt i en intervjuguide, der rekkefølgen av spørsmålene varieres underveis i intervjuet. Ved strukturert intervju har forskeren på forhånd bestemt både tema og spørsmålsformuleringene. Vi valgte bevisst å variere mellom disse to intervjumetodene, for å kunne forandre på rekkefølgen av spørsmålene underveis i intervjuet. Dette bidro til at intervjuet ble mer ryddigere, og informantene fikk tid til å reflektere. Videre ville vi at intervjuet skulle ha en deskriptiv metode, der svarene blir mest mulig spesifikke.

Ifølge Kvale og Birkmann (2009) oppfordrer informanten til å beskrive det de opplever, føler, og hvordan de handler. Under utforming av intervju spørsmålene ble da deskriptiv metode benyttet, ettersom studien har som utgangspunkt i å ta del i informantens verden.

I forkant av intervjuene gjennomførte vi pilot- intervju på tre utvalgte høyskolelektorer ved Høgskolen i Gjøvik i samråd med vår veileder. Det var enkelt å gjennomføre disse pilot-intervjuene da lektorene var lett tilgjengelig, og tilbakemeldingene vi fikk etter endt intervju var til stor hjelp for videreutvikling og formulering av spørsmålene i intervjuguiden. Den ferdig utformede intervjuguiden, som ble brukt under intervjuene er lagt til som vedlegg 5.

3.8 Analyse av rådata

Ved analyse i kvalitativ metode skal det flettes ett bånd mellom rådata og resultater, slik at det organiserte datamaterialet sammen vil bli fortolket og sammenfattet. I denne delen av oppgaven er vi opptatt av innholdet i datamaterialet som er samlet, som utsagn og beskrivelser fra intervjuet. Det finnes mange ulike metoder å analysere datamaterialer på, vi har tatt utgangspunkt i systematisk tekstkondensering. Målet er å få en dypere forståelse og mening ut ifra informantens tanker om fenomenet vi vil belyse, som er muslimske kvinner til røntgen thorax (Johannesen et.al 2010). Denne metoden inndeles ifølge Malterud (2003) i fire trinn:

1. *Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold.*
2. *Koder, kategorier og begreper.*
3. *Kondensering*
4. *Sammenfatning*

3.8.1 Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold

I den første fasen *Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold* ble mye tid brukt på å danne seg et helhetsinntrykk av det innsamlede transkriberte datamaterialet. Hovedfokuset var å lete etter interessante temaer som går igjen hos de fleste informantene. Videre har vi hatt fokus på å bevare informantenes beskrivelse av gitte fenomener, slik at vår forforståelse og teoretiske bakgrunn ikke skulle overskygge informantens stemme. Når det gjelder transkriberingen har vi som sagt valgt å omskrive direkte sitater fra dialekt til bokmål. Her kan det tenke seg at en del nølende ord som ”ehh” og ”hahaha”, tenkepauser og lignende forsvinner. Dette kan i verste fall medføre at informantens meninger og ytringer forandres (Malterud, 2003). Etter hvert som vi fikk oversikt over intervjumaterialet, så vi en rekke likhetstrekk fra de ulike informantene. Likhetstrekkene ble da samlet, og vi kom fram til ulike temaer for å kunne kategorisere datamaterialet. Temaene som gikk igjen hos deltagerne var ”kommunikasjon”, ”fremmedkulturell”, ”ivaretagelse av pasient”, ”tid”, ”radiografen”, ”press” og ”selve undersøkelsen”.

3.8.2 Koder, kategorier og begreper

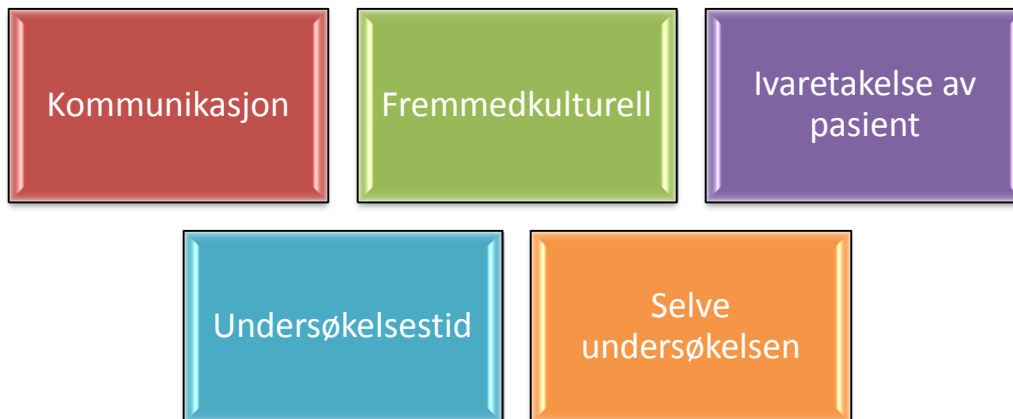
Under fase to *Koder, kategorier og begreper* var målet å sile ut relevant tekst fra irrelevant tekst, med utgangspunkt i problemstillingen. For å få fram meningsbærende elementer i materialet, ble en systematisk gjennomgang utført. Det ble benyttet fargekoding på sitatene slik at samme tema fikk samme farge. Dette for å fremme sitater som vil gi oss kunnskap og detaljert informasjon (se vedlegg 4). Fargekodingen ble brukt for å kartlegge meningsbærende sitater, slik ble det lettere å analysere innsamlet rådata (Malterud, 2003). ”Kodearbeidet tar i utgangspunktet sikte på å fange opp og klassifisere alle de meningsbærende enhetene i teksten som har sammenheng med de temaene vi merket oss innledningsvis i første analysetrinn” (Malterud 2003, s. 102).

Utifra temaene ovenfor ble det utarbeidet syv koder, men etter å ha systematisert de meningsbærende elementene ble noen endringer gjort. De syv temaene ble da til fem koder.

Temaene ”tid” og ”press” ble da slått sammen til ”undersøkelsestid”, da vi mener ”undersøkelsestid” ble ansett som en sammenfatning av disse to temaene. Temaet ”radiografen” ble tilslutt en underkategori av koden ”ivaretagelse av pasient” på grunn av at

utsagnene fra informantene omhandlet for det meste omsorg og ivaretagelse av pasientene og pårørende.

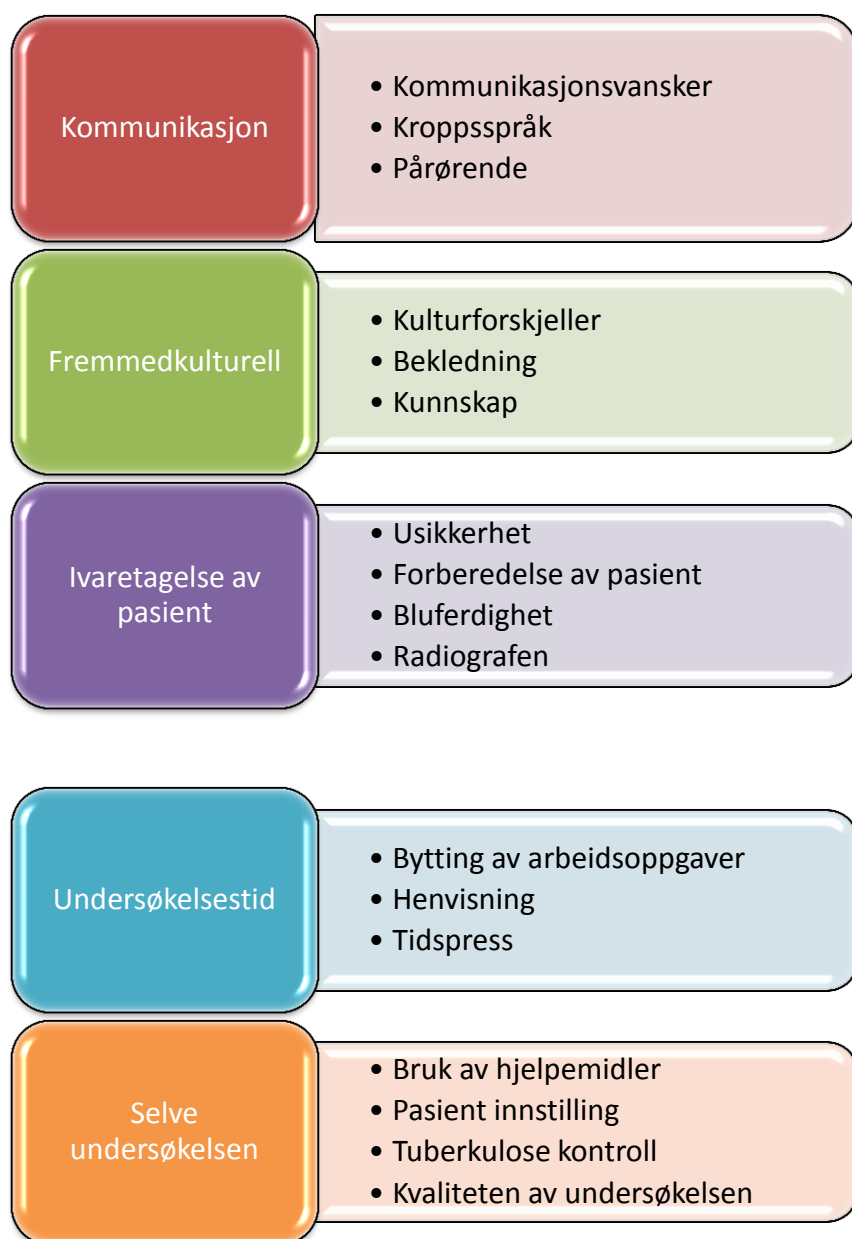
De resterende temaene ble omgjort til direkte koder, ettersom vi syntes de gikk igjen i utsagnene fra informantene.



Figur 4: Gir en oversikt over de fem utvalgte kodene.

3.8.3 Kondensering

I den tredje fasen av tekstkondenseringen, altså *Kondensering*, skal den delen av teksten som er kodet trekkes ut, det vil si den teksten som vi anser som meningsbærende for studiet. Dette medfører da at vi sitter med et mindre materiale å jobbe med, som så rangeres etter kodeordene. Tidligere har vi nevnt at vi har slått sammen en del kodeord, mens i denne fasen har vi tatt med underkoder. Hver av de fem kodene i denne fasen har fått ulike underkoder (Johannessen et.al 2010).



Figur 5: Gir en oversikt over de fem kodene med underkoder.

3.8.4 Rekontekstualisere

I analysens fjerde og siste fase skal tekst-bitene sammenfattes. Under *rekontekstualisering* eller *sammenfatning*, som fasen kalles, har det vært viktig å huske på at vi skal formidle det informantene sier og mener, slik at leseren får innsikt i hva informantene vil fram til før kodingen. Altså i den siste fasen analyserer vi kvaliteten på det innsamlede materialet. Dette kaller Johannessen et. al (2010) for prosess som sikrer systematikk i analysearbeid.

3.9 Litteratur grunnlag

Vi har gjort et artikkelsøk. Under søket ble to artikler valgt på grunn av relevans til problemstillingen, samt at kildene ble sett på som troverdige etter å ha lest en rekke andre artikler. Begge artiklene ble funnet på Academic search elite. Databasen blir ansett som en pålitelig utgiver av en rekke medisinske tidsskrifter, siden artiklene gjennomgår en rekke kriterier før de blir utgitt.

For å komme fram til artikkelen "*Patient-Centered Care for Muslim Women: Provider and Patient Perspectives*". Ble tre følgende søkeord brukt: muslim, care og culture. For å begrense resultatene under søket ble: "Fulltekst" haket av, dokumenttype satt på "artikkel", og "publikasjonsdato" ble satt fra å gjelde januar 2008 til januar 2012. Resultatet av dette søket ble på 18 artikler, og artikkel nr 4 ble da valgt.

Artikkelen handler for det første om helsearbeiderens perspektiver for å levere kulturbasert og kulturelt passende omsorg for muslimske kvinner i USA. For det andre gikk studiet ut på utforske helsearbeidernes og pasientenes oppfatning om ulike barrierer og anbefalinger for å gi omsorg.

Ved artikkelen "*Bridging generic and professional care practices for muslim patients through use of Leininger's culture care modes*". For å komme fram til denne artikkelen ble de samme søkeordene brukt: muslim, care og culture. For å begrense resultatene under søket ble: "Fulltekst" haket av, dokumenttype satt på "artikkel", men "publikasjonsdato" ble satt fra å gjelde januar 2007 til desember 2012. Resultatet av dette søket ble på 26 artikler, og artikkel nr 1 ble da valgt. Formålet med denne artikkelen er å gi kunnskap om muslimske tro, uttrykk og praksis, for så å kunne bistå sykepleiere og annet helsepersonell ved deres profesjonelle omsorg i praksis.

4.0 Resultat

I kapitlet under vil resultatet fra spørreundersøkelsen og sammenhengen mellom informantenes utsagn bli presentert.

4.1 Kommunikasjon

Temaet kommunikasjon ble ofte nevnt av radiografene under intervjuet. Det var tydelig at mange radiografene hadde opplevd situasjoner der det var vanskelig å kommunisere med den muslimske kvinnen. En del av informantene opplever også at de ikke får gitt den samme omsorgen, og at thorax undersøkelsen ikke ble helt optimal når kvinnen ikke forstår språket. Under intervjuene kom det også fram at radiografene har en følelse av at de ikke oppnår pasientkontakt med de muslimske kvinnene.

4.1.1 Språkproblematikk

”Det kommer litt ann på hvor mye de skjønner. Det er også språket her, ikke sant!? Om de i det hele tatt skjønner hvem jeg roper opp. Det hender ofte at jeg peker på pasienten på venterommet, ”du”!! Men kommunikasjon kan være vanskelig ja.”

”Noen hører interessert etter og prøver å skjønne hva du mener, og noen skjønner hva du mener.”

”Det språklige selvfølgelig, hadde man kunne språket hadde mye vært løst.”

”Jeg synes at det er litt leit at jeg ikke får kommunisert godt nok. Synes det er litt dumt for jeg får ikke den vanlige omsorgen og dialogen når jeg ikke kan snakke med de. Gi de den trygghetsfølelsen som jeg vil gi.”

”For min del hvis det kommer muslimsk kvinner som snakker engelsk, har jeg et problem med å kommunisere med henne. For jeg selv er så dårlig i engelsk.”

4.1.2 Kroppsspråk

”Vi holder ofte øyekontakt med pasienten for å se om de skjønner, men noen vil selvfølgelig ikke ha øyekontakt. De er veldig avvisende og ikke vil skjønn. Eller at de rett og slett ikke skjønner.”

”Man kan vel se det på kroppsspråket. At de føler veldig ubehag med det, unødvendig stort ubehag.”

”Men stort sett så klarer vi å få det til med kroppsspråk. Jeg er god på kroppsspråk. Klarer å formidle instruksjoner, men informasjon om før og etter undersøkelsen blir litt vanskeligere.”

4.1.3 Pårørende

”Andre stiller med hele familien, syns det overhode ikke er greit å kle av seg. Men du prøver jo å tilpasse det etter situasjonen.”

”Jeg pleier å spørre mannen om det er greit om han venter rett utenfor. Er det slik at han absolutt må være med inn, ja vel! Da får han stå i hjørne med bly frakk på.”

”Og er kanskje i følge med en mann, som heller ikke liker dette her, at de skal kle av seg, så vi må som sagt tilpasse undersøkelsen. Det er ikke alltid slik at den blir helt optimal, nei.”

”Enkelte av kvinnene blir fulgt av sin mann, og han vil jo da veldig gjerne bli med inn. Jeg prøver på en måte å forhindre dette, ettersom rommet er lite, vi ikke har lov til å ta noen med bak til arbeidsstasjonen, med tanke på stråling og fordi det er godt innsyn videre inn til avdelingen.”

”Den gangen mannen ikke følger med kvinnen inn på laben, synes jeg det går greit.”

”Å kle av seg ovenfor meg som er en mannlig radiograf, og da er det klart situasjonen blir litt vanskeligere. Hvis det da også er følge med som er litt påpasselig som mange av dem ofte er, så kan det ofte bli litt sånn tilspissa situasjon. Da må du prøve å forklare da at dette er nødvendig faktisk, dette er ikke noe vi gjør fordi vi er nysgjerrige.”

4.1.4 Sammendrag

Samtlige av radiografene mener kommunikasjonen kan være en utfordring når språkforståelsen ikke er tilstrekkelig mellom dem og de muslimske kvinnene. Bare det å rope opp pasienten på venterommet kan by på utfordringer. Da en del av radiografene hadde utsagn om at det kunne være vanskelig å uttale noen fremmedspråklige navn. Enkelte av informantene nevner også implisitt at de opplever at de ikke får gitt den omsorgen ovenfor kvinnen da språket setter sine begrensninger på hvor mye informasjon de får gitt.

Informantene sier noe om hvordan de leser og tolker kroppsspråket på kvinnen når de tar henne med inn på laben. Enkelte beskrev situasjoner der pasientene opptrer avvisende, noe som gjør at radiografene opplever at de ikke får oppnådd pasientkontakt, som de vanligvis pleier. Dette fører til at radiografene får en følelse av at pasienten ikke føler seg godt ivaretatt.

4.2 Fremmedkulturell

Mange av radiografene opplever den økende innvandringen. Radiografene ga inntrykk av at de var bevisste på at det kunne oppstå ulike utfordringer, og at de under undersøkelsen prøvde å vise hensyn ovenfor for kvinnen.

4.2.1 Kulturforskjeller

”Ja, det gjør jeg selvfølgelig. Det har jeg gjort mer og mer med åra, fra jeg begynte til nå så har det blitt flere og flere fremmedkulturelle, ikke ett ord jeg liker egentlig. Men ja det har jo blitt det. ”

”Noen har vært her i mange år og skjønner godt hva du mener, og noen er ganske nye og har en bakgrunn som gjør at de kvier seg veldig og er ganske avvisende.”

”Jeg ser jo kulturforskjeller, og prøver å ta hensyn til det.”

”Norge har vært flerkulturelt i 50 år, og vel så det. Mange har vært her i mange år, og mange er jo født i Norge og oppvokst her i Norge og oppvokst som muslim i Norge. Og de har jo mye mer innblikk om hvordan det er i Norge. Så det finnes ikke noe entydig svar på sånt.”

4.2.2 Bekledning

”Ja, det er jo spesielt det med om kvinnene er vant med å kle av seg for fremmede, og at det kan være vanskelig for noen.”

”Kan være litt pasient avhengig. Noen er veldig sjenerte. Du ser at de sliter med og på en måte å kle av seg, og har de da et tynt plagg på seg, for de beholde det. Pleier ikke å kle av hvis vi ikke må.”

”Det er ikke vanskeligere å undersøke en litt tildekket frodig somalisk eller afghansk pasient, enn å undersøke en 18 eller 19 årig vanlig normal norsk jente. Det er bare at noen får et større fokus.”

4.2.3 Kunnskap

”Mitt trekk er vel kanskje det at jeg har lite kunnskap om det selv, altså jeg vet for lite om de jeg møter med hijab.”

”Nei, men jeg eller vi vet lite om deres kultur og tradisjoner, men samtidig, hvor skulle vi ha skaffet oss slik kunnskap?”

4.2.4 Sammendrag

Under intervjuet hadde vi et spørsmål som omhandlet om radiografene noen ganger tenkte på dette med kulturforskjeller. Informantene viste til at de hadde en forståelse for at det kunne oppstå utfordringer på grunn av disse kulturforskjellene.

Radiografene opplyste at deres erfaring var at det var tydelig forskjell mellom de kvinnene som hadde oppholdt seg i Norge en stund kontra de kvinnene som var nye i landet, med tanke på språkforståelse og medmenneskelige relasjoner.

Når det gjelder bekledning oppfatter radiografene at de muslimske kvinnene oftere viser større sjenanse ovenfor dette med å kle av seg inne på laben sammenlignet med andre kvinner. De viser hensyn til med at de lar kvinnene ha på seg et tynt plagg selv om det ikke er å foretrekke i forhold til undersøkelsen.

Enkelte av informantene synes selv de har for lite kunnskap om denne pasientgruppen, og på grunn av dette ikke viste hvordan de skulle forholde seg til enkelte situasjoner.

4.3 Ivaretagelse av pasient

Informantene var veldig opptatt av å ta vare på alle pasientgrupper, uansett kjønn og kulturellbakgrunn. Men at radiografen ovenfor pasientgruppen muslimske kvinner har opplevd at det kan være vanskelig å få den pasientkontakten de ønsker.

4.3.1 Usikkerhet

”Når du merker at pasienten er veldig sjenert, altså du blir møtt med motstand, avisjon med engang, ikke sant. At pasienten ikke synes dette er greit. Det er klart da blir det vanskeligere med engang.”

4.3.2 Forberedelse av pasient

”Prøver jeg å forberede pasienten så godt som mulig, det vil si jeg prøver å forklare hva vi skal gjøre, og fjerner så mye klær som mulig. Går det ikke så må du bare akseptere det og ta bilde der. Altså må du tilpasse! Det vi driver med har ingenting med tvang å gjøre, det er jo frivillig.”

”Det er viktig å ta vare på hver og en pasient, uansett menneske og kulturell bakgrunn. Det å ta hver og en som de er, og gjøre situasjonen så enkel som mulig. Man skal ikke overkjøre noen. Det er viktig. Det er min holdning.”

4.3.3 Bluferdighet

”Ja, man føler kanskje at du trækker de litt på tærne da. Med å skyve det litt til sides, for du må jo se litt, så. Men jeg har ikke opplevd at noen har blitt sint eller ubekvemme. Når de først er inne, så føler de seg trygg tror jeg.”

”Jeg tror nok vi har tråkket over deres grenser en del, og det er jo kanskje noe som vi som gjør undersøkelsen kjenner litte granne på, at det føles ubehagelig. Det er en ubehagelig del av undersøkelsen når du skjønner at de ikke forstår.”

”Jeg har opplevd sjenanse hos enkelte muslimske kvinner. Ser jeg at de synes dette med å ta av seg er ubehagelig, så finner jeg fram en skjorte som de kan ha på seg. Prøver å ta hensyn til hver og en. Generelt synes jeg ikke det er noe problem.”

”Thoraxlaben ligger i et hjørne, hvor det ofte er inngangs trafikk. Når generelt kvinner med utenlandsk opprinnelse er inne, låser døren slik at ingen kommer inn. Jeg er også veldig nøye med i visse tilfeller å bruke skjerm Brett for å skjerme kvinnen.”

”Det kan jeg faktisk ikke svare på, jeg håper det. Det er det eneste jeg kan si. Har aldri spurt

om det, men de fleste virker veldig letta når de går ut. Har ikke fått tilbakemelding på noe som helst, ikke fått noe klager eller ros for den saks skyld.”

4.3.4 Radiografen.

”Jeg har min egen måte å løse det på, stort sett. Det er veldig forskjellig, veldig individuelt. Har vært borti situasjoner som er veldig vanskelig når det kommer personer som er helt.. kommer med hele familien sin og er helt innsnauet topp til tå, da vet jeg at jeg har et problem. Det er vanskelig å forklare hvorfor og sånn, men tilpasser selvfølgelig situasjonen deretter.”

”Nå er vi så vant til de, holdt jeg på å si. De er en del av oss. Det var nok verre for de gamle røntgen sykepleiene når innvandrerne begynte å komme til Norge, var det nok mye vanskeligere da. Men nå er det jo en del av samfunnet.”

”Jeg tror de fleste er såpass profesjonelle at de ikke lar det påvirke jobben noe særlig. Men det er alltid en utfordring når ikke du kan snakke med dem. Da er det ikke mange ordene som viser til at man forstår hverandre.”

4.3.5 Sammendrag

Samtlige av informantene opplever at muslimske kvinner ofte virker veldig usikre når de kommer inn på laben. Spesielt de mannlige informantene føler at de er med på å skape unødvendig usikkerhet hos den muslimske kvinnen bare fordi de er menn. De mannlige radiografene mener de ofte tolker aversjon og motstand hos de muslimske kvinnene, når de skjønner at det er en mann som skal utføre undersøkelsen. Det kommer fram at enkelte radiografer føler ubehag ved at det skapes en unødvendig usikkerhet hos kvinnene.

Under intervjuet kommer det fram at informantene strever med å forberede kvinnen til undersøkelsen. Tre av informantene nevner at enkelte kvinner ikke vil kle av seg hijaben. Da undersøkelsen krever at pasienten helst ikke har klær på overkroppen. Radiografene tilpasser da undersøkelsen for den muslimske kvinnen, men om kvinnen fortsatt kvier seg for å ta av hijaben, kan de ikke presse henne til å gjøre dette. Radiografene nevner implisitt at de fleste

røntgen undersøkelser er frivillige, og at det er opp til pasienten om undersøkelsen skal gjennomføres.

De fleste informantene er inne på dette med bluferdighet ovenfor den muslimske kvinnen. De forstår at de ”trækker de på tærne” under undersøkelsen, ved å gå over en kulturell og religiøs grense når kvinnene må kle av seg for en fremmed. De fleste radiografene sier de føler ubehag over å måtte tøy pasientenes grenser. Videre opplyser de at det også er ubehagelig når de har en pasient som ikke forstår hvorfor de må kle av seg eller hvorfor undersøkelsen blir gjort. Til gjengjeld opplyser enkelte av radiografene at de prøver å ta vare på bluferdigheten under undersøkelsen ved å gi kvinnen lov å ha på en tynn skjorte og ved å prøve å skjerme kvinnen med skjerm Brett.

På et av spørsmålene spurte vi om radiografene har fordommer ovenfor denne pasientgruppen. En av informantene svarer at de fleste radiografer er profesjonelle og ikke vil la dette påvirke jobben, men at det finnes ulike utfordringer som vil påvirke undersøkelsen.

4.4 Undersøkelsestid

Informantene var enige i at tid er den største utfordringen knyttet til muslimske kvinner.

Røntgen thorax er ellers en relativt rask og enkel undersøkelse å gjennomføre, men ettersom disse kvinnene ofte trenger mer tid på informasjon og tilrettelegging blir undersøkelsestiden lengre.

4.4.1 Henvisning

”Det må være at pasientene som kommer til undersøkelse er godt forberedt i forkant, altså har opplysninger i forkant om hva som skal skje. Og der har jo rekvirenten også et ansvar om å informere om hvordan undersøkelsen er og hva de skal gjøre under undersøkelsen. Det går jo også ann for rekvirentene å få kontakt med pasientene, altså at de ikke er redd for å snakke med pasientene. Det går jo ann å skrive spesielle behov på henvisningene også, at ønsker kvinnelig radiograf for eksempel. Det er ikke alle som tenker på slikt, men som sagt så henter jeg en kvinnelig radiograf.”

”Hvis man hadde klart å formidle på forhånd at de kunne ha på seg noe på overkroppen, som gjør at de ikke måtte ta av alt. Ha på seg en tettsittende trøye eller noe sånt. Men jeg tror kanskje det blir litt vanskelig å gjennomføre i praksis.”

”Informasjonen etterpå kan være vanskelig, som at svaret vil bli sendt til henvisende lege. Men selve det å ta undersøkelsen er ikke noe problem.”

4.4.2 Tidspress

”Når det gjelder tid, vi får ikke tatt mer enn en pasient om gangen. Sånn er det bare. Det er jo stor forskjell på unge og eldre også, i forhold til tid. Det må bare ta den tiden det tar. Det viktigste er å ikke stresse.”

”Ser jeg en henvisning på en som skal ha en røntgen thorax for oppholdtillatelse. Tenker jeg at de gjerne da ikke kan språket og at det da går lenger tid.”

4.4.3 Bytting av arbeidsoppgaver

”Det første jeg gjør når jeg får en muslimsk kvinne som skal ta røntgen thorax, er det mulig så får jeg en kvinnelig ansatt til å gjøre det. Som regel går det bra. Bare bytter litt arbeidsoppgaver akkurat da. Det er det første jeg gjør. For jeg synes ikke det er noe poeng for meg som mann å stå der å utfordre en muslimsk kvinne hvis det er helt unødvendig, nei det synes jeg er dårlig gjort. Behøver ikke presse igjennom det.”

”Radiografer er også forskjellig. Jeg tror de fleste tar hensyn. Jeg vet jeg har mannlig kolleger, som er veldig flinke til å ta hensyn til det og at vi bytter plass, for eksempel sånn at de får en kvinnelig radiograf.”

4.4.4 Sammendrag

Noen av informantene mener at det hadde vært en fordel om kvinnen ble forberedt i forkant av oppmøte på avdelingen. Tiltak som blir nevnt er om rekvirenten tar seg tid til å informere pasienten angående undersøkelsen. En annen sak som også kommer fram er at informantene synes rekvirentene burde skrive på henvisningen om det er spesielle behov som det burde tas hensyn til. Dette for at radiografen skal kunne forberede seg til undersøkelsen.

Samtlige av radiografene er enige i at en av utfordringene knyttet til muslimske kvinner inne på lab er tid. Til tross for at det brukes litt mer tid inne på laben med noen av de muslimske kvinnene sier radiografene igjen at dette er noe de ikke lar seg stresse av.

Radiografene viser til at de er bevisste på dette med at de muslimske kvinnene helst foretrekker en kvinnelig radiograf. Informantene bytter da arbeidsoppgaver ved undersøkelsen, så lenge det lar seg gjøre på avdelingen. De mener dette er med på å redusere potensielle utfordringer som kan oppstå.

4.5 Selve undersøkelsen

Under en røntgen thorax undersøkelse er det en rekke kriterier som skal ivaretas. Bildene skal bli optimal samtidig som at kvinnen skal føle seg ivaretatt. Her nevner informantene om bruk av hjelpemidler og berøring av kvinnen under pasientinnstilling. Informantene sier noe om at bildekvaliteten ikke blir optimal grunnet språkproblematikk.

4.5.1 Bruk av hjelpemidler

”Jeg har vel ikke vært borti tilfeller der de har nektet å ta av seg, mener kanskje de har følt at de skal ha skjermbrettet mellom de og meg da.”

”Det hender jo vi diskuterer litt, og noen mener vi ikke skal bry oss med det. At vi skal bare følge vår vanlige prosedyre. Blant annet og ikke bruke skjermbrett. Men jeg synes ikke det er noe som hefter å legge til rette for det.”

4.5.2 Pasientinnstilling

”Jeg prøver å ikke ta så mye på de, men heller forklare. Får en kvinnelig radiograf så virker det ikke som det er et problem for kvinnen egentlig.”

”Jeg bruker det de har, eller det de kan, det vil si språket. Hvis de ikke greier det, sier jeg unnskyld meg, og dytter skuldrene inn. Det her er det kanskje ikke slik at man får spurt ”kan jeg”. Du tolker det fort hvis de ikke har noen imot det. At du rører skuldrene, altså trykker det inn, eller at du tar på skuldrene å svinger det til høyre og venstre med tanke på innstillingen.”

4.5.3 Tuberkulosekontroll

”Jeg kan veldig lite om dette. De kommer til landet også skal de innom obligatorisk røntgenbilde og har lite informasjon om hvorfor og skjønner kanskje ikke hvorfor de må gjøre dette her.”

”Kan være vanskelig for noen, spesielt om det er noen som nærmest kommer direkte fra mottaket og skal ha tuberkulosekontroll for oppholdstillatelse. Da må de igjennom en røntgen thorax. Det har jo da vært noen episoder som det ja har vært vanskelig.”

4.5.4 Kvaliteten av undersøkelsen

”Du tar litt mer hensyn. Kanskje undersøkelsen ikke går like fort, du går igjennom det litt grundigere på forhånd, forklare det litt mer utfyllende, slik at tolken kan gjenta det flere ganger kanskje. Men det er jo ikke bare for kvinnenens skyld, men for alle med fremmedspråk. At man kanskje ikke får inspirasjon, med tanke på holde pust under undersøkelsen.”

4.5.5 Sammendrag

Det er delvis uenighet mellom informantene om de muslimske kvinnene skal behandles på lik linje med andre kvinner med tanke på bruk av hjelpemidler. Ved berøring under pasientinnstillinger kommer det fram at de fleste av informantene prøver å ta minst mulig på kvinnen, i respekt for kvinnen. Her gir de kvinnelige informantene uttrykk for at de ikke møter noen særlige utfordringer, mens de mannlige selv sier at det kan bli en del utfordringer for dem.

En av informantene sier noe om prosessen for oppholdstillatelse når det gjelder tuberkulose kontroll. Informanten sier at det er i disse situasjonene det ofte oppstår vanskelige utfordringer, både for radiografen og for den muslimske kvinnen.

Det er bred enighet blant informantene om at kravene for oppfylt bildekvalitet ikke blir helt optimale i visse tilfeller. Dette begrunner de med at det oppstår misforståelser på grunn av språkproblematikk, som for eksempel ved pasientinnstillinger og instruksjoner for inspirasjon.

5.0 Diskusjon

Her vil vi gjøre rede for resultatene ved hjelp av artiklene, relevant teori og den innsamlede dataen vi fikk fra informantene. Metodekritikk og oppgavens reliabilitet og validitet vil også fremstilles.

5.1 Sosialkompetanse

Resultatene av intervjustudiet viser at den største utfordringen mellom radiografen i møte med den muslimske kvinnen er stort sett relatert til språkproblematikk og manglende kunnskap når det gjelder kulturforskjeller. Vi ser en sammenheng med det Hasnain et.al (2011) skriver i sin studie at sentrale utfordringer knyttet til muslimske kvinner, er mangel på helsearbeidernes forståelse av kvinnens religion og kulturelle tro. Videre nevner Hasnain et.al (2011) utfordringer som blant annet språkrelaterte kommunikasjonsbarrierer mellom helsearbeider og kvinnen, kvinnens behov for beskjedenhet, kvinnens manglende forståelse av sykdomsprosess og kvinnens manglende tillit til helsevesenet. Ut ifra det som er nevnt ovenfor ble informantene stilt følgende spørsmål:

”Hva synes du er vanskeligst i møte med denne pasientgruppen, det språklige eller det kulturelle. Andre ting?”.

Der en av informantene svarte følgende: *”Det kommer litt an på hvor mye de skjønner. Det er også språket her, ikke sant!? Om de i det hele tatt skjønner hvem jeg roper opp. Det hender ofte at jeg peker på pasienten på venterommet, ”du”! Men kommunikasjon kan være vanskelig ja.”* Dette utsagnet synes vi belyser de utfordringene som de fleste av informantene deler, som går ut på språkproblematikk og kunnskap om fremmedkulturelle pasienter.

Ut ifra utsagnet til informanten ovenfor oppfatter vi at radiografen kan ha vanskeligheter med å uttale navnet på kvinnen, og dermed peker. Det kan tenkes at det oppfattes litt skremmende og ubehagelig for kvinnen, når en hvitkledd person peker på henne. Det at radiografen lærer seg navnet til pasienten eller navnet til pårørende som følger pasienten istedenfor å peke, viser ifølge Brenna (2007) at radiografen respekterer pasienten.

Det å ta seg tid til å lære seg det som blir sett på som ”annerledes” av mange. For en del fremmedspråklige pasienter kan det tenkes at de synes en del norske navn er annerledes og ikke minst er vanskelig å uttale, her går det altså på gjensidig respekt.

Når språkkunnskaper ikke er til stede kan det fort oppstå utfordringer. I vår intervjuundersøkelse mener informantene at det vil kunne gå utover ivaretakelsen av pasienten, samt at bildekvaliteten påvirkes når språkforståelsen ikke er tilstede. Dette fordi radiografen ikke får gitt samme informasjon til en som ikke behersker det norske språk, som til en som behersker språket.

To av informantene sier at de føler de ikke får ytet den samme pasientomsorgen til de muslimske kvinnene, når kvinnene ikke forstår norskspråket. Dette beskriver informantene som en ubehagelig følelse, der de tror kvinnen ikke føler seg ivaretatt etter undersøkelsen. En radiograf nevner også at egne kunnskaper i engelsk er begrenset, noe som igjen vil føre til at vedkommende ikke får formidlet informasjon.

Kommunikasjon omhandler ikke bare det verbale, men også det non-verbale (Eide og Eide 1996). I vår intervjuundersøkelse spurte vi hvordan informantene oppfattet kroppsspråket til de muslimske kvinnene som skulle inn til røntgen thorax. Informantene var opptatt av dette med at de ikke fikk øyekontakt med kvinnene. For informantene var det å få øyekontakt med pasienten veldig viktig for å se om pasienten hadde forstått det som ble sagt, når de ga informasjon eller instruksjoner. Mens for den muslimske kvinnen kan det å ha direkte øyekontakt med en fremmed mann bli sett på som krenkelse og respektløst.

Ifølge Brenna (2007) kan normer og regler være forskjellig fra land til land, når det gjelder hvordan menn og kvinner omgås hverandre.

Vi kan her nevne eksempler vi har ut ifra egne erfaringer etter praksis, der vi har lagt merke til at man sjeldent får direkte øyekontakt med den muslimske kvinnen, da de ofte stirrer på bakken eller på halsen til vedkommende.

Det som altså blir sett på som dannelse og respekt av den muslimske kvinnen, kan virke for radiografen som manglende interesse for undersøkelsen. Ifølge Brenna (2007) kan normer og regler være forskjellig fra land til land, når det gjelder hvordan menn og kvinner omgås hverandre.

5.2 Anstendighet

Hasnain et.al (2011) har laget en liste, hvor hun nevner syv sentrale utfordringer som gikk igjen under studien, som omhandlet møte med den muslimske kvinnen. På punkt nr fem nevner hun ” Det er viktig for den muslimske kvinnen at hun ikke blir undersøkt av en mannlig helsearbeider”.

Et eksempel som kan nevnes her ut ifra det våre informanter sa, er at de muslimske kvinnene viser mer sjenanse enn kvinner fra andre pasientgrupper under en thorax undersøkelse. Det er særlig en utfordring for de mannlige kontra de kvinnelige radiografene. Det kom fram at de mannlige radiografene ofte opplevde aversjon og motstand fra kvinnenes side, når kvinnen forsto at det var en mannlig radiograf som skulle utføre undersøkelsen.

Wehbe-Alamah (2008) poengterer det samme i sin studie ved å si at det er forbudt for muslimske kvinner å være alene sammen med en mann, utenom nære slektninger eller ektefellen.

Her kan vi trekke inn det informantene sier om at de muslimske kvinnene ofte har med seg pårørende, og at kvinnen vil ha, eller de pårørende vil være med, inn på laben. Radiografen kan da oppfatte den muslimske kvinnenens pårørende som påtrengende. For at kvinnen kun skal ha en person å forholde seg til og for at ALARA prinsippet også spiller en sentral rolle her, vil radiografen prøve å forhindre at pårørende blir med inn. Her kan vi se at radiografene ikke har kunnskap om den muslimske kvinnens tro og kultur, siden det er en del av den muslimske kultur å ha med seg pårørende som støtte.

Hasnain et.al (2011) sier videre i sin studie at intime undersøkelser av bekken og bryster utført av mannlige helsearbeidere anses som et grusomt brudd på den muslimske kvinnens religion, og at dette ikke bare går ut over kvinnen personlig, men også at det går ut over kvinnens familie. Familien blir påført krenkelse, noe som kan resultere i sinne og bitterhet. Wehbe-Alamah (2008) sier også at muslimske kvinner i nødssituasjoner og i tilfeller der det ikke er helsearbeidere av samme kjønn tilgjengelig, kan se bort ifra dette forbudet.

På bakgrunn av det som kom fram i vår studie samt det som er nevnt i teorien, skal muslimske kvinner ikke oppholde seg alene sammen med en fremmed mann, det kan derfor tenkes at dette er bakgrunnen til at de fleste mannlige radiografer opplever motstand fra de muslimske kvinnene. Ut ifra utsagn informantene kom med under intervjuundersøkelsen, kom det fram at de mannlige radiografene på avdelingene hadde forståelse for dette, og at de viste hensyn ved

at de lot en kvinnelig kollega utføre undersøkelsen. Om det da var kvinnelige radiografer tilgjengelig på avdelingen. Grunnen til bytting av arbeidsoppgaver for radiografene var for å vise bluferdighet ovenfor kvinnens religion og kultur. Med tanke på at kvinnen skal kle av seg og radiografen blir nødt til å ta på kvinnen i forhold til pasientinnstillinger.

Vi har en oppfatning ut ifra utsagnene fra informantene at dette er noe radiografene er innforstått med. Siden de kommer med utsagn der de sier at de heller prøver å forklare både verbalt og non-verbalt, og prøver berøre minst mulig av kvinnen. Det samme sier Wehbe-Alamah (2008) i sin studie at helsearbeidere må prøve å minimere unødvendig berøring av det motsatte kjønn.

5.3 Kulturell kompetanse

Ut ifra intervjuet kom det fram at informantene viser en viss forforståelse for at de muslimske kvinnene følger bestemte normer og regler, etter deres kultur og religiøse tro. Det kom også fram at radiografene har lite kunnskap om hvordan de skal kunne ta hensyn til disse normene og reglene ovenfor kvinnen, og i hvilken grad.

I Hasnain et.al (2011) sin studie, hvor man intervjuet 80 helsearbeidere og 27 muslimske kvinner, kom det fram at 83,3 % av de responderende helsearbeiderne rapporterte at de møter utfordringer når de yter omsorg for muslimske kvinner. Et flertall av de muslimske kvinnene (93,8 %)svarte at helsepersonell ikke forsto deres religiøse eller kulturelle behov.

Hasnain et.al (2011) har som nevnt ovenfor laget en liste, som inneholder syv sentrale utfordringer knyttet til møte med den muslimske kvinnen. På punkt nr tre, sier hun at ” Helsepersonell trenger opplæring om den muslimske kvinnens religion eller kultur for å kunne ivareta pasienten bedre”. Samtidig sier Wehbe-Alamah (2008) at som helsepersonell har vi plikt til å ivareta pasientens religiøse og kulturelle behov.

Under vårt intervju kom en informant med et interessant utsagn. Spørsmålet fra vår side var følgende ” Hender det at du kvier deg for å gjennomføre undersøkelse av denne målgruppen? (synes du det er vanskelig?)” Da svarte informanten: ”Nei, men jeg eller vi vet lite om deres kultur og tradisjoner, men samtidig, hvor skulle vi ha skaffet oss slik kunnskap? ”. Som sagt sier våre informanter at de har lite kunnskaper om den muslimske kultur og tro, men at de igjen ikke vet hvor de skal innhente slik kunnskap.

Her kommer Hasnain et.al (2011) med et råd, da hun sier at det ikke kan forventes at helsepersonell skal ha en grundig forståelse av kvinnens kultur og tro, men at de kan lytte og høre hva kvinnens behov er. For at kvinnens normer og verdi skal på best mulig måte bli ivaretatt.

5.4 Reliabilitet og validitet

Med tanke på at vi har et relativt lite utvalg av informanter, kan vi ikke overføre studien til det generelle. Dette vil kunne svekke oppgavens pålitelighet. Likevel synes vi at vi har fått utfyllende svar fra de fem radiografene for å kunne belyse oppgavens problemstilling og ikke minst komme fram til en konklusjon.

Det at vi stilte konkrete kriterier for vår utvelgelse av informanter, vil i ettertid kunne bidra til å reprodusere valget av antall informanter og ikke minst styrke oppgavens overførbarhet. Utvalgsriteriene vi kom fram til var: vi ville helst ha flertall av mannlige radiografer og radiografer med lengre arbeidserfaring innenfor konvensjonell røntgen. Fem radiografer ble da valgt ut ved hjelp av anmodning fra sjefsradiografene fra de forskjellige avdelingene under sykehuset Innlandet.

Vi mener at vi har valgt riktig metode for problemstillingen vår, med tanke på formålet med studiet. Hovedhensikten med denne studien var å kartlegge og belyse ulike utfordringer, som kan oppstå når muslimske kvinner skal gjennomføre en røntgen thorax undersøkelse. Med tanke på at det er gjort lite forskning på dette fenomenet, har vi likevel sett ut ifra de to utenlandske artiklene en viss sammenheng med resultatene vi fikk fra informantene. Det Johannessen et.al (2010) konkluderer med, er at hvis flere forskere undersøker samme fenomen, og det framkommer klare sammenhenger mellom resultatene for studiene, kan dette tyde på høy reliabilitet eller interreliabilitet (Johannessen et.al, 2010).

Vi gjennomførte i dette studiet pilotundersøkelser i forkant av intervjuene. Dette for å finne ut om spørsmålene var av relevans og ikke minst for å unngå mistolkninger av spørsmålene. Baktanken med pilotundersøkelsene var for å styrke påliteligheten av resultat som framkommer. Vi har i denne studien transkribert alle de fem intervjuene hver for oss, for så å kunne sammenligne transkriberingen av hvert intervju mot hverandres. Dette ble gjort for at de originale meningene og beskrivelsene skulle bli entydige. ”Intervju transkripsjonens gyldighet er mer komplisert enn å bringe deres pålitelighet på det rene” (Kvale og Brinkmann, 2009).

Videre for å styrke oppgavens pålitelighet har vi i metodedelen belyst forskningsprosessen slik at den kan gjennomgås av leseren. I dette studiet er det tatt med diverse vedlegg som synliggjør framgangsmåten for oppgaven.

5.5 Metodekritikk

Når det gjelder kvalitativ tilnærming skal forskeren være bevist på sin forforståelse av fenomenet som skal studeres. Måten vi stilte spørsmålene til informantene, og tolket resultatene i analyse- og diskusjonsdelen kan ha vært preget av vår forforståelse av temaet. Til tross for at vi jobbet med våre forforståelser av studiets tema, kan noen av utsagnene ha blitt mer fokusert på enn andre, fordi vi mener disse utsagnene belyser vår problemstilling bedre enn andre.

Når det gjelder utvalg av informanter stilte vi konkrete kriterier til overradiografen ved de ulike avdelingene. Overradiografene kan da ha plukket ut de informantene som de selv vet er kompetente på området. Dette kan ha vært en faktor får vårt resultat.

Da vi er uerfarne som forskere, og de vi intervjuet er radiografer med lang erfaring, kan vi tenke oss at ved enkelte spørsmål svarte radiografene det vi ville høre. Under transkripsjonsprosessen har vi hatt dobbel transkribering av hvert enkelt intervju, noe som kan øke troverdigheten til transkriberingen. Likevel skal en ikke se bort ifra feilplassering av kommaer og punktumer, noe som kan gjøre at vi mistolker setningens betydning.

I etterkant av studiet ser vi i resultatdelen at vi kanskje burde ha nevnt kjønn til de ulike utsagnene, da resultatdelen kunne ha gitt en bedre oversikt. Videre har vi heller ikke nevnt kjønnene på de fem vi intervjuet, og grunnen til dette er med tanke på anonymitet ovenfor informantene.

6.0 konklusjon

I gjennom dette studiet framkommer det at utfordringene ligger i kommunikasjonen mellom radiografen og den muslimske kvinnen, og radiografens begrensede kunnskap om den fremmedkulturelle pasienten.

Det kan ikke forventes at den muslimske kvinnen skal skyve sin religion og tro til side, for å kunne gjennomføre en enkel undersøkelse som røntgen thorax. På den andre siden kan det heller ikke forventes at radiografen skal besitte detaljerte kunnskaper om pasientens religion og kultur.

Ved at radiografen tilegner seg kunnskaper om den fremmedkulturelle pasienten, som her er den muslimske kvinnen, vil det være med på å kunne ivareta kvinnens normer og verdier. Vi mener at ved å lytte til kvinnen, vil radiografen kunne gjennomføre en røntgen thorax undersøkelse og samtidig ivareta kvinnens anstendighet.

Et tiltak som vi vil komme med etter endt studie er at avdelingen kunne ha laget en prosedyre som er for fremmedkulturelle pasienter. En prosedyre som inneholder informasjon og ulike instruksjoner på forskjellige språk, som vil hjelpe radiografen med å yte god ivaretagelse av pasienten.

Utsagnene og innsikten i denne studien kan være med å bidra til at radiografer, radiografstudenter og annet helsepersonell får en bedre forståelse for ulike situasjoner radiografen kan stå ovenfor.

Denne studien baserer seg på en samling av erfaringer og beskrivelser, som vi håper radiografer og annet helsepersonell kan ha nytte av. Til tross for at det ikke blir nevnt konkrete tiltak for å ivareta kvinnens bluferdighet, er studien med på å synliggjøre ulike utfordringer ved imøte med den muslimske kvinnen.

Vi mener at dette er et tema som det bør forskes videre på. Forslag til videre forskning kan være å kartlegge hvilke tiltak som ivaretar den muslimske kvinnen, slik at det skapes tillit og trygghet for kvinnen.

Vi kan med dette studiet si at det hele går ut på å forstå og bli forstått.

7.0 Litteraturliste

Bontrager, K. L. og J. P. Lampi(2010). *Radiographic positioning and related anatomy*, 7th edition. Missouri: Mosby, Inc.

Brenna, L. R (2007) *Marasim*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Båtnes, P. og S. Egden (2012) *Flerkulturell forståelse i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Danbolt, T. og G. Nordhelle (2012) *ÅNDELIGHET- MENING OG TRO: Utfordringer i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Eide, H. og T. Eide (1996) *Kommunikasjon i relasjoner - Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Notam Gyldendal.

Høstmælingen, N. (2004). *HIJAB I NORGE- Trussel eller menneskerett*. Oslo: Abstrakt forlag.

Johannessen, A. P, Tufte og L, Kristoffersen (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Kvale, S. og S. Brinkmann (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kumar, L (2002) *Djulaha- Om å forstå annerledeshet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wangenstein, B. red. (2004) *Bokmålsordboka. Definisjons- og rettskrivningsordbok*. Oslo: Norsk språkråd og kunnskapsforlaget ANS.

Hasnain, M., K. J. Connell og P. A. Tranmer (2011) *Patient-Centered Care for Muslim Women: Provider and Patient Perspectives*. I: JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH, 20 (1) URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=12&hid=112&sid=142bd6b5-e284-4d0a-8bac-06d53476e326%40sessionmgr115&bdata=JmxvZ2luLmFzcCZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d#db=afh&AN=57478388> (15.05.1012)

Lov om pasient- og brukerrettigheter (2012) *Informasjonens form* [online]. Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html> (20.10.2012)

- Nasjonale forskningsetiske komité (2010) *Personvern og gjenkjennelsesproblematikk*. NOU 2010:9. Oslo: Kvalitativ forskning. [online].URL:
<http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/9-Personvern-og-gjenkjennelsesproblematikk/> (08.08.2012)
- Statensstrålevern (2008) *Veileder 5 – statens strålevern* [online]. URL:
<http://www.nrpa.no/dav/bac3c61794.pdf> (07.10.12)
- Statistisk sentralbyrå (2011) *Muslimsk flertall i Norge i fremtiden?*[online]. URL:
<http://www.ssb.no/vis/magasinet/blandet/art-2011-08-29-01.html> (14.06. 2012)
- Tuberkuloseveileder (2012) *Smittevern 20*: [online]. Folkehelseinstituttet. URL:
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,5093:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:83504::1:6043:4:::0:0 (25.07.2012)
- Wehbe-Alamah, H (2008) *Bridgig generic and professional care practices for muslim patients through use of Leininger's culture care modes*. I: Contemporary Nurse, 28 (1-2), s. 83-97. URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=9&hid=127&sid=319431d1-ab9e-4934-a19c-79bdbc7a1e47%40sessionmgr110&bdata=JmxvZ2luLmFzcCZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d#db=afh&AN=43985920> (13.05.2012)

8.0 Figurliste

Figur 1: <i>Til venstre: illustrerer pasientinnstilling for front (PA) bilde (egen illustrasjon). Til høyre: viser et optimalt fornt (PA) røntgen thorax bilde (hentet fra prosedyren til bildediagnostikk divisjon Elverum, se vedlegg 3)</i>	11
Figur 2: <i>Til Venstre: illustrerer pasientinnstilling på et thorax side bilde (egen illustrasjon). Til høyre: viser et optimalt røntgen side thorax bilde (hentet fra prosedyren til bildediagnostikk divisjon Elverum, se vedlegg 3).</i>	12
Figur 4: <i>Oversikt over de syv fasene i en intervjuundersøkelse, med beskrivelse av framgangsmåten.</i>	17
Figur 5: <i>Gir en oversikt over de fem utvalgte kodene.</i>	22
Figur 6: <i>Gir en oversikt over de fem kodene med underkoder.</i>	23

Vedlegg 1

Utviklings- Kvalitetsprosjekt

Til: Sykehuset Innlandet

Fra: Kine og Yousuf

Dato: 13.03.2012

Høgskolen i Gjøvik



Hei!

Kunne du tenkt deg å delta i utviklings-kvalitetsprosjekt? Vi er tre radiograf studenter ved Høgskolen i Gjøvik som tar bachelor i radiografistudi. Temaet vi har valgt til denne studien er muslimske kvinner som skal gjennomgå undersøkelsen røntgen thorax. Hovedformålet med studien vil være å samle informasjon om hvordan radiografen løser ulike utfordringer som kan oppstå når en muslimsk kvinne skal gjennomgå en røntgen thorax undersøkelse. Gjennom intervju ønsker vi å ta del i radiografens erfaringer angående dette temaet. Du som informant vil være anonym.

Grunnen til at vi har valgt dette temaet til vår bacheloroppgave er at Norge har i dag blitt ett mer flerkulturelt samfunn, og som radiograf kan du derfor møte pasienter og pårørende med ulik kulturell bakgrunn. Temaet har derfor en radiograffaglig forankring, og derfor ønsker vi å undersøke dette nærmere. Vi vil presisere at i denne oppgaven vil vi ikke gå nærmere inn på dette med kommunikasjons vansker i forhold til språk.

Ved hjelp av denne studien håper vi informasjonen som blir samlet inn kan benyttes til videre forskning, samt at andre radiografer vil finne nytte av informasjonen.

Intervjuene gjennomføres individuelt og varer ca 20-40 min. Intervjuet vil foregå ved sykehuset der radiografen jobber. Opplysninger som fremkommer under intervjuene blir konfidensielt håndtert og oppbevart deretter. Etter endt studie vil alt av oppsamlet rådata materiale bli makulert.

Det er frivillig å delta i dette studiet. Du som radiograf kan når som helst trekke ditt samtykke til å delta på studiet.

Hvis du ønsker å delta, vennligst undertegn på samtykkeerklæringen på neste side.

Samtykke til deltagelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien.

Dato:.....

Sign:.....

Vennlig hilsen:

Yousuf Hussein Afrah. Mobil: 9120021

E-post: yousuf.afrah@hig.no

Pedersen, Kine. Mobil: 97579005

E-post: kine.pedersen@hig.no

Kine Pedersen og Yousuf Hussein Afrah

Teknologivn. 22, 2815 Gjøvik

Gjøvik 13.Mars 2012

Avdelingssjef/ overradiograf i utviklings-kvalitetsprosjekt.

Forespørsel om gjennomføring av intervju blant radiografer ved sykehuset Innlandet.

Vi er to studenter ved høgsolen i Gjøvik som tar bachelor i radiograf studiet. Tema som vi er interessert å se nærmere på er muslimske kvinner som skal gjennomgå undersøkelsen røntgen thorax, og ulike utfordringer som kan oppstå i møtet mellom kvinnen og radiografen. Vår problemstilling er som følgende: *“Hvordan ivaretar radiografen muslimske kvinners bluferdighet ved undersøkelsen røntgen thorax?”*

Vår veileder er Randi Stokke (Høgskole lektor ved Høgskolen i Gjøvik.)

Dette temaet synes vi har en radiograffaglig forankring, og derfor ønsker vi å undersøke dette nærmere. I denne oppgaven vil vi ikke gå nærmere inn på kommunikasjonsvansker i forhold til språk. Hensikten med studien er å samle informasjon om hvordan en radiograf løser ulike utfordringer som kan oppstå når en muslimsk kvinne skal gjennomføre røntgen thorax undersøkelse. Informantene vi vil intervju vil være mellom 4-6 radiografer innen sykehuset Innlandet. Vi vil etterhvert gjøre en gradvis rekruttering i forhold til mengde av informasjon vi får fra informantene. Intervjuet skal ha en deskriptiv metode, der svarene blir mest mulig spesifikke.

Denne studien benytter seg av kvalitativ intervju som vil foregå i løpet av april-mai. Utvalget for dette studiet er radiografer med ulik arbeidserfaring, ansiennitet, ulik kjønn. Ved eventuelt positiv tilbakemelding og godkjenning på denne forespørselen fra den aktuelle avdelingen, vil vi etterhvert kontakte de aktuelle overradiografene, slik at vi sammen finner ansatte som oppfyller utvalgsriteriene våre. Intervjuene kan ta ca 20-30 min. Intervjuet vil foregå ved sykehuset der radiografen jobber. Vi ber derfor om tillatelse til å gjennomføre intervjuene i arbeidstiden eller tidspunkt som passer den aktuelle avdelingen. Opplysninger som fremkommer under intervjuene blir konfidensielt håndtert og oppbevart.

Håper på positiv og rask tilbakemelding.

Med vennlig hilsen:

Yousuf Hussein Afrah. Mobil: 9120021 E-post: yousuf.afrah@hig.no

Kine Pedersen. Mobil: 97579005 E-post: kine.pedersen@hig.no

Vedlegg 2



Sykehuset Innlandet HF

Prosjektnr. SI:

Fylles ut av SI ved 1. gangs registrering

- Registreringsskjema for:
- All forskning
 - Utviklings- kvalitetsprosjekter som benytter person-/journalopplysninger

Ved førstegangsregistrering:	Fyll ut alle hvite og grønne skraverete felter i skjemaet
Ved endrings- årlig statusmelding:	Fyll ut de grønne skraverete feltene, prosjektnr og feltene hvor eventuelle endringen foreligger.

1. Prosjektets tittel

Radiografens møte med den flerkulturelle pasient

2. Prosjektleder (For forsknings prosjekter angis seniorforsker/hovedveileder for prosjektet. Ellers angis avdelings sjef.)

Tittel:	Høgskolelektor	Navn:	Randi Stokke
Avdeling:	Avdeling for helse, omsorg og sykepleie		
Divisjon:	Seksjon for helse, teknologi og samfunn	Institusjon:	Høgskolen i Gjøvik
Telefoner:	61135342/95158088	E-post:	randi.stokke@hig.no

3. Forsker/stipendiat (Den person i Sykehuset Innlandet som utfører hovedtyngden av arbeidet i prosjektet.)

Tittel:	Student	Navn:	Yousef Afrah, Kine Pedersen, Martin Nguyen
Avdeling:	Avdeling for helse, omsorg og sykepleie		
Divisjon:	Bachelor i radiografi	Institusjon:	Høgskolen i Gjøvik
Telefoner:	91120021/41453172	E-post:	Yuusuf_442@hotmail.com

4. Samarbeidspartnere (interne/eksterne)

Navn:	Avdeling:	Divisjon:	Institusjon
Radiografer			

5. Prosjekt mål (hoved- og delmål) Maksimalt 7 linjer. Beskrivelse utover dette kommer ikke med på den signerte utskriften!!!

Belyse utfordringer radiografer møter på bildediagnostisk avdeling i møte med den flerkulturelle pasienten. Vi mener dette studiet kan benyttes til videre forskning, samt at andre radiografer vil finne dette studiet nyttig og interessant.

6. Prosjektbeskrivelse (bakgrunn, metoder, evt. resultater) Maksimalt 7 linjer. Samme regel som punkt 5

Norge har i dag blitt ett mer flerkulturelt samfunn, og som radiograf kan du derfor møte pasienter og pårørende med ulik kulturell bakgrunn. Det er da viktig som helsepersonell å møte disse pasientene med forståelse og respekt, samt høre deres ønsker og særskilte behov. Vi vil kartlegge utfordringene radiografene møter på med de flerkulturelle pasientene. Informantene vi vil intervju vil være mellom 4-6 radiografer innen sykehuset Innlandet. Vi vil etterhvert gjøre en gradvis rekruttering i forhold til mengde av informasjon vi får fra informantene. Intervjuet skal ha en deskriptiv metode, der svarene blir mest mulig spesifikke.

7. Omfatter prosjektet bruk av identifiserbare/avidentifiserte personopplysninger slik som helseopplysninger, inkludert kodete opplysninger?	Ja	Nei
		X

Hvis ja: Nye prosjekter må fylle ut eget skjema og sende personvernombudet (www.uus.no/personvern)

Oppgi ref. nummer fra personvernombudet Ullevål når det foreligger, ev.prosjektnummer hos NSD:

Vedlegg 3

Med tillatelse fra overradiograf ved divisjon Elverum- Hamar.



Sykehuset Innlandet HF

Divisjon Elverum-Hamar

Pasientbehandling

Røntgen av thorax			Bilediagnostikk, Elverum	
			Radiologi, Elverum	
			E-H08.01.01/17.03-01	
Utgave: 1.00	Utarbeidet av: Inga Sjøbrend	Godkjent av: Gor Christensen (avdelingssjef)	Gjelder fra: 07.06.2006	Side 52 av 57

Hensikt og omfang

Å kvalitetssikre undersøkelsen og gjøre den reproduserbar. Indikasjoner: pneumoni, pneumothorax, traume, kols, sarcoidose, asbest, infeksjon, tumor, pre. op. Stuvning, rutine.

Ansvar/målgruppe

Radiografer

Handling

Forberedelser:	Ingen	
Projeksjoner: 2	Front PA Pasienten står med brystkassen mot veggbucky. Vri skuldrene slik at scapula kommer vekk fra lungene. Sentrer i midtlinjen og på høyde med scapula spissen. Bildet taes i inspirasjon. Hele lungene skal være med.	Side Pasienten står med venstre side inn mot veggbucky, armene opp og vekk fra thorax. Sentrer midt i lungene. Bildet taes i inspirasjon. Hele lungene skal være med.
Spesielle forhold:	Ved pneumothorax må du også ta en front i ekspirasjon. Ved kontroller holder det med en front i ekspirasjon. Ved asbest eksponering skal det taes skråbilder.	

Tilleggsbilder:	Skråbilder. Pasienten står i PA posisjon, men kroppen dreies 45° grader den ene veien. Sentrer midt i thorax. Bildet taes i inspirasjon. Også tilsvarende den andre veien.		Innskutt. Pasienten ligger med den aktuelle siden ned. Bildet taes over den aktuelle lungen. Horisontal strålegang, i inspirasjon	
Kommentarer:				
Teknikk:	FFA: 180 cm	kV. 125	mAs: automatikk	Norako kode: RGTH



Referanser

[E-H08.01.01/17.03-02](#)

Røntgen av thorax barn

Vedlegg 4

Utarbeiding av kodeord ved hjelp av fargekoding av utsagn fra informantene.

Informant:	Hva blir vektlagt i teksten?	Sentrale temaer med under koder:
<p><i>”Det er veldig forskjellig hvordan de møte opp på labene, noen vet at de skal kle av seg, og synes på en måte det kanskje er greit. Andre stiller med hele familien, synes det overhode ikke er greit å kle av seg. Men du prøver jo å tilpasse det etter situasjonen. Jeg har min egen måte å løse det på stort sett. Der veldig forskjellig, veldig individuelt. Har vært borti situasjoner som er veldig vanskelig når det kommer personer som er helt.. kommer med hele familien sin og er helt insnauet topp til tå, da vet jeg at jeg har et problem. Det er vanskelig å forklare hvorfor og sånn, men tilpasser selvfølgelig situasjonen deretter.”</i></p>		<p>Fremmedkulturell - bekledning</p> <p>Kommunikasjon – pårørende</p> <p>Ivaretagelse av pasient - radiografen</p>

Vedlegg 5

Intervjuguide

Hensikten med studien: Samle informasjon om hvordan en radiograf løser ulike utfordringer som kan oppstå når en muslimsk kvinne skal gjennomføre røntgen thorax undersøkelse.

Punkter for presentasjon til undersøkelsen:

- Studentene presenterer seg.
- Informasjon til informanten. I dette tilfellet radiografen på avdelingen
- Se gjennom om samtykkeerklæring skjemaene er fylt ut, samt minne informanten at han eller eventuelt hun kan avbryte intervjuet underveis i samtalen, hvis det skulle være behov.
- Studentene skal minne om taushetsplikt knyttet til studien, og at informanten er anonym.
- Studentene skal også informere hvordan samlet data materiale skal benyttes i studien og beskyttes under/etter studien.

Kjønn	Alder	Ansinitet	Heltid / Deltid/Kveld	Erfaring med musliske kvinner

Intervjuet

Intro

Norge har i dag blitt ett mer flerkulturelt samfunn, og som radiograf kan en derfor møte pasienter og pårørende med ulik kulturell bakgrunn. Det er da viktig som helsepersonell å møte disse pasientene med forståelse og respekt, samt høre deres ønsker og særskilte behov. Det vi har lyst å gå nærmere innpå er hvordan du som radiograf løser de ulike utfordringene som kan oppstå når en muslimsk kvinne skal gjennomføre en røntgen thorax undersøkelse.

1. Alder, ansiennitet (antall år som aktiv radiograf).
2. I forhold til å gjennomføre undersøkelsene, tenker du som helsepersonell noen ganger på kulturforskjeller?
3. Har du som radiograf på thorax lab noen situasjoner som du kan fortelle om? Med tanke på denne pasientgruppen (musliske kvinner)?
4. I disse situasjonene som du selv har opplevd, så du noen typiske trekk som andre kan lære noe av eller kan ha nytte av?
5. Hvordan oppfattet du kroppsspråket til kvinnen når du tokk imot henne?
6. Enn når det ble forklart hvordan undersøkelsen utføres? Med tanke på dette med avledning.. Var det noe spesiell kroppsspråk du reagerte på?
7. Ble undersøkelsen gjort annerledes ved disse situasjonene, i forhold til det du vanligvis gjør?
8. Skiller disse kvinnene seg ut fra andre pasientgrupper på noen måte? På hvilken måte da? Tid, ressurser..
9. Er radiografene beviste på de utfordringene de kan møte ved denne målgruppen.
10. Hva tror du man kan gjøre for å bedre kommunikasjon og effektiviteten på undersøkelse for disse kvinnene, om det skulle være en utfordrende situasjonen?
11. Hender det at du kvier deg for å gjennomføre undersøkelse av denne målgruppen. (synes du det er vanskelig?)

12. hva synes du er vanskeligst i møte med denne pasientgruppen, det språklige eller det kulturelle.. andre ting?

13. Tror du radiografer har fordommer overfor denne pasientgruppen? (Eller synes det er vanskelig, usikker på hva de skal gjøre)?

14. Tror du denne pasientgruppen (musliske kvinner) føler seg godt ivaretatt etter en thorax undersøkelse?

Hvis radiografen svarer ja eller nei:

Hvorfor tror du det?