

Kandidatnummer: 6120 og 6189

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Sykepleie til muslimske pasienter i terminal fase og ved død



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 12.05.2021]

X

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Den terminale fasen er en overgangs periode i livet. Det er viktig at pasientens behov og ønsker blir identifisert og at pleien tilrettelegges ut fra den enkeltes ønsker. For muslimer har religionen en sentral plass og rolle i livets slutfase. Det er derfor viktig å vite hvilke ritualer og behov døende muslimer og deres pårørende har.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke behov, ønsker og ritualer muslimske pasienter som mottar helsehjelp og deres pårørende har, knyttet til terminal fase og død.

Metode

Metoden benyttet i bacheloren vår er en integrativ litteraturoversikt, hvor vi har valgt ut tre kvalitative studier. Resultatene fra studiene, relevant litteratur og egne refleksjoner utgjør grunnlaget for vår besvarelse av oppgaven.

Resultater

Resultatene avdekker viktige behov, ønsker og ritualer for muslimske pasienter i terminal fase og deres pårørende. Ritualer som bønn, avklaring av mellommenneskelige forhold, lesing av hellige skrifter og stell av den døde kroppen blir presentert. Resultatene viser at det er familien til muslimske pasienter i terminal fase som mottar informasjon og tar valg på vegne av den døende.

Nøkkelord: Terminal fase, religion, ritualer, muslimske pasienter, pårørende.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
1 INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMFORMLERING	6
1.3 HENSIKT	6
2 TEORI	7
2.1 TANKER, FØLELSER OG VERDIER HOS DØENDE PASIENTER	7
2.2 RITUALER, TRO OG LIVSSYN.....	8
2.3 KOLLEKTIVISME VERSUS INDIVIDUALISME	9
2.4 VIRGINIA HENDERSONS BEHOVSTEORI	10
3 METODE	12
3.1 VALG AV METODE – INTEGRATIV LITTERATUROVERSIKT	12
3.2 SØKEPROSESSEN	13
3.2.1 Valg av databaser	13
3.2.2 Valg av søkeord.....	13
3.2.3 Avgrensninger	13
3.2.4 Valg av artikler	14
3.3 ANALYSE	15
4 RESULTATER	16
4.1 RITUALER	16
4.1.1 Bønn	16
4.1.2 Avklaring av mellommenneskelige forhold.....	17
4.1.3 Lesing av hellige skrifter.....	17
4.1.4 Stell av den døde kroppen.....	18
4.2 FAMILIEINVOLVERING	19

4.2.1 Informasjon – hvem mottar og hvem tar valg?	19
4.2.2 Deltakelse i terminal fase.....	20
5 DISKUSJON.....	21
5.1 METODEDISKUSJON	21
5.1.1 Valg av metode.....	21
5.1.2 Forskningsarena	21
5.1.3 Forskere og informanter	22
5.1.4 Rekruttering av utvalget.....	23
5.1.5 Søkeprosessen	24
5.2 RESULTATDISKUSJON	24
5.2.1 Identitet og ritualer	24
5.2.2 Informasjonsutfordringer.....	28
5.2.3 Forventinger versus realitet ved større besøk	29
6 ANVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS.....	32
REFERANSER.....	34
VEDLEGG 1. OVERSIKTSTABELLER OVER ANALYSERTE ARTIKLER	

1 Innledning

Norge er ikke lenger det homogene samfunnet som det en gang var da landet har fått mange nye landsmenn. På bakgrunn av dette vil nå sykepleiere og andre helseprofesjoner komme i kontakt med flere pasienter som har andre kulturelle og religiøse bakgrunner. Tall fra Statistisk sentralbyrå (2020) viser at 183 000 av 700 000 registrerte medlemmer av andre tros- og livssynssamfunn enn Den norske kirke var medlem i et islamsk trossamfunn, noe som utgjør 26%.

Døden er et sårt og vanskelig tema, og vekker mange følelsesmessige reaksjoner hos døende og deres pårørende. Den terminale fasen er individuell for alle, og de fleste mennesker har egne ønsker og behov i livets slutfase. Behov, ønsker og ritualer til terminalt syke pasienter er ofte styrt av kulturelle og religiøse interesser. Den terminale fasen er en sårbar periode i livet, og det kan derfor være tryggende og støttende for døende og deres pårørende å leve i tråd med sin religion eller sitt livssyn helt til døden inntreffer. I denne oppgaven skal vi se på hvilke tradisjonelle, rituelle og åndelige behov muslimske pasienter og deres pårørende har, tilknyttet terminal fase og død.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi mener det er viktig at hvert enkelt menneske får oppleve en verdig død i tråd med sine ønsker, behov og livssyn. Dette bør gjelde alle som lever i Norge, uavhengig av kulturell og religiøs bakgrunn. Sykepleiefaglig god ivaretagelse av pasienter med ulike religiøse bakgrunner i terminal fase, er et fagområde som er lite presentert i sykepleieutdanningen og som vi mener bør utforskes nærmere. Vi har valgt å ta utgangspunkt i muslimske pasienter siden islam er den nest mest praktiserte religionen i Norge, noe som tilsier at vi høyst sannsynlig vil møte mange muslimske pasienter i vår sykepleierkarriere.

1.2 Presentasjon av problemformulering

I sykepleierutdanningen legges det for lite vekt på kunnskap og undervisning om behovene til syke og døende pasienter med annen kulturbakgrunn og livssyn enn den norske. Dette er et problem fordi vi ikke får ivaretatt pasienters fullstendige åndelige og eksistensielle behov i en kritisk fase av livet. Utøvelse av helhetlig sykepleie til døende muslimske pasienter blir sannsynligvis både utilstrekkelig og vanskeliggjort dersom vi ikke har god nok innsikt i religionens ritualer og tradisjoner tilknyttet døden. På grunnlag av dette har vi valgt problemstillingen: Hvordan kan sykepleiere ivareta muslimske pasienters og pårørendes behov tilknyttet terminal fase og død? God kunnskap om dette kan bidra til at muslimske pasienter og deres familier føler seg ivaretatt og at pasientene kan få en fredfull og verdig død.

1.3 Hensikt

Bacheloroppgaven har en faglig- og formell hensikt. Den faglige hensikten med oppgaven er å belyse hvilke behov, ønsker og ritualer muslimske pasienter som mottar helsehjelp og deres pårørende har, knyttet til terminal fase og død. Bacheloren er et avsluttende arbeid ved studiet Bachelor i sykepleie ved Universitetet i Stavanger, noe som utgjør den formelle hensikten med oppgaven.

2 Teori

2.1 Tanker, følelser og verdier hos døende pasienter

Det kan oppstå mange følelsesmessige reaksjoner i livets slutfase, både hos pårørende og hos personen selv (Mathisen, 2017, s. 417). Her skal vi se på hvilke tanker, følelser og verdier som står sentralt hos døende personer.

Det er en psykisk belastning å vite at en skal dø, og opplevelsen av tap er den tyngste belastningen i den terminale fasen, ifølge den svenske psykiateren Loma Feigenberg. Pasienter i terminal fase kan oppleve forskjellige tap som: tap av kropp, selvkontroll, identitet, verdighet og kontroll, i tillegg til ensomhet og smerte (Mathisen, 2017, s. 421-422).

Kroppen har gjerne forandret seg en del fra en ble syk til tiden rett før døden, og pasienter i terminal fase kan oppleve tap av kropp. Sykepleiere kan gjennom stell og samtaler vise at pasienten er like verdifull nå som før kroppsforandringene oppstod. Helsepersonell kan også hjelpe pasienter som føler på tap av kropp, ved å formidle at tilknytningen til andre mennesker ikke brytes ned selv om kroppen forandres (Mathisen, 2017, s. 422).

Alvorlig sykdom som medfører manglende kontroll og mestringsmuligheter kan oppleves vanskelig og angstskapende, spesielt for personer i den europeiske kulturen da selvkontroll er en viktig verdi for dem. Som sykepleier bør en hjelpe pasienter på deres premisser, da dette kan gi en opplevelse av kontroll hos pasientene samtidig som de føler seg respektert (Mathisen, 2017, s. 422).

Å ivareta personligheten til pasienter i terminal fase er viktig da pasientene kan føle på tap av identitet. Sykepleiere kan legge til rette for at identiteten blir ivaretatt ved å ha god kommunikasjon med pasienten og dens pårørende, noe som også kan fremme mot til å ta opp utfordrende tema (Mathisen, 2017, s. 422-423).

Pasienter i terminal fase kan oppleve tap av verdighet og kontroll, noe som kan føre til skam og skyldfølelse. Enkelte pasienter opplever at de er til bry da de ofte trenger hjelp til å få dekket sine

grunnleggende behov i den terminale fasen. Skyldfølelse kan også oppstå hos denne pasientgruppen da de kan føle at de er årsaken til andres lidelse og sorg. Skyld og skam kan oppleves i forbindelse med åndelige og religiøse spørsmål nær døden (Mathisen, 2017, s. 424-425).

Ensomhet og smerte er følelser som døende pasienter kan kjenne på, i form av at de er alene om følelsene rundt det å skulle dø. Pasientene kan være redd for å dø alene. Pasienter i terminal fase kan oppleve følelsesmessige, kroppslige, sosiale og åndelige/ eksistensielle smerter. Døende stiller seg gjerne spørsmålene: “Hvordan kommer jeg til å dø?... Kommer jeg til å ha det vondt?... Vil noen huske meg når jeg er død? Får jeg ikke dø snart?” (Torbjørnsen, 2016, s. 546).

2.2 Ritualer, tro og livssyn

I kulturer og religioner er det ofte flere skikker og rituelle handlinger som følger døden. Skikker og ritualer kan være viktige og til hjelp for personer i møte med døden da en ofte søker etter noe konkret å forholde seg til. Ritualer gir en veiledning til hvordan en skal te seg i vanskelige situasjoner som døden. Ritualer kan hjelpe den enkelte med å dempe angst og uro, og skape orden i den kaotiske tiden (Hirsch & Røen, 2016, s. 73).

Ritualer kan være gode å støtte seg til i møte med døden, da døden medbringer sterke følelsesmessige reaksjoner som tap og sorg. “Ritualene er derfor terapeutiske og hjelper både i de første kaotiske dagene og i det lengre perspektivet” (Mathisen, 2017, s. 410). Omsorgen de pårørende viser og utøver ovenfor deres familiemedlem som er i terminal fase eller død, er preget av hvilken relasjon de hadde til hverandre. Ritualer kan være som “et nytt språk” når vanlige ord ikke strekker til, og det kan være en ramme for fellesskap og for å ære en person (Hirsch & Røen, 2016, s. 73).

Professor i religionsvitenskap, Geertz, forteller at mennesker tror på ulike religioner da de gir svar på eksistensielle spørsmål om livet, døden og fremtiden. Religion gir også mennesker ritualer som gjør de mer sosiale og solidariske, men de hjelper også mennesker med å markere

viktige hendelser i livet og de gir folk trygghet. En annen teori om hvorfor mennesker tror på ulike religioner er søken etter svaret på hvordan verden henger sammen. Mennesker søker svar på fenomener som drømmer, død og sjel (Sonne, 2018).

Det kan være viktig for døende og deres nærmeste pårørende å søke svar på eksistensielle spørsmål i møte med døden. Eksistensielle spørsmål som en ofte søker svar på i møte med døden er: “Er det et liv etter døden? Møter jeg mine kjære igjen etter døden? [Får jeg fred etter døden?]” (Torbjørnsen, 2016, s. 546). Troende finner ofte svar på sine eksistensielle spørsmål i sin tilhørende religion og dens hellige skrifter. Å finne svar på eksistensielle spørsmål er en mestringsprosess som religiøse ofte bruker i møte med døden (Torbjørnsen, 2016, s. 544-546).

2.3 Kollektivism versus individualisme

Dersom en opprinnelig er fra et vestlig land preget av modernitet og oppholder seg i et land som er preget av tradisjon, kan en legge merke til forskjellen på et individualistisk og et kollektivistisk samfunn. Kollektivismen legger stor vekt på fellesskapet. Personer i et kollektivistisk samfunn vil identifisere seg gjennom sin plassering i en gruppe, og de ser ikke på seg selv som et selvstendig og uavhengig individ (Aambø, 2021, s. 89). Individualistiske samfunn legger stor vekt på å fremheve egenverdi og realisering av individer og enkelting. I et slikt syn blir individets moralske verdi satt fremfor det kollektive (Danielsen, 2019).

I individualistiske samfunn står jeg-et i sentrum. Allerede som barn blir de oppdratt med verdier som selvstendighet, selvrealisering, gjensidig respekt og likestilling. Ut fra denne oppdragelsen skal en kunne ta valg som er rett for seg selv som individ (Dahl, 2019). Staten skal derfor legge til rette for handlingsfrihet og selvbestemmelsesrett for enkeltindividet (Danielsen, 2019).

I kollektivistiske samfunn blir barna lært at lojalitet og lydighet ovenfor samfunnet er en overordnet plikt. Samhold og samordning er viktig for å komme seg gjennom vanskelige og krevende tider. Mennesker som bor i et samfunn med kollektivistisk tankegang kan ha det krevende da det kan være streng sosial kontroll og begrensinger i individers handlingsfrihet (Aambø, 2021, s. 89).

Mor, far, barn og søsken er det individualister vil se på som sine nærmeste. På den andre siden har kollektivistiske enda flere personer som står dem nært. I kollektivistiske samfunn blir også tanter, onkler, søskenbarn og besteforeldre sett på som en del av ens nære familie. Rollene i familien er delt inn i hierarki, hvor det er et klart skille mellom kjønnene og hvor høy alder betyr visdom og autoritet (Dahl, 2019).

2.4 Virginia Hendersons behovsteori

Behovsteorien til Virginia Henderson ble offentliggjort i 1955. Henderson var en amerikansk sykepleier og forfatter (Store norske leksikon, 2020). Hennes definisjon på sykepleie var “å hjelpe eller assistere personer med å utføre gjøremål som de ville ha utført uten hjelp hvis de hadde hatt tilstrekkelige ressurser til det” (Kristoffersen, 2017, s. 38). Bakgrunnen for Hendersons teori var blant annet hennes opplevelse av mangler og svakheter som hun hadde opplevd i sin sykepleieutdanning, og hun ønsket at teorien skulle kompensere for disse manglene. Sykepleiedefinisjonen hennes tok utgangspunkt i spørsmålene: “Hva er sykepleiepraksis? Hvilke spesifikke funksjoner utfører sykepleiere? Hva er sykepleiens særegne natur?” (Kristoffersen, 2017, s. 36).

Sykepleieres hovedoppgave er, ifølge Henderson, å hjelpe pasienter med gjøremål som gir dem god helse, helbredelse eller en fredfull død. Henderson var en av få sykepleieforfattere som på midten av 1900-tallet omtalte sykepleie til døende mennesker. Hun beskrev at sykepleien tok utgangspunkt i 14 behovsområder som hun kalte grunnleggende sykepleieprinsipp. Åtte av punktene består av fysiologiske behov, som det å få hvile og å få holde kroppen ren og velstelt. De seks andre punktene viser psykososiale behov, som å få gi uttrykk for egne behov og å få praktisere sin tilhørende religion. Sykepleiefunksjonen vil variere fra kultur til kultur, men en vil også se ulikheter innenfor et og samme land (Kristoffersen, 2017, s. 36-39).

Henderson mente at målet og hensikten med sykepleie var at pasientene skulle hjelpes slik at de på raskest mulig måte kunne gjenvinne sin selvstendighet. Hun påpekte videre at ved langvarig funksjonssvikt hos pasienter var målet å få en optimal helse, derfor har sykepleiere et spesielt ansvar ovenfor døende pasienter. Ifølge Hendersons tenkning skal sykepleiere legge til rette for at

døende pasienter får en fredfull død (Kristoffersen, 2017, s. 38). “[Sykepleieren] kan bare hjelpe den syke med de gjøremål som bidrar til å sette ham i en tilstand som ... - *for ham* - er er en god død” (Henderson, 1997, sitert i Kristoffersen, 2017, s. 39).

3 Metode

For å løse et forskningsproblem tar en i bruk en konkret fremgangsmåte, dette kalles en metode. Metoden angir hvordan vi skal gå frem for å få tak i ny kunnskap eller etterprøve eksisterende kunnskap (Dalland, 2018, s. 51).

Problemformuleringen er avgjørende for hvilken metode en velger å benytte. Det vil si at det man ønsker å undersøke, vil være styrende for måten en velger å gå frem på. Når en foretar evidensbasert forskning benyttes hovedsakelig kvantitativ eller kvalitativ forskningsmetode. Når det er utbredelse eller forekomst av ulike variabler som skal undersøkes, vil en kvantitativ tilnærming være på sin plass. Dersom man ønsker å få frem menneskers opplevelser, oppfatninger, personlige meninger eller tolkninger av forhold i deres liv, vil imidlertid en kvalitativ tilnærming være den metoden som egner seg best (Dalland, 2018, s. 52).

Vår oppgave omhandler hvilke kulturelle, åndelige og religiøse behov muslimske pasienter og deres pårørende har, tilknyttet terminal fase og død. Ut fra oppgavens hensikt vil en kvalitativ tilnærming være den beste metoden å benytte.

3.1 Valg av metode – integrativ litteraturoversikt

Vi har valgt å følge metoden til Friberg (2017, s. 141-151) og gjøre det hun kaller en integrativ litteraturoversikt. I korthet går den ut på å analysere resultater fra vitenskapelige, empiriske studier og syntetisere disse til en ny helhet, som da blir våre funn eller resultater. Både kvantitative og kvalitative studier kan inngå i en slik oversikt. I motsetning til en «vanlig» litteraturoversikt der det presenteres data fra ulike typer litteratur som for eksempel fagbøker, rapporter, doktorgradsavhandlinger, vitenskapelige artikler, med mer, skal en integrativ litteraturoversikt utelukkende ta utgangspunkt i data fra vitenskapelige artikler. I diskusjonen av funnene våre, vil vi likevel trekke inn teori fra andre kilder som fagbøker, artikler og lignende.

I oppgaven vår har vi innhentet data fra forskning som har en kvalitativ metodisk og empirisk tilnærming. Artikler med kvalitativ tilnærming er valgt da vår hensikt er å gå i dybden for å forstå hva muslimske, døende pasienter og deres pårørende har behov for i møte med døden.

3.2 Søkeprosessen

3.2.1 Valg av databaser

I litteratursøkingen brukte vi databaser som er tilgjengelige via biblioteket ved Universitetet i Stavanger. Kriteriene for valg av databaser var at de skulle være sykepleiefaglige. Vi søkte i databasene Oria, British Nursing Index, SveMed+, CINAHL og PubMed. Oppgavens vitenskapelige artikler er hentet fra CINAHL og British Nursing Index, da de andre databasene ikke ga oss relevante artikler for oppgaven vår.

3.2.2 Valg av søkeord

For å svare på problemformuleringen vår valgte vi søkeord som “islam og terminal fase”. Siden vi søkte etter artikler i de internasjonale databasene CINAHL og British Nursing Index, var det naturlig å ha engelske søkeord. Søkeordene vi benyttet oss av var “Islam, muslim, islamic, dying, end-of-life care, terminal, palliative, palliative care”.

3.2.3 Avgrensninger

Vi avgrenset søkene med å stille krav om at de vitenskapelige artiklene måtte være “peer reviewed” og at de ikke var eldre enn 10 år. At en artikkel er fagfellevurdert, vil si at forskningen er av kvalitet og at resultatene og konklusjonen er i tråd med hensikten med forskningen (Utdanningsforskning, 2016). Vitenskapelig forskningsmateriale er “ferskvare”, og da vi ønsket

nyere forskning i oppgaven vår avgrenset vi søkene våre til artikler fra 2011-2021 (Östlundh, 2017, s. 77). Etter avgrensningen fikk vi 101 treff i både CINAHL og British Nursing Index. Vi ønsket å finne empiriske og kvalitative artikler da det var informantenes erfaringer, opplevelser og meninger vi ønsket å få tak i.

3.2.4 Valg av artikler

Søkene ga flere artikler som vekket interesse. Flertallet av artiklene oppfylte likevel ikke kriteriene om å være empiriske og kvalitative, og svarte ikke på problemformuleringen vår. Selv om det ser ut til at det er gjort lite forskning på dette området, fant vi noen gode artikler som svarte på problemformuleringen vår. Artiklene som oppfylte kravene og som svarte på oppgavens hensikt ble valgt ut, og lest grundigere. Tabell 1 viser en oversikt over våre utvalgte artikler.

Tittel, forfattere, årstall, land:	Hensikt	Perspektiv	Metode	Databaser
Caring for terminally ill Muslim patients: Lived experiences of non-Muslim nurses. Abudari, G., Hazeim, H. & Ginete, G. (2016). Saudi-Arabia.	Terminalt syke muslimske pasienter og deres pårørende	Sykepleier	Kvalitativ tilnærming	British Nursing Index
Perceptions of palliative care in a lower middle-income Muslim country: A qualitative study of health care professionals, bereaved families and communities. Fearon, D., Kane, H., Aliou, N. & Sall, A. (2019). Mauritania.	Palliativ omsorg til muslimer i urbane strøk	Helsepersonell, pårørende og samfunnsledere	Kvalitativ tilnærming	CINAHL
Purification of Body and Soul for the Next Journey. Practices Surrounding Death and Dying Among Muslim Women. Ahaddour, C., Van den Branden, S. & Broeckaert, B. (2017). Belgia.	Islamsk praksis ved død i Belgia	Muslimske kvinner og eksperter på muslimsk kultur	Kvalitativ tilnærming	CINAHL

Tabell 1

3.3 Analyse

Vi startet analysearbeidet med å lese de vitenskapelige artiklene grundig. Ulike elementer fra artiklene som problem, hensikt, metode og resultat ble satt inn i en oversiktstabell (se vedlegg 1). Friberg (2017, s. 148) formidler at oversiktstabellen skaper en god oversikt som hjelper en med det videre analysearbeidet. Tabellen hjalp å identifisere likheter og ulikheter i de tre utvalgte artiklens teoretiske utgangspunkter, metodiske tilnærminger, analyserings metoder og hensikter. Videre så vi på likheter og ulikheter i artiklens resultater, og vurderte ut fra dette om artiklens resultater svarte på problemstillingen vår (Friberg, 2017, s. 148-150). Vi satte resultatene fra artiklene i hver sin tabell, og delte inn i “sterke” og “svake” funn. Videre sammenlignet vi funnene fra artiklene og valgte ut de resultatene som var “sterkest” og som svarte på hensikten vår. Vi sorterte de endelige resultatene i en tabell og kom frem til to hovedkategorier og seks underkategorier (se tabell 2).

Hovedkategorier:	Underkategorier:
Ritualer	<ul style="list-style-type: none"> - Bønn - Avklaring av mellommenneskelige forhold - Lesing av hellige skrifter - Stell av den døde kroppen
Familieinvolvering	<ul style="list-style-type: none"> - Informasjon - hvem mottar og hvem tar valg? - Deltakelse i terminal fase

Tabell 2

4 Resultater

4.1 Ritualer

De tre vitenskapelige artiklene identifiserte flere ritualer som er viktige for døende og døde muslimer. Ritualene vi skal ta for oss er bønn, avklaring av mellommenneskelige forhold, lesing av hellige skrifter og stell av den døde kroppen (Abudari et al., 2016; Ahaddour et al., 2017; Fearon et al., 2019).

4.1.1 Bønn

I studien til Fearon et al. (2019, s. 245) kom det frem at et ønske til mange muslimer er å kunne be helt til døden inntre. Det var flere bønnen som ble presentert som viktige for muslimer i terminal fase. Shahāda, også kjent som trosbekjennelsen, er det viktigste ritualet og bønnen til en døende muslim, ifølge Ahaddour et al. (2017, s. 178). De muslimske kvinnene fra studien til Ahaddour et al. (2017, s. 178) fortalte at ved å si trosbekjennelsen vil en dø som troende muslim og en vil slippe inn i Paradis. Derfor er det viktig for den døende og dens familie at Shahāda er det siste en sier eller hører før en dør. Kvinnene fortalte at en intens tørste vil komme over den døende. De sa at djevelen sitter ved den døendes sengekant og dehydrerer personen. Årsaken til dehydreringen er at djevelen ikke gir pasienten vann før pasienten slutter å si trosbekjennelsen. Derfor er det svært viktig for muslimer å gi den døende vann, slik at personen ikke skal bli fristet av djevelens tilbud (Ahaddour et al., 2017, s. 178).

...We come to life with the Shahāda and we die with the Shahāda. [...] We always say in our prayer “Oh God, give me the strength (thabbit) to look death in the eyes and to pronounce the Shahāda... Saying “there is no God but Allāh, and Muhammad is his messenger” is a ni‘ma (blessing). Because very few people get this blessing from God. (Ahaddour et al., 2017, s. 178)

I studien til Ahaddour et al. (2017, s. 181-182) ble det presentert at det er viktig for muslimer å be fem ganger om dagen, selv om en er døende. Når muslimer ber vender de seg mot Kabaen i Mekka, dette skal også døende fortsette å praktisere (Abudari et al., 2016, s. 603).

4.1.2 Avklaring av mellommenneskelige forhold

I artikkelen til Ahaddour et al. (2017, s. 179) kom det frem at det er viktig for muslimske pasienter å få tilgivelse fra sine medmennesker før de dør. Muslimene uttrykker tilgivelse som “musāmaha”. Nærmere bestemt vil det si at desto flere konflikter en døende muslim har løst og fått tilgivelse for, jo mer fredfull blir døden. En av de eldre informantene uttrykte at:

We Muslims must ask forgiveness to each other. God says that the person who acted badly towards God, God will forgive you. But if there's something between this person and someone else, God won't forgive him until His servant did so. So if you have wronged someone, you need to ask forgiveness. God won't forgive you until you have asked forgiveness to this person. (Ahaddour et al., 2017, s. 179)

Ifølge Ahaddour et al. (2017, s. 179) er det to årsaker til at muslimer ønsker å få tilgivelse av Allah og medmennesker før døden inntreffer. Den ene årsaken er at tilgivelsen “gir en form for aksept” til å dø. Den andre årsaken er at de skal være “rene ovenfor Gud”. For en muslim vil det å ikke være ren ovenfor Gud, føre til at Allah vil blande seg inn i uløste konflikter.

4.1.3 Lesing av hellige skrifter

Et annet viktig ritual for døende muslimer, som det ble lagt vekt på i Ahaddour et al. (2017, s. 180), er å vende seg til Allah ved å lese og lytte til Koranens ord. I henhold til islam er det å lese i Koranen en måte å kommuniserer med Allah på. De muslimske kvinnene fortalte at det er flere surer i Koranen som kan være til støtte for den døende å lese (Ahaddour et al., 2017, s. 180). Det ble presentert i Abudari et al. (2016, s. 603) at sykepleiere har opplevd at døende muslimer som ikke klarer å lese selv, hører på lydopptak fra Koranen. Surene som blir spesielt fremhevet er Yāsīn, Al-Waqi'ah og Al mulk som tar for seg temaer som motgang, død og livet etter døden. En deltaker i studien fortalte at: “...With sūrat yāsīn, the dying comes to rest and it relieves the pain. And also sūrat al-mulk. It makes sure that if you die, you'll find peace in your grave, but also that your sins are forgiven” (Ahaddour et al., 2017, s. 181).

4.1.4 Stell av den døde kroppen

Ahaddour et al. (2017, s. 183-186) avdekket to muslimske dødsritual som inngår i stell av den døde kroppen. Dødsritualene som ble nevnt var kroppsvask og tildekking av den døde kroppen.

Det første dødsritualet som inngår i stell av den døde kroppen er kroppsvask. Selve vaskingen er et viktig ritual for muslimer, og det blir vist til to årsaker i Ahaddour et al. (2017, s. 183). Ifølge islam er det Allah som har all kontroll på livet og døden og styrer over alt mellom himmel og jord. Informantene sa at kroppsvask er et viktig ritual, da muslimer ønsker å levere kroppen sin ren tilbake til Allah. Den andre årsaken som ble nevnt er at muslimer tror kroppsvasken er med på å “vaske bort” den dødes synder (Ahaddour et al., 2017, s. 183). En av deltakerne i studien uttrykte at: “A known ritual for Muslims is the washing of the dead. This ablution ensures purification of the sins, but also that the deceased goes to God in a purified state” (Ahaddour et al., 2017, s. 183).

I Fearon et al. (2019, s. 246) ble den praktiske delen av døden beskrevet kort. Når en person er død, lukker familiemedlemmene øynene og munnen til den døde. Den døde kroppen plasseres deretter slik at ansiktet vender mot Mekka. Kroppen legges i en rett linje med armene ned langs sidene (Fearon et al., 2019, s. 246).

I artikkelen til Ahaddour et al. (2017, s. 185) ble vaskingen beskrevet med flere steg. Kroppen vaskes i tre omganger. Først vaskes kroppen fra hodet til tær på høyre side med såpe og vann, og deretter vaskes venstre side på samme måte. Den andre gangen vaskes kroppen med kamfer og vann. Tredje vask består kun av vann. Kroppen tørkes deretter og parfymeres med moskus på de områdene som kroppen har hatt bakkekontakt med når han eller hun har bedt (Ahaddour et al., 2017, s. 185).

I forskningsartikkelen til Ahaddour et al. (2017, s. 184) ga informantene uttrykk for at kroppsvask av døde må foregå med forsiktighet. De muslimske kvinnene fra studien begrunnet dette med at den døde ennå kan føle, se og høre. De som vasker den døde kroppen er ofte representanter fra moskéer eller begravelserbyråer, og vanligvis deltar også en eller to familiemedlemmer. Menn vasker oftest menn, og kvinner vasker oftest kvinner. Mens de vasker den døde sier de den islamske trosbekjennelsen. De ber videre den døde om tilgivelse mens de

vasker, med grunnlag i tanken om at den døde ennå kan føle smerte (Ahaddour et al., 2017, s. 184).

They say that if you die, you still feel everything. [...] You feel everything very vividly. So if you feel something right now, you'll feel it 10,000 times worse when you're in a cold storage.... That's why the person who washes the deceased asks for forgiveness in case he/she hurts the deceased... (Ahaddour et al., 2017, s. 184)

Det andre dødsritualet som ble avdekket i Ahaddour et al. (2017, s. 185) var tildekking av den dødes kropp. En kvinnekropp blir dekket med fem tøydeler, mens en mannlig kropp blir tildekket med tre. Forskjellen i antall tøydeler har med forskjellen mellom den kvinnelige og den mannlige kroppsfiguren, ifølge Ahaddour et al. (2017, s. 185). Ansiktet er den eneste delen av kroppen til den døde som ikke blir dekket av tøy, i den hensikt at muslimer blant annet tar farvel med den døde ved å kysse han eller henne på pannen (Ahaddour et al., 2017, s. 185-186).

4.2 Familieinvolvering

Familie utgjør en sentral del i islam, og derfor er det svært viktig for muslimske pasienter i terminal fase å involvere familien sin. Det er ofte familien som mottar informasjon og som tar valg for den syke og døende pasienten. Familien tar også del i den terminale fasen ved å hjelpe til med ulike ritualer og ved å støtte den døende (Abudari et al., 2016; Ahaddour et al., 2017; Fearon et al., 2019).

4.2.1 Informasjon – hvem mottar og hvem tar valg?

I artikkelen til Abudari et al. (2016, s. 602) ble det fortalt av informantene at det ofte er familien til den syke og døende muslimen som mottar informasjon og tar valg når det kommer til sykdomsforløpet. Informantene i studien uttrykte at muslimske pasienter ofte blir ekskludert i disse prosessene. Muslimske familier begrunner ekskluderingen med at de ønsker å skjerme den syke og døende mot informasjon om sykdom som ikke kan behandles.

Artikkelen til Abudari et al. (2016, s. 603) gjorde rede for at familien til den døende ofte tar valg om pasienten skal motta opioider i den terminale fasen eller ikke. Sykepleierne i studien sa at flere familier er skeptiske til bruken av opioider på grunn av bivirkninger som sedering, obstipasjon og avhengighet. Etter at familiene har fått snakket med et palliativt team og blitt forklart virkningen av opioider, er de ofte mer åpne for å forsøke denne type medikament (Abudari et al., 2016, s. 603). I artikkelen til Fearon et al. (2019, s. 246) fortalte helsearbeidere at de har opplevd at bare et fåtall av muslimske pasienter i terminal fase ikke ønsker opioider. Grunnen til avvisning av opioider er at muslimene tror at det å holde ut smerter i terminal fase vil slette flere av deres synder (Fearon et al., 2019, s. 246).

4.2.2 Deltakelse i terminal fase

Familien til døende muslimer ble beskrevet, i artikkelen til Abudari et al. (2016, s. 602-603), som svært hjelpsomme med å oppfylle pasienters spirituelle og åndelige behov. Familiene ber for deres døende familiemedlem og tilrettelegger for bønn. Mange familier hjelper pasienten med å vende sengen mot Mekka samt hjelper pasienten med å vaske seg før bønnetidene (Abudari et al., 2016, s. 602-603).

Ifølge Ahaddour et al. (2019, s. 181-182) er det å besøke syke og døende samt å be for dem, en viktig skikk innen islam. Å vise støtte til døende er en islamsk forpliktelse. Når en besøker syke og døende er det viktig å vise støtte og medlidenhet. Videre beskrev artikkelen til Ahaddour et al. (2019, s. 181-182) at familie og venner ber du'ā' til døende. I denne bønnen ber en om at Allah skal vise nåde til den døende og at han skal slippe personen inn i Paradis.

Når pasienten har tatt sitt siste åndedrag har ofte familien flere ritualer og praktiske oppgaver de ønsker å gjennomføre. Som presentert tidligere deltar ofte familien i stellet av den døde, og det er flere ritualer som inngår i denne prosessen (Fearon et al., 2019, s. 246). For de etterlatte er vaskingen av den døde en siste sjanse til å få vise omsorg ovenfor den døde på, og det er en måte å få taklet sorgprosessen på (Ahaddour et al., 2017, s. 185).

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Valg av metode

Vår oppgave er en litteraturbasert oppgave der data er innhentet fra empiriske, vitenskapelige forskningsartikler. Vi har fulgt metoden til Friberg (2017, s. 141-151) og utført det hun kaller en integrativ litteraturoversikt. Metoden går i korthet ut på å analysere resultatene fra utvalgte studier og syntetisere disse til en ny helhet, som da ble våre funn. Vi kunne ha valgt å skrive en empirisk oppgave der vi selv intervjuet aktuelle informanter. Tidsrammen for oppgaven vår satte så store begrensninger at det vanskeliggjorde innhenting av data fra flere enn et par informanter. Et så lite utvalg hadde gitt oss et tynt datagrunnlag og et snevert perspektiv. Ved å analysere flere studier med tilnærmende likt tema og problemstilling som vår egen, har vi fått et bredere kunnskapsgrunnlag til å svare på hensikten til oppgaven vår. Vi mener derfor at vår valgte metode har vært hensiktsmessig for oppgaven.

5.1.2 Forskningsarena

I våre tre utvalgte artikler har forskningen blitt utført i landene Saudi-Arabia, Mauritania og Belgia (Abudari et al., 2016, s. 601; Ahaddour et al., 2017, s. 176; Fearon et al., 2019, s. 242). Saudi-Arabia er et land som er konservativt, lukket og strengt kulturelt, men likevel moderne. Mauritania er et land i utvikling, og landet er preget av fattigdom (FN, 2021). Islam er i all hovedsak den praktiserende religionen i Saudi-Arabia og Mauritania. Belgia er et vestlig land og er preget av modernitet og er derfor sammenlignbart med Norge. Disse landene tilhører tre forskjellige verdensdeler, og vi får dermed et bredt spekter av muslimers behov, ønsker og ritualer i terminal fase og ved død, fra flere deler av verden.

I oppgaven har vi vært interessert i å finne kunnskap om hvilke behov, ønsker og ritualer muslimske pasienter som mottar helsehjelp og deres pårørende har, knyttet til terminal fase og

død. I utvelgelsen av artiklene hadde vi derfor ingen krav til en bestemt helsetjeneste som forskningsarena.

5.1.3 Forskere og informanter

For å kvalitetssikre artiklene undersøkte vi forskernes bakgrunn og kompetanse. Noen av forskerne hadde helsefaglig utdanning som sykepleier eller lege, mens andre var eksperter innen islam. Flere av sykepleierne og legene hadde spesialutdanning i palliasjon eller onkologi (Abudari et al., 2016; Ahaddour et al., 2017; Fearon et al., 2019).

Informantene i artiklene var muslimske og ikke-muslimske helsearbeidere, muslimske immigranter, eksperter på muslimsk kultur samt pårørende til muslimske pasienter i palliativ fase (Abudari et al., 2016, s. 601; Ahaddour et al., 2017, s. 177; Fearon et al., 2019, s. 242). Kunnskap og erfaring som ble delt av de ikke-muslimske sykepleierne kan være påvirket av deres holdninger ovenfor islam. Det kan tenkes at sykepleierne med lengst erfaring innen terminal pleie til muslimske pasienter hadde færre fordommer enn sykepleierne med kortere erfaring. Vi vil tro at lengre erfaring innenfor dette området gjerne fører til mer kjennskap og forståelse for ritualer og tradisjoner innen islam (Abudari et al., 2016). Hvor sterk tilknytning til islam de muslimske informantene hadde, kan ha påvirket resultatene i artiklene (Ahaddour et al., 2017; Fearon et al., 2019). Vi begrunner dette med at praktisering av religion blir gjort på ulike måter, og kan påvirkes av hvor konservativ eller moderne den troende er.

Det kan være utfordrende å intervju pasienter i terminal fase. Dersom forskere intervjuer pasienter i terminal fase kan dette ses på som etisk uforsvarlig, da det er krevende for denne pasientgruppen å utføre intervju samt en fratår pårørende verdifull tid sammen med den døende. I våre utvalgte vitenskapelige artikler kom derfor pasientens stemme frem gjennom tidligere erfaringer fra pårørende til terminalt syke muslimer og sykepleiere som hadde jobbet tett med denne pasientgruppen (Abudari et al., 2016; Ahaddour et al., 2017; Fearon et al., 2019).

Datainnsamlingen til artiklene ble utført ved hjelp av individuelle intervju eller fokusgruppeintervju (Abudari et al., 2016, s. 601; Ahaddour et al., 2017, s. 176; Fearon et al.,

2019, s. 242). Vi har reflektert og kommet frem til at fokusgruppeintervjuene kan ha hatt både positiv og negativ innvirkning på svarene til informantene. Den positive effekten kan ha vært at denne type intervju kan ha fremmet refleksjon i gruppen, da flere personer delte erfaringer med hverandre. Men fokusgruppeintervju kan også ha hatt negativ effekt ved at informantenes opprinnelige tanker og holdninger kan ha blitt endret eller holdt tilbake av de andre informantenes meninger og uttalelser.

Validiteten i forskningen kan være svekket på grunn av oversettelser. Intervjuene i artikkelen til Ahaddour et al. (2017, s. 176) ble avholdt på marokkansk-arabisk, berbisk og nederlandsk. Fearon et al. (2019, s. 243) utførte intervjuene på flere lokale språk, og det ble derfor benyttet tolk. Abudari et al. (2016, s. 601) avholdt intervjuene på engelsk. Bruk av tolk kan ha ført til at dataene har blitt presentert og tolket på en annen måte, enn det som var det opprinnelige budskapet fra informantene.

5.1.4 Rekruttering av utvalget

Forskerne rekrutterte informanter ved hjelp av strategisk utvalg og snøballmetoden. Abudari et al. (2016, s. 601) og Fearon et al. (2019, s. 243) rekrutterte informanter ved hjelp av strategisk utvalgsmetode. I en strategisk utvalgsmetode velger en ut informanter som en tror har noe å fortelle om det fenomenet en er ute etter. Et dilemma ved en slik utvelgelse kan være at forskernes eget forhold til utvalget kan ha påvirket svarene (Dalland, 2018, s. 57). Ahaddour et al. (2017, s. 176) har benyttet seg av snøballmetoden. Metoden går ut på at forskere velger ut et par informanter i en eller flere forskningsarenaer, der informantene videre skal rekruttere flere personer som passer inn i studien. Et vanlig problem ved snøballmetoden er at informantene kjenner hverandre, og dette kan gi ensformige svar (QuestionPro, u.å.). I Ahaddour et al. (2017, s. 176) har informantene blitt rekruttert via moskeer, kvinneforeninger og sosiale medier, noe som har gitt en variert gruppe informanter.

5.1.5 Søkeprosessen

Som tidligere nevnt har vi analysert og hentet resultater fra tre vitenskapelige artikler, som gir grunnlag for vårt resultat- og diskusjonskapittel. Etter en omfattende søkeprosess med flere kombinasjoner av forskjellige søkeord kom vi frem til de tre artiklene. Vi reflekterte og diskuterte oss imellom om våre utvalgte artikler ga oss nok data og resultater til å svare på vår hensikt, noe vi kom frem til at artiklene gjorde. Senere i skriveprosessen ser vi at innhenting av data fra flere artikler kunne gitt oss en bredere kunnskap om temaet, og kunne vært med på å styrke våre resultater fra de utvalgte artiklene.

Det var flere søkeord som ga oss artikler med relevant innhold, men som ikke tilfredstilte Universitetet i Stavanger sine krav til vitenskapelige artikler eller som svarte på vår hensikt. Kombinasjoner med nye søkeord kunne gitt oss andre aktuelle treff, og eventuelt flere treff i andre databaser. Ut fra våre opprinnelige søk ser det ut til at det er gjort lite kvalitativ og empirisk forskning som kan svare på vår hensikt. Til tross for denne selvkritikken er vi fornøyd med resultatene vi har kommet frem til, og mener at de har gitt oss resultater som gir svar på vår hensikt.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Identitet og ritualer

Våre utvalgte artikler pekte på flere ritualer som er viktige for muslimske pasienter og deres pårørende i møte med døden. Ritualer er sterkt fremtredende i muslimers tro, og ritualene kan kjennes støttende og tryggende i utfordrende og vanskelige situasjoner (Abudari et al., 2016; Ahaddour et al., 2017; Fearon et al., 2019; Mathisen, 2017, s. 410).

Pasienter i terminal fase kan plages av skam og skyldfølelse, som ofte er tilknyttet eksistensielle spørsmål (Mathisen, 2017, s. 424-425). Det kan tenkes at disse følelsene kommer av at en stiller seg selv kritiske spørsmål om ens tilhørende religion, som: Er det virkelig et liv etter døden?

Slike spørsmål kan oppstå av at en strever med å opprettholde håp i møte med døden, som følge av en opplevelse av tap av kontroll i møte med det ukjente (Helsedirektoratet, 2019, s. 38). Ifølge Ahaddour et al. (2017, s. 180) vil lesing fra hellige skrifter hjelpe den døende og dens familie mot lidelse og nød, fordi en finner fred og støtte i Allahs ord. For å få svar på flere eksistensielle spørsmål om død og livet etter døden, henvender muslimer seg gjerne til surene Yāsīn, Al-Waqi'ah og Al mulk (Ahaddour et al., 2017, s. 181). Dersom sykepleier avdekker at en muslimsk pasient i terminal fase har utfordringer med eksistensielle spørsmål og pasienten ikke har anledning til å samtale om dette temaet med familien, bør sykepleier tilby pasienten samtale med imam.

I den terminale fasen kan konsentrasjonen og bevisstheten svekkes, og det blir da vanskelig for den døende å lese selv. Det er som regel menn i familien eller imamer som leser fra Koranen til pasienter i terminal fase (Ahaddour et al., 2017 s. 180). Et nevnt tiltak i artikkelen til Abudari et al. (2016, s. 603) er at det foreligger lydopptak av Koranen, noe døende kan benytte seg av. Dette er et interessant og nyttig funn da det kan tenkes at det er utfordrende og krevende for enkelte helsepersonell med ikke-muslimsk bakgrunn å lese fra Koranen. Det er ikke realistisk at helsepersonell har tid til å lese i Koranen for pasienter, da hverdagen til helsepersonell ofte er preget av tidspress. I FNs erklæring om døendes rettigheter sies det at: “Jeg har rett til å drøfte og gi uttrykk for mine religiøse og/eller åndelige (eksistensielle) opplevelser uansett hva de måtte bety for andre” (NOU 1999: 2, s. 34-35). Et av punktene i Hendersons behovsteori sier at pasientene skal få “praktisere sin religion og handle slik han mener er rett” (Kristoffersen, 2017, s. 39). Disse retningslinjene viser at helsepersonell skal legge til rette for at pasienter får praktisere religionen sin i møte med døden. Som hovedregel bør sykepleiere uavhengig av eget livssyn vise respekt for andres tro. Sykepleiere har ansvar for å bidra til at pasienter får en fredfull død uavhengig av begge parters livssyn og religion.

De fleste muslimer ønsker å få løst konflikter med medmennesker mens konfliktene ennå er pågående (Ahaddour et al., 2017, s. 179). Uløste konflikter kan påføre pasienter sosial smerte (Torbjørnsen, 2016, s. 546). Dersom muslimske pasienter har uløste konflikter i livets siste fase ønsker de, i henhold til islam, å løse problemene før han eller hun dør (Ahaddour et al., 2017, s. 179). Sykepleiere bør legge til rette for at muslimske pasienter i terminal fase får ha besøk av andre personer enn familiemedlemmer. En bør også ha kjennskap til muslimske pasienters ønske

om å løse konflikter i livets siste fase. Ved identifisering av sosiale smerter hos pasienter i terminal fase bør sykepleiere legge til rette for samtaler omkring dette temaet. Sykepleier bør prøve å skape en god relasjon med pasienten, slik at pasienten føler seg trygg, respektert og ivaretatt. Virginia Henderson la vekt på at alle pasienter skulle "... få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser" (Kristoffersen, 2017, s. 39). Dersom pasienter har behov for å gi uttrykk for sine egne behov og følelser, kan det kjennes godt for muslimer i terminal fase å få snakke med en imam.

Religion er ofte en stor del av muslimers identitet, da muslimske ritualer utgjør en betydelig del av deres hverdag (Hansen, 2019, s. 116). I terminal fase kan pasienter føle på tap av identitet (Mathisen, 2017, s. 422-423). En kan føle på tap av identitet da en gjerne ikke klarer å utføre de dagligdagse ritualene på egenhånd. Dette kan oppleves som tap av selvkontroll og mestring (Mathisen, 2017, s. 422-423). Det er viktig at sykepleiere avdekker døende pasienters ønsker og behov når det gjelder åndelig og religiøs praktisering. En slik avdekking kan styrke forholdet mellom sykepleier og pasient, "... ved at det øker pasientens opplevelse av å bli ivaretatt som et helt menneske" (Magelssen & Fredheim, 2011, s. 139). Åpen dialog mellom pasient, pårørende og sykepleier er viktig i denne sammenheng da en kan få avklart hvem som skal hjelpe pasienten med hvilke ritualer. Ritualer kan dempe angst og uro hos pasienter i terminal fase, da de skaper orden i den følelsesmessige tiden samt gir pasienten noe konkret å forholde seg til. Ritualer kan derfor ses på som ikke-medikamentell smertelindring (Hirsch & Røen, 2016, s. 73).

Renslighet er et viktig prinsipp i islam, og selv døende muslimer prioriterer dette prinsippet. Stell av den døde kroppen til muslimer er tidkrevende og omfattende. Muslimer vasker den døde kroppen tre ganger, og helst med rennende vann (Ahaddour et al., 2017, s. 185). Dette kan bli utfordrende i norske helseinstitusjoner da rommene ofte ikke er tilrettelagt for slikt stell. Ifølge Mathisen (2017, s. 446) har enkelte sykehjem og sykehus rom tilpasset stell av døde muslimer. Å vaske seg i rennende vann er også et gjeldene prinsipp ved bønn. Det er ønskelig for muslimer å vaske seg i rennende vann, og det er generelt lite akseptabelt å vaske seg med klut av hygieniske årsaker. Det kan være utfordrende å tilfredsstille ønsket om rennende vann til pasienter i terminal fase da de ofte er sengeliggende (Hansen, 2019, s. 133). I situasjoner som dette bør sykepleiere være kreative og finne gode løsninger for alle involverte parter. I dette tilfellet kan en

eksempelvis tilby en mugge med vann til muslimske pasienter slik at de får tilfredsstilt sitt ønske om rennende vann.

“Muslimene har ofte et sterkt ønske om å få dø i hjemmet” (Mathisen, 2017, s. 445). Om muslimske pasienter i terminal fase mottar tjenester av hjemmesykepleien, vil pleien være annerledes enn i helseinstitusjon. I hjemmesykepleien er pårørende ofte mer involvert i pleien og omsorgen til den døende og kan dermed ta over noen av oppgavene til sykepleiere. Det kan bli naturlig for pårørende å ta over oppgaver som stell, da det er pårørendes siste mulighet til å vise omsorg ovenfor pasienten på (Ahaddour et al., 2017, s.185; Mathisen, 2017, s. 425). I hjemmet er pasienten i sine egne omgivelser som kan være preget av islam og den muslimske kulturen, i motsetning til hva norske helseinstitusjoner er. Mange døende muslimer ønsker å dø hjemme da det føles godt å ha familien rundt seg i livets siste fase. Dersom det er mulig, vil derfor familien at pasienten skal få oppfylle sitt ønske om å få dø hjemme (Hansen, 2019, s. 139). Det kan også tenkes at muslimer ønsker å dø i sitt eget hjem, da egne omgivelser fører til trygghet.

I artikkelen til Ahaddour et al. (2017, s. 184) ble det sagt at den avdøde oftest vaskes av personer av samme kjønn. Den avdøde kan også stelles av sin ektefelle (Mathisen, 2017, s. 446). Årsaken til at muslimer normalt sett skal stelles av samme kjønn er islams restriksjoner “... mot samvær og berøring mellom menn og kvinner som ikke er i slekt eller familie...” (Hansen, 2019, s. 130). Det kan være vanskelig å møte muslimer på dette da det er få mannlige helsearbeidere i det norske helsevesenet. Dersom en mannlig helsearbeider skal yte omsorg ovenfor en kvinnelig muslimsk pasient, bør han prøve å skape en god relasjon med ektefelle eller far til den døende kvinnen for å skape tillitt. Et tillitsforhold kan åpne for at den mannlige helsearbeideren får “godkjennelse” til å stelle kvinnen (Hansen, 2019, s. 130-131). Etter norsk lovverk er det i all hovedsak pasienten selv som må samtykke til helsehjelpen som tilbys, jmfør Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 (1999). Dersom pasienten vegrer seg for kroppsvask av person av motsatt kjønn og en ikke har tilgjengelig helsepersonell av ønsket kjønn, må helsepersonell informere pasienten om hvilke konsekvenser det medfører å ikke motta helsehjelpen. Holder pasienten fortsatt på sitt ønske, må dette respekteres (Molven, 2017, s. 175-176).

5.2.2 Informasjonsutfordringer

Studien til Abudari et al. (2016, s. 602-603) pekte på et dilemma som norske helsearbeidere kan møte i arbeid med muslimske pasienter i terminal fase. I muslimske familier er det ofte familien som mottar informasjon og tar valg på vegne av pasienten. Familien skjerner gjerne pasienten fra informasjon og valg som omhandler hans eller hennes helse, da de ikke vil påføre den døende stress og bekymring. Dette står i kontrast til hvordan norske sykepleiere forholder seg til informasjonsgivning og avgjørelser. I Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (1999) står det: “Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen”. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier: “Dersom det oppstår interessekonflikt mellom pårørende og pasient, skal hensynet til pasienten prioriteres” (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Pasienters spørsmål skal derfor, etter norsk lovverk og yrkesetiske retningslinjer, besvares av helsepersonell selv om pårørende ønsker å skjermes pasienten fra informasjon. Om pasienten derimot ønsker at familien skal motta informasjon og ta valg for pasienten, må helsepersonell respektere pasientens valg. De etiske retningslinjene sier at sykepleiere skal vise respekt for pasientens selvbestemmelse (Nortvedt, 2017, s. 96).

Helsepersonell er innordnet taushetsplikten i sitt arbeid jamfør Helsepersonelloven § 21 (1999). Et unntak av taushetsplikten er § 3-3 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) som sier: “Dersom pasienten eller brukeren samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens eller brukerens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens eller brukerens helsetilstand og den helsehjelp som ytes”. Storfamilien er viktig for muslimer, og pasienters nærmeste pårørende kan dermed utgjøre et større antall enn hva som ses på som et rimelig antall pårørende ellers blant nordmenn (Hansen, 2019, s. 139). Med et stort antall pårørende kan det bli tidkrevende for helsepersonell å holde de nærmeste pårørende oppdatert, samt utfordrende å huske hvem av de pårørende som har fått hvilken informasjon. Det kan derfor være nødvendig å sette en øvre grense for hvor mange personer som kan være oppført som nærmeste pårørende.

Kommunikasjon er avgjørende for hvordan utfordringer blir håndtert og løst samt hvilke konsekvenser de får. Sykepleiere må lytte til muslimske pasienters ønsker og behov slik at de føler seg ivaretatt. Sykepleieutøvelsen er styrt av det norske lovverket, noe som setter grenser for

hvor langt helsepersonell kan strekke seg i forhold til å innfri muslimers ønsker. Det er viktig å gjøre klart for pasienter og pårørende at det er det norske lovverket som blir fulgt i helsevesenet, og at religiøse regler er av personlig og privat art og underordnet norsk lov. God kommunikasjon innebærer at pasienter og pårørende forstår hva som har blitt sagt. Dersom språk blir en utfordring, er helsepersonell pliktet til å innhente tolk jamfør Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 (1999). Loven går ut på at informasjonen skal være tilpasset mottakeren, altså at pasienten forstår alt som blir sagt.

5.2.3 Forventinger versus realitet ved større besøk

Muslimske familier er aktive og tilstedeværende i familiemedlemmers terminale fase (Abudari et al., 2016; Ahaddour et al., 2017; Fearon et al., 2019). Muslimsk kultur er preget av en kollektivistisk tankegang, der storfamilien står sentralt. Venner kommer ofte på besøk da det er viktig for muslimer å få tatt farvel med sine venner og bekjente. For døende muslimer er det ikke uvanlig å få 50 besøkende i løpet av noen få dager (Hansen, 2019, s. 139). Dette kan forstås i lys av kollektivistiske verdier som solidaritet og omsorg (Hansen, 2019, s. 55). For muslimer er det en plikt å besøke døende for å ta farvel, men også for å be for den døende (Ahaddour et al. 2017, s. 182). En annen årsak til mye besøk er at muslimer ofte har mange personer som de ser på som sine nærmeste (Hansen, 2019, s. 139). Muslimer i terminal fase forventer derfor å ha mange familiemedlemmer og venner rundt seg hele døgnet når de er døende (Hansen, 2019, s. 56).

Et stort antall besøkende kan være utfordrende i norske helseinstitusjoner. Mange besøkende vil føre til stor ferdsel i korridorene, noe som kan lede til uro for andre pasienter, pårørende og helsepersonell på institusjonen. For å opprettholde ro i institusjoner kan det bli nødvendig å sette regler for besøkstider. En generell regel kan være at familien følger en streng “to besøkende per seng”-politikk utenom besøkstidene til helseinstitusjonen, mens andre besøkende følger institusjonens vanlige besøkstider (Hansen, 2019, s. 139). Helsepersonell bør sette av tid til å forklare bakgrunnen for fastsetting av regler til de nærmeste pårørende. Dersom de nærmeste pårørende får være med å bestemme hvem som kan være til stede hos pasienten til enhver tid, kan de lettere godta regelen om fastsatte besøkstider. Det bør også vektlegges i informasjonen til

pårørende at alle valg som tas av helsepersonell eller virksomheten blir tatt med grunnlag i hva som er til pasientens beste. Helsepersonell bør gjøre det klart for pårørende at “to besøkende per seng”-politikk går ut på at pårørende velger ut en liten gruppe personer som får anledning til å besøke pasienten utenom besøkstidene, men at kun to personer kan oppholde seg på pasientens rom om gangen. Informasjon til pårørende bør legges frem på en tydelig og forståelsesfull måte, da det blir lettere for dem å godta avgjørelser når de forstår bakgrunnen av valgene.

Store rom er ofte nødvendig for å få mulighet til å gjennomføre besøk med mange personer, men mangel på plass er ofte et problem i norske helseinstitusjoner. Det kan også være utfordrende for helsepersonell å finne et ledig og stort nok venterom til de besøkende når den døende pasienten skal stelles. Å flytte de besøkende til et annet rom mens pasienten blir stelt, er krav vi kan stille, da helsepersonell skal ivareta pasienters verdighet. En annen utfordring kan være å opprettholde god kommunikasjon med pårørende ved mye besøk. Et stort antall besøkende kan føre til at helsepersonell går glipp av de nærmeste pårørendes behov og ønsker da de forsvinner i mengden. Helsepersonell får da ikke den tette kontakten med de nærmeste pårørende, og det kan bli vanskelig å avdekke om pårørende har behov for samtale. Pårørende kan ha behov for å bli forklart fysiske endringer de observerer hos deres døende familiemedlem, fordi det kan oppleves sjokkerende og skremmende å se slike forandringer. De kan ha behov for å dele tanker og følelser omkring døden og få bekreftet av sykepleiere at deres nærhet er det pasienten trenger av dem akkurat nå.

For muslimske pasienter i terminal fase kan besøk føre til trygghet og en følelse av samhørighet som kan være av stor positiv betydning for pasienter, både psykososialt og fysisk (Hansen, 2019, s. 59). En av sykepleieres hovedoppgaver er, ifølge Henderson, å legge til rette for en fredfull død (Kristoffersen, 2017, s. 38). Samvær med familie og venner kan gi muslimske pasienter ro og redusere angst, da besøk fører til trygghet, nærhet og støtte for den døende, noe som kan være med på å gi en fredfull død. Helsepersonell bør likevel være observante på om pasienter har behov for hvile, for selv om mange muslimer ønsker besøk kan de også ha behov for ro. Det er helsepersonells oppgave å formidle pasienters behov for ro og hvile og redusere antall besøkende når det trengs.

Pasientens nærmeste pårørende bør bli inkludert i refleksjoner, diskusjoner og valgavgjørelser som angår den døende pasienten. Det er de pårørende som kjenner pasienten best, og de kan sitte på verdifull informasjon som helsepersonell ikke kjenner til. Pårørendes informasjon kan være betydningsfull i valgavgjørelser, da de kan gi uttrykk for pasientens sannsynlige ønsker. Ifølge Hendersons behovsteori opplever pasienter ulike behov på forskjellige måter. En må derfor som sykepleier ta utgangspunkt i at alle mennesker er unike og finne ut hvordan en kan ivareta den enkeltes behov på best mulig måte (Kristoffersen, 2017, s. 39). Ved å inkludere pårørende i refleksjoner om pasientens beste kan de oppnå en følelse av å bli sett og ivaretatt. Pårørende bør se at deres uttrykte ord om pasientens sannsynlige ønsker har blitt anvendt i pleien. Dette kan være helt avgjørende for at familien skal oppleve at pasienten har fått en fredfull og verdig avslutning på livet (Kristoffersen, 2017, s. 38).

I Ahaddour et al. (2017, s. 183-185) og Fearon et al. (2019, s. 246) presenteres familiens deltakelse i stellet av den døde pasienten. Familien ønsker ofte å ta del i pleien da familiesamholdet innebærer en forventning om å ivareta syke familiemedlemmer. Det kan derfor være vanskelig for muslimer å overlate ansvaret for syke og døende til helsepersonell. Deltakelse i stell av den døde kroppen er i tillegg en måte å vise omsorg på ovenfor familiemedlemmet. Muslimer kan oppleve deltakelse i stell av den døde kroppen som en mestringsstrategi og som en igangsetter av sorgprosessen (Hansen, 2019, s. 56-58). Stellet av den døde kroppen kan oppleves som en mestringsstrategi da det er en konkret oppgave å forholde seg til i møte med døden. En praktisk oppgave i denne tiden kan hjelpe å holde ens følelser under kontroll. De etterlatte kan først forstå realiteten av dødsfallet når de steller familiemedlemmet sitt, og stellet kan da oppleves som en igangsetter av sorgprosessen.

6 Anvendelse av resultatene i praksis

Som vi startet med å si er Norge ikke lenger et homogent samfunn. Vi har fått mange nye landsmenn fra ulike deler av verden de siste tiårene. Dette medfører utfordringer på flere områder, deriblant innen helsevesenet. Vi vil påstå at mennesket er på sitt mest sårbare når det er sykt, avhengig av hjelp og står foran døden. Alle pasienter har rett til helsehjelp som bygger på respekt og verdighet. For at pasienter skal føle seg ivaretatt må helsepersonell ha kunnskaper om hvordan og hvorfor ritualer blir praktisert innen ulike religioner. Slik kunnskap gjør det lettere for helsepersonell å respektere, forstå og tilrettelegge for pasienters religiøse og rituelle praksis. Under presenterer vi konkrete forslag som etter vår mening kan optimalisere praksis.

- Sykepleierutdanningene må i større grad gi studentene innføring i ulike praksiser knyttet til religiøse behov hos pasienter og terminalt syke personer med annen kulturbakgrunn enn den norske.
- Kommune- og spesialisthelsetjenesten bør arrangere internundervisning til helsepersonell slik at de kan ivareta pasienter med ulik religiøs tro og kulturell bakgrunn. Internundervisningen bør baseres på hvilke religioner som er representert i den enkelte helsetjenesten. Hensikten med internundervisningen er å gi helsepersonell innsikt i og kunnskap om kulturelle og religiøse skikker, slik at de utvikler forståelse for ulike pasienters behov.
- Det bør bli vanlig praksis å kartlegge pasienters åndelige og kulturelle behov, både ved innleggelse i sykehus og sykehjem eller i kommunehelsetjenesten. Det må brukes tid på å utforme et bedre kartleggingsverktøy for pasienters åndelige og kulturelle behov. Vår erfaring er at kartlegging av åndelige og kulturelle behov blir nedprioritert i praksis.

- Hver kommune bør ha tilgjengelig en ressursperson med god kompetanse innen ulike religiøse og kulturelle skikker. Denne personen kan hjelpe helsepersonell med svar på spørsmål om religion og ritualer samt sette en i kontakt med religiøse ledere ved behov.

Gjennom arbeidet med bacheloroppgaven har vi tilegnet oss kunnskap som gjør at vi er mer rustet til å ivareta muslimske pasienter i terminal fase. Vi har sett viktigheten av ritualer for muslimer, og sett at selv døende praktiserer dem så langt det lar seg gjøre. Det kan oppstå flere etiske dilemma mellom norsk sykepleiepraksis og muslimers ønsker forbundet med informasjon og valg. Familien er en sentral del av muslimers hverdag som følge av en kollektivistisk tankegang. Et stort antall besøkende kan føre til trygghet for døende muslimer, men kan by på utfordringer for helsepersonell. Sykepleiere skal lytte til og prøve å oppfylle pasienters og pårørendes ønsker, men det norske lovverket er styrende for sykepleiepraksisen. Det oppleves viktig for oss å belyse dette temaet da vi ønsker å gi muslimske pasienter i terminal fase en fredfull og verdig død.

Referanser

Aambø, A. (2021) *Innvandrerens helse og helsetjenestens ansvar*. Cappelen Damm Akademisk.

Abudari, G., Hazeim, H. & Ginete, G. (2016). Caring for terminally ill muslim patients: Lived experiences of non-muslim nurses. *Palliative & Supportive Care*, 14(6), 599-611.

<http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.1017/S1478951516000249>

Ahaddour, C., Van den Branden, S. & Broeckaert, B. (2017). Purification of Body and Soul for the Next Journey. Practices Surrounding Death and Dying Among Muslim Women. *Omega: Journal of Death & Dying*, 76(2), 169–200.

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0030222817729617>

Dahl, Ø. (2019, 11. januar). *Kollektivistiske kulturer*. NDLA.

<https://ndla.no/nb/subject:18/topic:1:194233/topic:1:78246/resource:1:78352?filters=urn:filter:b9e86c43-93b8-49e9-81af-09dbc7d79401>

Dahl, Ø. (2019, 11. januar). *Kollektivistiske og individualistiske kulturer*. NDLA.

<https://ndla.no/nb/subject:18/topic:1:194233/topic:1:78246/resource:1:129336?filters=urn:filter:b9e86c43-93b8-49e9-81af-09dbc7d79401>

Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.

Danielsen, P. (2019, 2. april). *Individualisme vs kollektivism: integreringens største hinder*.

Document. <https://www.document.no/2019/04/02/individualisme-vs-kollektivism-integreringens-storste-hinder/>

Fearon, D., Kane, H., Aliou, N. & Sall, A. (2019). Perceptions of palliative care in a lower middle-income Muslim country: A qualitative study of health care professionals, bereaved families and communities. *Palliative Medicine*, 33(2), 241-249.

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216318816275>

FN (2021, 19. januar). *Mauritania*. <https://www.fn.no/Land/mauritania>

- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 141-152). Studentlitteratur.
- Hansen, I. (2019). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (4. utg.). Gyldendal.
- Helsedirektoratet. (2019, oktober). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*.
https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/_attachment/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:fd30165370557eebcb60adfdb8473e4b786776b4/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=hpl>
- Hirsch, A. & Røen, I. (2016) Ritualer ved sykdom og død. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 73-82). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: En historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 15-80). Gyldendal akademisk.
- Magelssen, M. & Fredheim, O. M. S. (2011). En åndelig dimensjon er viktig for mange pasienter. *Tidsskriftet: Den norske legeforening*, 131(2), 138-140.
<https://tidsskriftet.no/2011/01/kronikk/en-andelig-dimensjon-er-viktig-mange-pasienter>
- Mathisen, J. (2017). Sykepleie ved livets avslutning. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 407-449). Gyldendal akademisk.
- Molven, O. (2017). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Gyldendal juridisk.
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2017). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. (2. utg.). Gyldendal akademisk

NOU 1999: 2. (1999) *Livshjelp – Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-2/id141460/?ch=1>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

QuestionPro. (u.å.). *Snowball Sampling: Definition, Method, Advantages and Disadvantages*. Hentet 6. mai 2021 fra <https://www.questionpro.com/blog/snowball-sampling/>

Sonne, F. G. H. (2018, 18. februar). *Spør en forsker: Hvorfor trenger mennesker religion?* Forskning. <https://forskning.no/religion-filosofiske-fag-hjernen/spor-en-forsker-hvorfor-trenger-mennesker-religion/288279>

Statistisk sentralbyrå. (2020, 8. desember). *Trus- og livssynssamfunn utanfor Den norske kyrkja*. <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/statistikker/trosamf/aar>

Store norske leksikon. (2020, 30. mars). *Sykepleieteori*. Store norske leksikon. Hentet 20. april 2021 fra <https://sml.snl.no/sykepleieteori>

Torbjørnsen, T. (2016). Ritualer og åndelig omsorg. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 538-548). Gyldendal akademisk.

Utdanningsforskning. (2016, 15. april). *Hva er en fagfelleurdert artikkel?* Utdanningsforskning. <https://utdanningsforskning.no/artikler/artikler-om-utdanningsforskning/hva-er-fagfelleurdert-artikkel/>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 59-82). Studentlitteratur.

Vedlegg 1. Oversiktstabeller over analyserte artikler

Artikkel 1	
Tittel	Caring for terminally ill Muslim patients: Lived experiences of non-Muslim nurses
Tidsskrift/årstall	Palliative and Supportive Care (2016)
Forfattere	Abudari, G., Hazeim, H. & Ginete, G.
Perspektiv	Sykepleier
Problem	Palliativ sykepleie til muslimske pasienter i terminal fase
Hensikt	Studiens hensikt var å utforske ikke-muslimske sykepleieres erfaringer med ivaretagelse av terminalt syke muslimske pasienter og deres familie med hensyn til fysiske, sosiale, kulturelle, åndelige og religiøse behov.
Metode	<p>Kvalitativ tilnærming. 10 sykepleiere fra medisinsk-, onkologisk- og onkologisk/ palliativ avdeling ble intervjuet.</p> <p>Inklusjonskriteriene for sykepleierne som deltok i studien var at de hadde en ikke-muslimsk tro, at de hadde minimum to års erfaring med terminal pleie til muslimske pasienter og at de behersket kommunikasjon på engelsk.</p> <p>Intervjuene ble utført på et sykehus i Saudi-Arabia. Alle informantene ble intervjuet individuelt og med åpne spørsmål.</p>
Resultater	<p>Resultatene viste tre hovedtemaer: familieforhold, nær-døden ritualer og sykepleieutfordringer.</p> <p>Det fremkom videre at informantene hadde manglende kompetanse og kunnskaper innen kulturelle nær-døden ritualer. Resultatene viste at sykepleierne trengte bedre opplæring i islamske ritualer og skikker knyttet til døende pasienter.</p>

Artikkel 2	
Tittel	Perceptions of palliative care in a lower middle-income Muslim country: A qualitative study of health care professionals, bereaved families and communities
Tidsskrift/årstall	Palliative Medicine (2019)
Forfattere	Fearon, D., Kane, H., Aliou, N. & Sall, A.
Perspektiv	Helsepersonell, pårørende og samfunnsledere
Problem	Opplevelser av palliativ sykepleie hos muslimske helsearbeidere, etterlatte og lokalsamfunn i rurale strøk i Vest-Afrika.
Hensikt	Studiens hensikt var å undersøke om moderne prinsipper for palliativ omsorg til muslimer i urbane strøk samsvarer med synspunktene til muslimske helsearbeidere, etterlatte og lokalsamfunn i rurale områder i Vest-Afrika.
Metode	Kvalitativ tilnærming. I studiet deltok 76 deltakere fra Mauritania i Vest-Afrika, 33 av dem var helsepersonell, 12 nylig etterlatte familiemedlemmer og 31 samfunnsledere som imamer, politikere, pensjonerte militære offiserer og lærere. Datasamlingen ble utført ved hjelp av individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer. Alle dataene fra intervjuene ble analysert og sammenstilt.
Resultater	Tre hovedtemaer ble identifisert i studien. Det første temaet omhandlet hvordan muslimer forholder seg til livstruende sykdom. Det andre temaet beskrev kommunikasjonsutfordringer tilknyttet døden. Det siste temaet i artikkelen beskrev en god død som samspill mellom religiøs tro og kulturell praksis.

Artikkel 3	
Tittel	Purification of Body and Soul for the Next Journey. Practices Surrounding Death and Dying Among Muslim Women
Tidsskrift/årstall	OMEGA- Journal of Death and Dying (2017)
Forfattere	Ahaddour, C., Van den Branden, S. & Broeckeaert, B.
Perspektiv	Muslimske kvinner og eksperter på muslimsk kultur
Problem	Praksis omkring døden og den døde kroppen blant muslimske kvinner bosatt i et vestlig land.
Hensikt	Studiens hensikt var for det første å sammenligne normativ islamsk praksis relatert til døden med den faktiske praksisen til marokkanske muslimske kvinner bosatt i et vestlig land. Videre så en på forskjeller og ulikheter mellom eldre- og middelaldrende muslimske kvinners synspunkter om ritualer omkring døden.
Metode	Kvalitativ tilnærming. Det var i alt 45 deltakere i studiet: 15 middelaldrende muslimske kvinner, 15 eldre muslimske kvinner og 15 eksperter fra det muslimske miljøet. Alle deltakerne ble intervjuet individuelt ansikt til ansikt med intervjueren. Kravet som ble stilt til kvinnene for å delta var at de var fra det marokkanske miljøet i Antwerpen i Belgia og at de indentifiserte seg som muslimer. Alle de eldre kvinnene var førstegenerasjons migranter. De 15 ekspertene var muslimske leger, muslimske sykepleiere, imamer eller eksperter innen palliasjon. De individuelle dataene som kom frem i intervjuene fra kvinnene og ekspertene ble sammenstilt og sammenlignet.
Resultater	De muslimske immigrantene ga uttrykk for at det er flere betydningsfulle handlinger som følger den døende og døde pasienten. For det første er det viktig for pasienten å få rensset sjelen sin før han eller hun dør for å komme til Paradis. Muslimene har egne ritualer for den døde kroppen som innebærer vasking, tildekking, det å si farvel og dødsbønner som skal bes.