

Høgskolen Stord/Haugesund
Grunnutdanning i sykepleie
Bacheloroppgave

”Hvordan kan sykepleier bidra til bedre kommunikasjon med ikke vestlige innvandrere innlagt på sykehus?”

SYKHB008
Våren 2009
Kandidat: 1
Antall ord: 11198

1 Innledning	3
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	3
1.2 Presentasjon av problemstilling	3
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling	3
1.4 Formål med oppgaven.....	4
1.5 Disponering av oppgaven.....	5
2 Teori	6
2.1.1 Kultur	6
2.1.2 Kulturell kompetanse	7
2.1.3 Kultur sensitivitet	8
2.2.1 Helse.....	8
2.2.2 Ulike syn på sykdom	9
2.3.1 Sykepleie tilnærming.....	10
2.3.2 Betydning av trygghet	11
2.3.3 Mestring og omsorg	12
2.4.1 Kommunikasjon	13
2.4.2 Kulturell kommunikasjon.....	14
2.4.3 Non verbal kommunikasjon	15
2.4.4 Bruk av tolk.....	16
2.5.5 Aktiv lytting	17
3 Metode.....	18
3.1 metode	18
3.2 Metodekritikk	19
3.3 Litteratur søk	19
3.4 Litteratur kritikk	21
3.5 Etsiske aspekter.....	21
4 Presentasjon av funn	23
5 Drøftingsdel.....	25
5.1 Sykepleiers kulturelle kompetanse.....	25
5.2 Kulturelle barrierer i samhandling mellom sykepleier og pasient	26
5.3.1 Kommunikasjon og møte mellom pasient og sykepleier	29
5.3.2 Bruk av tolk.....	30
5.4 Sykepleiers holdninger til ikke vestlige innvandrere pasienter	32
5.5 Kan kommunikasjonsferdigheter læres?	34
6 Konsekvenser for sykepleie	36
Referanseliste:	37

1 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Vi lever i et flerkulturelt samfunn og tallet på ikke-vestlige innvandrere innlagt på sykehus vil sannsynligvis øke i tiden fremover. Dette vil medføre økt behov for kunnskap hos sykepleiere slik at ikke-vestlige innvandrere og deres pårørende, kan oppleve økt trygghet og ivaretagelse når de er innlagt på sykehus.

I 2008 var tallet på innvandrere i Norge 381 000, ca halvparten av innvandrerne kommer fra Asia, Afrika og Latin Amerika. I tillegg bor det 79 000 personer som er født i Norge men har innvandrere foreldre. Til sammen utgjør dette 9,7 % av den Norske befolkningen (Statistisk Sentral byrå, 2009).

Sykepleie yrket er et praktisk yrke der kommunikasjon og samhandling med andre mennesker står sentralt. Vi kan utføre våre prosedyrer korrekt, men allikevel gi pasienten en opplevelse av å motta dårlig sykepleie hvis kommunikasjonen og samhandlingen svikter. Jeg vil derfor drøfte funnene i de ulike studiene som er blitt gjort, opp mot teori om kommunikasjon, kultur og kultursensitivitet for å få frem metoder som kan gjøre samhandling bedre.

1.2 Presentasjon av problemstilling

”Hvordan kan sykepleier bidra til bedre kommunikasjon med ikke vestlige innvandrere innlagt på sykehus?”

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Jeg vil avgrense problemstillingen til å gjelde voksne pasienter, med voksne mener jeg over 18 år, som er innlagt på sykehus. Jeg vil avgrense pasientgruppen til ikke vestlige innvandrere innlagt ved somatiske avdelinger og ekskludere psykiatriske avdelinger.

Kultur er et vidt begrep, jeg vil ikke gå i dybden på de ulike kulturelle forskjellene, men nevne noen eksempler der det er naturlig i forhold til funn i litteraturen. Jeg vil konsentrere meg om å beskrive møter mellom sykepleier og pasienter med forskjellig kultur bakgrunn og

hvordan sykepleier kan handle ved hjelp av kultursensitivitet i kommunikasjonen, for å gi økt trygghet og gjøre barrierer mindre.

Innvandrere er en person som har flyttet fra et land til et annet (Thorbjørnsrud, 2001). Ikke-vestlige innvandrere er et begrep som brukes både i media og i faglitteratur.

Statistisk sentralbyrå har gått vekk fra denne betegnelsen fordi den kunne oppfattes som stigmatiserende. I stedet brukes betegnelsene innvandrer og norskfødte med innvandrerforeldre. Det ble vist til at begrepet vestlig ble beskrevet som noe bra og positivt, mens ikke vestlig ble beskrevet som mindre bra og dårligere. Ikke-vestlig ble erstattet av: "Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania unntatt Australia og New Zealand, og Europa utenom EU/EØS" (Statistisk Sentral Byrå, 18.01.09). Jeg velger likevel å bruke definisjonen, ikke for å virke stigmatiserende men for å beskrive hvilke deler av verden innvandrere stammer fra, som utgjør de største kulturelle forskjeller i forhold til det norske samfunn og fordi det brukes i litteraturen.

Begrepene majoritet og minoritet brukes oftest om antall. De kan også brukes om hvilken gruppe som har definisjonsmakten i et samfunn (Thorbjørnsrud, 2001). Etnisitet kan beskrives som tilhørighet til en folkegruppe som har felles kulturelle mønstre (Fife, 2002). For å få frem hvordan relasjon og samhandling er mellom pasienter fra etniske minoritets grupper og sykepleiere fra etnisk majoritets grupper, kommer jeg til å bruke begrepene etnisk minoritetsgrupper og ikke vestlige innvandrere samt pasient og pasientgruppe synonymt.

En pasient betegnes av pasientrettighetsloven (1999) som en person som oppsøker helsetjenester for å få helsehjelp eller som mottar eller blir tilbudt helsehjelp.

Begrepene pasient og sykepleier blir av Travelbee forkastet fordi det medbringer en forventning og generalisering som ikke fremmer de unike og individuelle i et hvert menneske (Kirkevold, 1998). Jeg har valgt å bruke begrepene i oppgaven fordi det er etablerte allmennkjente begrep som beskriver hvem som gjør hva.

1.4 Formål med oppgaven

Mitt formål med denne oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan sykepleier kan handle, for å få en bedre relasjon og kommunikasjon med pasienter fra andre kulturer når de er innlagt på

sykehus. Jeg ønsker å se sammenhengen mellom sykepleiers kunnskap om kommunikasjon og kultur og hvordan innvandrere pasienter kan oppleve bedre ivaretagelse og økt trygghet under sykehusopphold. Fordommer oppstår ofte på grunn av usikkerhet og økt fokus og kunnskap kan bidra til gjensidig forståelse og økt respekt for andre kulturer.

1.5 Disponering av oppgaven

Jeg har delt oppgaven inn i seks deler. Innledning består av tema, problemstilling, avgrensning av denne og en forklaring av enkelte begreper knyttet til problemstillingen. Andre del omhandler teorien som er relevant for tema: kultur, helse, sykdom, sykepleie og kommunikasjon. I tredje del beskriver jeg metoden, fremgangsmåten jeg benyttet i forhold til oppgaven, innhenting av litteratur, kildekritikk og etiske aspekter. Fjerde del er en kort presentasjon av de ulike studien jeg fant frem til. Funn drøftes opp mot teorien i drøftingsdelen, og i siste del avslutter jeg med konsekvensen for sykepleie.

2 Teori

2.1.1 Kultur

Det er vanskelig å finne en konkret betegnelse på hva kultur er, og det finnes flere ulike definisjoner og forklaringer på begrepet. Det er derimot stor enighet om at kultur er tillært og ikke medfødt. I følge Magelsen (2008) defineres begrepet kultur som summen av kunnskap, verdier og handlinger som en gruppe mennesker tilegner seg gjennom å tilhøre et samfunn.

Jeg velger å bruke denne definisjonen som utgangspunkt i arbeidet med oppgaven.

Kulturen i en gruppe eller et samfunn kan ha store variasjoner og likheter kan forekomme på tvers av ulike kulturer (Ingstad, 2007).

Fra vi blir født foregår en sosialiseringssprosess inn i en kultur som former våre verdier og normer. Alle mennesker har sin kultur som sannheten, og ser på sin måte å leve på som den mest naturlige. Hvis en ser på sin kultur som den eneste riktige og andres som feil, kalles det etnosentrisme. Det motsatte av etnosentrisme er begrepet kulturrelativisme. Kulturrelativisme er at en viser forståelse og respekt for andres kultur og aksepterer at vi har ulike oppfatninger og at den enes ikke er mer riktig enn den andres (Hilestad og Sørensen, 2007). Kulturrelativisme er at kulturen må sees ut fra sin kontekst for at vi skal kunne forstå den. Det betyr ikke at vi skal akseptere og forsvare alle handlinger som en selvfølge fordi de er knyttet til kultur, men bruke en kulturrelativistisk tilnærming når konflikter oppstår (Thorbjørnsrud, 2001). En ren kulturrelativistisk holdning er når en ikke tar standpunkt til hva som er rett og galt, men aksepterer alt som en del av kulturen. Et eksempel på dette er at vi ser på mishandling av kvinner som kulturelt betinget og vi kan derfor ikke fordømme handlingene. Verken en ren etnosentrisk eller ren kulturrelativistisk tenkning er hensiktsmessig, men en kulturrelativistisk tilnærming for å forstå de ulike verdier og normene i kulturen samtidig som en holder på egne normer og etiske verdier (Dahl, 2001).

Kultur er i bevegelse og nye inntrykk kommer gjennom samhandling med mennesker fra andre kulturer. Det at vi påvirkes av andre gjør at vi kan lære å forstå hverandre.

Selv om en tilhører en kultur, og har gjennom læring og sosialisering formet sine verdier og måter å handle ut fra, kan det være store individuelle forskjeller. Kultur har ikke faste grenser og ethvert individ handler forskjellig (Eriksen og Sørheim, 2006).

2.1.2 Kulturell kompetanse

Kulturell kompetanse defineres i følge Papadopoulos, Tilki og Taylor som den prosessen sykepleier gjennomgår for å utvikle evnen til å utføre sykepleie med utgangspunkt i pasientenes individuelle kultur, atferd og behov. Denne prosessen beskrives i en modell Papadopoulos, Tilki og Taylor har laget som viser hvordan sykepleier kan tilegne seg økt kulturell kompetanse (Hilestad og Sørensen, 2007).

1. Kulturell bevissthet er en bevisstgjøring av egne normer, verdier og menneskesyn. Ved å være bevisst på sin egen oppfatning er en klar over forutinntatte holdninger til ulike kulturer.

2. Kulturell kunnskap er å øke teoretisk kunnskap om andre kulturer, dette får en gjennom fag som for eksempel sosialantropologi, psykologi, biologi, sykepleie, medisin og samfunnsfag.

3. Kultursensitivitet beskriver relasjoner til medmennesker og hvordan en kan oppnå dette med økte kunnskaper om internasjonal kulturell kommunikasjon.

4. Kulturell kompetanse blir resultatet når en oppnår de tidligere stadiene og setter dem sammen med sin fagkunnskap.

Å øke sin kulturelle kompetanse blir en kontinuerlig prosess. En vil aldri oppnå fullstendig klarhet i alle kulturer, men kunne øke sin kunnskap og toleranse. Modellen kan brukes både som en sirkel i den kontinuerlige læringsprosessen eller som en katalysator for refleksjon, bevisstgjøring og søken etter kunnskap (Hilestad og Sørensen, 2007).

I vår søken etter å forstå ulike kulturer oppstår en inndeling som kalles stereotypier. En slik inndelingsprosess er noe alle mennesker gjør og kan virke både negativt og positivt. Stereotypier oppstår ved læring og som følge av møter med andre mennesker. Den negative konsekvensen av dannelse av stereotypier, er at en stopper opp og ikke tar inn nye erfaringer og synspunkter og erkjenner menneskers unike identitet. Utfordringen til sykepleier blir å dra nytte av informasjonen tidligere møter har gitt oss, samtidig som en er åpen for nye inntrykk og læring. Pasienter har også stereotypier av oss som sykepleier og som en del av vestlig kultur (Thorbjørnsrud, 2001).

2.1.3 Kultur sensitivitet

Kultursensitivitet innebærer hvordan helsepersonell ser på pasienten, hvis ikke pasienten blir regnet som en likeverdig partner vil ikke maktfordelingen i relasjonen være grunnlagt for et likeverdig samarbeid. I sykepleie er en kultursensitiv tilnærming avgjørende for utviklingen av en god relasjon mellom pasient og sykepleier, samhandling baseres på tillit, aksept og respekt slik at samarbeidet skal gå lettere. Sykepleier står ovenfor utfordringen ved å gjenkjenne og respondere på de kulturelle forskjellene og kunne gjøre dette uten å henfalle til negative stereotyper og ubevisste holdninger fra tidligere møter (Papadopoulos, 2006). Kultursensitiv kommunikasjon i sykepleie stiller krav om gjensidig samarbeid mellom pasient og sykepleier. For å kunne oppnå et slikt samarbeid må stemningen mellom partene være basert på trygghet og respekt (Magelssen, 2008). Sykepleier er den profesjonelle parten i relasjonen og av den grunn den som skal ha ansvar for å tilrettelegge for et samarbeid basert på respekt og tillit. Sykepleier må ha kunnskaper både om kultur og kommunikasjon for å kunne imøtekomme pasienter fra andre kulturers behov.

2.2.1 Helse

I følge WHO (Verdens Helseorganisasjon) blir helse definert som en tilstand med fravær av sykdom og velvære knyttet til både det fysiske, psykiske og det sosiale. Denne definisjonen er kritisert for å være uoppnåelig fordi motgang er en del av livet. Helse kan derfor beskrives som hvordan vi takler livets utfordringer knyttet til vår livssituasjon, hvordan en kan leve med sykdom, hvordan en fungerer psykisk og at en har sosiale kontakter. Det kan igjen beskrives som en balanse der ytre og indre elementer i samfunnet er medvirkende faktorer for om vi har god eller redusert helse. I flere kulturer har de ikke et språklig navn som kan knyttes til vårt "Helse" (Thorbjørnsrud, 2001). Enkelte kulturer knytter helse til skjebnen og relasjoner til familie, forfedre og lokalsamfunnet, hos andre relateres helse til naturen og rettigheter i forhold til jakt og land. I flere kulturer i Asia vil helse og sykdom relateres til om det er balanse eller ubalanse mellom mennesket og naturen (Ingstad, 2007). I vestlige kulturer der vi forholder oss til medisinske forklaringer finnes det også nyanser av tro på andre fenomener som for eksempel religion og skjebnen. Når en person blir syk oppstår et forklarings behov og en søken etter svar på hvorfor meg? Selv om en stoler på legenes forklaringer kan

sykdommen knyttes til andre ting, dette vises blant annet når personer benytter alternative behandling som healing eller bønn til Gud, kanskje på tross av tvilende tro tidligere.

I følge Ingstad (2007) kan dårlig samvittighet for tidligere handlinger eller dårlige relasjoner til nærmeste, utløse en annen forklaring på hvorfor sykdommen rammet, på tross av at personen tror på den medisinske patologiske forklaringen.

Dette beskriver menneskers søken etter å finne forklaringer på hvorfor en rammes istedenfor andre, det er også en søken i å finne en mening med og akseptere sykdommen.

Mennesker mestrer sin lidelse ut fra sin kultur, kunnskap, tidligere erfaringer og muligheter (Ingstad, 2007). Travelbee sier at lidelse er en del av det å være menneske, lidelse vil som oftest utløse reaksjonen hvorfor meg? Denne reaksjonen oppstår som en følge av mangel på forståelse og aksept for at en rammes av lidelse, det kan føles urettferdig og pasienten kan reagere med sinne, bebreidelser, fortvilelse, nedstemthet, forvirring, selvmedlidenhet eller apatisk likegyldighet. En uvanlig reaksjon på lidelse er i følge Travelbee hvorfor ikke meg? – reaksjonen, denne reaksjonen er et resultat av en akseptasjon om at lidelser er en del av livet, personer med en slik tilnærming vil ha lettere for å mestre sykdom og lidelse. Travelbee sier at sykepleier skal hjelpe pasienten å finne mening med sykdom og lidelser, en slik mening bidrar ikke bare til en akseptering av tilstanden, men gir personen styrke til å mestre tilværelsen på tross av motgangen som erfares. Det er ikke selve sykdommen som skal gi mening, men pasientens egen opplevelse av den og sin betydning som individ både for andre og for seg selv (Kirkevold, 1998).

2.2.2 Ulike syn på sykdom

Sykdomsbegrepet er knyttet til kulturen den oppstår i, vi har ulike diagnoser som for eksempel anoreksi og utbrenthet som kun er knyttet til vestlige kulturer. Hva som defineres som sykdom (diagnose) og hva som regnes som lidelse (symptomer), blir beskrevet i termene illness/lidelse og disease/diagnose. Forskjellen ligger i om det er pasientens egen opplevelse i form av symptomer eller om det er samfunnets bekreftelse på at en er syk, gjennom en diagnose. Å få en diagnose er med på å erkjenne at en er syk noe som gir både rettigheter og aksept for syke rollen (Ingstad, 2007).

De finnes ulike syn på hva sykdom er og hvordan sykdommen oppstår. I ulike kulturer forklares årsaken til sykdom ubalanse mellom yin og yang, forfedres ergrelse, det onde øyet eller det kan være straff fra gud. I vestlig medisin bruker vi vitenskaplige forklaringer ut fra

patologiske tilstander og igangsetter behandling ut fra diagnoser og prøvesvar. Den vestlige medisinske behandlingen kan virke skremmende på pasienter som ikke kjenner til den vestlige kulturen og dens oppfatning av sykdom. Sykepleier bør av den grunn kjenne til ulike syn på sykdom slik at hun kan imøtekomme pasienter med forståelse og interesse for deres synspunkt (Hanssen, 2005). En pasient som blir imøtekommet med respekt vil lettere kunne fortelle om sine tanker og mening rundt sykdommen. Familien kan spille en stor rolle og selv om pasienten har større kjennskap til samfunnet og vestlige behandlingsmønstre kan familiens påvirkning spille inn og ha stor betydning for pasienten. Sykepleier skal av den grunn kartlegge pasienten og hans pårørendes perspektiv og mestringsstrategier (Magelssen, 2008). Travelbee sier at sykepleier bruker kommunikasjon for å bli kjent med pasienten og identifisere pasientens behov (Kristoffersen, 2005a).

2.3.1 Sykepleie tilnærming

International Council of Nurses (ICN) skriver i sin definisjon blant annet at:

” Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings” (International Council of Nurses).

I denne beskrivelsen av ICNs grunnleggende sykepleie syn, inkluderes alle mennesker som likeverdige individer uavhengig av hvilken kultur eller etnisk tilhørighet de har. Dette kan høres ut som en selvfølge men det er viktige ord, siden sykepleier arbeider med mennesker i en av livets sårbare stunder og alle skal ha rett på sykepleie gitt med omsorg.

Profesjonell omsorg er å støtte og hjelpe pasienten samtidig som hans ressurser og styrke fremmes (Eide og Eide, 2000).

Jeg bruker Travelbees sykepleieteori i oppgaven. Hennes teori fokuserer på de mellommenneskelige aspektene i sykepleien. Hun vektlegger at sykepleie skal individualiseres og at hver person er enestående og unik (Kirkevold, 1998). Det er lett å være generaliserende i utførelsen av sykepleie. Erfaring medfører fare for sammenligning og antagelser fra tidligere møter med pasienter.

Travelbee mener sykepleieprosessen foregår i ulike faser:

Det første møtet, der sykepleier får en opplevelse av hvordan pasienten er som person. Denne fasen preges av tidligere erfaringer og generalisering, sykepleier må fokusere på å oppdage det individuelle og se pasienten ut fra et ønske om å identifisere personens særegne egenskaper og behov.

Den andre fasen går på fremvekst av identitet, der kontaktforholdet etableres. Sykepleier og pasient blir kjent med hverandres egenskaper som individer og en del av de stereotype persepsjonene blir borte.

Empati er evnen til å sette seg inn i og forstå den andre personens følelser og opplevelse av situasjonen. Empati er i følge Travelbee en tilstand som forekommer i bestemte situasjoner og ikke noe som skjer kontinuerlig. Når empati oppstår er det tilstedeværelse av en nærhet og forståelse som gjør at en får innsikt i pasientens tanker, følelser og handlingsmønstre klarere enn ellers.

Sympati er en holdning til pasienten fylt med nærhet og et ønske om å lette lidelsen, der engasjementet for personen vises både verbalt og ved hjelp av handlinger.

Etablert menneske til menneske forhold. Den siste fasen i etablering av et menneske til menneske forhold er en etablert forståelse mellom pasient og sykepleier. I denne fasen er gjensidig tillit etablert og behov for sykepleie blir utført på dette grunnlaget (Kristoffersen, 2005b).

Hva som er pasientens behov og hva som er det sykepleiefaglige fokuset kan variere.

Sykepleie er nært knyttet til medisinsk tenkning men sykepleiers fokus er ikke på å behandle, finne årsaker til og stille diagnoser, men å hjelpe pasientens behov for sykepleie ut fra hvordan opplevelsen er av å være syk (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005).

I følge Travelbee er sykepleierens fokus på pasientens opplevelse av sykdom viktigere, enn å fokusere på enn den medisinske diagnosen. Hun sier at sykepleier ikke kan vite hvordan den enkelte opplever sykdommen før hun gjennom kommunikasjon får pasientens mening knyttet til sin sykdomstilstand (Kirkevold, 1998).

2.3.2 Betydning av trygghet

Trygghet er et fenomen som kan være vanskelig å beskrive. Trygghet er relasjonelt betinget og står alltid i forbindelse til noe (Thorsen, 2005). Trygghet er en subjektiv følelse og kan av den grunn ikke måles og veies. Det er en utfordring for sykepleier som ønsker å dokumentere at pasienter har det bra og opplever trygghet.

Trygghet er en vesentlig faktor i alle menneskers liv og i følge psykologen Maslow ett av menneskenes grunnleggende behov. I begrepet trygghet legger han behovet for beskyttelse og forutsigbarhet, han legger også til behovet for sikkerhet, med det menes at sykepleies beskytter pasienter mot komplikasjoner (Thorsen 2005). Når en er innlagt på sykehus kan opplevelsen av utrygghet fort komme. Sykehusmiljøet er ukjent og en kan føle seg maktesløs og avhengig av helsepersonellet. Følelsene kan svinge og behovet for medmenneskelig kontakt og støtte forsterkes. Pasienten har i mange tilfeller liten kontroll over sin egen hverdag (Fagermoen, 2001). Trygghet er en viktig faktor i samhandling med pasienter. Ønsket er at pasientene er trygg på at de blir ivaretatt på best mulig måte og trygg nok til å ytre sine behov for sykepleie. For å kunne imøtekomme pasienters behov for opplevelse av trygghet, må sykepleier jobbe ut fra en forståelse og et ønske om å lindre lidelsen, altså både ved bruk av empati og sympati i møte med pasienten.

Trygghet inngår når sykepleier utfører grunnleggende behov som stell, væske og tilrettelegging for søvn og hvile. Trygghet handler også om oppmerksomhet, å lytte til og være tilstede for pasienten (Thorsen, 2005).

2.3.3 Mestring og omsorg

Mestring handler om hvordan et menneske takler belastende situasjoner (Eide og Eide, 2000). Mestring kan være problemorientert, der en forholder seg direkte til problemet, søker kunnskap, vurderer sine muligheter, bearbeider følelser og akseptere situasjonen. Emosjonell mestring er å kontrollere følelsene i situasjonen ved å bagatellisere alvoret, unngå informasjon, fornekte situasjonen eller overlate alt ansvar til andre (Kristoffersen, 2005c).

Reaksjoner på sykdom varierer fra menneske til menneske og i forhold til alvorlighetsgrad og hvilken lidelse en har. Men rollen som pasient og mottaker av hjelp fra helsepersonell vil påvirke personens følelser, selvpåvirkelse og opplevelse av egen identitet. Sykdom medfører endringer i atferd og stiller krav til personens evne til mestring (Håkonsen, 1999). Sykepleier kan gjennom kommunikasjon med pasienten bidra til å stimulere pasientens egen mestring, ved å spørre hvordan han opplever situasjonen og avklare eventuelle misforståelser. Pasienter av ikke vestlig opprinnelse kan ha andre ideer og oppfatninger av hva som skjer og kan gjerne ha behov for mer tid til forklaringer og informasjon ut fra hans forutsetninger til å forstå.

Omsorg er i sykepleie faget en overordnet verdi og en forutsetning for å kunne utføre en god hjelpende kommunikasjon til pasientene. Omsorg er et begrep som i sosial og helsefaglig sammenheng kan beskrives som det å bry seg om pasientene og ønske å ivareta deres behov på en måte som fremmer deres følelse av egenverd og gi økt livskvalitet. Som sykepleier innebærer en profesjonell omsorg evne til å utføre sykepleiehandlinger med utgangspunkt i empati, fagkunnskap og målorientering (Eide og Eide, 2005). I følge Travelbee skal en profesjonell sykepleier bruke seg selv terapeutisk i relasjonen med pasienten. Den terapeutiske bruken beskrives som et bevisst valg av handlinger og kunnskap for å oppnå en forandring som vil medføre lindring hos pasienten (Kirkevold, 1998).

2.4.1 Kommunikasjon

”Menneskets behov for å skape forståelse og finne fornuft i sin livssituasjon har gitt det et behov for å kommunisere” (Fife, 2002. s.99).

Kommunikasjon kan beskrives som kontakt mellom mennesker, det kan være både verbal og nonverbal kommunikasjon. Begrepet relasjon blir i helsefaglig sammenheng brukt om kontakt og forhold mellom personer (Eide og Eide, 2000). For å oppnå en relasjon med en pasient bruker sykepleier kommunikasjon, både blikk, holdninger, berøring, ordvalg og tonefall inkluderes i kommunikasjon mellom mennesker.

Grunnleggende ferdigheter i kommunikasjon kan oppsummeres i disse punktene:

- Å kunne aktiv lytte til pasienten
- Å skape likeverdige relasjoner
- Å kunne strukturere en samtale
- Å kunne overbringe informasjon
- Å ha en åpen holdning til problematiske følelser og eksistensielle spørsmål
- Å stimulere frem pasientens ressurser
- Å kunne hjelpe pasienten gjennom samarbeid (Eide og Eide, 2000).

Gjennom å utvikle gode kommunikasjon metoder vil sykepleier oppnå bedre kontakt og redusere stress i arbeidsdagen, det er også en kvalitetssikring av sykepleien noe som er særdeles nyttig i hektiske perioder med høyt arbeidstempo (Eide og Eide, 2000).

Travelbee hevder at god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er viktig for at tiltakene som iverksettes, samsvarer med pasientens behov. I følge Travelbee er kommunikasjon et av det viktigste redskap en sykepleier har. Kommunikasjonen er en forutsetning for å kunne hjelpe pasienten til å mestre sin situasjon, og til å kunne klargjøre og oppfylle pasientens behov og finne mening i situasjonen (Kirkevold, 1998).

Profesjonell kommunikasjon har i tillegg til å skape kontakt og etablere relasjon også faglige mål. Kommunikasjonen skal bære preg av fagkunnskap, praktiske ferdigheter, etikk, empati og respekt, samtidig skal en fokusere på å realisere målet for sykepleien (Eide og Eide, 2000). En profesjonell hjelper skal ha kunnskap om sammenhengen mellom verbal og ikke verbal kommunikasjon og være bevisste på hvordan de virker på andre mennesker (Håkonsen, 1999). En trenger å ha relasjonskompetanse. Relasjonskompetanse handler om at en klarer å forstå og samhandle med pasienter og pårørende på en god og nyttig måte. Når en er relasjonskompetent kommuniserer en på en måte som gir mening, og ivaretar hensikten med samhandlingen. Dette gjøres på en måte som ikke krenker motparten. Pasientens egen interesse og behov i samhandlingen skal ivaretas. Relasjonskompetanse handler om å kjenne seg selv, ha mulighet til å forstå den andres opplevelse av situasjonen og forstå hvordan samspillet påvirker kontakten. Når en går inn i relasjonen må en ha respekt for mottakerens integritet og rett til selvbestemmelse. I arbeid med mennesker skal en forholde seg til den andres opplevelser, behov, tanker og følelser. En fagperson skal møte hele mennesket og samhandle på en måte som bidrar til å skape trygghet, tillit, gjensidig respekt og medbestemmelse (Røkenes og Hanssen 2006).

2.4.2 Kulturell kommunikasjon

I samtaler mellom en annen person prøver vi å skape mening i det den andre sier, dette gjør vi ut fra hvilket språk vi snakker, og ut i fra vår forståelse av verden (Hilestad og Sørensen, 2007). Dette betyr at det er ikke bare ordene som blir sagt som skaper mening, men også måten det sies på og vår fortolkning av budskapet.

Kulturelle fenomener kan påvirke kommunikasjonen mellom mennesker fra ulike kulturer. Det kan være ulike måter å tolke informasjon på, holdninger, normer, verdier og symboler som spiller inn under kommunikasjonen og påvirker relasjons forhold. Kommunikasjon er ikke bare språkproblemer, mennesker kan forstå hverandre på tross av språkbarrierer. En viktig faktor er på ønske å oppnå en god relasjon og ønske om å forstå hverandre (Hilestad og

Sørensen, 2007). Kommunikasjon kan tolkes ulikt også mellom mennesker som tilhører samme kultur. Et godt eksempel er dårlig kommunikasjon i et par forhold. Hvis vi tror at alle deler den samme forståelsen og fortolningsrammene som oss selv, kan det oppstå store misforståelser, særlig i møter med mennesker fra andre kulturer (Hilestad og Sørensen, 2007). I følge Fife (2002) er det noen kriterier som bidrar til vellykket kommunikasjon i en flerkulturell samhandling, dette er evne til å vise respekt, ikke fordømme, evne til empati, veksle mellom å lytte og snakke, ha toleranse for tvetydigheter og akseptere andres syn og oppfatning av situasjonen.

2.4.3 Non verbal kommunikasjon

Non verbal kommunikasjon er et hvert redskap i kommunikasjonen som ikke består av verbale uttrykk. Det kan være for eksempel berøring, blick, mimikk og toneleie (Eide og Eide, 2000). Dette viser at vi kommuniserer hele tiden med mennesker selv om vi ikke sier noe, som sykepleier skal vi derfor være bevisst hvilke nonverbale signaler vi sender ut så vi ikke uttrykker stress, usikkerhet og irritasjon ovenfor pasienter som befinner seg i en sårbar situasjon.

Når de nonverbale signalene vi bevisst og ubevisst sender ut samsvarer med det verbale vi uttrykker er det med på å skape tillit. Nonverbalt språk forsterker det vi uttrykker av både negative og positive holdninger, tanker og følelser (Eide og Eide, 2000). Sykepleier kommuniserer gjennom det hun sier, måten det sies på, blikket hun sender og hvordan hun berører pasienten.

Våre ansiktsuttrykk kan avsløre spontane reaksjoner. Det kan vises som et irritert blick, et bekræftende smil, en bekymret rynke eller det kan vises med hele kroppen som ved en stresset eller ansent holdning (Eide og Eide, 2005).

Våre nonverbale uttrykk er knyttet til kultur, de er delvis tillærte mens noen uttrykk er medfødte. Dette medfører at nonverbale uttrykk kan ha ulik mening i ulike kulturer, noe som igjen kan være årsaken til misforståelser. Ansiktsuttrykk som viser følelser er veldig like i ulike kulturer, ett unntak er smilet som i enkelte kulturer brukes både i glede og for å skjule negative følelser. Klangen i stemmen som uttrykker følelser er ganske lik rundt i verden, mens selve volumet i stemmen kan oppfattes ulikt, for eksempel vil i arabiske land en lav stemme oppfattes som svakhet og falskhet, mens høyt volum signaliserer styrke og ærlighet

(Hanssen, 2005). Det er nyttig for sykepleier å ha kunnskap om ulike nonverbale signaler som kan virke støtende eller fornærmende i ulike kulturer. En møter pasienter fra ulike kulturer med en åpenhet og refleksjon, og vurderer om de signaler pasienter sender ut oppfattes riktig eller om vi misforstår intensjonen.

2.4.4 Bruk av tolk

Kulturelle faktorer spiller inn og kan påvirke resultatet ved bruk av tolk. Hvem han er og hvilket forhold han har til pasienten vil spille inn (Hilestad og Sørensen 2007). En profesjonell tolk er alltid å foretrekke, ved bruk av en ikke profesjonell tolk har sykepleier ansvar for å ivareta taushetsplikten (Hilestad og Sørensen, 2007). I følge Hanssen (2005) ønsker pasientenes familie i flere tilfeller å håndtere situasjonen selv og ser ingen nødvendighet for en profesjonell tolk. Den mest vanlige årsaken til at en profesjonell tolk ikke benyttes, er likevel at helsepersonell ikke tar seg bryet med å skaffe en og heller benytter seg av tilgjengelige pårørende.

Sykepleier skal gi informasjon og skape relasjon med pasienter gjennom kommunikasjonen, bruk av profesjonell tolk kan bidra til en mer objektiv oversettelse enn i tilfeller der pårørende brukes.

Pasientrettighetsloven (1999) sier at pasienter har rett til å få informasjon om behandling og helsehjelp gitt på en slik måte at pasienten ut fra sine forutsetninger forstår informasjonen og at pårørende skal motta informasjonen hvis pasienten selv ønsker det.

En tolk som har kunnskap om begge kulturene til sender og mottaker vil kunne forstå og ta hensyn til de misforståelser som kan oppstå. I tilfeller der en bruker pårørende eller andre tilfeldig utvalgte som tolk må begreper og sammenhenger beskrives annerledes (Hilestad og Sørensen, 2007). Bruk av profesjonell tolk er også en kvalitetssikring av innholdet i informasjonen som overbringes til pasienten, ved bruk av pårørende har en ingen mulighet til å kontrollere hva som sies videre, en profesjonell har i en slik sammenheng en nøytral rolle og informasjonen overføres mer direkte, i tillegg har en profesjonell tolk taushetsplikt (Hanssen, 2005).

Barn skal ikke benyttes som tolk, det er uetisk fordi det gir barn en innsikt i en voksen verden som de ikke nødvendigvis har forutsetninger til å forstå (Hanssen, 2005).

2.5.5 Aktiv lytting

I følge Eide og Eide (2005) er aktiv lytting en av de viktigste kommunikasjons ferdigheter en har som profesjonell hjelper. Når en lytter aktivt viser en at en er oppmerksom mot pasienten. En kommer gjerne med små verbale oppmuntringer som viser at en følger med og stiller spørsmål som bidrar til å utdype det pasienten snakker om. Ved å speile pasientens følelser viser en at en forstår hvordan ting oppleves for pasienten. En kan også sammenfatte innhold i samtalen for å understreke og bekrefte at en forstår det som formidles.

3 Metode

3.1 metode

Begrepet metode henger sammen med vitenskap. Metode er hvilke fremgangsmåter en tar i bruk for å finne frem til kunnskap eller avdekke om påstander er valide, holdbare og sanne. Det finnes ikke en metode som er felles for hvordan en frembringer vitenskap (Dalland, 2000). Hvilken metode en velger å bruke avhenger av hva en har tenkt å finne ut av.

Data som innhentes skal ha relevans til problemstillingen og innhentes på en slik måte at de er pålitelige (Dalland, 2000). Data som samles inn kan inndeles i kvantitativ og kvalitativ metode ettersom de inneholder tallberegninger eller dybde analyser (Fosberg og Wengström, 2003).

Kvantitativmetode

Kvantitativ metode brukes når det en ønsker å finne ut av skal omregnes til tall. Resultatene av undersøkelsen skal kunne vises i gjennomsnitt og prosentandeler slik at en skal kunne analysere funnene og generalisere resultatene (Dalland, 2000).

Kvalitativ metode

Kvalitativ metode brukes når en er ute etter å finne mening, forståelse av og opplevelsen av noe. Kvalitativ metode frembringer ikke data som kan måles i tall eller generaliseres, men gir informasjon som går i dybden og de indre relasjoner (Dalland, 2000).

Metodene kan kombineres for å få frem ulike sider av en sak. Litteraturen henviser til harde og myke datainnsamlinger for å beskrive forskerens rolle i de ulike metodene. Ved kvantitativ legger forskeren vekt på å ha distanse til feltet og tilstreber en nøytral rolle ved innsamling av data. Ved kvalitativ metode frembringes data med nærhet til feltet slik at forskeren er delaktig og analyserer hele sammenhengen (Dalland, 2000). Jeg har i hovedsak benyttet meg av kvalitative artikler for å frem dybden og relasjonene mellom sykepleier og pasientgruppen, jeg har inkludert en kvantitativ artikkel for å få frem et generaliserbart resultat.

Jeg har valgt litteratur studie som metode.

Litteraturstudie går ut på å samle inn data, analysere og drøfte litteraturen opp mot en valgt problemstilling (Fosberg og Wengström, 2003). Ved hjelp av litteraturstudie vil jeg analysere aktuell litteratur og forskningsstudier opp mot min problemstilling: "Hvordan kan sykepleier bidra til bedre kommunikasjon med ikke vestlige innvandrere innlagt på sykehus?"

Problemstilling er et spørsmål som stilles for å oppnå et presist formål. Ved hjelp av en problemstilling blir tema konkretisert til et problem som skal løses (Dalland, 2000). En problemstilling avgjør hva som er viktig i oppgaven. Problemstillingen skal fungere som en rød tråd gjennom teksten og alle emnene i oppgaven skal ha relevans til problemstillingen (Dysthe, Herzberg og Hoel, 2000).

3.2 Metodekritikk

Litteraturstudie er en lærerik prosess for meg som sykepleierstudent, fordi jeg lærer å søke etter, og analysere forskningsbaserte sykepleie artikler. Som sykepleier er det viktig å holde seg oppdatert for å kunne gi pasienter sykepleie ut fra oppdatert kunnskap og ny forskning.

Skriving bidrar til å gi økt kunnskap om litteraturen en leser. Samtidig som en leser får skrivingen en til å dra sammenhenger i stoffet, øke forståelsen og til å tenke kritisk til fagstoffets innhold (Dysthe, Hertzberg og Hoel, 2000). En negativ side ved litteratur studie er at siden fagstoffet allerede er analysert og innhentet av andre er det lett å påvirkes av forfatterens fremstilling.

3.3 Litteratur søk

For å finne relevant litteratur gjorde jeg en litteratur søking gjennom BIBSYS. Det fant jeg en rekke fagbøker som omhandler temaene kultur, innvandring, og kommunikasjon. I tillegg gikk jeg gjennom litteraturlisten til sykepleieutdanningen ved HSH for å finne relevant litteratur i pensum. For å holde meg til oppdatert litteratur valgte jeg bort bøker eldre enn 10 år. Ett unntak er Kirkevolds bok; Sykepleieteorier – *analyse og evaluering*, denne boken er fra 1998 og beskriver Travelbees sykepleieteori. Travelbee skrev sin teoretisk perspektiv på sykepleie på slutten av 60 tallet og selve teorien er ikke blitt forandret på siden siste utgave i 1971.

For å finne evidensbasert sykepleieforskning benyttet jeg meg av helsefaglige søkemotorer. Jeg har søkt etter artikler på søkemotorene: ProQuest, SveMed+, Vård i Norden og Academic Search Premier. Jeg benyttet søkeordene: Culture, Immigrant, Caring, Nursing, Communication, Transcultural, ethnocentricity, minority groups, patient-nurse, racism og cultural competence. Jeg fikk mange treff og begynte å sette sammen ulike kombinasjoner av søkeord for å spesifisere søkene. På tross av at en fikk mange treff på søkene var det

vanskelig å finne artikler som hadde direkte relevans til min problemstilling. De fire jeg endte opp med fant jeg på denne måten:

1. Culturally diverse patient–nurse interactions on acute care wards.

Artikkelen fant jeg ved å bruke Academic Search Premier. Jeg benyttet søkeordene communication and) culturalley and) patient-nurse. Antall treff var 11, de andre ble ekskludert pga ikke vitenskapelig fremstilling, ikke relevante til problemstillingen, artikler som omhandlet spesifiserte tema som kreft, sykepleie til døve og kvinnehelse.

2. Issues in educating health professionals to meet the diverse needs of patients and other service users from ethnic minority groups.

Denne artikkelen fant jeg ved å benytte Academic Search Premier. Jeg brukte søkeordkombinasjonen: communication and) ethnic minorities and) nursing. Antall treff var 12, de andre ble ekskludert pga ikke vitenskapelig fremstilling, ikke relevante til problemstillingen og en artikkel som omhandlet hjemmesykepleie.

3. Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital

Artikkelen fant jeg ved å bruke Academic Search Premier. Jeg benyttet søkeordene: immigrant and) professional – patient relation. Antall treff var 1.

4. Meeting the needs of minority ethnic patients

Denne artikkelen fant jeg ved å benytte Academic Search Premier. Jeg brukte søkeord kombinasjonen: nursing and) minority ethnic groups and) racism. Antall treff var 15, ett av treffene hadde jeg funnet før (punkt 2), de andre ble ekskludert pga ikke vitenskapelig fremstilling, ikke relevante til problemstillingen, artikler som omhandlet psykiatrisk sykepleie, kvinnehelse og barn.

Begrensninger jeg satte i søkeprosessen var full tekst tilgjengelig online, dette var pga tidsaspektet, samt fagfelle vurderte artikler for å garantere kvaliteten på forskningsmateriale. For å begrense søket til å omhandle nyere litteratur stilte jeg søket inn til å kun ta med treff fra år 2002 og opp til dags dato.

Andre nettsteder jeg benyttet var Statistisk Sentralbyrå: <http://www.ssb.no/innvandring/>

Norsk Sykepleierforbund:

<http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf>

Lovdata: <http://www.lovdata.no/>

International Council of Nurses (ICN): <http://www.icn.ch/definition.htm>

Jeg har også benyttet meg av anbefalt litteratur fra høgskolelærere: Bare reis - Håndbok for helsefagstudenter i internasjonal praksis og boken Transcultural Health and Social Care.

3.4 Litteratur kritikk

Et hjelpemiddel for å få frem artikler av god kvalitet er å benytte seg av Peer- review systemet. Peer-review er en fagfelleevaluering, det vil si at kvaliteten på tidsskriftet som utgir artikkelen er sjekket på forhånd av eksperter på fagfeltet (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reinart, 2007). Dette er et effektivt hjelpemiddel som begrenser antall treff under søkeprosessen og samtidig skal bidra til økt kvalitet sikring av artikler. Det er viktig å være kritisk og vurdere artiklene som en skal benytte seg av.

En sjekker om formålet med forskningen som ble utført var tydelig. Det sjekkes om hvem som ble undersøkt og om utvalget ble systematisk valgt eller taktisk utvalgt. En vurderer om de data som ble samlet inn var tilstrekkelige og utført med riktig valg av metode. Forskerens for forståelse skal sjekkes og komme tydelig fram. Analysene gjort på bakgrunn av data skal være systematisk fremført, samt skal en få frem et resultat av forskningen og om den kan brukes i praksis (Nortvedt et al., 2007). En vurderer andres arbeid samtidig som en er kritisk til sin egen inkludering av funn. En skal være bevisst i sitt arbeid med innsanking av data, slik at fusk ikke forekommer. Fusk kan forekomme hvis en bevisst samler inn data som fremmer eget syn og teorier og utelater forskning som beviser det motsatte. Et annet eksempel på fusk kan være utelatt kildehenvisning.

3.5 Etiske aspekter

Etikk handler om moralske handlinger og normene for god oppførsel. Stilt ovenfor vanskelige valg kan etikken hjelpe oss til gjøre riktige beslutninger. Forskningsetikk handler om at

utvinning av ny kunnskap ikke skal gå på bekostning av menneskers integritet eller velferd (Dalland, 2000). Sykepleier har yrkesetiske retningslinje å forholde seg til. Angående forskning står det bland annet at sykepleier skal holde seg faglig oppdatert og tilegne seg ny forskningsbasert kunnskap (Yrkesetiske retningslinjer, 2007). Gjennom en litteratur studie innhentes en bredde med informasjon om tema og her inngår også den siste forskningsbaserte kunnskapen som er tilgjengelig. Gjennom å lære å søke etter og innhente slik kunnskap oppnår en kunnskapen som trengs for å holde seg faglig oppdatert etter endt studietid. I alle artiklene jeg har brukt i oppgaven står det at forskningen er blitt godkjent av etisk faglige komiteer og at forskningen ble gjennomført med forsikring om at deltakerens svar blir anonymisert. Jeg ser ikke at det er noe etiske dilemmaer med gjennomføring av oppgaven. Isteden ønsker jeg å belyse et aktuelt tema som kan være til nytte for meg i mitt videre arbeid som sykepleier i møter med ulike mennesker.

4 Presentasjon av funn

Cortis, J.D. (2004) **Meeting the needs of minority ethnic patients.**

Hensikten med denne studien var å avklare sykepleieres erfaringer med å gi sykepleie til pasienter fra etniske minoritets grupper. I denne studien ble det begrenset til å gjelde pakistanske pasienter. Metoden som ble benyttet var kvalitativ. Det ble intervjuet 30 sykepleiere i studien og disse dekket sykepleie til voksne akutt, kritisk og rehabiliterende pleie situasjoner. Funntil studien viser at sykepleierne hadde vanskeligheter med å forklare meningen med kultur og kulturens tilknytning til sykepleie i praksis. Sykepleierne sa de arbeidet ut fra ett holistisk (helhetlig omsorg) sykepleie perspektiv, men holisme ble overfladisk oppfattet og de virket selektive i valget av begrepets betydning og hvordan det ble brukt i praksis. Det kom frem at de hadde utilstrekkelige kunnskaper om kultur og var dårlig forberedte til å imøtekomme behovene til pasientene fra etniske minoritets grupper. Sykepleierne forklarte dette med store utfordringer knyttet til kommunikasjon og viste til en stresset arbeidshverdag med liten tid.

Chevannes, M. (2002) **Issues in educating health professionals to meet diverse needs of patients and other service users from ethnic minority groups.**

Hovedmålet for denne studien var å undersøke behovet for bedre opplæring i ivaretagelse av pasienter fra etniske minoritets grupper. En annen hensikt med studien var å identifisere hvordan opplæringen skal gjennomføres for å oppnå en forandring og forbedre ivaretagelse av pasienter fra de ulike minoritetsgruppene. Deltakerne i undersøkelsen var sykepleiere på sykehus, hjemmesykepleiere, jordmødre, radiografer, ergoterapeuter og helsepersonell som jobbet i psykiatrien og på apotek. Helsearbeiderne bekreftet at grunnutdanningen deres inneholdt lite læring rettet mot hvordan en kan imøtekomme og ivareta pasienters behov fra etniske minoritetsgrupper. Utfordringer knyttet til kommunikasjon ble av deltakerne nevnt som årsak til at pasientene ikke fikk tilstrekkelig helseomsorg tilpasset sitt behov.

Michaelsen, J.J., Krasnik, A., Nielsen, A.S., Norredam, M. og Torres, A.M. (2004) **Health professionals' knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital.**

Hensikten med denne undersøkelsen var å avdekke holdninger til ikke vestlige pasienter, samt behov for videre utdanning i kultur, kommunikasjon, sykdomsoppfattelse og sykdomsattferd til denne pasientgruppen. Undersøkelsen var en kvantitativ studie og en del av et større

tverrfaglig prosjekt om innvandreres kontakt med helsepersonell. Resultatet av denne undersøkelsen viste at det var forskjeller i erfaring med innvandrere knyttet til informantenes yrkesbakgrunn og erfaring. Resultatene er samlet i fire hovedutsagn: Det kom frem at alle faggruppene hentet sin kunnskap om innvandrere gjennom media og kontakten med pasienter. Leger og sykepleiere hadde mer positive holdninger til innvandrere pasienter enn det helseassistentene hadde. Resultatene viste at leger og sykepleiere har oftere kontakt med innvandrerpasientene og opplevde kommunikasjonen mer positiv enn hva helseassistentene opplevde.

Cioffi, J. (2006) Culturally diverse patient-nurse interactions on acute care wards.

Denne studien omhandler relasjonen mellom pasienter fra ulike kulturer og sykepleiere på akutt avdeling på sykehus. Deltakerne i studien er åtte sykepleiere og deres pasienter. Funn i undersøkelsen er at det er ikke lett å skape en god relasjon til pasientene på den korte tiden de har tilgjengelig, av den grunn er det ønskelig med mer kunnskap om kultur og kommunikasjon, og utvikle metoder til å oppnå bedre forståelse for pasientens behov. Både pasienter og sykepleiere snakker om utfordringer knyttet til kommunikasjon. Problemer knyttet til kommunikasjon har konsekvenser både for at det kan oppstå misforståelser knyttet til informasjon om behandling, og at det påvirker relasjonen mellom pasienten og sykepleier.

5 Drøftingsdel

5.1 Sykepleiers kulturelle kompetanse

Flere sykepleiere opplever at de føler avmakt overfor pasienter med innvandrer bakgrunn. Dette begrunner de med for liten kunnskap om pasientenes kultur. I følge forsker og professor i medisinsk antropologi Benedicte Ingstad kan det bidra til å forstå den enkelte pasienten ved å først å fremst lytte til pasienten. Ikke bare om hvordan pasienten opplever symptomer, men hvordan sykdommen oppleves i forhold til sin sosiale kontekst. Pasientens egne fremstillinger av den meningen han legger i sykdommen må komme frem. Denne informasjonen må tas på alvor når en utfører sykepleiehandlinger til pasienten (Magelssen, 2008). Dette samsvarer med Travelbees sykepleieteori som sier at sykepleier skal fokusere på pasientens opplevelse og mening med sykdom og lidelse, til dette er sykepleiers viktigste redskap kommunikasjon (Kirkevold, 1998).

Et interessant fenomen i Michaelsen et al. (2004) sin studie var vedrørende spørsmålet om pasienter fra innvandrer bakgrunn gjør det mer interessant å jobbe som sykepleier, på dette svarte 50 % av sykepleierne bekreftende.

I denne kvantitative studien får vi ikke mer informasjon om hva som gjør arbeidet mer interessant eller motsatt. Svaret kan tolkes ulikt, det kan være at halvparten av sykepleierne finner det positivt å gi sykepleie til innvandrer pasienter mens halvparten finner det likegyldig eller negativt. Uansett hvordan en føler det vil kulturell kompetanse være nyttig i arbeidet som sykepleier.

”Jeg respekterer deres kultur og etniske tilhørighet, men hvordan det påvirker sykepleieomsorgen vet jeg ikke.. Ja vi behandler personer ut fra et individuelt syn” (Cortis, 2004 S.54. fritt oversatt). Denne selv i motsigelsen bekrefter mangel på kunnskap og kulturell kompetanse hos sykepleier.

I Cortis (2004) viser flere av sykepleiere liten kunnskap om kultur og religion og hvordan kulturelle aspekter påvirker pasienter i praksis.

Dette kommer også frem i Chevannes (2002) der manglende kunnskaper hos helsepersonell forklares med lite fokus på tema i utdanningen, sykepleier sier at siden det ikke ble prioritert noe særlig i utdanningen, så det er ikke så rart de ikke er gode på dette området.

Vedrørende hvor sykepleier i studien hadde sin kunnskap om innvandrere og kultur fra, ble ulike kilder nevnt; en stor del svarte media (90 %) og tidligere kontakt med pasienter (75 %), bare omtrent halvparten nevnte bøker, utdanning og kurser som kilder til sin kunnskap (Michaelsen et al. 2004). I følge Cortis (2004) studie ble manglende undervisning i hvordan de skal gi sykepleie til pasienter fra ulike kulturer, nevnt som en av årsakene til at de manglet den nødvendige kulturelle kompetansen for å imøtekomme innvandrepassienters behov.

Disse resultatene viser lik oppfatning fra ulike land (Storbritannia, Danmark og Australia). Det vil si at enten er læringsbehovet for å utvikle kulturell kompetanse undervurdert i sykepleieutdannelsen, eller så er det generelt vanskelig å knytte teori om kultursensitiv sykepleie til bruk i praksis.

Vi tolker virkeligheten ut fra vår forståelse av verden (Magelssen, 2006). Pasienter kan ha store variasjoner for hvordan sykdommen påvirker deres bekymring og hvordan de vektlegger mening med det å være syk.

I følge Travelbee skal sykepleier ved hjelp av kommunikasjon avdekke eller hjelpe pasienten med å finne mening med sykdommen (Kirkevold, 1998). En av pasientene i Cioffis (2006) studie sier at siden det er Allah som gir han sykdommen, aksepterer han det og er glad. Dette er en annerledes mestrings oppfatning en vi fra vestlige kulturer er kjent med og sykepleier med biologisk medisinsk tilnærming til sykdom som gir patologiske forklaringer.

Pasienter kan bli støtet av sykepleiere som på grunn av uvitenhet om kulturelle forskjeller. En sykepleier i Cioffis studie (2006) nevner at sykepleier kan støte pasientens religiøse overbevisninger uten at hun ønsket det.

Dette viser at sykepleier trenger kulturell kompetanse om ulike kulturer og religioner for å unngå å støte noen. Det vil på en annen måte være vanskelig å kjenne til alle sider og uønskede situasjoner kan likevel oppstå. I slike tilfeller kommer gode kommunikasjonsferdigheter frem. Sykepleier kan benytte seg av kommunikasjon som et forebyggende tiltak ved å samtale med pasienten i planlegging av og før iverksetting av sykepleietiltak.

5.2 Kulturelle barrierer i samhandling mellom sykepleier og pasient

I mange kulturer er det vanligere at familiemedlemmer tar seg av de syke og pleietrengende, i motsetning til i vestlig kultur der vi overlater det meste av pleien til helsevesenet. Det er

derfor vanlig at ikke vestlige innvandrere har mange familiemedlemmer på besøk nesten kontinuerlig. I studien til Cioffi (2006) kommer dette tydelig frem, der en pasient uttaler at han ikke føler seg avslappet uten at han har familie hos seg, han ønsker å ha sin kone tilstede slik at hun kan forklare ting for ham. Sykepleier opplever derimot de besøkende som et problem, hun sier de ikke hjelper til, og er en forstyrrende faktor for sykepleien og for medpasienter (Cioffi, 2006). For pasienten er de besøkende en forutsetning for hans opplevelse av trygghet i situasjonen.

I følge Cortis (2004) oppfatter sykepleier at flere av de besøkende er hos pasienten ut fra plikt knyttet til sin kulturelle tilhøring og ikke fordi de ønsker å støtte pasienten. Det ble derimot av enkelte sykepleiere uttalt at besøkende kunne være en ressurs for pasienten, men at det ble forstyrrende for medpasienter når ikke henvisningen til felles oppholdsrom ble tatt til følge. I følge Chevannes (2002) sier en sykepleier at hun håper familien (pårørende) skjønner at hun gjør sitt beste, hun synes det er greit at familie oppholder seg ved pasienten fordi hun trenger dem for å få gitt pasienten tilfredsstillende sykepleie.

Dette viser forskjeller i sykepleiers tilnærming til pasientenes behov. Enkelte sykepleiere ser på de besøkende som unødvendige og ut fra et etnosentrisk syn som en belastning for både pasient og sykepleier. Enkelte sykepleiere derimot erkjenner de kulturelle normene som forventer at en stiller opp for syke slektninger, dette kan sees ut fra en kulturrelativistisk tankegang der sykepleier viser forståelse for kulturen ut fra dens kontekst. Det som blir oppfattet som et problem er knyttet til forstyrning av medpasienter.

I Pasientrettighetsloven (1999) står det under pasientens rett til medvirkning at hvis pasienten vil ha noen tilstede under behandling skal ønsket imøtekommes hvis det er mulig.

Cioffi (2006) viser at flere av pasientene i studien erklærte at det var problemer for dem å bli pleiet av sykepleier fra det motsatte kjønn. En sykepleier fortalte om en pasientsituasjon der all konversasjon gikk gjennom pasientens kone. Årsaken var ikke språkbarrierer men at han ikke ønsket direkte kontakt med den kvinnelige sykepleieren (Cioffi, 2006). Dette viser at kulturelle barrierer kan ha stor betydning for pasientenes velbefinnende. Sykepleier kan velge å se pasientens ønske ut fra et kulturrelativistisk syn og forstå pasientens behov for denne tilretteleggingen. En måte å løse dette på er at en sykepleier av samme kjønn overtar pasienten hvis det er mulig. Cortis (2004) observerte at kjønnsforskjeller mellom pasient og sykepleier var en viktig problemstilling, som i følge sykepleier, ble gjort et stort nummer av.

Sykepleier identifiserer problemet i forhold til kjønn og religiøs overbevisning og kultur, men viser en negativ holdning til de utfordringene det medfører. Ut fra en etnosentrisk holdning

kan sykepleier tenke at det er flere som ønsker å velge sykepleier ut fra kjønn uansett hvilken kulturell tilhørighet de har. Ved hjelp av kulturell relativistisk tilnærming vil muligens sykepleier innse at forskjellene ut fra kultur og religion er store.

Kultur har ikke fastsatte grenser, og hele tiden påvirkes vi av møter med andre kulturer. Det vil i flere tilfeller være gjensidig enighet og likheter på tvers av kulturelle motsetninger. Dette vises i Cioffi (2006) der pasienten uttaler: "Vestlig medisin i akutt perioden er veldig bra behandling. Kinesisk medisin er for langvarig behandling. En benytter disse to for å skape balanse" (Cioffi, s. 322, 2006, fritt oversatt). I vestlige kulturer ser en at det i stor grad benyttes alternativ medisin for eksempel homøopati og akupunktur, som også benyttes av helsepersonell.

I Cioffi (2006) fremheves det at relasjonen og samhandlingen mellom sykepleier og pasienter med ulikt kulturelt utgangspunkt, var av redusert kvalitet. Årsakene som ble nevnt var språkbarrierer og at pasienter ikke ønsket sykepleier skulle imøtekomme deres emosjonelle behov. I muslimske kulturer var dette knyttet til at familien som skulle imøtekomme denne støtten, pasientene var av den grunn ikke innstilt på at sykepleier skulle involvere seg på et emosjonelt plan. Hos asiatiske pasienter ble det forklart med kulturens vanskeligheter med å "tape ansikt" ovenfor fremmede (Cioffi, 2006). I følge Travelbees skal kommunikasjonsferdigheter brukes sammen med en sensitivitet for timing. Kommunikasjonen skal foregå med den hensikt å lindre pasientens lidelse og bidra til å støtte pasienten i å finne mening slik at han kan mestre sin lidelse.

Dette forutsetter etter min mening en emosjonell involvering ovenfor pasientene. Timing benyttes på en slik måte at en ikke blir intens og pågående i sin iver etter velgjørenhet.

Cortis (2004) fremhever at flere av sykepleierne ikke utførte i praksis hva de i teorien sto for, nemlig holistisk sykepleie, sykepleiere forklarte dette med hektiske arbeidsvakter med liten tid til å møte pasienter ut fra deres kulturelle og religiøse overbevisning og at vestlige sykehus ikke var tilrettelagt for familie orientert pleie.

En annen sykepleier identifiserte at nedprioritering av kulturell tilnærming var negativt for pasientene (Cortis, 2004). Sykepleiere ser at det er problemer og at dette har negativ effekt på pasientenes velbefinnende, de viser derimot lite ønske om å aktivt søke kjernen i problemene å prøve å gjøre noe med det.

Travelbee sier at sykepleier skal hjelpe pasientene til å finne mening og mestre lidelsen (Kirkevold, 1998). Sykepleier kan ikke hjelpe pasienter med å finne mening hvis hun identifiserer behov, men ikke viser initiativ til å ta tak i problemene.

5.3.1 Kommunikasjon og møte mellom pasient og sykepleier

”Mennesket reduserer usikkerhet gjennom å forstå og forutsier livet gjennom å tillegge sin egen mening til andre” (Fife, 2002. s.99).

I følge Michaelsen et al. (2004) er det i flere internasjonale studier konkludert med at helsepersonell og innvandrerpasienter ytrer problemer knyttet til kommunikasjon. Årsakene som blir nevnt er språkbarrierer, kulturforskjeller og ulikt syn på helse og sykdom.

I møte med mennesker vil kommunikasjon være et redskap til å prøve å forstå hverandre. Ved bruk av dialog kan vi få kunnskap om andre og dele vår måte å tenke på. Hvis en spør pasienten direkte spørsmål om hvordan ting oppleves, og hvordan han forstår sykdommen sin kan en avdekke misforståelser og lære av andre. Resultatet av en god dialog kan gi grunnlag for refleksjon og ny kunnskap om kulturelle forskjeller (Hilestad og Sørensen, 2007). I situasjoner der samarbeidet og relasjonen til pasienter går dårlig kan det være lett å la frustrasjonen råde og medføre at vi tar de negative erfaringene med oss som stereotypier i møte med andre pasienter. I stedet kan vi lære av hendelsen gjennom å reflektere og kritisk vurdere hva som ble gjort og hvordan vi kan handle annerledes en annen gang (Magelssen, 2008). For å kunne bygge opp et tillitsforhold til pasienter må vi presentere oss med tittel og fortelle hva vår oppgave ovenfor pasienten er. Det er ingen selvfølge at pasienter vet hvilke oppgaver en sykepleier har i det Norske helsevesenet. Samtidig må vi få pasienten til å fortelle litt om seg selv og sine forventninger til sykehusoppholdet. På denne måten kan vi avklare hvilke kunnskaper, ønsker og handlingsmønster pasienten har og kan utføre sykepleie til pasienten på et individuelt grunnlag (Magelssen, 2008).

Kommunikasjon blir nevnt som hovedproblemet for å ikke imøtekomme pasientenes behov tilfredsstillende (Chevannes, 2002). Dette kommer også frem i Michaelsen et al. (2004) der var bare 41 % av sykepleierne i studien som erfarte at kommunikasjonen med innvandrerpasientene de sist hadde kontakt med var tilfredsstillende.

Dette viser nødvendigheten for mer kunnskap om kultur og kommunikasjon for å kunne gi bedre sykepleie ut i fra pasientenes ønsker og behov. Travelbee sier at hensikten med å

kommunisere er å lære å kjenne pasienten, slik at hun kan avdekke sykepleiebehov og kunne imøtekomme disse (Kirkevold, 1998).

Chevannes (2002) viser at helsepersonell ønsker mer læring om kommunikasjon rettet til innvandrere pasienter. I følge Eriksen og Sørheim (2006) vil både forventninger til hverandre og relasjonen i mellom mennesker forandre seg fra det første møte.

Det sies at det går ikke an å gi et nytt førsteinntrykk. Det trenger ikke nødvendigvis være negativt at det første møte var uheldig hvis en vet hva som gikk galt og er bevisst og villig til å gjøre noe med det.

Kommunikasjon mellom mennesker med ulikt språk og kan være en utfordring når en som fagperson ønsker å formidle ting som er til nytte for pasienten. Hvis meningen med kommunikasjon er å berolige pasienten kan det å snakke med et rolig toneleie og non verbal kommunikasjon være med å berolige og vise omsorg på tross av at en ikke har samme språklige plattform eller kulturelle ståsted. Det kan virke forvirrende og gjøre pasienter usikre hvis sykepleier hele tiden virker usikre og snakker med enstavellesord (Hilestad og Sørensen, 2007). Det nonverbale språket snakker selv om vi er stille, det er av den grunn viktig at sykepleier er rolig, trygg og harmonisk selv om språket er en barriere, på denne måten kan sykepleier likevel formidle trygghet og virke beroligende på pasientene.

5.3.2 Bruk av tolk

I følge Michaelsen et al. (2004) var leger og sykepleier mer fornøyde med kommunikasjonen med pasienter fra ikke vestlige land, enn hva helseassistentene var, en antatt årsak til dette, var ulik grad av tilgjengelig tolketjeneste under samhandling med pasienten.

Pasienten har krav gjennom pasientrettighetsloven (1999) til å få informasjon om sin helsetilstand, hvilken behandling som skal gjennomføres og rett til å få vite om mulige bivirkninger (§ 3-2), informasjonen skal gis på en slik måte at pasienten ut fra sine forutsetninger, blant annet sin kultur, skal kunne forstå den (§ 3-5).

I mange situasjoner er bruk av en tolk en nødvendighet for at pasientene skal kunne motta slik informasjon.

Ved bruk av en tolk vil en ha nytte av å bruke et enklere språk og beskrive ting i setninger og ikke ved hjelp av begreper som kan misforstås (Hilestad og Sørensen, 2007).

Bruk av tolk trenger ikke bare være når det skal fortelles om diagnoser og behandling. For at sykepleier skal oppnå en god relasjon med pasienten, kan bruk av tolk til å snakke om andre temaer og for eksempel prøve å bruke humor i kommunikasjonen.

I studien som ble gjort på akutt avdeling i Australia, var identifisering av problemer knyttet til kommunikasjonen fordi de ikke snakket samme språk, noe både sykepleiere og pasienter erfarte. En tolk var til tider til stede enten direkte eller gjennom telefon. Utfordringene var derimot at en tolketjeneste ikke var tilgjengelig i en hver kontaktsituasjon med pasienten noe som ikke bare medførte misforståelser, men et redusert engasjement i samhandlingen mellom sykepleier og pasient (Cioffi, 2006). Denne relateringen til kommunikasjonsproblemer knyttet til sykepleier - pasient relasjonen ble derimot i liten grad identifisert i Cortis studie (2004) der de fleste på tross av identifiserte kommunikasjons problemer, benyttet tolk i liten grad, forklaringen var at de brukte pårørende som tolk og fordi tolke tjenester er kostbart for sykehuset.

Dette viser en lite kultursensitiv holdning fra sykepleiernes side, de identifiserte problemer men valgte en lite hensiktsmessig metode å løse problemene på. En profesjonell tolk vil kunne bidra til en mer objektiv overføring av informasjon og kvalitetssikre budskapet mellom pasient og sykepleier.

En problemstilling som er knyttet til bruk av pårørende i tolketjenester er ivaretagelse av taushetsplikten. Denne problemstillingen ble ikke identifisert i Cortis (2004) studie der bruk av pårørende som tolk ble benyttet i utstrakt grad.

I Chevannes (2002) kom det frem at en årsak til motvillighet til å benytte seg av tolk var at den ikke alltid tolken var nøyaktig i sin oversettelse.

En profesjonell tolk vil ha bedre kvalifikasjoner til å kunne oversette riktig en ved bruk av pårørende som ikke alltid har de tilstrekkelige kunnskapene om kultur som trengs for å overføre budskapet riktig.

En måte å kvalitet sikre data som blir gitt, kan være å spørre om hva som ble sagt (Hilestad og Sørensen, 2007). Ved benyttelse av profesjonell tolk vil det være en fordel hvis det er mulig at tolken er av samme kjønn (Hanssen, 2005). Ved å bruke tolk av samme kjønn kan lette kommunikasjonen særlig i tilfeller når tabu belagte emner tas opp, og det vil være lettere å oppnå en gjensidig kommunikasjon slik at pasienten kan tørre å stille spørsmål.

5.4 Sykepleiers holdninger til ikke vestlige innvandrere pasienter

”Den ikke-dømmende holdning er en myte siden alle mennesker pleier å dømme oppførselen til andre” (Sier Joyce Travelbee sitert i Eide og Eide, 2000, s. 73).

Holdninger er hva vi tror og går ut i fra er sant, holdninger er i hovedsak ubevisste og er tillært gjennom kulturen vi lever i. Siden holdninger stort sett er ubevisste er de sterke faktorer i vår virkelighetsoppfatning (Fife, 2002).

Utdannelses grad er den største enkelt faktoren relatert til mer positive holdninger til innvandrerpasienter (Michaelsen et al. 2004). Dette bekreftes av Chevannes (2002) der det kommer frem at læring om kultur påvirket deltakerne til å tenke mindre ut fra stereotyper og lære å tenke ut fra pasientenes kultur.

Dette viser at kunnskap påvirker til økt forståelse og at en lærer å tenke mer kultursensitivt i utøvelse av sykepleie til pasienter.

I undersøkelse av å knytte læring direkte til praksis ble det beskrevet i Chevannes (2002) at de ble mer bevisste på å sjekke hvilke mat som ikke var akseptert, øke sin benyttelse av tolk og vektlegge mer et kulturelt perspektiv i pasientenes pleieplan. Noen sa derimot at de ikke kunne bruke denne økte kunnskapen om kultur i praksis når det ble hektisk og travelt på jobb (Chevannes, 2002). Det kommer ikke frem om det bare er innvandrere pasienter som ikke får tilstrekkelig imøtekommelse av sine behov i hektiske vakter, eller om dette gjelder alle pasientene.

De ulike funnene i studien kan relateres til at det tar tid å etablere en forandring, men studien konkluderer med at forandring er mulig å oppnå men at læring bør foregå praksisnært for å gi best resultater (Chevannes, 2002).

I følge Cortis (2004) mente enkelte sykepleierne at kultur hadde liten relevans for omsorgen i sykepleie, årsaken var en tankegang om at den vestlige verdi synet i sykepleie er den eneste riktige. Dette viser en etnosentrisk tankegang fra sykepleiernes side.

I Chevannes (2002) fremheves det at helsepersonell setter det å møte innvandrere pasienters behov høyt. En sykepleier i studien fremhever at det ikke bare er viktig å tilfredsstille behovene fordi de er innvandrere, men fordi det er en manglene bevissthet på deres behov.

Dette viser at sykepleier viser en kultursensitiv tankegang, hun fremhever at ingen pasienter er viktigere enn andre men at innvandrere trenger en imøtekommelse av sine behov ut fra

deres kultur og forståelse, og at det er her mangel på kunnskap skaper en forskjell i behandlingen av pasienter.

I følge Cortis (2004) er sykepleie kultur en mulig årsak til dårlig ivaretagelse og mangel på kultursensitivsykepleie av etniske minoritet pasienter. Sykepleierne sier at de jobber ut fra et holistisk sykepleie syn, mens de svarer bekræftende på at de ikke prioriterer kultursensitiv sykepleie.

Denne selv i motsigelsen kan være relatert til både mangel på kunnskap om kultur og være et utslag av en eksisterende sykepleie kultur. Derimot vises det i Chevannes (2002) studie at det er de negative hendelsene av dårlig relasjon og holdninger som kommer frem og at i praksis er det mange tilfeller der samhandlingen fungerer bra med pasientgruppen, på tross av ulike utfordringer knyttet til kommunikasjon.

I følge Cortis (2004) viser studien en tendens til stereotyping hos enkelte sykepleiere, der de blir uttalt på generelt grunnlag at ”de” har lav smerte terskel og vil helst ligge i sengen under sykehus oppholdet.

Generalisering forekommer også fra pasienter. I følge Cioffi (2006) ble det observert at pasienter foretrakk sykepleiere fra egen kultur fordi de fikk mer harmoni på et åndelig plan.

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet” (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere). Dette sier at sykepleier skal respektere alle mennesker og ivareta pasienters verdighet, noe som er særlig viktig når de kanskje ikke har mulighet til det selv.

Cortis (2004) observerte at rasistiske holdninger og ytringer fra pasienter var en gjenkjent faktor mens slike holdninger fra sykepleiere var mer skjult og dekket over, en mulig årsak til det, var at det er skammelig at slik oppførsel forekommer fra sykepleiere.

En sykepleier med mørk hudfarge hadde opplevd at en eldre pasient nektet å få sykepleie fra henne på grunn av hennes hudfarge (Cortis, 2004). Dette viser at rasisme oppstår i helsesektoren som den også er ellers i samfunnet. Det er trist å høre om slike holdninger til mennesker, det er enda mer bekymringsfylt hvis rasistiske ytringer og handlinger foregår fra sykepleier som profesjonell hjelper.

I Chevannes (2002) ble det derimot vist at helsepersonell var redd for at det ble oppfattet som rasistiske uttalelser, når de diskuterte ulike utfordringer knyttet til innvandrere pasienter med kollegaer. Cortis (2004) hevder at etnosentrisme fra sykepleiere kan bidra til rasisme, hvis de etnosentriske holdningene forårsaker at de ikke anerkjenner betydningsfulle kulturelle forskjeller og viktigheten for pasientene.

5.5 Hvordan kan kommunikasjonsferdigheter læres?

Sykepleier har yrkesetiske retningslinjer å arbeide etter, disse er skrevet med utgangspunkt i ICN definisjon for sykepleie.

”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være med bestemmende og retten til ikke å bli krenket” (Yrkesetiske retningslinjer). Sykepleier har gjennom dette plikt til å følge opp hver pasient etter disse retningslinjene. Sykepleier skal ivareta pasienten ut fra tanken om helhetlig sykepleie og ut fra pasientens egne ønsker. For å få til medbestemmelse til alle pasienter er vi avhengig av å kunne kommunisere med pasienter med annet språk og kultur. Hvis kommunikasjon bygger på kunnskap, erfaring og kulturell kompetanse bør dette i høyeste grad prioriteres i utdanning av sykepleiere og til sykepleiere som jobber i feltet.

Det finnes ulike måter å trene opp kommunikasjonsferdigheter på. En metode er rollespill med feedback fra andre hva som fungerer og hva som bør endres. Å se eksempler fra film kan være nyttig, gjerne med felles diskusjon i gruppe etterpå. Etter hvert brukes ferdigheter i praksis med veiledning fra eventuelt lærer eller kollegaer (Eide og Eide, 2000). I følge Chevannes (2002) var det vanskelig å bringe tilbake de ferdighetene de hadde lært til praksis, en årsak som ble nevnt var at læringen ble gjennomført borte fra praksisstedet.

I løpet av sykepleierutdannelsen er studentene i praksis i ulike helseinstitusjoner og i hjemmesykepleie, dette er situasjoner der en har tid til refleksjon og veiledning både fra kontaktsykepleier på praksisstedet og fra lærer. Dette vil kunne fremme nærheten til fremme og gi reelle erfaringer som studenter kan ta med seg videre.

Å gi feedback skal gjøres på en måte som danner grunnlag for læring. Først må en fokusere på det som er bra for at ikke få motparten til å gå i forsvarsposisjon, den skal være konkret, gjerne med eksempel og presenteres på en åpen måte slik at det kan diskuteres og inneholde få detaljer men hold fokus på hovedpoenget. Kort sagt hva som fungerer bra, hva som bør endres og hvordan det eventuelt kan endres (Eide og Eide, 2000). Sykepleie er et praktisk fag og mye av læring gjøres derfor i feltet, en er avhengig av gode veileder som kan gi konstruktive kritikk og oppmuntre til refleksjon og læring. Det er ikke bare som student en trenger å fokusere på refleksjon og tilegne seg ny kunnskap, når en jobber med mennesker vil læring være en del av hverdagen, og en skal være bevisst så ikke stereotypier hindrer oss i å få nye inntrykk. I følge Papadopoulos, Tilki og Taylors modell (2.1.2) vil kulturell kompetanse

være en kontinuerlig prosess og deres metode fungere både som en sirkel og katalysator for utvinning av ny kunnskap.

6 Konsekvenser for sykepleie

Det finnes situasjoner der sykepleier blir handlingslammet fordi frykten for å støte pasientens kultur blir for stor (Magelssen, 2008). Jeg har selv opplevd i praksis at tolken nektet å snakke med en pasient med diagnosen Morbus crohn om avføringsproblematikk. Tolken argumenterte med at det ville støtte pasientens kultur å samtale om slike emner.

I formålet til pasientrettighetsloven (1999) står det at befolkningen skal ha lik tilgang på helsetjenester og at loven skal fremme ivaretagelse av respekt, menneskeverd og integritet.

Som sykepleier ønsker vi å tro på at vi klarer å arbeide rettferdig å gi like god sykepleie til alle pasienter. Noen ganger kan sykepleier strekke seg lengre for pasienter fra andre kulturer fordi hun er redd for å bli oppfattet diskriminerende, andre ganger får ikke pasientgruppen tilstrekkelig sykepleie på grunn av manglende kulturell kompetanse hos sykepleier. En bevisstgjøring og økt kunnskap om kommunikasjon og kultur vil kunne bidra til en mer åpen holdning til alle pasienter, slik at en har empati og sympati også med de pasientene en ikke åpenbart klarer å forstå. Å kjenne på sine negative følelser og reflektere over hvorfor de oppstår vil være en god begynnelse for å kunne gjøre noe med dem.

En god gjensidig relasjon mellom sykepleier – pasient, vil bidra til at pasienten vil få opplevelsen av å få tilfredsstilt sine behov for sykepleie på en god måte (Kristoffersen og Nortvedt, 2005). I følge Travelbee vil ikke sympati alene imøtekomme pasienters sykepleiebehov, sammen med ønske om å kunne hjelpe, vil fagkunnskap og ferdigheter være nødvendig for å kunne gjennomføre sykepleie med høy kvalitet (Eide og Eide, 2000).

Studiene i denne oppgaven viser at vi har ikke nådd målet om god kommunikasjon med ikke vestlige pasienter enda, men at det arbeides med å finne frem til nye metoder som vil gjøre samarbeid enklere. Det går igjen i studiene at mangel på kunnskap er en faktor som skaper distanse og usikkerhet.

Jeg har lært mye gjennom arbeidet med oppgaven og tror og håper jeg er mer bevisst mine egne holdninger. Det er ikke sykepleier som alltid sitter med ”sannheten” fordi et hvert menneske har sin egen oppfatning. Alle mennesker er forskjellig uansett hvilken kultur de tilhører, det gjør at mennesker i samme situasjon kan ha ulike behov. Jeg synes det har kommet frem i oppgaven at kunnskap og en åpen holdning til pasienter fra andre kulturer er starten på et gjensidig samarbeid fylt mer respekt, tillit og trygghet.

Referanseliste:

Chevannes, M. (2002). **Issues in educating health professionals to meet diverse needs of patients and other service users from ethnic minority groups**, I: Journal of Advanced Nursing 39(3), s.290-298. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest: 07.02.09]

Cioffi, J. (2006). **Culturally diverse patient-nurse interactions on acute care wards**, I: International Journal of Nursing Practice, 12, s. 319-325. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest: 07.02.09]

Cortis, J.D. (2004). **Meeting the needs of minority ethnic patients**, I: Journal of Advanced nursing 48(1), s.51-58. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest: 04.02.09]

Dahl.Ø. (2001). *Møter mellom mennesker – interkulturell kommunikasjon*. Gjøvik. Gyldendal Akademisk.

Dalland.O. (2000). **Metode og oppgaveskrivning for studenter**. Gjøvik. Gyldendal Akademisk.

Dysthe.O., Herzberg.F. & Hoel.T.L. (2000). **Skrive for å lære - Skrivning i høyere utdanning**. Otta. Abstrakt forlag as.

Eide, H & Eide, T. (2005) **Kommunikasjon i praksis**. Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid. Otta. Gyldendal Akademisk.

Eide. H. & Eide. T. (2000). **Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk**. Tangen. Gyldendal Akademisk.

Eriksen.T.H. & Sørheim. T. (2006). **Kulturforskjeller i praksis - Perspektiver på det flerkulturelle Norge**. Polen. Gyldendal Akademisk.

Fagermoen (2001). *Samtale, undervisning og veiledning*, I: **Klinisk Sykepleie**. Red. Almås. Bind 1.S. 12-30. Norge. Gyldendal Akademisk.

Fife, A. (2002). Tverrkulturell kommunikasjon. Oslo. Yrkeslitteratur AS.

Forsberg, C & Wengström, Y. (2003). **Att gjöra systematiska litteraturstudier: Vårdering, analys och presentation av omvårdningsforskning.** Finland. NATUR OCH KULTUR:

Hanssen, I. (2005). Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. Polen. Gyldendal Akademisk.

Hanssen, I. (2005). Interkulturell sykepleie, I: Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F & Skaug, E.A (Red), **Grunnleggende sykepleie.** (Bind 1. s. 78- 105). Danmark. Gyldendal Akademisk.

Hilestad, A & Sørensen, A. (2007). **Bare reis! Håndbok for helsefagstudenter i internasjonal praksis.** Oslo. Cappelen akademisk forlag.

Håkonsen, K. M. (1999) Mestring og relasjon – Psykologi med eksempler fra sykepleie. Oslo Universitetsforlaget.

Ingstad, B. (2007). **Medisins Antropologi.** En innføring. Bergen. Fagbokforlaget.

International Council of Nurses (2009). Tilgjengelig fra: <http://www.icn.ch/definition.htm>
[lest: 23.02.09]

Kristoffersen, N.J. (2005a). Helse og sykdom, I: Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F & Skaug, E.A (Red.), **Grunnleggende sykepleie.** (Bind 1. s. 13-77). Danmark. Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J. (2005b). Teoretiske perspektiver på sykepleie, I: Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F & Skaug, E.A (Red.), **Grunnleggende sykepleie.** (Bind 4. s. 13-99). Danmark. Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J. (2005c). Stress, mestring og endring av livsstil, I: Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F & Skaug, E.A (Red.), **Grunnleggende sykepleie.** (Bind 3. s. 206-270). Danmark. Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J & Nortvedt, P. (2005). Relasjonen mellom sykepleier og pasient, I: Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F & Skaug, E.A (Red.), **Grunnleggende sykepleie**. (Bind 1. s. 137-183). Danmark. Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (1998). **Sykepleieteorier** – analyse og evaluering. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Magelssen (2008). **Kultur - sensitivitet** – Om å finne likhetene i forskjellene. Otta. Akribe.

Michaelsen, J.J, Krasnik, A, Nielsen, A.S, Norredam, M & Torres, A.M (2004). **Health professionals` knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital**. Scand J Public Health 32, s. 287-295. Tilgjengelig fra: Academic Search Premier [lest: 14.01.09]

Norsk Sykepleierforbund (2009). Yrkesetiske retningslinjer redigert i 2007. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf> [lest:11.02.09]

(Nortvedt. M, Jamtvedt G., Graverholt. B, & Reinart. L. (2007). **Å arbeide og undervise kunnskapsbasert** – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo. Norsk sykepleierforbund.

Pasientrettighetsloven (1999). Lov om pasientrettigheter av 07. februar 1999 nr.63. Hentet 17. februar 2009 fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

Papadopoulos. I. (2006). The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence, I: Papadopoulos. I. (Ed), **Transcultural Health and Social Care - Development of culturally competent practitioners**. (S. 7-24). China. Churchill Livingstone Elsevier.

Røkenes, O.H. & Hanssen, P. H. (2006). **Bære eller breste: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker**. Bergen. Fagbokforlaget.

SSB: Statistisk Sentralbyrå (2009). Innvandring. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/innvandring/> [lest:18.01.09]

Thorbjørnsrud, B. (2001). Kulturelle fortolkningsrammer, I: Brodtkorb, E. Norvoll, R. & Rugkåsa, M. (Red), **Mellom mennesker og samfunn** – *Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. (S. 205- 242). Gjøvik. Gyldendal akademisk.

Thorbjørnsrud, B. (2001). Kultur, helse og sykdom, I: Brodtkorb, E. Norvoll, R. & Rugkåsa, M. (Red), **Mellom mennesker og samfunn** – *Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. (S. 245-281). Gjøvik. Gyldendal akademisk.

Thorsen. R. (2005). Trygghet, I: Kristoffersen, N.J. Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (Red), **Grunnleggende sykepleie**. (Bind 3. S. 15- 38). Oslo. Gyldendal Akademisk.