



Åndelig omsorg

Hvilke aspekter ved muslimsk tro og praksis bør en sykepleier kjenne til for å kunne bidra til at døende muslimske pasienters åndelige behov blir ivaretatt?

Kandidatnummer: 503

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK16

Antall ord: 10 991

03.05.2019

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag

Problemstilling: *“Hvilke aspekter ved muslimsk tro og praksis bør en sykepleier kjenne til for å kunne bidra til at døende muslimske pasienters åndelige behov blir ivaretatt?”*

Metode: Litteraturstudie. Jeg har benyttet meg av relevante forskningsartikler, selvvalgt pensum og pensumlitteratur.

Funn: Det ble funnet ti relevante artikler. De fleste artiklene handler om pasientens åndelige behov i møte med døden sett fra både pasientens og sykepleiers perspektiv, resten omhandler Islam, og muslimske ritualer.

Drøfting: Drøftingen er basert på artiklene og annen relevant litteratur. Det blir drøftet pasientens behov for åndelig omsorg, og hva sykepleieren bør kjenne til i møte med den døende muslimske pasienten.

Konklusjon: Det kommer frem at det er viktig at sykepleieren har kunnskap om den muslimske pasientens åndelige behov, og hvordan det kommer til uttrykk. Viktige aspekter å kjenne til er pasientens behov for bønn, rituell renhet, diett, og at familien har en viktig rolle for pasienten.

Abstract

Problem: *“What aspects of Muslim faith and practice should a nurse know in order to help maintain the spiritual needs of dying Muslim patients?”*

Method: A literature study, based on relevant research and literature.

Findings: Ten relevant articles are used. Most of the articles is about the patient's spiritual needs in the face of death, from both the patient's and the nurse's perspective, the rest of the articles is addressing Islam and Muslim rituals.

Discussion: The discussion is based on relevant research and literature. The patient's need for spiritual care is discussed, and what a nurse should be aware of when facing the dying Muslim patient.

Conclusion: It appears that it is important that the nurse has knowledge about the Muslim patient's spiritual needs and how it comes to expression. Important aspects are the patient's need of prayer, purity, diet, and that the family plays an important role for the patient.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	6
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2	Problemstilling.....	7
1.3	Begrepsforklaring	7
1.3.1	Åndelig behov.....	7
1.3.2	Døende	8
1.3.3	Muslimsk tro	8
1.4	Avgrensning av problemstilling.....	8
2	Metode.....	10
2.1	Valg av metode	10
2.2	Søkestrategi.....	10
2.2.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	10
2.2.2	Søk	11
2.3	Analyse	14
2.4	Kildekritikk.....	14
2.5	Etiske overveielser	15
3	Teori.....	16
3.1	Islam.....	16
3.2	Døden.....	17
3.2.1	Sykepleie ved livets slutt	18
3.2.2	Den døende muslimske pasienten.....	19
3.3	Menneskets åndelige behov	20
3.3.1	Mening	20
3.3.2	Håp.....	21
3.3.3	Åndelige behov og trostilknytning.....	21
3.4	Ivaretagelse av pasientens åndelige behov	22
3.4.1	Åndelig omsorg - et sykepleieansvar.....	22
3.4.2	Ivaretagelse av muslimske pasienters åndelige behov.....	23
4	Drøfting.....	26
4.1	Sykepleiers møte med pasientens åndelige behov	26

4.1.1	Betydningen av religiøs tilknytning i livets slutfase.....	27
4.2	Viktige aspekter i møte med muslimske pasienter	29
4.2.1	Kompetanse.....	29
4.2.2	Religiøse og kulturelle faktorer	31
4.2.3	Familiens rolle	33
5	Konklusjon	35
	Litteraturliste	36

1 Innledning

En sykepleier i Norge i dag møter mange mennesker fra flere ulike kulturer gjennom sitt arbeid i helsetjenesten. Disse pasientene kan ha andre holdninger, tanker og behov, enn det norske helsearbeidere kjenner til. Blant disse pasientene kan vi blant annet finne flere muslimer. I 2018 var det registrert over 166 800 medlemmer i muslimske trossamfunn i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2018). Til tross for at antall muslimer i landet stiger og islam blir mer og mer vanlig i Norge, finnes det lite forskning på hva som anses som god omsorg i islamsk kontekst. Det kan derfor oppstå mange misforståelser om utøvelsen av helsehjelp til muslimske pasienter i Europeiske land påstår Rassool (2000). Det at noen dør alene i sine hjem, kan virke skremmende på flere innvandrere. Det er en fryktelig tanke for mennesker som hører til et kollektivistisk samfunn. Spesielt gjelder dette muslimer, da det gjerne skal resiteres bønner ved sykesengen (Hanssen, 2014, s.188).

For å yte god omsorg til den døende pasienten, trenger sykepleieren å vite hva pasienten selv definerer som en “god død” i sin situasjon (Hanssen, 2014, s. 90). Å kunne utøve god, helhetlig omsorg til alle døende pasienter, inkluderer pasientens åndelige behov. Samtidig viser Kuven og Bjorvatn (2015) til at den åndelige omsorgen blir neglisjert i praksis. Dette viser til at det kan være nødvendig for en sykepleier å kjenne til hvordan den muslimske pasientens åndelige behov kommer til uttrykk. Hensikten med å skrive denne oppgaven er derfor å finne ut hva sykepleieren bør kjenne til for å utøve god, åndelig omsorg til døende muslimske pasienter.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har bodd flere år i Øst-Afrika, der islam er en av religionene jeg møtte der. Religionen kom tydelig frem i kulturen og levemåten til menneskene som bodde der. Rop fra moskeene kalte inn til bønn fem ganger daglig, menn gikk kledd i lange kjortler på fredager og damene dekket seg til. Jeg har vært med på bilturer midt i det tørre landskapet i Nord-Kenya og måtte stoppe bilen fordi en muslimsk passasjer måtte ut å be, mens resten satt inne i bilen og ventet. Dette gav meg et innblikk i hvor viktig religionen var for folket der.

Når jeg nå snart er ferdig utdannet sykepleier, har disse møtene med menneskene i Øst- Afrika fått meg til å tenke. Hva om de kommer til Norge, og trenger helsehjelp fra meg? Hvordan er

det å møte disse menneskene i pasientsengen? Hvilke behov har pasientene? Hvordan spiller religionen inn når pasienten nærmer seg slutten av livet? Hvordan kan jeg som sykepleier møte disse pasientene på en god og respektfull måte?

Gjennom denne oppgaven håper jeg at jeg får svar på noen av disse spørsmålene, da jeg tenker det kan være nyttig å kjenne til, siden jeg snart skal begynne å jobbe som sykepleier.

1.2 Problemstilling

Jeg har valgt problemstillingen:

Hvilke aspekter ved muslimsk tro og praksis bør en sykepleier kjenne til for å kunne bidra til at døende muslimske pasienters åndelige behov blir ivaretatt?

1.3 Begrepsforklaring

Jeg vil her presentere noen sentrale begrepsavklaringer på bakgrunn av problemstillingen.

1.3.1 Åndelig behov

Åndelig behov er et vidt begrep, og man kan ha ulik forståelse av hva begrepet innebærer. Strøm (1997) viser til åtte områder for åndelig behov: tro, håp, mening, tilhørighet, tillit, tilgivelse, tilbakeblikk og kjærlighet. Jeg har derfor tatt utgangspunkt i Peterson (1985) sin definisjon på åndelig behov, da han definerer det som:

menneskets dypeste behov, som hvis det blir møtt gjør det mulig for personen å opprettholde en meningsfylt identitet og mening slik at det i alle livets stadier kan møte realiteten med håp. (Peterson, 1985, s. 23).

Definisjonen til Peterson er åpen og inkluderer mennesker av alle livssyn. Jeg har derfor valgt å avgrense til to av Strøm (1997) sine områder, da definisjonen inkluderer behovet for mening og håp.

1.3.2 Døende

“Med døende forstås at pasienten vil dø i løpet av kort tid, det vil si i løpet av timer eller få dager”. (NOU 2017:16, s. 21).

1.3.3 Muslimsk tro

En som bekjenner seg til den islamske læren blir kalt en muslim (Vogt, 2018). Den islamske lære bygger på at det bare finnes én gud, Allah. Grunnleggeren er Muhammed, han er Allahs siste og største profet. Islams hellige skrift er Koranen, og er i følge muslimsk tro direkte utgått fra Allah, og formidlet av profeten Muhammed. Skriften viser hvordan den troende skal leve. Den muslimske verden er delt i to hovedretninger; sunni og sjia. Disse to retningene har mye til felles, men har ulike måter å tolke islamsk historie og Koranen på (Hanssen, 2014, s. 161).

1.4 Avgrensing av problemstilling

Det er flere aspekter som kunne vært interessant og tatt med i oppgaven, men på grunn av oppgavens omfang har jeg derfor vært nødt til å avgrense mye. Først og fremst tar jeg utgangspunkt i at sykepleieren ikke er en troende muslim selv, samtidig som jeg avgrenser til at pasienten er døende, og er innlagt på sykehus. Jeg avgrenser ikke til noen spesiell sykdom. Når det kommer til den muslimske pasienten er det flere områder å ta hensyn til, men på grunn av oppgavens omfang har jeg hatt behov for å begrense meg også her. Kulturen til de muslimske pasientene kan være veldig varierende, likevel er de fleste av de religiøse ritualene og tradisjonene like, uansett hvor man kommer fra eller hvilket muslimsk trossamfunn man tilhører. Jeg har derfor valgt å ikke avgrense til noe spesielt geografisk område. Samtidig har jeg heller ikke tatt hensyn til at muslimer i Norge kan være annerledes enn muslimer andre steder i verden. Forståelsen av sykdom og helse kan variere ut fra kulturen, så jeg har derfor valgt å ekskludere det på grunn av oppgavens omfang. Jeg har heller ikke hatt fokus på ett spesielt kjønn, eller kjønnsrollene i muslimske kulturer da det kan variere ut fra hvor pasienten kommer fra det også. Det kunne vært spennende å drøfte verdien av bruk av tolk, men jeg har valgt å utelate det på grunn av oppgavens begrensning. Jeg har derfor i denne oppgaven valgt å fokusere på de som definerer seg som muslimer, uavhengig av hvilken retning de tilhører eller

hvilken kultur de kommer fra. Når det kommer til pasientens åndelige behov har jeg valgt å fokusere på mening og håp i møte med døden.

2 Metode

For å løse et problem og komme frem til ny kunnskap må man bruke en fremgangsmåte, en metode. En metode forteller oss, ifølge Aubert (siteret i Dalland, 2014, s. 111) altså hvordan man skal jobbe for å komme frem til eller etterprøve kunnskap og defineres av Dalland (2014) som: “et redskap i vårt møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen”. (Dalland, 2014, s.112)

Det finnes to metoder å samle inn data på; kvalitativ og kvantitativ metode. Der den kvantitative metoden gir data i målbare enheter. Dette gir oss en mulighet til å ta for oss målbare utregninger for å se hvor stor andel i prosent eller gjennomsnitt, alt etter hva man ønsker å finne ut. Den kvalitative metoden fanger opp resultater som ikke lar seg måle eller tallfeste, som for eksempel meninger og opplevelser (Dalland, 2014, s. 112).

2.1 Valg av metode

For å belyse problemstillingen har jeg valgt en litteraturstudie som metode. Studiet systematiserer kunnskap fra ulike skriftlige kilder. Systematiseringsprosessen går ut på å samle inn litteratur, gå gjennom det med kritisk sans, og sammenfatte alle funnene til slutt. (Thidemann, 2015, s. 79-80).

2.2 Søkestrategi

Utgangspunktet for søkingen var for å finne relevant forskning som jeg kunne bruke for å finne svar på problemstillingen min. Jeg har brukt databasene Cinahl, PubMed og Svemed når jeg har søkt etter relevant forskning. Disse fikk jeg anbefalt på skolens litteratursøkekurs.

2.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Under søkingen la jeg til kriterier for å få et smalere søk, da det første resultatet ble ganske vidt. Inklusjonskriteriene jeg valgte ut var at alle måtte inneholde et sammendrag. Deretter gjorde jeg søket enda smalere ved å velge “alle voksne”, da flere av artiklene som kom opp handlet om barn. I tillegg la jeg til at alle artiklene måtte være fra år 2000 eller nyere, da dette ikke gjorde søket mye mindre, innskrenket jeg til 2010. Jeg la også til kriteriet at artiklene

burde være på engelsk og med et geografisk område som omfattet Europa. Dette gjorde jeg fordi flere av artiklene handlet om land i Asia og mange var skrevet på andre språk enn engelsk og norsk. På databasen Svemed lette jeg etter skandinavisk forskning, men jeg fant ingen relevante artikler der, jeg har derfor valgt å ikke vise søkene mine fra den databasen.

2.2.2 Søk

For å presentere søkehistorikken på en ryddig og oversiktlig måte har jeg valgt å presentere søkene i to tabeller.

CINAHL - 09.01.2019	
SØKEORD	ANTALL TREFF
1. Existential care	15
2. Spiritual care	3869
3. Terminal care	55 471
4. Palliative care	30 337
5. End of life care	7617
6. Religion and religions	38 534
7. Terminally ill patient	10 492
8. Foreign	18 591
9. Intercultural competence	65
10. Islam	3718
11. #1 OR #2 OR #6	40 641
12. #3 OR #4 OR #5 OR #7	60 798
13. #6 OR #8 OR #9 OR #10	57 168
14. #11 AND #12 AND #13	2409
15. #10 AND #11 AND #12	633
16. #10 AND #11 AND #12 Limiters: Abstract Available Narrowed by age: All adults Narrowed by language: English	618
17. #10 AND #11 AND #12 Limiters: Abstract Available Narrowed by age: all adults Narrowed by language: English Published: 2000 - 2019	573
18. #10 AND #11 AND #12 Limiters: Abstract Available Narrowed by age: all adults Narrowed by language: English Published: 2010 - 2019	345
19. #10 AND #11 AND #12 Limiters: Abstract Available Narrowed by age: all adults Narrowed by language: English Narrowed by Geographic: Europe Published: 2010 - 2019	78

Tabell 1: Søk i CINAHL.

Under søket i Cinahl fant jeg 78 artikler. Jeg la til eksklusjonskriterier fordi jeg i første omgang fikk opp flere ting som omhandlet barn eller andre tema som ikke var relevant for oppgaven. Jeg leste meg gjennom overskriftene på alle artiklene og valgte ut 18 relevante artikler som jeg ønsket å lese sammendraget på. Etter å ha lest sammendragene på alle 18, var det syv artikler som ble sett på som relevante. Disse syv leste jeg fullteksten på og satt til slutt igjen med én som jeg valgte å bruke i oppgaven.

PubMed 15.01.2019	
1. Culture	1 013 441
2. Cultural diversity	14 739
3. Nurse-patient-relationship	37 231
4. Muslim	21 335
5. Islam	16 564
6. #1 OR #2	1 015 473
7. #4 OR #5	21 335
8. #6 AND #7 AND #3	46
9. #6 AND #7 AND #3 Filter: Abstract available	26

Tabell 2: Søk i PubMed.

Resultatet etter søket i PubMed var på 26 artikler. Etter å ha lest gjennom overskriftene, satt jeg igjen med 8 artikler som jeg leste sammendraget på. Til slutt lukte jeg ut fire som jeg leste fullteksten på, og ut fra dem satt jeg igjen med én artikkel, som jeg valgte å inkludere i oppgaven.

I tillegg har det blitt utført håndsøk. Ved å se gjennom referanselista til de mest relevante artiklene fant jeg syv artikler, og i tillegg har jeg har fått én artikkel anbefalt fra veileder. Til sammen har jeg ti artikler som jeg har valgt å bruke i oppgaven min;

To cherish each day as it comes: a qualitative study of spirituality among persons receiving palliative care, av Asgeirsdottir, Sigurbjörnsson, Traustadottir, Sigurdardottir, Gunnarsdottir, Kelly (2013). Denne artikkelen ble valgt da jeg anså studiet som relevant for problemstillingen min. Den tar for seg pasientens perspektiv på hva åndelig omsorg er for dem, og hva som er viktig mot slutten av livet. Studiet er utført i Island.

Cultural competence in nursing Muslim patients, av Rassool (2015). Denne ser på hva en sykepleier må kjenne til for å utøve best mulig sykepleie til muslimske pasienter.

Improving training in spiritual care, av Yardley, Walshe og Parr (2009). Det er en kvalitativ studie fra England som intervjuer palliative pasienter der de ønsker å finne ut hvordan pasientene ønsker å bli behandlet, og hva de ansatte bør øve på for å utøve best mulig åndelig omsorg. Denne studien er relevant for å få svar på problemstillingen min da den belyser pasientens behov for åndelig omsorg og hva som er viktig for han eller hun.

Considering faith within culture when caring for the terminally ill Muslim patient and family, av Salman og Zoucha (2010). Denne artikkelen har jeg inkludert i oppgaven da den forklarer hva man som helsepersonell bør kjenne til i møte med døende muslimske pasienter.

Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture, av Hemberg og Vilander (2017). Det er en kvalitativ studie som tar for seg forholdet mellom pasient og sykepleier når de kommer fra ulike kulturer og snakker forskjellige språk. Studiet er relevant for problemstillingen fordi det omhandler behovet for flerkulturell kompetanse blant helsepersonell.

The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying – a phenomenological hermeneutical study, av Tornøe, Danbolt, Kvigne og Sørлие (2015). Studiet tar for seg sykepleiere på sykehus i Norge, og deres utfordringer med utøvelsen av åndelig omsorg til døende pasienter.

The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring, av Rassool (2000). Artikkelen tar for seg noen viktige aspekter når det kommer til utøvelsen av helsehjelp til muslimske pasienter. Jeg har derfor ansett denne artikkelen som relevant for å besvare problemstillingen min.

Caring for patients of Islamic denomination: critical care nurses' experiences in Saudi Arabia, av Halligan P. (2006). Halligan har intervjuet ikke-muslimske sykepleiere som jobber i Saudi Arabia, og deres utfordringer i møte med de muslimske pasientene der. Dette er relevant for problemstillingen min da de tar for seg noen viktige tema imøte med den muslimske pasienten.

The hospice alternative, A new context for death and dying, av Munley, A. (1983). Han har funnet frem til at alle mennesker har et åndelig behov. Jeg har derfor sett på denne som relevant for problemstillingen min.

Åndelig omsorg er en del av sykepleien, av Kuven og Bjorvatn (2015). Denne artikkelen har jeg valgt å inkludere fordi den sier noe om at det åndelige behovet fort kan bli glemt i praksis. Dette er da relevant for å få besvart problemstillingen.

2.3 Analyse

Da jeg leste gjennom de ulike studiene var fokuset å finne svar på oppgavens problemstilling. Funnene over de enkelte studiene kategoriserte jeg for å prøve å skaffe meg en oversikt over materialet. Dette gjorde jeg for å se om funnene kunne danne et utgangspunkt for drøftingen av problemstillingen.

2.4 Kildekritikk

Dalland (2014, s.67) beskriver kildekritikk som “metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann”. Man må altså forsikre seg om at kildene er tilstrekkelige til å besvare problemstillingen på en god måte, når det kommer til det faglige, gyldighet, holdbarhet og relevans for oppgaven. Han viser videre til at hensikten med kildekritikk er at leseren får ta del i de refleksjonene og valgene som er tatt når det kommer til kildebruken, og vise til hvorfor kildene er relevante for å belyse problemstillingen (Dalland, 2014, s. 67).

Jeg har brukt et vurderingsverktøy som heter Critical Appraisal Skills Program (CASP, 2018) da jeg vurderte forskningsartiklene. Det fungerer som en sjekkliste, som har ni punkter eller spørsmål som hjelper oss til å vurdere vitenskapelige artikler. CASP (2018) har jeg brukt på den måten at dersom jeg har kunnet svare ja på 8/9 spørsmål, er det en god og pålitelig artikkel å bruke i oppgaven. I tillegg har jeg vurdert om artiklene har relevans i forhold til oppgavens problemstilling. Jeg har så langt som mulig forsøkt å forholde meg til primærkilder, men har også inkludert et par sekundærkilder der primærkilden har vært vanskelig å få tak i.

I oppgaven har jeg anvendt kildekritikk ved å bestemme inklusjons- og eksklusjonskriterier for artiklene. Intensjonen var at artiklene skulle ha en gyldighet på 10 år, altså fra 2009 til i dag. Likevel har jeg valgt å inkludere tre artikler fra før 2009, da jeg har vurdert dem som

nødvendig for å få svar på problemstillingen min, og de fortsatt har gyldighet og relevans for tema. Jeg har også vært bevisst på å bruke internasjonal forskning da det er lite forskning om temaet i Norge og Skandinavia. I tillegg har jeg prøvd å legge på et geografisk område som omfattet Europa, da flere av artiklene omhandlet land i Asia. Oppgaven er avgrenset til sykehus, men flere av de valgte artiklene er fra hospice og palliative enheter, disse er inkludert fordi praksis til døende pasienter er lik begge steder.

Gjennom søkene fant jeg få forskningsartikler som inkluderte Islam. Jeg valgte derfor å finne mest forskning relatert til åndelig omsorg og terminal pleie. I tillegg har jeg inkludert fire fagartikler som omhandler Islam, da jeg har vurdert dem som nødvendige for å besvare problemstillingen min.

Jeg har valgt å bruke noe eldre litteratur som for eksempel Lazarus og Folkman (1984), Joyce Travelbee (1999) og Victor Frankl (1971), da jeg ser på bøkene deres som fortsatt relevante og gyldige opp mot det temaet jeg skriver om. For å belyse sykepleie til muslimer har jeg valgt å bruke Madeleine Leininger sin teori om transkulturell sykepleie, da hun fokuserer på dette med kulturell kongruens som jeg anser som relevant for å besvare oppgaven min.

2.5 Etiske overveielser

Ettersom temaet interesserer meg, og jeg har litt bakgrunnskunnskaper om dette fra før, har jeg likevel prøvd å være så saklig og objektiv som mulig. Dalland (2014) skriver at det er vanskelig å være helt objektiv som forsker, men at man kan være bevisst sine egne verdier. Gjennom å kjenne til sine verdier og meninger kan det gjøre forskeren i bedre stand til å skille ut det som er viktig (Dalland, 2014, s. 119). Jeg har gjort mitt beste for at ikke forskningen og litteraturen som er utvalgt skal være basert på mine synspunkter.

De fleste forsknings- og fagartiklene jeg har valgt ut er skrevet på engelsk. Tatt i betraktning at engelsk ikke er mitt morsmål, kan det hende at jeg har misforstått deler av artiklene. Jeg har derfor prøvd å tolke tekstene etter beste evne, og brukt oversettelseskilder for å oversette ord som er viktige for å forstå innholdet.

3 Teori

I denne delen av oppgaven vil jeg ta for meg forskning og teori som er relevant for å belyse problemstillingen min.

3.1 Islam

Islam er den nest største religionen i verden med over en milliard tilhengere. Religionen ble grunnlagt av Muhammed, som ble født i Mekka på den arabiske halvøy i år 570 e.Kr. Ordet Islam kommer opprinnelig fra arabisk og betyr underkastelse. Enhver troende muslim er pliktet til å følge “De fem søyler”. Disse består av fem hovedplikter som skal utføres i respekt og ærefrykt for Gud. De fem søylene er trosbekjennelsen, bønningen, almisen, fasten og pilgrimsferden (Hanssen, 2014, s. 162).

Trosbekjennelsen er en bekjennelse av den islamske troen. Den inneholder troen på Koranen, den ene Gud og profeten Muhammeds guddommelige kall og inspirasjon. *Bønningen* er en rituell bønn som skal bes etter et bestemt mønster fem ganger om dagen, der hver bønn starter med trosbekjennelsen. Før hver bønn må muslimen vaske ansiktet, hendene, underarmene og føttene. De samles i moskeen, deres forsamlingshus, hver fredag for å be. *Almisen* er en form for obligatorisk eller frivillig skatt som muslimene skal gi til gode formål. *Fasten* finner sted i Ramadan, som er den niende måneden i muslimenes lunarkalender. I Ramadan kan ikke den troende spise, drikke eller røyke fra soloppgang til solnedgang. *Pilgrimsferden* som går til Mekka, skal en muslim foreta seg minst en gang i livet, dersom det er mulig. Denne reisen skal foregå i den tolvte måneden (Hanssen, 2014, s. 162-163).

Islam er en religion som omfavner store deler av verden. Det finnes derfor store forskjeller i både kultur, etnisitet og språk innen den muslimske verden. Likevel deler de troende mange av de samme religiøse verdier og praksiser (Rassool, 2015). Et eksempel er sømmelighet, der det å vise seg naken foran andre menneske blir sett på som ulovlig. Dette gjelder først og fremst i forhold til det annet kjønn, men man skal heller ikke være naken foran de av samme kjønn (Opsal 2016, s. 77). I tillegg blir også renhet sett på som en viktig dimensjon for muslimene, både fysisk og åndelig (Rassool, 2000). “Kroppens renhet er i følge islam en grunnleggende betingelse for sjelens renhet” (Hanssen 2014, s. 181). Det er ikke tillatt å be de rituelle bønnene i uren tilstand, da bør den troende heller la være. Menstruasjon, avføring, samleie,

fødsel og lik gjør en muslim uren. For å bli ren må den troende utføre en full kropprenselse, med rennende vann. Når det kommer til de daglige bønnetidene trengs bare en mindre renselse (Opsal, 2016, s. 77). Innen islam er det også regler når det kommer til mat. Det er forbudt å spise svinekjøtt og drikke alkohol. Alt kjøtt skal også være slaktet etter muslimsk ritual, såkalt halal (Opsal 2016, s. 77-78).

Familien har en sterk rolle i islamske samfunn, og det er viktig for muslimene å bevare familiens rolle i et stadig skiftende samfunn (Opsal 2016, s. 41). Noen muslimer har gjerne en kollektivistisk selvoppfattelse, noe som gjør at personen er gjensidig avhengig av familien eller gruppen (Hanssen, 2014, s. 165). Selvforståelsen av mennesker fra kollektivistiske samfunn er preget av at deres autonomi er i stor grad begrenset og underordnet de forventninger og forpliktelser som ligger i familieforholdet (Hanssen 2014, s.69).

3.2 Døden

På samme måte som livet leves individuelt, møter mennesker døden på forskjellige måter. Noen har en lang og smertefull prosess før døden inntreffer, mens andre dør brått og smertefritt. Noen ganger er døden etterlengtet og andre ganger kommer den uventet. Døden inntreffer i alle livets aldre, noen allerede før fødselen og andre når man er gammel (Mathisen, 2016, s. 415).

Den syke kan møte flere vanskelige følelser når han eller hun forbereder seg på døden (Mathisen 2016, s. 417). Å vite at døden snart nærmer seg, vil oppleves som en stor krise for de fleste. Døden kan ikke unngås, dermed finnes det ikke noen løsningsmuligheter for krisen heller (Mathisen 2016, s. 419). Lazarus og Folkman (1984) beskriver det som en stressfylt situasjon for pasienten, og hvordan han eller hun opplever situasjonen har innvirkning på hvilken reaksjon pasienten får. Videre beskriver de stress som et dynamisk forhold mellom personen og omgivelsene, der følelsen overgår hans eller hennes ressurser og truer pasientens trivsel. Det vil si at det er en sammenheng mellom situasjonen og pasientens væremåte, og at det har innvirkning på reaksjonen (Lazarus og Folkman, 1984, s. 19).

Lazarus og Folkman (1984) viser til at når en person blir utsatt for store forandringer, vil vedkommende innta en kognitiv vurdering av situasjonen, hvorvidt den oppfattes som truende eller ikke. Videre viser de til tre former for kognitiv vurdering; primærvurdering, sekundærvurdering og revurdering. Primærvurderingen er den første evalueringen av

situasjonen der personen vurderer om situasjonen oppleves som stressfylt eller ikke (Lazarus og Folkman, 1984, s. 31-32). Sekundærvurderingen er en mer handlingsrettet vurdering, og handler om hva som må gjøres for å kunne håndtere situasjonen. Denne vurderingen har en avgjørende funksjon da utfallet avhenger av hva pasienten vil gjøre for å mestre situasjonen. Et eksempel kan være at en døende pasient velger å holde motet oppe uten å knekke sammen, til tross for mye smerte og belastning (Lazarus og Folkman, 1984, s. 35-36). Situasjonen kan endre seg, dersom det kommer ny informasjon om forløpet eller sykdommen. Da må pasienten ta for seg en ny vurdering, en revurdering. Et eksempel kan være en situasjon der en pasient tror han kommer til å bli frisk, og får budskap fra legen at det ikke er mer håp. (Lazarus og Folkman, 1984, s. 38). Hvordan pasienten mestrer situasjonen bestemmes av tidligere erfaringer, personlige verdier, holdninger og kunnskap (Lazarus og Folkman, 1984, s. 56).

3.2.1 Sykepleie ved livets slutt

De yrkesetiske retningslinjene viser til at sykepleieren skal bidra til at pasienten får en verdig og naturlig død og at pasienten ikke dør alene (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2016). Pleie og omsorg ved livets slutt kan by på vanskelige dilemmaer som utfordrer både det faglige, menneskelige og de etiske verdiene til helsepersonellet. For sykepleieren som jobber med dette krever det mye kunnskap om prosessene ved livets slutt, samtidig er holdningene til sykepleieren er nesten enda viktigere (Hjort, 2010, s. 447).

Noe av det viktigste en sykepleier kan være for en døende pasient, er å være et engasjert medmenneske. Sykepleieren skal kunne hjelpe mennesker ved livets avslutning, alt etter hvordan dette oppleves for pasienten, enten døden er ventet eller den kommer brått på. Det er også viktig å ta seg av de pårørende og se til at de klarer å leve livene sine videre på en best mulig måte. Det å være et engasjert medmenneske kan handle om å være tilstede, ha ei utstrakt hand til den som trenger det, et lyttende øre eller utføre praktiske oppgaver som letter situasjonen (Mathisen, 2016, s.615).

Braun, Gordon og Uziely (2010) går så langt som å si at det er uprofesjonelt og uetisk å trekke seg unna pasienten fordi en ikke føler en mestrer situasjonen. Sykepleieren bør heller søke faglig veiledning for å kunne bearbeide det eventuelle personlige problemet eller utfordringen som ligger i veien (gjengitt i Mathisen, 2016, s. 417).

3.2.2 Den døende muslimske pasienten

I de aller fleste kulturer finnes det ulike skikker og ritualer for hvordan man skal oppføre seg når en person nærmer seg slutten av livet. Det er både forventinger til den syke og dem som er rundt. I situasjoner som dette kan det vært trygt å ha noe konkret å forholde seg til, dette kan komme til uttrykk gjennom skikker og ritualer (Mathisen 2016, s. 411). Når det kommer til muslimske kulturer er det ikke noe unntak.

Koranen beskriver livet på jorden som en reise før det evige livet etter døden. Muslimene tror at et menneskeliv går gjennom tre stadier; det første er livet på jorden, det neste er livet i graven der de venter på dommedag og det siste er det livet som kommer etter dommedagen. Livet etter dommedagen er delt i to, enten i paradiset eller i evig pine. Menneskene er skapt med fri vilje, og hva personen velger å gjøre med livet vil ha konsekvenser for livet etter døden. Helt fra de er små blir de lært opp til at livet og døden er i Allahs hender, og at det er bare han som vet når, hvor og hvordan et menneske dør (Salman og Zoucha, 2010). Sykdom og lidelse blir sett på som en prøvelse for den troende, og i følge den islamske tro bør den troende unngå å klage over situasjonen, men heller akseptere situasjonen med tålmodighet, og heller be Allah om å lindre lidelsen (Rassool, 2000). Hanssen (2014) forteller at en døende muslimsk pasient ofte ønsker å ligge eller sitte med ansiktet vendt mot Mekka. Dette skal da hjelpe pasienten til å få en lettere ferd inn til paradiset (Hanssen, 2014, s. 189).

De fleste muslimske pasienter foretrekker å dø hjemme, omringet av familie og venner. Dette er fordi noen muslimer er bekymret for at en muslim som dør i en institusjon ikke blir behandlet riktig i forhold til islamsk tradisjon. Det er viktig for pasienten og pårørende at de islamske ritualene blir fulgt når døden nærmer seg (Salman og Zoucha, 2010, s. 162). Pårørende er derfor viktig for den døende pasienten, da de blant annet hjelper pasienten med å be ulike bønner. Trosbekjennelsen er det siste en muslim skal si eller høre før han eller hun dør, og dersom pasienten selv ikke er i stand til å si den selv, vil pårørende hviske den inn i øret til pasienten i stedet (Opsal, 2016, s. 79-80). Dersom pasienten ikke har noen nær familie, bør det tilkalles en Imam (en muslimsk leder) som kan hjelpe pasienten med å utføre handlingene som pårørende ellers kunne gjort (Salman og Zoucha, 2010).

3.3 Menneskets åndelige behov

Den åndelige dimensjonen blir sett på som et grunnleggende behov for alle mennesker. Den gir kilde til mening og håp, og at mennesket kan føle seg verdsatt. Åndelige behov har tidligere blitt sett på som bare et religiøst behov, men i dagens samfunn bør den åndelige dimensjonen inkludere alle livssyn, også dem som søker mening uten å ha noen personlig tro eller tilhører noe religiøst trossamfunn (Strøm, 2015, s. 910-911),

Helsedirektoratet (2010) viser til at begrepet åndelig behov har tre hoveddimensjoner, som fort glir over i hverandre. Det første er *eksistensielle utfordringer og tilnærminger*. Under dette punktet kommer spørsmål som omhandler meningen med livet, identitet, glede og livsmot, skyld og skam, lidelse og død. Dette er spørsmål som angår ethvert menneske i ulik grad. Den andre dimensjonen er *verdibestemte vurderinger og holdninger*. Dette området dreier seg mer om hva som er viktig for det enkelte mennesket. Hva som gir livet mening. Her kommer relasjoner inn som et viktig aspekt. Hvordan pasienten forholder seg til seg selv, familien og vennene sine, i tillegg til spørsmål om hva som er viktig for pasienten i den situasjonen han eller hun befinner seg i. Den siste er *den religiøse dimensjonen*. Denne dimensjonen er for de pasientene som har en konkret tro på, eller søken mot en høyere makt. Den religiøse dimensjonen favner derfor alle spørsmål som omhandler tro og tvil, fortapelse og evig liv. For en pasient som har en tro, kan det være viktig for vedkomne å utøve sin tro i form av skikker og ritualer da dette kan være viktige holdepunkter for pasienten gjennom lidelsen (Helsedirektoratet, 2010).

3.3.1 Mening

Mening er, ifølge Travelbee (1999, s. 225) «den grunnen eller årsaken den enkelte tilskriver de enkelte erfaringer og opplevelser i livet». Frankl (1971) beskriver at mennesket selv er ansvarlig for å finne de riktige svarene og den sanne veien i situasjonen. Mening er noe som må finnes av individet selv, den kan ikke gis bort, den må oppdages, ikke oppfinnes (Frankl, 1971, s.54).

Menneskets religiøse overbevisning vil ha sterk innvirkning på hvordan personen evner å håndtere situasjonen (Travelbee, 1999, s. 103). “Den døende opplever gjerne angst og bekymring, smerter og lidelse som krever omsorg som er meningsfull og støtter opp under personens verdier og livsvalg” (Hanssen, 2014, s. 90).

3.3.2 Håp

Travelbee (1999) skriver at håp er det som gjør at mennesker er i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner som for eksempel tap, tragedier og lidelse. Videre skriver hun at håp kan beskrives som en mental tilstand som karakteriseres ved et ønske om å nå frem eller oppfylle et mål, i kombinasjon med en forventning om at målet ligger innenfor det oppnåelige. Hun viser også til seks karakteristika ved håp. Først og fremst er håpet relatert til avhengigheten av å få hjelp av andre, videre er det framtidsrettet, det er relatert til valg, relatert til ønsker, relatert til mot og har sammenheng med utholdenhet og tillit (Travelbee, 1999, s.117).

3.3.3 Åndelige behov og trostilknytning

I 1983 intervjuet Munley 15 terminalt syke pasienter, der det kom frem en typologi når det gjaldt religiøs tilknytning. Studiet gjaldt blant annet de pasientene som hadde en personlig tro, de som ikke hadde en personlig tro, og de som ikke tilhørte noe religiøst trossamfunn. Munley (1983) har derfor delt de inn i fem kategorier; ateist, ingen religion, personlig tro, personlig tro og tilknyttet et trossamfunn og tilknyttet et trossamfunn (Munley, 1983).

Ateister er mennesker med en overbevisning om at det ikke finnes noen gud eller guder (Jacobsen, Grüner, Sky, Kværne, 2018). Gjennom studiet til Munley (1983) kommer det frem at ateistene søkte støtte i menneskelig varme og relasjoner. Dette viser til menneskets behov for å gi og motta kjærlighet, i tillegg til behovet for empati, akseptasjon og respekt.

I likhet med ateistene søkte også de i den andre kategorien, ingen religion, støtte hos andre mennesker, men de hadde også et ønske om at sykepleierne var villige til å respektere deres oppfatning av det de anså som guddommelig.

Den tredje kategorien dekker de som har en personlig tro på gud, men som ikke hører til noe religiøst trossamfunn. Disse menneskene finner mening i naturen, og de kan også ha et behov for å be. Flere av menneskene under denne kategorien føler seg bundet til makter høyere enn seg selv, og opplevde behovet for tillit.

De av den fjerde kategorien som har en personlig tro og er en del av et trossamfunn, opplevde en lettere aksept for sin egen situasjon ved at de overlot ansvaret til Gud. For pasienter i denne kategorien kan det å tilrettelegge for ritualer og bønn være viktig.

Den siste kategorien, tilknyttet et trossamfunn, var behovet nesten det samme som den fjerde kategorien. Forskjellen var at de religiøse ritualene og tradisjonene var viktigere enn deres eget forhold til Gud (Munley, 1983).

Alle disse kategoriene er eksempler på at alle mennesker har et behov for åndelig omsorg, uavhengig av om personen har en personlig tro, eller tilhører et trossamfunn (Munley, 1983).

3.4 Ivaretagelse av pasientens åndelige behov

3.4.1 Åndelig omsorg - et sykepleieansvar

For at en sykepleier skal kunne gi pasientene sine helhetlig omsorg kreves det nødvendig kompetanse. Pasientens åndelige behov er en del av den helhetlige omsorgen, på lik linje med de fysiske og psykiske behovene skriver Strøm (2015, s.916). Sykepleieren må vite hva et åndelig behov er, og hvordan det kommer til uttrykk for å kunne ivareta dette behovet til pasienten (Strøm, 2015, s. 916). I de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2016) blir sykepleierens ansvar beskrevet i punkt 2 slik; "Sykepleieren ivaretar den enkelte pasientens verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket". Henderson (1997) understreker at det er viktig at sykepleieren respekterer pasientens åndelige behov og at sykepleieren anser det som sitt ansvarsområde på lik linje som andre behov, på denne måten;

en del av den generelle sykepleie å respekter pasientens åndelige behov i enhver situasjon, og å hjelpe ham å få tilfredsstilt dette. Har religionsutøvelse stor betydning for en person når han er frisk, er den langt mer vesentlig når han er syk (Henderson 1997, s. 56–57).

Tornøe, Danbolt, Kvigne og Sørli (2015) sin studie tok utgangspunkt i at sykepleiere ser på det som en utfordring å utøve åndelig omsorg til døende pasienter, og prøvde å finne ut sykepleiernes erfaringer og årsaker til dette på sykehus. Gjennom studien kom det frem at sykepleierne har blandede følelser for å møte pasientens åndelige behov i praksis, på tross av at de ser på det som et viktig behov å følge opp. Sykepleierne synes det var vanskelig å identifisere de åndelige behovene, fordi det kom til uttrykk på ulike måter. De la også frem at sykepleierne ikke følte seg kvalifiserte nok, og var usikre i møte med pasientens åndelige

behov. Fordi det å møte og prate med pasienten om åndelighet og eksistensialisme er komplekst og utfordrende, og kan variere fra en pasient sin livssituasjon til en annen. Det var derfor lettere å finne unnskyldninger for å slippe unna samtalene ved å skyldte på at de har begrenset med tid inne hos pasienten, lite ressurser og at de var redde for forstyrrelser under samtale med pasienten (Tornøe mfl., 2015)

I en undersøkelse spurte Yardley, Walshe og Parr (2009) pasientene hva de anså som viktig for dem i møte med deres åndelige behov når det nærmer seg slutten av livet. Flere la vekt på det at de ønsket å få tilbud om å prate om det åndelige og eksistensielle, og at heller de kunne avslå om de ikke ønsket. Det de kom frem til i denne studien var at holdningene og villigheten til sykepleieren er det viktigste for å møte pasientens åndelige behov (Yardley mfl., 2009).

I en artikkel av Kuven og Bjorvatn (2015) blir det beskrevet at selv om pasientens åndelige behov blir sett på som et av de grunnleggende behovene, blir de neglisjert i praksis. De hevder at det er flere grunner til dette. Noen sykepleiere sier at de ikke tør å spørre pasientene om deres åndelige behov, da de selv er usikre på sitt eget ståsted. Holdningene og væremåten til sykepleierne er viktigere enn å sitte med de riktige svarene. De mener da til slutt at det viktigste for en sykepleier å huske på at pasienten skal være i sentrum (Kuven og Bjorvatn, 2015).

3.4.2 Ivaretagelse av muslimske pasienters åndelige behov

Kunnskap er viktig for å møte mennesker fra andre kulturer på en god måte. Dersom sykepleieren viser til å ha litt kunnskap om pasientens kultur eller religion og hvilke konsekvenser dette har for behandlingen og pleien, kan dette bidra til at pasienten opplever å bli møtt med respekt og omsorg. På denne måten kan pasienten få et positivt møte med helsevesenet. Selv om det er viktig å huske på det som er annerledes med kulturen og religionen er det viktig å ikke glemme enkeltindividet. Pasienten i senga er ikke nødvendigvis bare representant for alle de med islamsk tro, eller Midtøsten, men alle pasienter har sin egen historie og bakgrunn. Som sykepleier er det derfor viktig å huske på at pasienten i senga er seg selv, med sine behov og sine egne holdninger og tanker (Hanssen 2014, s. 17).

Leininger (2001) sin teori om transkulturell sykepleie, forklarer at alle mennesker har forskjellig levemønster og vaner både når det kommer til kulturen, men også forskjellig forståelse av hva omsorg er. Hun viser til at helsepersonell bør være klar over at alle kulturer

har sine særtrekk, også når det kommer til helsehjelp. Som helsepersonell er det da viktig å kjenne til noen av de kulturelle praksisene slik at det er kulturell kongruens med pasientens verdier og behov. Kulturell kongruens kan defineres som kunnskap, handlinger og avgjørelser brukt på en sensitiv måte, slik at det passer inn i de kulturelle praksiser og verdier til pasienten. Dette kan øke pasientens velvære og bidra til bedre helse (Leininger, 2001, s. 37-39).

For å kunne utøve omsorg som har kulturell kongruens med pasienten, forteller Leininger (2001) at sykepleieren bør sette seg inn i hva som oppleves som god omsorg i kulturen til pasienten. På den måten kan sykepleier forstå pasientens behov og det kan igjen bidra til best mulig omsorg for både pasienten og familien. Leininger hevder at fra verdenssynsperspektivet, sosiale strukturkomponenter og miljøfaktorer kan tre områder av kulturelle omsorgsbeslutninger og tiltak forutsettes for å utøve god omsorg; ta vare på det kulturelle behovet, kulturell forhandling, og endret kulturelt mønster (Leininger, 2001, s.204-205).

Når en muslim er innlagt på sykehus er det viktig å respektere pasientens syn på sømmelighet og privatliv. Ideelt bør en muslimsk pasient bli stelt av en av samme kjønn. Dersom det ikke er mulig bør en kvinnelig sykepleier være med når den mannlige sykepleieren skal stelle en kvinnelig, muslimsk pasient. Under undersøkelser og prosedyrer der kroppen blir eksponert bør sykepleieren be pasienten om lov før eventuell undersøkelse skal tas (Rassool, 2015).

Halligan (2006) intervjuet seks sykepleiere som ikke var muslimer, fra Europa, som jobbet i Saudi-Arabia om hvordan de opplevde de muslimske pasientene de hadde der. De fant frem til tre hovedtema som gikk igjen; sykepleier-pasient-forholdet, den religiøse påvirkningen og familiebånd. Forholdet mellom pasient og sykepleier sin største barriere var språket, dette utgjorde mye non-verbal kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Den religiøse påvirkningen handlet om hvor viktig religionen var for pasienten. De små tingene som utgjorde pasientens åndelige behov var viktig, for eksempel det å tilrettelegge for at pasienten fikk be. Noen av de som ble intervjuet fortalte også at dersom de religiøse aspektene ikke ble tilrettelagt kunne pasienten bli stresset og urolig. Familiebåndene blir beskrevet som veldig viktig for pasienten, de er mye på besøk og involverer seg ofte i behandlingen til pasienten. Noe som var til frustrasjon for noen av de sykepleierne som ble intervjuet (Halligan, 2006).

Asgeirsdottir mfl. (2013) intervjuet 11 terminalt syke pasienter om deres åndelige behov, der det kom frem at familien hadde en viktig rolle når det kom til deres mening med livet både for dem som var religiøse og dem som ikke var det. Pårørende var det som gav dem håp og

mening i en håpløs tid. Familien kunne hjelpe til med det pasienten trengte av praktisk, åndelig og emosjonell støtte. I tillegg hadde den religiøse tilknytningen til pasienten noe å si for pasientene, og rituelle praksiser (Asgeirsdottir mfl., 2013)

I en studie der Hemberg og Vilander (2017) spurte flere sykepleiere om hva som var viktig i møte med pasienter som ikke delte samme kultur og språk, kom de frem til fem kategorier; kjærlighet som basis for forholdet mellom pasient og sykepleier, viktigheten av integritet i møte med kulturelle og åndelige behov, tilstedeværelse, kreativitet som fundament for kulturell forståelse og kommunikasjon, og god informasjon. Kort oppsummert fyller disse punktene hverandre godt ut. Det kreves gjensidig respekt for å bli trygge på hverandre. Dersom pasienten er trygg på sykepleieren, kan forholdet hjelpe dem til å oppnå god kommunikasjon og samarbeid. Det er viktig å se enkeltindividet for å se dens kulturelle og åndelige behov. Av sykepleieren kreves det da kulturell kompetanse og en villighet til å se og være kreativ og gjøre annerledes enn det som er kjent fra egen kultur (Hemberg og Vilander, 2017).

4 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte problemstillingen: *“Hvilke aspekter ved muslimsk tro og praksis bør en sykepleier kjenne til for å kunne bidra til at døende muslimske pasienters åndelige behov blir ivaretatt?”*.

4.1 Sykepleiers møte med pasientens åndelige behov

For at en sykepleier skal kunne utøve åndelig omsorg til pasienten er det en forutsetning at sykepleieren klarer å identifisere pasientens åndelige behov. Som Helsedirektoratet (2010) beskriver består pasientens åndelige behov av flere dimensjoner som rommer de eksistensielle behovene, verdibestemte vurderinger og holdninger og de religiøse behovene, det er derfor vidt og ikke alltid like håndfast å ta tak i. Kuven og Bjorvatn (2015) skriver at sykepleieren bør være oppmerksom og følge med på hvordan det åndelige behovet kommer til uttrykk hos pasienten. Det er særlig når pasienten er døende at åndelige spørsmål dukker opp, og da er det enda viktigere at sykepleieren kan hjelpe pasienten med å finne mening og håp i situasjonen (Travelbee 1999, s. 103). Samtidig ser man i praksis at den åndelige dimensjonen ofte blir neglisjert (Kuven og Bjorvatn, 2015). Hvorfor er det slik?

Det kommer frem at åndelig omsorg i livets slutfase er av betydning for pasienten. Yardley mfl. (2009) viser til at flere pasienter ønsker at sykepleieren spør dem om deres åndelige behov. Da kan pasienten selv velge om han eller hun ønsker, eller ikke ønsker å prate om og få hjelp til å få tilrettelagt for deres åndelige behov. De synes det var bedre at pasienten fikk mulighet til å avvise tilbudet, enn å ikke bli spurt i det hele tatt. Imidlertid viser Tornøe mfl. (2015) sin studie at sykepleiere har blandede følelser i møte med pasientens åndelige behov. Dårlig tid og lite ressurser er en ofte brukt unnskyldning for å slippe unna slike situasjoner. Av erfaring kan jeg bekrefte at flere norske sykehus er preget av et høyt arbeidstempo og travle arbeidsdager, men er dette grunn nok? Videre viser Tornøe mfl. (2015) til at flere av sykepleierne ikke føler seg kvalifiserte nok til å prate om det åndelige med pasientene sine. Grunnen til dette sier Tornøe mfl. (2015) er fordi sykepleierne ikke anser seg selv som religiøse nok og at de synes det som har med religion å gjøre er privat eller personlig. Dette kan tyde på at til tross for at pasienten har et åndelig behov, klarer ikke sykepleierne møte dette behovet tilstrekkelig. Trolig kan det at pasienten ikke får hjelp til å dekke sitt åndelige

behov føre til en uro hos pasienten. Samtidig er det ikke sikkert det er like lett for sykepleieren å oppdage pasientens åndelige behov, dersom han eller hun ikke vet hvordan den kommer til uttrykk. Dette understreker viktigheten av å ha den nødvendige kompetansen, noe jeg kommer mer innpå senere.

Det kan være mange årsaker til at sykepleierne ikke klarer å ivareta pasientenes åndelige behov tilstrekkelig, en av årsakene kan blant annet være redsel. Redsel for hva pasienten svarer, og om det er utenfor kunnskapsområdet til sykepleieren og redsel for å svare feil. Samtidig kan en annen årsak handle om et spørsmål om villighet. Hvor villig sykepleieren er til å møte pasientens åndelige behov, og medhjelpelig til å finne mening og håp i situasjonen for pasienten. Yardley mfl. (2009) bekrefter dette ytterligere ved å si at sykepleierens holdninger og villighet er det viktigste redskapet i møte med pasienten. Fordi selv om sykepleierne ikke føler seg kvalifiserte nok, og føler at de trenger seg inn på pasientens personlige og private områder viser studiet til Yardley mfl. (2009) at pasientene har behov for det. Braun mfl. (gjengitt i Mathisen, 2016, s. 417) understeker viktigheten av at sykepleieren stiller seg villig imøte med pasientens åndelige behov, og har gått så langt som å si at det er uetisk og uprofesjonelt å trekke seg unna pasienten bare fordi sykepleieren ikke føler at han eller hun mestrer situasjonen. Det kan dermed konkluderes med at til tross for at det kan være en utfordring å oppdage og møte pasientens åndelige behov, bør sykepleieren prøve å stille seg åpen og villig for å utøve best mulig åndelig omsorg til pasienten.

4.1.1 Betydningen av religiøs tilknytning i livets slutfase

Pasienter som nærmer seg døden befinner seg i en svært sårbar situasjon, og mange kan oppleve det som en krise i livet, noe de ikke har kontroll over (Mathisen 2016, s.417). Når den syke forbereder seg på døden, kan pasienten møte flere vanskelige følelser, blant annet stress. Lazarus og Folkman (1984, s.19) har sett mye på hvordan pasienten reagerer på stressende situasjoner. De har derfor kommet frem til at pasienten tar for seg en kognitiv vurdering om hvordan han eller hun skal reagere når pasienten står overfor en så vanskelig situasjon som døden kan være. Primærvurderingen er den første evalueringen, om situasjonen oppleves som stressfylt eller ikke (Lazarus og Folkman, 1984, s.32). Deretter kommer sekundærvurderingen. Sekundærvurderingen er pasientens handlingsreaksjon, hva pasienten faktisk gjør. Den avhenger av pasientens personlige verdier, tidligere erfaringer, kunnskap og holdninger, og dette kommer til uttrykk på hvordan pasienten mestrer situasjonen (Lazarus og Folkman,

1984, s. 35-36). Både Asgeirsdottir mfl. (2013) og Travelbee (1999, s. 226) viser til at pasientens religiøse overbevisning vil ha en sammenheng med hvordan han eller hun mestrer situasjonen. Derfor kan det antas at pasientens kognitive vurdering varierer ut fra hvilken religiøs oppfatning pasienten har. For eksempel kan da en muslim reagere annerledes enn hva en ateist ville gjort. Dette viser igjen til at det er viktig at sykepleieren har kjennskap til hvilken religiøs tilknytning pasienten har, og hvordan dette kan ha sammenheng med reaksjonen til pasienten.

Gjennom studien til Munley (1983) kommer det frem at alle pasienter har et åndelig behov, uansett om personen tilhører et religiøst trossamfunn eller ikke. Det kan være flere måter å dele pasientens åndelige behov opp på, men Munley delte opp i fem ulike kategorier der det åndelige behovet til pasientene blir uttrykt forskjellig, basert på pasientenes religiøse tilknytning og bakgrunn. Muslimske pasienter kan plasseres innen de siste tre kategoriene til Munley, altså de med personlig tro, de med personlig tro og tilhører et trossamfunn og bare de som tilhører et trossamfunn. På den måten favnes de fleste muslimer, både de som er troende og praktiserende muslimer og de som er kulturelle muslimer. Det kan derfor være en fordel som sykepleier å sette seg inn i hva som gir disse pasientene mening mot slutten av livet.

Det er vanlig at de fleste muslimer er av den oppfatning at helbredelsens kraft bare finnes hos Allah, og at sykdom og lidelse blir sett på som en prøvelse. Muslimer prøver derfor å akseptere situasjonen som den er, siden det er hans vilje (Rassool, 2000; Salman og Zoucha, 2010). Enkelte ganger kan det å se lidelsen i sammenheng med troen på at alt er i Allahs hender, være en hjelp til å lette situasjonen (Salman og Zoucha, 2010). Da kan kanskje pasienten klare å mestre redselen for å dø, og heller fokusere på at det er et evig liv etter døden. Det å tro at det finnes et liv etter døden vil jeg tro kan være til hjelp for å redusere følelser som frustrasjon og bitterhet. Samtidig er det viktig å understreke at alle opplevelser er individuelle. Samtidig tror muslimene på at det livet som blir levd på jorda vil ha konsekvenser for livet etterpå (Salman og Zoucha, 2010), trolig kan dette føre til at pasienten kjenner på følelser som anger og hjelpeløshet. Sykepleiers rolle kan være å finne ut hva pasienten tenker, og hjelpe pasienten til å finne frem til mening og forsoning med situasjonen. Det kan også være et forslag å kontakte imamen dersom pasienten trenger samtale, og sykepleieren ikke har nok kunnskap om religionen. Dette understreker det Frankl (1971, s.54) beskriver, at sykepleierens rolle blir å hjelpe pasienten til å finne sin egen kilde til mening.

Religiøse praksiser er spesielt viktig for de to siste kategoriene til Munley (1983). Siden sykepleieren har ansvar for pasientens åndelige behov kan det antas at han eller hun har en viktig rolle når det kommer til å tilrettelegge for religiøse ritualer. Alle religioner har sine religiøse uttrykksformer. I møte med en muslimsk pasient kan sykepleieren tilrettelegge for bønn, diett, renhet og sømmelighet være eksempler på gode tiltak. Dette kan være enkle tiltak til å hjelpe pasienten til å finne mening og håp mot slutten av livet. På den andre siden kan ikke sykepleieren strekke like godt til siden flere aspekter krever at en annen troende muslim hjelper pasienten. Et eksempel er bønnene som skal bli bedt rett før pasienten dør, der bør enten pasienten selv be, eller en pårørende dersom pasienten ikke orker selv (Opsal, 2016, s.79). Jeg kommer inn på sykepleierens rolle i møte med pasientens behov for å be i et senere avsnitt.

4.2 Viktige aspekter i møte med muslimske pasienter

4.2.1 Kompetanse

Dagens samfunn blir mer og mer flerkulturelt, dette skaper nye utfordringer for helsepersonell. Det kreves mer kompetanse, mer ansvar og mer fleksibilitet av sykepleieren. Mangel på kulturell kompetanse er en faktor som kan føre til misforståelser, irritasjon og unødvendige konflikter (Hemberg og Vilander, 2017). Noen mennesker forventer at mennesker fra andre kulturer prøver å tilpasse seg den nye kulturen de kommer til. Realiteten er likevel ikke slik, og derfor er det ekstra viktig at sykepleieren som har kontakt med disse pasientene tilegner seg tilstrekkelig kunnskap. (Hemberg og Vilander, 2017). Dette støttes av Leininger (2001, s.37) der hun viser til at en sykepleier bør kjenne til at alle kulturer har sine særtrekk. Det viktige blir da å kjenne til de kulturelle og religiøse praksisene som har sammenheng med den enkelte pasient sine behov og verdier. Hun kaller det for kulturell kongruens. Sykepleieren bør da ha den rette kunnskapen, gjøre de rette handlingene og ta de rette avgjørelsene slik at de samstemmer med pasientens kultur og praksis. Sykepleieren bør da finne ut hva som gir pasienten mening, hvordan kulturen til pasienten blir uttrykt og hva som er god omsorg for pasienten. Hun hevder at dersom sykepleieren har kulturell kompetanse kan det øke velvære og bedre helsen til pasienten (Leininger, 2001, s.39). Dette kan tyde på at kulturell kongruens kan være viktig å huske på i møte med den døende muslimske pasienten, da det å utøve riktige tiltak og handlinger kan gi pasienten mening og håp.

Sykepleieren sin oppgave blir å prøve å sette seg inn i hva som oppleves som god omsorg i kulturen til pasienten, for å kunne utøve omsorg som har kulturell kongruens med pasienten. Leininger (2001, s. 204) hevder at det forutsettes tre kulturelle omsorgsbeslutninger og tiltak for at utøvelsen av god omsorg skal bli ivaretatt. Først og fremst kan sykepleieren prøve å identifisere pasientens behov. Da bør sykepleieren forsøke å finne ut hva som er viktig for pasienten, og hva pasienten anser som god omsorg og pleie. Sykepleieren kan for eksempel få kartlagt dette gjennom samtale. Etterpå kan sykepleieren bruke informasjonen pasienten har gitt til å se hva som er reelt og gjennomførbart på sykehuset. Deretter foreligger det en kulturell forhandling, der pasienten og sykepleieren snakker sammen om hvordan behovene til pasienten kan bli tilfredsstillt. Her kan det hende at både sykepleieren og pasienten må gi og ta, ved å gi fra seg sine behov til fordel for den andre. Til slutt har det blitt utviklet et endret kulturelt mønster. Der sykepleieren så langt hun eller han strekker til prøver å tilrettelegge for pasientens behov, både når det kommer til det åndelige og det kulturelle. Samtidig som pasienten får hjelp til å få tilrettelagt for sine behov, krever det imidlertid også at pasienten er villig til et samarbeid med sykepleieren.

Et viktig redskap i møte med pasienter fra en annen kultur og religion er kommunikasjon. men selv kommunikasjon kan by på utfordringer når dersom språket ikke er det samme. Hanssen, (2014, s.45) forteller at dersom det kommer en pasient som ikke kjenner til det norske språket eller helsevesenet, kan møtet oppleves som traumatisk og det kan også skape forvirring. Kommunikasjonsproblemer kan bli en mulig begrensning for pasientens til å uttrykke egne tanker og følelser, og det kan fort oppstå misforståelser og usikkerhet (Hanssen, 2014, s.45). Det finnes utallige måter å løse kommunikasjonsproblemer på, og det er få fasitsvar på hva som er rett og galt. Hemberg og Vilander (2017) viser til gjennom studiet sitt at nøkkelordet for god kommunikasjon på tvers av kulturer kan være kjærlighet. Gjensidig kjærlighet mellom pasienten og sykepleieren, kan føre til et godt samarbeid, med respekt og trygghet for hverandre (Hemberg og Vilander, 2017). Sykepleier bør være kreativ og tenkte nytt og alternativt, og mulig ta i bruk non-verbal kommunikasjon, for å finne frem til et godt samarbeid mellom pasienten og sykepleieren mener Hemberg og Vilander (2017). Dette kan tyde på at kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier avhenger av et godt samarbeid som kan vinnes med blant annet gjensidig kjærlighet.

Islam er relativt nytt, da de første muslimene kom til Norge rundt 1970 (Opsal, 2016, s.307). Selv om det snart er femti år siden, er muslimene i Norge fortsatt i mindretall. Fra min tid på grunnskolen lærte vil litt hva Islam gikk ut på, men ikke så mye mer. Antageligvis kan dette ha

sammenheng med hvorfor kunnskapen om muslimer blant voksne nordmenn ikke er veldig utbredt. Samtidig kan også fremmedfrykt være en viktig faktor som trolig kan ha sammenheng med at kunnskapsnivået er så lavt som det er. Forhåpentligvis vil denne fremmedfrykten bli mindre med årene da innvandrerantallet øker, og antall muslimer øker. Likevel bør ikke det lille kunnskapsnivået om islam være en unnskyldning for å ikke utøve god pleie til de muslimske pasientene. For å tilegne seg den nødvendige kunnskapen om islam er det en mulighet å lese seg opp, samtidig er det mulig å prate med pasientene selv. Det er som regel pasientene selv som vet best hva som er viktig for dem. Gjennom samtale kan sykepleieren finne ut pasientens åndelige behov, og hva som gir pasienten mening og håp. Dette kan også bidra til et bedre samarbeid mellom pasienten og sykepleieren (Hemberg og Vilander, 2017). Flere muslimer tenker nok veldig likt når det kommer til det åndelige, likevel er det viktig å ikke glemme enkeltindividet med sine egne behov, verdier og holdninger (Hanssen, 2014, s. 17). For å yte god omsorg til muslimske pasienter kan det konkluderes med at det behøves kunnskap om islam, og muslimsk tro og praksis.

4.2.2 Religiøse og kulturelle faktorer

Når man har ansvar for en pasient fra en annen kultur er det viktig å huske på deres tro sammen med deres kultur. Det kan være lurt av sykepleier å spørre pasienten hva som er viktig for han eller henne når det kommer til det åndelige (Hemberg og Vilander, 2017). Som sykepleier bør man ha god kunnskap om den islamske tro for å utøve god kvalitet i omsorgen for muslimske pasienter påstår Rassool (2015). Dersom sykepleieren kjenner til noen viktige aspekter av muslimsk tro og praksis kan dette bidra til at pasienten føler seg vedsatt og respektert.

Sømmelighet er viktig i islam. Både kvinner og menn skal ikke vise seg nakne foran andre, og de skal i alle fall ikke vise seg for det annet kjønn (Opsal 2016, s. 77). Dette kan by på utfordringer i sykehussituasjoner. Av erfaring kan jeg si at stell er en vesentlig del av sykepleien i norske sykehus, og den blir som regel utført av den som får ansvaret for pasienten den ene vekten. Rassool (2015) sier derfor at avdelingen bør sette en sykepleier av samme kjønn til å ta seg av pasienten, og dersom det ikke er mulig bør en av samme kjønn være med under stellet. Samtidig opplevde jeg da jeg var i praksis at det å tilrettelegge for pasienten på denne måten var vanskelig. Da mange avdelinger er preget av høyt arbeidstempo, kan slike prioriteringer fort bli glemt. Likevel tenker jeg at det er noe som norske sykehus burde tatt mer

hensyn til da det er et viktig aspekt for den døende pasienten, og det kan bidra til at pasienten føler seg verdsatt.

Enhver muslim må blant annet vaske seg før han eller hun ber eller leser i Koranen, det kalles rituell renhet (Opsal 2016, s. 77). Rassool (2000) skriver at en muslim bør være ren fysisk for å være ren innvendig. På sykehus kan en sykepleier hjelpe pasienten til å få vasket seg slik at pasienten ikke er uren når han eller hun skal utføre rituelle oppgaver. Vaskingen skal foregå i rennende vann, det vil si at vaskeklut og karbad ikke er tillatt, av hygieniske årsaker (Hanssen, 2014, s.182). Dette er en oppgave som kan kreve mer tid av sykepleieren. Jeg kan tenke meg at dette kan bli nedprioritert av sykepleierne i en travel arbeidshverdag. Det kan antas at enkelte sykepleiere anser de fysiske behovene til pasienten som mer viktige enn de åndelige behovene, og at de dermed prioriterer annerledes. Samtidig avkrefter Strøm (2015, s. 916) sykepleiernes tanker ved å si at pasientens åndelige behov er en like viktig del av den helhetlige omsorgen som de fysiske og psykiske behovene er. Det kan dermed konkluderes med at til tross for at det krever mer tid og krefter av sykepleieren til å ivareta pasientens åndelige behov knyttet til rituell renhet, bør dette prioriteres da det anses som viktig for pasienten.

Som sykepleier kan det være nyttig å kjenne til hva muslimske pasienter anser som rent og urent. Det som blir regnet som urent i islamsk kontekst er avføring, menstruasjon, lik, samleie og fødsel. Som helsepersonell hender det at man må håndtere noe som i islamsk kontekst er urent, noe som kan gjøre at enkelte muslimske pasienter vil kunne ha fordommer mot helsepersonell. Derfor er det viktig at sykepleieren kjenner til og er bevisst på hva som anses som rent og urent da det kan føre til en felles irritasjon og stadfesting av fordommer mot hverandre (Hanssen, 2014, s.182). For eksempel kan det være greit å kjenne til at vestre hånd kan være uren i noen kulturer, og muslimer skal da bare håndtere rene ting med høyrehånden, og dersom sykepleieren håndterer noe av det som anses som urent med høyre, kan dette føre til at sykepleieren blir sett ned på av den muslimske pasienten (Hanssen, 2014, s.182).

Et annet viktig aspekt å kjenne til for sykepleieren er dietten til pasienten. For muslimer er det å spise svinekjøtt og kjøtt som ikke er slaktet på riktig vis (halal) forbudt. Dette kommer derfor også inn under den rituelle renheten til muslimene (Opsal, 2016, s.77-78). Dersom pasienten aldri har spist svinekjøtt i løpet av livet, vil det være minst like viktig å holde seg borte fra når pasienten er døende. Henderson (1997, s. 56-57) bekrefter dette ved å si at dersom religionsutøvelsen har betydning for en person når han er frisk, er det enda viktigere for

pasienten når han er syk. Man kan derfor konkludere med at dersom dietten gir pasienten mening for han eller hun, er det et viktig behov å følge opp. Sykepleieres rolle kan da være å tilrettelegge for at pasienten får mat som er tilpasset pasientens behov.

Bønn er en forpliktelse en muslim må forholde seg til fem ganger daglig dersom det er mulig. For en troende muslim er dette et viktig behov, på lik linje med det å kunne spise og sove (Hanssen, 2014, s. 182). Bønnene er noe som kan gi den døende pasienten både mening og håp, noe å holde fast i når livet går mot slutten. Dersom pasienten ikke er i stand til å kunne reise seg opp for å ta de rituelle bønnebevegelsene selv, vil han eller hun da kunne trenge assistanse for å kunne gjennomføre bønnen. Døende muslimske pasienter som ikke klarer å stå oppreist kan enten sitte eller ligge mens de ber. For en sykepleier kan det å tilrettelegge for at pasienten får bedt være av betydning for pasienten. For å kunne hjelpe en pasient med å be er det viktigste, først og fremst å finne retningen til Mekka, og hjelpe til å snu senga til pasienten i riktig retning (Halligan, 2006; Salman og Zoucha, 2010). En ikke-troende sykepleier kan ikke hjelpe pasienten med å be, og er derfor avhengig av at pårørende hjelper pasienten med dette. Dersom pasienten ikke har familie og pårørende i nærheten til å hjelpe pasienten med å be bønner, bør sykepleieren tilkalle en imam, hvis det er ønskelig fra pasientens side. Sykepleierens rolle blir å være et instrument, og hjelpe til og tilrettelegge for at pasientens åndelige behov blir ivaretatt, ved å gjøre praktiske gjøremål og tjenester for pasienten og pårørende.

4.2.3 Familiens rolle

Det kan hende at den syke får mye besøk på sykehuset. Gruppetilhørigheten er sterk i islamske kulturer, og flere muslimer anser det å besøke de syke og døende som en religiøs plikt (Halligan, 2006; Salman og Zoucha, 2010; Hanssen, 2014, s. 165). Den syke som kommer fra et slikt samfunn kan oppleve at besøkene kan være trygghetsskapende og helsefremmende (Hanssen 2014, s. 165). Det å tillate at pasienten får hyppig besøk er derfor en viktig verdi, og kan bety mye for pasienten både på det sosiale plan men også på det åndelige.

Selv om de fleste muslimske pasienter ønsker å ha masse besøk, kan det også for dem oppleves overveldende og anstrengende. Imidlertid kan det være vanskelig for pasienten selv å be besøket om å gå. Sykepleieren kan da forsøke å sørge for at pasienten får den roen og hvilen som han eller hun trenger. Dette gjelder også dersom pasienten deler rom med andre pasienter som også trenger ro og hvile (Hanssen, 2014, s.165). Sykepleierens rolle kan da være

å kunne gi beskjed til pårørende om at pasienten trenger en pause fra besøket for å hvile. Samtidig kan jeg tenke meg at mye besøk til pasienten kan være anstrengende for sykepleieren også. For eksempel at pårørende er i veien ved gjennomføring av viktige prosedyrer og oppfølging av pasienten. Det kan derfor være viktig å ha god kommunikasjon med både pasienten og pårørende for at det ikke skal oppstå noen konflikter og misforståelser, da situasjoner som dette kan være sårbare.

Asgeirsdottir mfl. (2013) intervjuet 11 terminalt syke pasienter om deres åndelige behov, der det kom frem at familien hadde ei viktig rolle når det kom til deres mening med livet både for dem som var religiøse og dem som ikke var det. Pårørende var det som gav dem håp og mening i en håpløs tid. Familien kunne hjelpe til med det pasienten trengte av praktisk, åndelig og emosjonell støtte (Asgeirsdottir mfl., 2013). Dette stemmer godt overens med hva Opsal (2016, s.79) beskriver om muslimene. Han sier at familien hjelper pasienten med å be bønnen for eller med pasienten. Disse bønnene er et viktig behov for en muslim da det kan hjelpe han eller henne til å finne håp. For sykepleieren kan det da handle om å finne frem til et samarbeid med pårørende, og bruke dem dersom pasienten selv ikke klarer å uttrykke sine meninger.

Sykepleierne som Halligan (2006) intervjuet opplevde at familien hadde mye å si når det kom til valg og meninger om pasientens situasjon. Dette bekreftes også av Salman og Zoucha (2010) der de skriver at siden familiefellesskapet er så viktig, involverer familien seg mye i valg som blir gjort på sykehuset for pasienten. Hvordan dette påvirker pasientens ønsker og meninger er uvisst, men jeg kan tenke meg til at pasienten kan noen ganger oppleve å bli overkjørt av familien. Som sykepleier kan det da være viktig å sørge for at pasientens egne ønsker kommer frem når avgjørelser skal bli tatt. Det er sykepleier sin oppgave å sørge for å understøtte pasientens håp, mestring og livsmot sier de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2016), det er derfor viktig at sykepleieren fokuserer på at pasientens stemme blir hørt.

5 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å finne svar på problemstillingen *“Hvilke aspekter ved muslimsk tro og praksis bør en sykepleier kjenne til for å kunne bidra til at døende muslimske pasienters åndelige behov blir ivaretatt?”*.

Det kommer frem at manglende kunnskap om religion, kultur og kommunikasjon kan føre til misforståelser og usikkerhet mellom sykepleier og pasient. Som sykepleier kan det være en fordel å ha kjennskap til og forståelse for pasientens ønsker og behov. Dette kan bidra til at den muslimske pasienten får god omsorg av høy kvalitet mot slutten av livet. Gjennom kulturell kongruens og god kommunikasjon på tvers av kulturer og språk, kan sykepleieren finne frem til en gjensidig respekt og et godt samarbeid med pasienten og pårørende.

I møte med den døende muslimske pasienten kan det være en fordel for sykepleieren å kjenne til noen viktige aspekter ved muslimsk tro og praksis for å forhindre irritasjon og fordommer. Samtidig er det viktig å huske på at det finnes individuelle ulikheter. En viktig praksis er å respektere pasientens kjønn, og ta hensyn til det under stell da det som regel ønskes en av samme kjønn. Rituell renhet er viktig for de fleste muslimer. Man må være fysisk ren for å være åndelig ren (Hanssen 2014, s.182). Derfor kan det være nyttig å kjenne til, og ta hensyn til pasientens renhet, både når det kommer til pasientens matvaner og det å vaske seg før bønn. Flere muslimske pasienter har et behov for å be mot livets slutfase, sykepleierens rolle blir da å tilrettelegge for at det skjer. Siden sykepleieren ikke er troende selv, kan det være nødvendig å tilkalle en imam eller pårørende da det kreves en annen troende til å hjelpe pasienten med de religiøse ritualene. Pårørende kan også hjelpe til, og blir derfor sett på som viktige støttespillere for pasienten. Samtidig ser pårørende på det å besøke de syke som en religiøs plikt, noe som kan medføre mye besøk hos pasienten. Sykepleiers rolle blir da å sørge for at pasienten får den hvilen han eller hun trenger.

Gjennom det jeg har presentert i denne oppgaven kan jeg konkludere med at det er viktig at sykepleieren har kunnskap om pasientens åndelige behov, kunnskap om hvordan man kommuniserer på tvers av kulturer, og ha kjennskap til viktige aspekter ved muslimsk tro og praksis for å bidra til å ivareta den døende muslimske pasientens åndelige behov. Noen viktige aspekter å kjenne til er pasientens behov for bønn, rituell renhet, diett, og at familien har en viktig rolle for pasienten.

Litteraturliste

- Asgerisdottir, G. H., Sigurbjörnsson, E. Traustadottir, R., Sigurdardottir, V., Gunnarsdottir, S., Kelly, E. (2013). "To Cherish Each Day as it Comes": a qualitative study of spirituality among persons receiving palliative care. *Supportive Care in Cancer*. 21(5) 1445-1451. DOI: 10.1007/s00520-012-1690-6.
- Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP Qualitative Checklist. [online]. Hentet 11. Mars 2019 fra https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf.
- Dalland, O. (2014) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Frankl, V.E. (1971). *Vilje til mening*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Halligan, P. (2006). Caring for patients of Islamic denomination: Critical care nurses' experiences in Saudi Arabia. *Journal of Clinical Nursing*., 15(12), 1565-1573.
- Hanssen, I. (2014) *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (3. ugt.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen* (IS-1529). Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/2.kjennetegn-og-utfordringer/andelige-utfordringer/kort-beskrivelse-av-det-andelige>
- Hemberg, J. A. V., Vilander, S. (2017). Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31 (4), 822-829. <http://doi.org/10.1111/scs.12403>
- Henderson V. (1997). *Sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk sykepleierforbund
- Hjort, P.F. (2010). Pleie og omsorg ved livets slutt. I Kirkvold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H., *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 447-464). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Jacobsen, K.A., Grüner, M.L., Sky, J., Kværne, P. (2018, 1.november). Ateisme. I Store norske leksikon. Hentet 11. april 2019 fra <https://snl.no/ateisme>
- Kuven, B.M. og Bjorvatn, L. (2015) Åndelig omsorg er en del av sykepleien. *Sykepleien*, 103 (9), s. 56-58. DOI-nummer: 10.4220/Sykepleiens.2015.55165
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leininger, M. M. (2001) *Culture Care Diversity and universality: a theory of Nursing*. USA: National League for Nursing.
- Mathisen, J. (2016). Sykepleie ved livets avslutning. I Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A., Grimsbø, G.H (red), *Grunnleggende sykepleie Bind 3: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg, s.408-449). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Munley, A. (1983): *The hospice alternative, A New Context for death and dying*; New York, Basic Books Inc., Publishers
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- NOU 2017:16 (2017) *På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Opsal, J. (2016) *Islam – Lydighetens vei* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Peterson, E. A. (1985). The physical... the spiritual... can you meet all of your patient's needs? *Journal of Gerontological Nursing*, 11(10), 23-27

- Rassool G. H.(2000) The crescent of Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), s. 1476-1484.
- Rassool, G. H (2015). Cultural competence in nursing Muslim patients. *Nursing Times*, 111(14), 12-15.
- Salman, K. & Zoucha, R. (2010). Considering faith within culture when caring for the terminally ill Muslim patient and family. *Jornal of Hospice & Palliative Nursing*, 12(3), 156-165.
- Statistisk sentralbyrå. (2018, 7. desember). Trus – og livssynssamfunn utanfor Den norske kyrkja. Hentet 1. mai 2019 fra <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/faktaside/religion>
- Strøm, B.S. (2015). Livssyn, verdier og åndelig omsorg. I Grov, E.K., Holter, I.M. (Red), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. Utg., s. 908-923). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Strøm, B.S (1997) *Åndelig omsorg ved livets slutt*. Oslo: Akademika AS
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bachelor oppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tornøe, K. A., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sørli, V. (2015). The challenge of consolation: nurses' experiences with spiritual and existential care for the dying – a phenomenological hermeneutical study. *BMC Nursing*, 14, 1-12.
<http://doi.org/10.1186/s12912-015-0114-6>
- Vogt, K. (2018, 20. februar). Muslim. I Store norske leksikon. Hentet 1. mai 2019 fra <https://snl.no/muslim>
- Yardley, S., Walshe, C., & Parr, A. (2009). Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational

requirements. *Palliative Medicine*, 23(7), 601–607.

<https://doi.org/10.1177/0269216309105726>