

Hannah Baah Johnsen

Bacheloroppgave

The Health Promotion Interaction between the Nurse and the Circumcised woman

Juni 2020

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

2020



Hannah Baah Johnsen

The Health Promotion Interaction between the Nurse and the Circumcised woman

Bacheloroppgave
Juni 2020

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Tittel

(The Health Promotion Meeting Between The
Nurse And The Circumcised Woman)

Innleveringsdato: 04.06.2020

Emnekode: HSYK 3003

Kandidatnummer: 10052

Antall ord: 8774

Sammendrag

Tittel:

Helsefremmende interaksjon med kvinner som er omskåret

Bakgrunn for valg av tema:

På grunn av globalisering og ved at Norge blir mer og mer flerkulturelt samfunn er det nødvendig at sykepleier ved norske helsevesen få økende kunnskap innen tema kjønnslemlestelse. Der det er stor sjansen at sykepleier vil komme i kontakt med kvinner som er omskåret. Det viser at det er manglende kompetanse om temaet og derfor blir utfordringer når sykepleier møte kvinner på sykehuset. Derfor er det svært nødvendig at sykepleier tilegner seg kunnskaper i møte med kvinner slik at de kan bli ivaretatt best måte ved at sykepleier skaper en helsefremmende interaksjon som kan føre til det bygges god relasjon og følelser av trygghet samt opplevelse av tillit.

Metode

Oppgaven er bygge på en litteraturstudie. For å samle data til å svare min problemstilling har jeg brukt 7 tidligere forskningsartikler, fagbøker og fagartikler.

Resultat

Hvordan sykepleier kan skape helsefremmende interaksjon interaksjon med kvinne som er omskåret slik at de kan oppleve tillit og trygghet under innleggelse ved gynekologisk avdeling

Oppsummering/Konklusjon

Ved å ha drøftet litteratur og forskningsartikler er det nødvendig at sykepleier møte kvinner som er omskåret med dyp kunnskap, kulturell forståelse, respekt og åpenhet rundt situasjonen. Gjennom både verbale og non verbale kommunikasjon blir sykepleier i stand til å skape sykepleier-pasienten -helsefremmende interaksjon samt opplevelse av tillit og trygghet.

Når sykepleier bli godt kjent med pasienten vil det bli lettere for å kartlegge pasientens behov og iverksette sykepleie tiltak.

Innhold	
Sammendrag.....	2
Tittel:.....	2
Bakgrunn for valg av tema:	2
Metode	2
Resultat	2
Oppsummering/Konklusjon	2
1.0 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn av valg av tema og problemstilling	5
1.2 Presentasjon av Problemstilling:	6
1.3 Avgrensing	6
1.5 Oppgavens oppbygning	6
1.5 Forklaring av begreper i problemstilling	7
2.0 Metode	7
2.1 Praksisobservasjoner	8
2.2 Valg av litteratur	8
2.3 Søkehistorikk med søketabell	9
2.4 Kildekritikk.....	10
3.0 Empiri.....	11
3.1 Artikkelmatrikse	11
3.2 Sammenfattet empiri	15
3.2.1 Trygghet og tillit.....	15
3.2.2 Personlig krenkelse og maktmisbruk	16
3.2.3 Manglende og varierende kunnskap om kjønnslemlestelse	16
3.2.4 Kultur og kommunikasjonsutfordringer	17
4.0 Teoretiske referanseramme	17
4.1 <i>Kjønnslemlestelse</i>	18
4.2 Helsefremmende interaksjon.	19
4.2.1 Kommunikasjon	19
4.2.2 Interkulturell kommunikasjon.	19
4.2.3 Bruk av tolk.....	20
4.2.4 Trygghet og tillit.....	21
4.3 Kunnskapsbasert praksis	21
4.4 Sykepleieteori.....	22
4.4.1 Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold i sykepleie.....	22

5.0 Drøfting	24
5.1 Helsefremmende sykepleier-pasient-interaksjon	24
5.1.1 Det innledende møte mellom sykepleier og kvinner ved gynekologisk avdeling .	24
5.1.2 Framvekst av identiteter mellom sykepleier og kvinnen	25
5.1.3 Empati og sympati til kvinner som skal fremme helsefremmende interaksjon ...	26
5.2 Tillit og trygghet som mål for helsefremmende interaksjon mellom sykepleier og kvinner	27
5.3 Kunnskapsbasert sykepleie for å fremme helsefremmende interaksjon	28
5.4 Bruk av tolk for å skape helsefremmende interaksjon	29
6.0 Konklusjon.....	29

1.0 Innledning

Det å møte mennesker i en vanskelig fase i livet er en del av sykepleiers oppgave. Pasientrollen gjør at mennesker blir sårbare, de er i en posisjon av å være den trengende parten. Sykepleierens roller er å ivareta pasientens grunnleggende behov, livsutfordringer og pasientfenomener knyttet til situasjonen. Ifølge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer er respekt, retten til å ikke bli krenket, ivareta pasientens integritet, være barmhjertelig og gi god omsorg grunnlag for alle sykepleiere (NSF,2020).

I dag er det at omtrent over 200 millioner kvinner og jenter som er utsatt for kjønnslemlestelse eller er omskåret i verden og det er utbredt i 30 forskjellige land nemlig i Afrika, Midtøsten og Asia. (WHO, 2020). Kvinnelig omskjæring er mest praktisert i Somalia hvor cirka 98% av alle kvinner er omskåret (UNICEF, 2016). Her i Norge bor det omtrent 28,554 mennesker som kommer fra Somalia (Statistisk sentralbyrå, 2019). Derfor er det stort sjansen at sykepleier vil møte kvinner som er omskåret fra Somalia enn andre minoritetsgrupper som kommer fra andre land som praktisere denne ritualet ettersom Norge blir mer og mer flerkulturelt samfunnet. Kjønnslemlestelse er et globalt

fenomen som har engasjert flere store organisasjoner som blant annet World Health Organization (WHO), FN og UNICEF at de har satt inn strengt tiltak for å forebygge dette umenneskelige ritualet (Tale 2012)

Det er derfor viktig at vi som sykepleier har kunnskap om årsaker at omskjæring av kvinner blir utført samt de komplikasjoner som kan oppstå samt hvordan vi som sykepleieren blir i stand til å ivareta pasienten. Når vi kjenner til årsakene kan det gjøres oss bedre i stand til å bearbeide egne reaksjoner og således bli profesjonelle i møte med kvinner det gjeld samt yte god sykepleie. (Utne 2009).

I følge av Berg & Denison (2013) er kvinnelig omskjæring en tradisjon som er dypt rotfestet og er derfor viktig at helsepersonell har kunnskap om årsakene at FGM praktiserer. Kvinnelig omskjæring utføres i forhold til kulturell og religiøse grunner som signaliserer kvinners følelser av identitet, ære, respekt og ideelt medlem av samfunnet.

1.1 Bakgrunn av valg av tema og problemstilling

Tema for denne bacheloroppgaven i sykepleie er «helsefremmende interaksjon med kvinner som er omskåret». Jeg har valgt dette temaet fordi det har vært verdensbasert helseproblem for jenter og kvinner som opplever den brutale og forferdelig ritual som har vært praktisert over mange tusen år. Jeg kommer fra en kultur som tidligere har praktisert dette og jeg kjenner noen som har erfart og opplevde situasjon samt jobbet med kvinner som er omskåret.

Dessuten har jeg erfart og opplevd gjennom studier og praksis at det er lite kunnskap om temaet og det er få som snakker om det. Fra praksisstudier opplevde jeg at det mangler endel kompetanse med tanke på hvordan sykepleier kan møte kvinner som er omskåret slik de kan bli godt ivaretatt. Noen kvinner synes det er skamfull opplevelse og dermed vanskelig å snakke om eller være åpen. I tillegg er kjønnsorganer et sensitivt område som ofte de fleste ikke så lett å vise frem særlig når det gjelder gynekologiske undersøkelser uten at sykepleier har først og fremst bygd en god relasjon og skaper tillit med kvinner som kan igjen øker den følelser av trygghet. Derfor er det svært viktig at vi som sykepleier får nok kompetanse slik at vi kan møte og ivareta målgruppen.

Ved at Norge blir mer og mer et flerkulturelt land er det stort sjansen at sykepleier ved norske sykehus vil komme i kontakt med kvinner som er omskåret. Det viser tydelig at det er manglende kunnskap blant mange sykepleiere og det er derfor svært viktig at sykepleiere tilegner seg informasjon om omskjæring, kultur, livssyn og religion for å møte pasientgrupper med forståelse. Etter mine opplevelser gjennom studie og praksis er det tydelig at noen sykepleier mangler kompetanse når det gjelder holdning og handling med kvinner som er omskåret og da det blir det utfordring å bygge god relasjon og skape tillit slik at kvinner kan føler seg trygg. I en slik situasjon resulterer til at kvinner blir tilbakeholden og ikke åpen for dialog.

Med bakgrunn i dette har jeg kommet fram til følgende problemstilling

1.2 Presentasjon av Problemstilling:

Jeg har valgt følgende problemstilling som grunnlag for denne oppgaven:

«Hvordan kan sykepleier skape en helsefremmende interaksjon med kvinner som er omskåret slik at de oppleve tillit og trygghet under innleggelse ved gynekologisk avdeling»

1.3 Avgrensing

I denne oppgaven har jeg valgt å avgrense den til voksne kvinner med innvandrerbakgrunn, som er omskåret i hjemlandet og innlagt på gynekologisk avdeling med en eller flere senkomplikasjoner. Og målet med denne oppgave er å belyse hvordan sykepleier kan ivareta kvinner som er omskåret gjennom helsefremmende interaksjon og god relasjonsbygging samt sykepleierens rolle og funksjon. Denne oppgaven skal handle om somaliske kvinner da de er den største minoritetsgruppe i Norge, og i følge av WHO (2020) er det 98% kvinner som er omskåret, men ikke spesifikt fokus på Somalia.

I tillegg vil jeg ha fokus på møte mellom sykepleier og omskåret kvinner med tanke på kultur, religion og språk barrierer, og hvordan sykepleier kan skape tillit og trygghet til pasienten med å ha kunnskap og forståelse om pasientens kultur, religion og livssyn. Den kulturelle og livssynbakgrunn til alle innvandrere som bor i Norge vil på en måte påvirke deres tro og holdning, og da er det viktig at sykepleier anerkjenner den samt tilegner seg kunnskap om hvordan de skal ivareta og forholder seg til denne pasientgruppen.

1.4 Oppgavens hensikt

Målet med denne oppgaven er å øke kunnskap og holdninger blant sykepleier om kvinnelig omskjæring gjennom helsefremmende sykepleier-pasient interaksjon slik at pasienten kan oppleve trygghet og tillit.

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er delt inn i seks kapitler. I denne første kapittel skal den handle om innledning, med under kapittel som begrunnelse av tema, problemstilling, avgrensing, hensikt og disposisjon. I kapittel to skal den handle det om metoden, valg av litteratur, søkehistorikk med søketabell, kildekritikk og funn av forskningsartikler. Kapittel tre handler om empiri og presentasjon av forskningsartikler i matrise. Teorien kommer i kapittel 4, der jeg skriver om kjønnslemlestelse og sykepleierteori. Videre vil jeg ta med helsefremmende interaksjon, tillit og trygghet, kunnskapsbasert sykepleier og kommunikasjon i dette kapitlet. I kapittel 6 skal jeg drøfte hvordan sykepleier kan ivareta kvinner som er omskåret gjennom å skape helsefremmende interaksjon slik at

kvinner kan oppleve tillit og trygghet samt god relasjon med pasient gruppen. Her skal jeg svare på problemstillingen ved å knytte det til relevant forskningen og litteraturen som jeg har i teoridelen. Oppgaven avsluttes med konklusjon hvor funn blir oppsummert samt konsekvensene for sykepleieutøvelsen

1.5 Forklaring av begreper i problemstilling

I denne delen vil jeg gi en kort gjennomgang av de sentrale begrepene i oppgaven.

Kjønnslemlestelse: Kjønnslemlestelser er inngrep på kvinners kjønnsorganer som foretas av kulturell og ikke medisinsk årsaker. I oppgaven skal jeg bruke disse begrepene som kjønnslemlestelse, omskåret, omskjæret om hverandre. I flere fag og forskningsartikler blir dette begrepet brukt isteden for omskjæring av kvinner og Verdens helse organisasjon (2008) bruker dette begrepet. Handlingsplanen mot kjønnslemlesting i Norge bruker også dette begrepet på engelsk blir det kalt (Female genital mutilation, FGM).

Helsefremmende interaksjon: Som begrepet i seg selv indikerer, skal fremme helse og pasientens velvære. Helsefremmende interaksjon innebære at sykepleieren engasjerer og involverer seg i relasjon til pasient som en unik person. Dette betyr personen som han/hun er, og ikke bare som en pasient med diagnoser, symptomer, behov og tilstander (Haugan & Rannestad, 2017).

Helsefremming: Denne begrep blir ev av Verdens helseorganisasjon, WHO, definert som den prosessen som setter enkelte, så vel som fellesskapet, i stand til å ta kontroll over forhold som virker inn helsen. (Haugan og Rannestad, 2017).

Tillit: Tillit og mistillit er grunnleggende i mellommenneskelig kommunikasjon. Å vise andre tillit som helsepersonell innebærer å gi fra seg makt, slippe kontroll og ta risiko. Det innebærer å nærme seg no ubestemt, noe man ennå ikke vet hvordan vil arte seg (Eide & Eide, 2017)

Trygghet: En tilstand av beskyttelse og sikkerhet, en følelse av tillit som kommer av at man føler at det ikke foreligger noe truende (Eide og Eide, 2017).

2.0 Metode

Denne oppgaven er skrevet som en litteraturstudie. Formålet med en litteraturstudie er å gi oppdatert og god forståelse av kunnskap til en valgt problemstilling i tillegg til forklaring på hvordan man har kommet frem til kunnskapen.

For å samle data til å besvare min problemstilling har jeg brukt tidligere forskningsartikler, fagbøker og fagartikler. I utgangspunkt består oppgaven av skriftlige kilder. Jeg startet med å finne litteratur og teori som kunne belyse min problemstilling. For å finne forskningsartikler som er relevant for problemstilling har jeg utført

systematiske søk og kritisk vurdert dem. Dataen skal til sammen med det teoretiske rammeverket få frem sammenheng og helhet (Dalland, 2014).

I denne metoden skal problemstilling strukturelt slik at jeg kan finne ulike søkestrategier, som er PICO som står for pasient/populasjon, intervensjon, kontroll og utfall. Punkt C blir ikke relevant i denne oppgave da jeg har ikke hensikt for å sammenligne med andre studier, derfor benytter jeg bare P, I og O

P (patient)	I (Intervention)	C (Comparison)	O (outcome)
Kvinner fra Somalia som er omskåret og som trenger innleggelse ved gynekologisk	Helsefremmende interaksjon		Tillit Trygghet Kompetanse hos sykepleiere Økt grad av OAS/SOC hos kvinner Kvinene oppsøker helsehjelp

2.1 Praksisobservasjoner

I følge Dalland (2014) er det to krav til data; de skal være relevante, og samlet inn på pålitelig måte. Det vil si at målingene må utføres riktig. I tillegg må opplysningene være gyldig og relevante for det som blir undersøkt. Ved hjelp av ustrukturerte observasjoner i praksis på generell gynekologisk avdeling, kunne jeg lettere forstå sammenheng med det som blitt sagt og utført. Av å observere hva og hvordan ting ble gjort, ble jeg mer åpen for praksisfeltet. Underveis noterte jeg observasjoner slik at det blir lettere å huske til seinere bearbeidelse av observasjonene. Ved å vite hva som skulle ses etter ga det klarer mål, slik at konsentrasjonen lettere kunne bevares under observasjonene, og det essensielle i situasjonene ble oppfattet. (Dalland, 2014). Fra praksis studier på generell gynekologisk avdeling opplevde jeg at det mangler endel kompetanse med tanke på hvordan sykepleier kan møte kvinner som er omskåret slik de kan bli godt ivaretatt. Noen av kvinnene synes det er skamfull opplevelse og dermed vanskelig å snakke om eller være åpen.

2.2 Valg av litteratur

I denne oppgaven har jeg valgt en metode som skal belyse problemstillingen på en faglig måte, og den metoden som ble valgt vil da hjelpe til innsamling av data og informasjon som trenger til den som skal undersøkes (Dalland 2014). Metoden går ut på å skrive en litteratur oppgave ved hjelp av fag og forskningsetikker, fagbøker og litteratur som allerede eksisteres.

Videre skal jeg anvende kvalitativstudien i denne oppgaven. Denne formen for studie måler ikke tall, men fanger meninger og opplevelse hos individet (Dalland 2014). Hovedsakelig skal oppgaven bygge på primærlitteratur, og det vil si en litteratur som forfattere presenterer sitt eget arbeid, analysert og fag vurdert. sekundærlitteraturer kan også anvendes i situasjonen der det blir ikke aktuelt å få tak i primærkilden.

2.3 Søkehistorikk med søketabell

I denne delen har jeg gjort systematisk søk, og for å gjøre det enklere å ha oversikt over den store mengden vitenskapelige publikasjoner som finnes. Jeg ønsket i hovedsak å finne forskning knyttet til helsefremmende interaksjon mellom sykepleier og kvinner som er omskåret. Jeg har brukt både PubMed, Cinahl og Oria som utdanningssted har anbefalt, men endte opp mest med å bruke PubMed og delvis med Cinahl. Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg sett hvilke artikler som er relevante for meg, og gjort nye søk underveis i prosessen ettersom hva jeg skulle drøfte blir klarere og bedre samt belyser målet til oppgaven.

I avgrensningen på søk gjennom databaser fra bibliotekets søkemotor har jeg søkt på forskningsartikler fra de siste ti år. Dette for å sikre meg oppdatert materiale på temaet.

:

Database	Dato	Søk	Søkeord Emneord=MH Nøkkelord=*	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
PubMed	25.03.20	S1.	Female genital mutilation OR cutting	Fagfelleurdert År 2010-2020	14	
		S2.	S1 AND culture		118	1(E) Vissandjee et al (2014)
		S3.	S2 AND nurse		15	1(D) Timoneda et al(2018)
		S4.	S3 AND immigration		17	1 (F) Mbanya et al (2018)
		S5	S4 AND Communications		18	1(A) Terragni et al (2020)
CINAHL	08.05.20	S1	NURSE	Fagfelleurdert År 2010-2020		

		S2	S1 AND Patient			
		S3	S2 AND SAFETY		6	(F) Kenward et al (2017)
	17.05.20	S1	Nurse			
		S2	S1 AND PATIENT			
		S3	S2 AND TRUST		18	(G) Dinc E. (2013)
PubMed	28.05.20	S1	Female genital mutilation	Fagfelleurdert 2010-2020		
		S2	S1 AND Nurse			
		S3	S2 AND Health promotion			
		S4	S3 AND Interaction		24	(B) Kimani et al (2020)

Tabell 1 – Søketabell

2.4 Kildekritikk

Dalland (2014) beskriver tre sentrale punkt i kildekritikk; kildens gyldighet, holdbarhet og relevans. Kildene er vurdert opp mot de tre kriteriene som Dalland legger frem i boken.

Kildens relevans: Alle kildene har en form for relevans til oppgaven. Her kan det være noen limitasjon på bakgrunn av oversettelse fra engelsk til norsk, da alle artiklene var på engelsk.

Kildens holdbarhet og gyldighet: Kildene har alle forfattere og er hentet fra anerkjente søkemotorer. De har alle fått publisert studien i tidsskrifter, som verifiseres og kvalitet Ingen av forskningen er eldre enn ti år, som sikrer holdbarheten. Og hensikten med artiklene er å belyse kunnskapene innen aktuelle tema, og alle artiklene var peer to peer reviewed. I tillegg har jeg sjekket som IMRAD strukturen er brukt, da det gir en indikasjon om forskningen er fulgt i henhold til den vanlige normen. IMRAD står for introduction, Methods, Results og Discussions. (Dalland 2014). For å kunne kritisere de ulike kilden som ble brukt at det viktig at jeg tilegner meg kunnskap om det som skrives om, som i dette tilfelle handler om kvinnelig omskjæring eller kjønnslemlestelse.

I utgangspunkt har jeg valgt flere enn en oversiktsartikkel da de inneholder relevante fakta og funn som besvarer problemstilling til oppgaven

3.0 Empiri

3.1 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Relevans for problemstilling
<p>A) Terragni L., Gele A.A., Diaz E. & Kumar N.B. (2020)</p> <p>Barriers to access to the Norwegian healthcare system among sub-Saharan African immigrants exposed to female genital cutting</p> <p>PMID:29669570</p> <p>Doi:10.1186/s12889-018-5440-7</p> <p>Public Health</p>	<p>Denne studien tar sikte på å utforske opplevelsene og oppfatningene som hindrer tilgang til og bruk av det norske helsevesenet blant innvandrerkvinner sør for Sahara (SSA) som er utsatt for FGM/C.</p>	<p>En kvalitativ studie som ble utført ved hjelp av målrettet og datasamling for å rekruttere 13 SSA innvandrerkvinner i Norge som var utsatt for FGM/C. Intervjuer ble også benyttet</p>	<p>Barrierer før kontakt med helsevesenet inkluderer manglende informasjon, ektemann og familieinnflytelse på helsevesenet og unngå å avsløre helseproblemer.</p> <p>Manglende kunnskap og dårlige holdninger fra helsepersonell var annen grunn</p> <p>Frykt for dom eller skyld for også spiller inn.</p>	<p>Studien er relevant for problemstilling min da det belyser den Sosiokulturelle faktorer assosiert med tro, forventninger og verdier med hensyn til helse, og kan være viktige og har forståelse av årsakene til at færre antall kvinner bruker helsevesenet i den aktuelle studien. I tillegg viser det at språkbarriere er en av grunnene</p>

<p>B) B) Kimani S., Kabiru W.S., Mutesehi J. & Guyo J. (2020)</p> <p>Exploring barriers to seeking health care among Kenyan Somali women with female genital mutilation: a qualitative study</p> <p>PMID:31992317 DOI:10.1186/s12914-020-0222-6</p> <p>International Health and Human Rights.</p>	<p>Hensikt med studien er å utforske de helse oppsøkende barrierer blant Somaliske kvinner med komplikasjonene relatert til FGM/C i offentlige helsefasiliteter i Kenya</p>	<p>En kvalitativ studie ved hjelp av datasamling fra kvinner som er omskåret (15-49 som aldersgrenser), ektemenn, samfunnsledere og helsepersonell</p>	<p>Høye kostnader ved helsetjenesten var en barriere for kvinner å søke helsehjelp</p> <p>Fysisk tilgang til helsetjenester var en annen grunn at kvinner ikke oppsøker helsehjelp</p> <p>Mangel av en klart henvisning system var også annen grunn</p> <p>Faktorer som stigma, språkbarriere, kulturell tabu og manglende personvern og konfidensialitet var årsakene at kvinner ikke oppsøker helsehjelp</p>	<p>Studien er relevante til problemstilling da de besvare og belyser den helsefremmende interaksjon mellom sykepleiere og pasienten. I forhold til de funn av høye kostnader og manglende tilgang til helsetjeneste skal jeg se bort fra dem da Norge helsetjenester er tilgjengelige til alla befolkning uansett man befinner seg i.</p>
<p>C) Jordal M. Wahlberg A. (2018)</p> <p>Challenges in providing quality care for women with female genital cutting I Sweden- A literature review</p> <p>Doi:</p> <p>Sexual & Reproductive Healthcare</p>	<p>Hensikt med studien er å identifisere og utforske møte mellom helsepersonell og kvinner som er omskåret i Sverige, samt beskrive de utfordringer som oppstår i møte og ivaretagelse av pasientgruppen.</p>	<p>Det ble gjennomført en litteraturgjennomgang av de eksisterende vitenskapelige fagfelleverderte artiklene som undersøker møter i helsevesenet mellom helsepersonell og kutt kvinner i svensk sammenheng.</p>	<p>Helsepersonell rapporterte at de ikke hadde mottatt tilstrekkelig informasjon og manglet tilstrekkelig kunnskap om hvordan de kunne tilby kvalitetspleie for kvinner som hadde gjennomgått kjønnslemlestelse</p> <p>Språkbarrierer var en annen faktorer som bidro til at kvinner hadde dårlig opplevelser av helsepersonell</p> <p>Andre fokus som aggresjon, hat mot kulturell grunner at de FGM praktiseres</p>	<p>Studien er relevant til oppgaven da det belyser ulike utfordringer som kan oppstå i møte med kvinner som er omskåret blant annet som holdninger, manglende kunnskaper om FGM samt kulturelle og språk barrierer</p>

<p>D) Timoneda G.A., Ros R.V .& Sanchez C.A.(2018)</p> <p>Knowledge, attitudes and practice of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are ready for this challenge?</p> <p>PMID: 30041654 DOI: 10.1186/s2913-018-3396-z</p> <p>BMC Health Services Research</p>	<p>Hovedhensikten med denne studien er å vurdere oppfatninger, kunnskap, praksis og holdninger hos det primære helsepersonell et i forhold til kjønns sykdommer i Clínic-Malvarrosa helsevesen i Valencia</p>	<p>En beskrivende tverrsnitts beskrivende studie ble utført basert på et selvadministrert spørreskjema til allmennleger, barneleger, sykepleiere, jordmødre, gynekologer, sosionomer og andre.</p>	<p>Mindre enn 5% av fagfolkene svarte at de noen gang hadde funnet et tilfelle av FGM i løpet av yrkesutøvelse</p> <p>21,8% svarte at de noen gang hadde jobbet med befolkning med risiko for FGM.</p> <p>15% av fagfolkene svarte at de hadde fått opplæring på FGM, men av de som hadde fått opplæring, identifiserte bare 22,7% typologien til FGM og mindre enn 5% identifiserte det geografiske området riktig.</p>	<p>Denne studien viser at FGM er et problem som er til stede i befolkningen som går på primære helsetjenester.</p> <p>I tillegg viste fagfolkene en dyp mangel på kunnskap rundt konsept, typologi, land med utbredelse av FGM og eksisterende handlingsprotokoller.</p>
<p>E) Vissandjee B., Denetto S., Migliardi P & Proctor J. (2014)</p> <p>Female genital cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural</p>	<p>Hensikt med artikkelen er å undersøke de etiske og juridiske utfordringer som kan oppstå ved tradisjonell praksis som kvinnelig omskjæring (FGC) i flerkulturelle</p>	<p>Kvalitativ studie som er basert på diskusjon og illustrasjoner.</p>	<p>Den sosiokulturelle konteksten må tas opp for å sikre reduksjon av skader i forhold til omsorgssystemer, særlig for å forhindre kjønnet stigmatisering av berørte individer</p> <p>Helsepersonell pålagt å håndtere den etiske kompleksiteten ved å navigere gjennom sin egen personlige identitet</p>	<p>Studien er relevant til problemstilling da det ta for seg hvordan de kan øker kunnskaper om temaet.</p> <p>Studien belyser at helsepersonell må først og fremst har kulturellforståelse om både den etiske og juridiske bakgrunn som fører at omskjæring</p>

<p>sensitivity at the interface of migration experiences</p> <p>PMID: 24758156 Doi: 10.1186/1472-698X-14-13</p> <p>International Health and Human Rights</p>	<p>helse- og sosialtjenester</p>		<p>og kultur, og deres yrkesetisk retningslinjer</p>	<p>praktiseres slik at sykepleier kan unngå negative følelser eller kommenter og bedømmelser</p>
<p>F) Mbanya N.V. Gele A. Diaz E & Kumar B. (2018)</p> <p>Health care-seeking patterns for female genital mutilation among young Somalis in Norway</p> <p>PMID:29669570 Doi:10.1186/s12889-018-54407</p> <p>Public Health</p>	<p>Denne studien tar sikte på å utforske de helsepersonell søkende mønstrene for FGM / C-relaterte helseproblemer, blant unge somaliere i Norge.</p>	<p>En tverrsnittsstudie som involverte 325 unge somaliere i Oslo ble gjennomført i 2014 ved bruk av respondent-driven sampling (RDS) -teknikk.</p>	<p>20,3% av de omskårne kvinnene med et "ja" å ha søkt hjelp for helseproblemer relatert til FGM / C</p> <p>Analysen viste også at stigmatisering av FGM / C-praksis økte sannsynligheten for kvinner oppsøke helsehjelp</p>	<p>Studien er relevant til problemstillingen da den diskuterer noen årsaker at få tall av kvinner oppsøker helsehjelp. Her er det viktig at vi som sykepleiere informere kvinner at det finnes hjelp ved å gi adekvat informasjon, oppmuntrer og motiverer kvinner og jenter som er omskåret</p>
<p>G) Dinc L. & Gastmans C. (2013)</p> <p>Trust in nurse-patient relationships: A literature review</p>	<p>Målet med denne studien var å rapportere resultatene fra en litteraturomgang av empiriske studier om</p>	<p>Det ble gjennomført en litteraturomgang av de eksisterende vitenskapelige fagfelleverderte artiklene som undersøker møter i</p>	<p>Studier som fokuserer på pasienters og sykepleieres oppfatning av sykepleieres atferd, gjenspeiler den opplevde viktigheten av den "tillitsfulle relasjonen" -komponenten i sykepleieratferd.</p>	<p>Studien er relevant til problemstillingen da den tar for hvor viktig det er at sykepleiere bygge en god relasjon med pasienten slik at det kan oppnå et tillitsfullt forhold med hverandre. Videre er det nødvendig at</p>

Doi: 10.1177/09697 33012468463 Nursing Ethics	tillit i forholdet mellom sykepleier og pasient	helsevesenet og oppbygging av tillit og god sykepleier-pasient forhold.	Visse forhold ansett som essensielle for utvikling av tillit inkluderer tilgjengeligheten og tilgjengeligheten til sykepleieren, føler seg følelsesmessig og fysisk trygg, føler seg hjemme og ble verdsatt som individ, følte seg tilstrekkelig informert og respektfull kommunikasjon.	sykepleieren bli godt kjent med pasienten samt en helhetlig tilnærming til å ta vare på pasienten, viser omsorg, respekt og empati til pasienten.
H) Kenward L., Whiffin C., & Spalek B (2017) Feeling unsafe in the healthcare setting: Patients perspectives British Journal of Nursing	Denne litteraturgjennomgangen tok sikte på å oppdage faktorene som bidrar til at pasienter føler seg utrygge i helsevesenet	Studien er bygget av 5 faser integrerende metode som er identifisering av problemet, datasamling, evaluering av data, analyse og tolkning av data samt presentasjon av resultater. Totalt var 14 artikler ble brukt. 3 kvantitative, 1 systematisk review og 9 kvalitative studier	Mangel på informasjon og kommunikasjon bidro til at pasienter følte seg utrygge Upersonlig omsorg fikk pasienter til å føle seg mindre trygge Pasienter som oppfattet at personalet var usikre, opptatt eller undertrygge, var klare på at dette bidro til å føle seg utrygg i deres omsorg	Studien belyser hvordan vi som sykepleier kan øker trygghet følelsen i møte med kvinner ved å vise omsorg, tilstedeværelse være vennlig og har økende kunnskap

Tabell 0.1 Artikkelmatrise

3.2 Sammenfattet empiri

3.2.1 Trygghet og tillit

Mange av kvinnene forteller og klager at helsepersonell var mistenksom og de følte seg latterliggjort . Videre uttalte kvinnene at noen av spørsmålene vakte i konflikter mellom dem og helsepersonell, dermed førte til mistillit og dårlige forhold til dem. Og i tillegg

mente kvinner at dette hadde en dyp innvirkning på måten de opplevd samhandling fra helsepersonell. (Terragni mfl.2020)

Når helsepersonell fremstår med åpen holdning og profesjonell etablerer det opplevelse av trygghet. Det åpne forhold forutsatte at helsepersonell utviste sensitivitet i forhold til kultur og religion. Videre fremheves det som positivt at behandlingstilbud blir tilpasset kvinnenens kultur og religion, eksempelvis når dem ønsket deinfibulering (Terragni mfl. 2020).

I følge av Kenward mfl. (2017) viser det at mangel på personalets tilgjengelighet, inkludert synlighet, tilstedeværelse både fysisk og psykologisk og oppfatninger om å være "kort bemannet", alt sammen lagt til at pasienter føler seg mindre trygge. Videre viser artikkelen at upersonlig omsorg fra helsepersonell fikk kvinner til å føle seg mindre trygge.

Dinc mfl. (2013) belyser at visse forhold ansett som essensielle for utvikling av tillit er tilgjengelighet, respekt og tilstedeværelser av helsepersonell

3.2.2 Personlig krenkelse og maktmisbruk

At kvinnene følte seg som et utstillingsobjekt for nysgjerrig helsepersonell var et gjentakende fenomen. Dette gjorde at kvinnene fikk følelsen av å bli krenket og være lite respektert, samt opplevelse av redsel. Forverrende for opplevelsen var at kvinnene ikke ble spurt om tillatelse (Terragni mfl. 2020, Mbanya mfl.2018, Kimani mfl. 2020)

I alle inkluderte studier fremkommer det er en rekke negative emosjoner kjønnslemlestedede kvinner opplever i møte med helsevesenet. Følelsen av skam fremkommer i Timoneda mfl. (2018), Terragni mfl (2020), Mbanya(2020) og Kimani mfl (2020). Helsepersonells atferd, non-verbale kommunikasjon, da spesielt ansiktsuttrykk som viser overraskelse og sjokk, samt granskende blikk gjorde at kvinnene følte seg unormale og skamfulle. Videre ga de opplevelse av å ikke være respektert og bli ansett som mindreverdige. Opplevelser som dette var bidragsytende til at kvinnene ved senere anledninger unnlot å oppsøke helsehjelp.

Vissandjee mfl. (2014) konkluderte i studien at helsepersonell er pålagt til å håndtere den etiske kompleksiteten ved å navigere gjennom sin egen personlige identitet og kultur og deres yrkesetiske retningslinjer

3.2.3 Manglende og varierende kunnskap om kjønnslemlestelse

At helsepersonell ikke hadde kunnskap om kjønnslemlestelse og hvordan de skulle håndtere dette var et gjennomgående tema, og var tilknyttet en negativ opplevelse av møte med helsevesenet. Av kunnskap vises det til kunnskap om hvorvidt kvinnene var omskåret, om omskjæring generelt, smertene og hvordan- og når deinfibulering kan utføres. Kvinner ga uttrykk og bekymringer at helsepersonell ser ut til å mangle både tillit og kunnskaper da de stadig leser fra en bok før de stilte spørsmål knyttet til dere

helsetilstand som var konsekvenser av omskjæring. (Jordal mfl 2018, Terragni mfl.2020, Timoneda mfl. 2018, Vissandjee mfl. (2014) , Kimani mfl. (2020). Studiene viser at FGM er et problem innvandrerkvinner som oppsøke primær helsetjeneste, og da vise at helsepersonell har en dyp kunnskap mangel rundt konsept, typologi, land med utbredelse av FGM eksisterende handlingsprotokoller. Derfor er viktig at sykepleier anerkjenne situasjonen og følge de yrkesetiske retningslinjer og handlingsprotokoller.

3.2.4 Kultur og kommunikasjonsutfordringer

Noe som stadig fremheves er at kvinnene mener det er viktig at helsepersonell hadde kjennskap om at de er omskåret, men dette er imidlertid ikke noe de initierer til selv med mindre årsaken til kontakt er direkte relatert til kjønnslemlestelsen. Når helsepersonell ikke stilte spørsmål om omskjæring tok kvinnene det for gitt at de var klar over det. For kvinnene er det vanskelig å ta det opp grunnet skamfølelse, stigma og at temaets sensitivitet gjør det ubehagelig å snakke om med andre mennesker utenfor nærmeste familie og pårørende (Terragni mfl 2020, Jordal mfl.2018, Mbanya mfl.2020, Kimani mfl. 2020)

I følge av Vissandjee mfl (2014), eksistere den utøvelse av FGM omfatter som en form av kjønnsbasert vold, som kan føre til både kort og langsiktig konsekvenser blant kvinner og jenter som blir omskåret. Likevel er denne praksisen kulturelt engasjerte tradisjoner med komplekse betydninger som krever etiske og kulturelt sensitiv forståelse.

Utfordrende kommunikasjon omhandler også språkbarrierer, både i form av at kvinnene har vanskelighet med å uttrykke seg grunnet språket, samt problemer som oppstår ved bruk av tok om sensitiv temaet. Kvinner også rapporterte at de følt seg sjenert og skam over FGM/C (Mbanya mfl.2018, Jordal mfl 2018, Kimani mfl 2020).

Som sykepleier er det viktig og nødvendig å ha kunnskap om sykdommer og komplikasjoner som kan oppstå på grunn av kjønnslemlestelse. Men det er like viktig at vi vet noen om årsakene til at kvinnelig omskjæring eksistere og blir utført. Uten å ha det i forkant blir det vanskelig å ytre god sykepleie til pasientgruppe (Utne 2009)

4.0 Teoretiske referanseramme

I dette kapitlet skal jeg presentere teorien som er relevant for å belyse problemstillingen. For det første skal jeg ta for meg sykepleieteoretiker Joyce Travelbee og hennes syn på sykepleier og pasient forhold. Videre skal jeg presentere tema;

kjønnslemlestelse og de ulike type samt helsemessige konsekvenser. Andre teorier som interkulturell kommunikasjon, helsefremmende interaksjon skal nevnes underveis.

4.1 Kjønnslemlestelse.

FGM / C er definert av Verdens helseorganisasjon (WHO), FNs barnefond (UNICEF) og FNs befolkningsfond (UNFPA) i deres felles uttalelse 1997 som alle prosedyrer som involverer delvis eller total fjerning av de eksterne kvinnelige kjønnsorganene eller andre skader på de kvinnelige kjønnsorganene av ikke-medisinske årsaker.

Prosedyren utføres vanligvis mellom 4 og 8 år, men noen ganger i den første uken av livet eller ved prepubertal, sjelden senere enn 16 år. I de 29 landene i Afrika og Midtøsten der FGM / C er konsentrert, er mer enn 125 millioner jenter og kvinner i live i dag blitt kuttet.

FGM / C-praksis er dypt forankret i kulturelle og samfunnsmessige betydning, tro og verdier i de berørte landene. Forventninger om kjønn, seksualitet, ekteskap og familie bestemmer hva som anses som riktig seksuell atferd hos kvinner i forhold til fødselstidens jomfruelighet og sivil tro. FGM / C er assosiert med kulturelle idealer om femininitet, kyskheter og beskjedenhet og er tenkt for å redusere en kvinnes libido. FGM / C fungerer som en selvhåndhevede sosial konvensjon eller sosial norm. I samfunn der det praktiseres, er det en sosialt opprettholdt atferdsregel. Familier og enkeltpersoner opprettholder praksisen fordi de tror at deres gruppe eller samfunn forventer at de skal gjøre det.

Verdens helseorganisasjon (WHO) skiller mellom fire ulike typer:

WHO identifiserer fire typer FGM / C som praktiseres i forskjellige sammenhenger og land. Den første typen er klitoridektomi hvor en del av eller hele klitoris og omgivende vev fjernes. Den andre typen heter eksisjon og refererer til delvis eller total fjerning av klitoris samt labia minora, med eller uten eksisjon av labia majora. Disse to typene er de vanligste, og omfatter omtrent 80% av all FGM / C-praksis. Den tredje typen, infibulasjon, den mest alvorlige typen, innebærer eksisjon av deler av eller hele det ytre kjønnsorganet og sy eller innsnevring vaginalåpningen.

Den fjerde typen referert til som skraping eller prikking inkluderer alle andre skadelige prosedyrer for kvinnelige kjønnsorganer for ikke-medisinske formål, for eksempel stikking, piercing, skraping og kauterisering av klitoris.

Til tross for betydelig innsats for å utrydde FGM / C, blir over 100–140 millioner kvinner berørt av praksisen over hele verden.⁴ Praksisen med FGM / C er konsentrert i 28 land, 27 i Nord-Afrika og i Yemen. Det finnes også i regioner i land i Midtøsten som Iran, Irak, Saudi Arabia, Jordan, Oman og Israel asiatiske land som India, Malaysia og Indonesia; og i deler av Sør-Amerika

I følge av Vissandjee et al (2014) finnes det i mange patriarkalske samfunn er tradisjonen med FGC ment å sikre kontroll over kvinnelig seksualitet, kyskheter og lokalsamfunnets ære. Imidlertid har FGC-praksiser mange andre kulturelle betydninger, inkludert, men ikke begrenset til, bevaring av gruppeidentitet; en passeringsrite som sikrer sosial overgang fra en status nivå til et annet; bevaring av jomfruelighet og familiens ære; og fremme av ekteskapsmål, inkludert forbedring av seksuell nytelse for menn. Selv om kulturelle betydninger assosiert med praksisen er forskjellige, er det tydelig at FGC-praksis ofte blir sett på som et sosialt gode, essensielt i sosialiseringen av jenter

4.2 Helsefremmende interaksjon.

Helsefremming blir av verdens helseorganisasjon (WHO), definert som den prosessen som setter den enkelte, så vel som fellesskapet, i stand til å ta kontroll over forhold som virker inn på helsen (Haugan og Rannestad, 2017). God profesjonell kommunikasjon har en alltid et helsefremmende formål og som sykepleier har vi et ansvar at vi kommunisere med pasienten slik at vi kan få fram budskapet på en best og fornuftig måte. Fordi sykepleier-pasient -interaksjon påvirker pasientens indre verden av følelser, tanker og opplevelser av mestring og sosial -emosjonell støtte, vil helsefremmende interaksjon virke positivt på pasientens som helhet (Haugan & Rannestad 2017).

Det holistiske menneskesynet ser individet som en fysisk-psykisk-sosial-åndelig enhet hvor kropp, sjel og ånd er integrert, og i stadig interaksjon med hverandre. Flere studier viser at sykepleie-pasient-interaksjon har mye innflytelse på pasientens opplevelse av mening og håp (ibid).

4.2.1 Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon er et latinsk ord, *communicare* som betyr å gjøre noe felles. I andre ord kan kommunikasjon defineres som utveksling av verbale og non verbale tegn og signaler mellom to eller flere personer. Det å formidle sine tanker ved hjelp av ord og handlinger eller kombinasjon av begge er en måte man kommunisere på. Ved kommunikasjon kan man deler kunnskap, tanker, følelser meninger og opplevelse (Eide & Eide, 2017).

Mellommenneskelig kommunikasjon kan deles inn i verbal og non verbal kommunikasjon. Ved verbale kommunikasjon menes det at innholdet blir formidlet med ord, ordene som sies, språklig enten om det er tale eller skrift. Non verbal kommunikasjon er alt som ikke språklig, kommunikasjon uten å si ord som kroppsspråket, ansiktsuttrykk, øyekontakt, tonefall, berøring, stress og smil. Når man kommuniserer må både verbal og non verbal kommunikasjon samsvare med hverandre med tanke på å få fram budskapet på best måte. For sykepleier er kommunikasjon et kjernetema og et viktig verktøy. Da er det viktig at vi som sykepleier har en profesjonell kommunikasjon med pasienter og pårørende og den skal være hjelpende. I tillegg skal kommunikasjon bygge relasjoner og fremme helse til pasientene. I en profesjonell role skal kommunikasjonen være gjennomtenkt og hensiktsmessig (Eide & Eide, 2017)

4.2.2 Interkulturell kommunikasjon.

Få å få fram forståelse og når budskapet er det ikke bare non verbal eller verbal kommunikasjon de eneste formene å bli forstått på. Ofte oppstår det utfordringer om gjensidig forståelse ved kommunikasjon som går på tvers av språk og kultur. For å kommunisere optimalt og best måte trenger det kulturell kompetanse og en forutsetning

som er felles med den andre person. Det gir en felles plattform for tolkning av kommunikasjonen. Det kan være utfordrende og krevende å få til en god kommunikasjon mellom mennesker som har helt ulike språk, kultur og synspunkt. (Eide & Eide, 2017). Misforståelse kan oppstå lettere når det fører til at pasienten ikke forstår det som blir sagt som kan hindre utviklingen av trygghet og tillit til sykepleier. Dette kan føre til store konsekvenser som kan forårsake problemer med samarbeid og valg av behandling videre i forløpet. utfordringer med sviktende kommunikasjon kan påvirke pleien og dårlig sykepleie-pasient-relasjon (Kristoffersen, 2017)

Språk er et grunnleggende verktøy i kommunikasjon som kan påvirke evnen til å uttrykke seg selv og omgivelse en finner rundt seg. Svikten kan også påvirke personens selvfølelse, selvforståelse og tilhørighetsopplevelse. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient blir på et lavt nivå og kan resultere i skam og usikkerhet hos pasienten. Dermed er det viktig at sykepleier gi muligheten for pasienten kommunisere på sitt eget språk (Magelsen, 2008).

4.2.3 Bruk av tolk

For å redusere angst er det viktig at vi som sykepleier hjelper pasienten til å føle seg trygg både gjennom samtale og over situasjoner pasienten opplever. Tolksamtale legger til rette for at pasienten skal kunne kommunisere på sitt eget språk. Bruk av profesjonell tolk åpner muligheten for pasienten til å uttrykke seg mer presist og tydelig. Det er også med å kvalitetssikre helsearbeidet sykepleieren utfører. Å bruke tolk er ikke minst viktig i avdelinger der det brukes mye tekniske utstyr som pasienten er ukjent med, det kan være engstelig for pasienten da de mangler de språklige ferdigheter for å be om forklaring og spørre de som de lurer på (Kristoffersen, 2017). Helsepersonell skal tilrettelegge informasjon i henhold til mottakerens forutsetninger, tatt i betraktning språklig, kulturell og erfaringsbakgrunn (Pasient og brukerrettighetsloven , (2011),§3-2).

Det kan resultere i diskriminering hvis det hindres en innvandrerpatient å mota informasjon på en slik måte at det kan likt oppfattes av alle parter. Tolkning kan bli gjennomført ved fremmøte, over telefon eller videosamtale. En profesjonell tolk skal være upartisk og stå sosialt og økonomisk uavhengig fra pasienten. Tolken må også ha kunnskap om den kulturelle settingen pasienten kommer fra og strengt underlagt taushetsplikt som sykepleieren (Kristoffersen, 2017)

Bruk av pårørende som tolk er ofte brukt i helsetjenesten, da det kan være hensiktsmessig i gitte situasjoner. Dette kan ha uheldig konsekvenser. Selv om mange pårørende har gode norsk ferdigheter og kunnskaper, så er det ingen garanti for sykepleieren at tolken er kvalifisert nok. I enkelte situasjoner kan pårørende være emosjonelt, og da kan pårørende som tolker unnlate eller forandre både meninger og budskapet under påvirkninger av følelser og tolkning blir ikke nøytral slik en profesjonell tolk ville ha utført samtalen. Bruk av tolk er med på å gyldiggjøre morsmålet til innvandrerene. Ofte resulterer mangelen på språklig kommunikasjon i at pasienten føler seg skam. (Magelssen,2008)

4.2.4 Trygghet og tillit

Trygghet og tillit er to sentrale begrep i min problemstilling og jeg vil derfor nevne kort og hva det innebærer å føle seg trygg.

Trygghet er et vanskelig begrep å definere siden det er individuelt hva vi legger dette ordet og vår bakgrunn påvirker hva det betyr for oss. Ved å definere trygghet er det fare for å ekskludere menneskers oppfatning av fenomenet. Det å være trygg på seg selv kan beskrives som å våge, å mestre, å kunne erkjenne svakheter, å stole på seg selv, å vite en vil og kunne hevde seg overfor andre. Trygghet er ofte noe som oppstår i relasjoner med andre mennesker (Kristoffersen, 2017).

Når sykepleier viser pasienten tillit innebærer å gi fra seg makt, slippe kontrollen og ta risiko. Tillit er grunnleggende i mellommenneskelig kommunikasjon med hverandre. Ifølge yrkesetiske retningslinjer innebærer tillit at person som søker hjelp vil lettere kunne vise mer av sin sårbarhet situasjon til helsepersonell enn pasienten vill gjort overfor en annen person. Når pasienten viser tillit til sykepleier er det bakgrunn av en antagelse om at de vil få den hjelpen de trenger (Eide & Eide, 2017)

Psykologen Abraham Maslow (1970) beskriver at trygghet er et grunnleggende behov. Maslow utarbeidet en hierarkisk pyramide over menneskers behov. Trygghet og sikkerhet omtales som primære behov i Maslows teori. Behovspyramiden viser hvor viktig og grunnleggende behovet for trygghet er. (ibid)

Sykepleieteoretiker Virginia Henderson belyser hvor viktig mennesker har behovet som trygghet. Henderson mener personer dekker sine behov på selvstendig måte ut fra sin kulturelle og sosial bakgrunn, hvis de har tilstrekkelig vilje, krefter og kunnskap til dette. Sykepleier har ansvar for å støtte og hjelpe pasienten til å dekke grunnleggende behov når vedkommende ikke har ressurser til å klare seg selv (Kristoffersen, 2017)

4.3 Kunnskapsbasert praksis

Å utøve kunnskapsbasert sykepleier er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap samt pasientens ønsker og behov i den aktuelle situasjonen. Ved forskningsbasert kunnskap vil det si at sykepleier anvender oppdatert og best tilgjengelig kunnskap som er kritisk vurdert. Ved erfaringsbasert vil det si at kunnskaper som er knyttet til konkrete situasjoner. Denne kunnskapen blir utviklet gjennom systematisk og kritisk refleksjon over ens egne erfaringer som sykepleier. Ved brukerkunnskap omfatter hensynet til pasientens verdier, ønsker og behov (Kristoffersen 2017)

Sykepleiekunnskap kan deles inn i teoretisk, praktisk og etisk kunnskap og erfaringskunnskap. Teoretisk kunnskap utgjør fundamentet. Grunnlaget for hvordan og hvorfor sykepleiere skal utøve sitt fag. Praktisk kunnskap er å beherske teknikker, metoder og fremgangsmåter som er relevante for sykepleie og som tilpasser de ulike

pasientsituasjonene. Etiske kunnskap innebærer å integrere sykepleiefagets verdigrunnlag, slik at det viser seg i handlinger og holdninger. Etisk kunnskap handler om hvordan sykepleier bedømmer situasjoner og dermed handler moralsk riktig. (NSF, 2019)



Figur 1: Modell for kunnskapsbasert praksis (Nortvedt, 2007)

4.4 Sykepleieteori

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Joyce Travelbee da hun legger stor vekt på det mellommenneskelige. Joyce Travelbee er opptatt av menneske som individ og den menneske-til-menneske-forhold. Travelbee mener at man skal ikke beskrive eller kategorisere pasienten som den syke og hjelpetrengende. Travelbee belyser at når man fokuserer seg på det mellom-menneskelig forholdet kan sykepleier hjelpe pasienten med å mestre sykdommen, forebygge lidelse, finne mening og gi håpe (Kristoffersen,2017)

4.4.1 Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold i sykepleie

Joyce Travelbee sier at sykepleiers mål og hensikt kan nåes gjennom etablering av et virkelig menneske-til-menneske forhold. Sykepleier teoretikeren har blitt inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi og mener at det å ha roller dekker over de spesielle trekkene og kjennetegn individ ha og Travelbee tar sterk avstand fra generalisering. Det forholdet mellom sykepleier og pasienten kalles hun for interaksjonsprosess (Kristoffersen,2017)

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom, lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene» Travelbee (2001:29)

Et menneske-til-menneske-forhold etableres i følge av Travelbee gjennom en interaksjonsprosess som har flere fase.

Den første fasen er det innledende møte mellom sykepleier og pasienten som kjennetegnes ved at de ikke kjenner hverandre. Her forholder sykepleieren seg til pasienten som en annen pasient, mens pasienten også forholder seg til sykepleieren ut fra sine forventninger til sykepleieren generelt. I det innledende møte får begge parter et førsteinntrykk av hverandre som personer, basert på observasjoner av den andres væremåte, samt vurdering av handlinger og språk (Kristoffersen, 2017).

I den andre fasen av er det fremveksten av identitet, og der begynner sykepleier og pasienten å etablere et kontaktforhold, kjenner hverandre og forstår hverandre. Som betyr at det blir en gjensidig forståelse mellom sykepleieren og pasienten.

Empati er den tredje fasen i etablering av menneske-til-menneske-forhold. Travelbee definerer empati som «den evnen til å trenge inn i eller ta del i og forstår den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da» Empati er en intellektuell prosess som ikke er avhengig av om en liker vedkommende eller ikke. I følge av Travelbee er empati ikke en kontinuerlig prosess, men noe som kan oppleves i enkeltsituasjoner. Når sykepleier i enkeltsituasjoner har empati for pasienter, utvikler nærhet og kontakt med hverandre. Den opplevelse av nærhet fører til at pasienten lettere kan åpne seg til sykepleieren og har tillit for vedkommende. (Kristoffersen, 2017)

Den neste siste fasen er sympati og medfølelse som er et resultat av empati. Mens empati i følge av Travelbee en nøytral forståelse, som ikke er knyttet til handling eller til et ønske om å gjøre noen, er sympati avhengig av et ønske om å hjelpe pasienten. Når sykepleier uttrykker sympati for pasienten, betyr det at man er engasjert i pasienten som person og bryr seg om hvordan hun har det, og den opplevelse av sympati påvirker pasienten både psykisk og fysisk. I mange situasjoner vil den opplevelsen av sykepleierens sympati og støtte gjøre pasienten bedre og i stand til å mestre sin situasjon. (Kristoffersen, 2017)

Den siste fasen i etablering av et menneske-til-menneske-forhold er gjensidig forståelse og nærhet. Denne fasen er et resultat av det som har skjedd gjennom tidligere fasen som innledende møte, fremvekst av identitet empati og sympati. Når sykepleieren på denne punktet har utviklet en nær kontakt med pasienten betyr det egentlig at sykepleieren både har et rent ønske om å hjelpe pasienten og har kunnskap og ferdigheter som skal til at sykepleietiltak kan iverksettes i samsvar med pasientens behov. Travelbee mener at alle menneske er unike og det viktigste å finne en profesjonell praksis er å få et menneske-til-menneske-forhold. (Kristoffersen,2017).

Travelbee utarbeidet fem systematisk tilnærming punkter som sykepleier kan benytte sine kunnskaper og innsikt for å finne fram pasientens behov og hvordan de kan møtes på beste måte. Følgende er de punktene:

-Observasjon og kartlegging av pasientens behov

-Bekreftet eller avkreftet sine antakelser om hvile behov pasienten har

-Vurderer sin egen mulighet for å møte pasientens behov eller henvises til andre helsearbeidere

-Planlegge hvordan pasientens behov skal ivaretas, som omfatter metode, tidspunkt og alternative måter

-Evaluere om pasientens behov er ivaretatt helt eller delvis (ibid)

5.0 Drøfting

I denne delen skal jeg diskutere hvordan sykepleier kan skape en helsefremmende interaksjon med kvinner som er omskåret slik at de kan oppleve tillit og trygget under innleggelse ved gynekologisk avdeling. Her skal jeg anvende både teori, aktuelle forskningsartikler og egne erfaringer fra praksisstudier ved gynekologisk avdeling. Forskninger har vist at det er behov for økende kompetanse om tema kjønnslemlestelse blant sykepleier og andre helse personell i møte med kvinner som er omskåret slik at vi kan fremme god helsefremmende interaksjon som blir hjørnestein for å bygge god relasjon, skape tillit og trygghet. Men hvordan kan vi som sykepleier møte kvinner og ivareta dem på den beste måte?

5.1 Helsefremmende sykepleier-pasient-interaksjon

I denne delen skal jeg diskutere hvordan sykepleier kan skape helsefremmende interaksjon med kvinner som er omskåret slik at de kan oppleve tillit og trygghet.

5.1.1 Det innledende møte mellom sykepleier og kvinner ved gynekologisk avdeling

Det første møte mellom sykepleier og pasient er nødvendig og har mye betydning for hvordan forholdet videre i behandling skal bli og gjennomføres (Kristoffersen, 2017). Først og fremst er det viktig at sykepleieren planlegger og forbereder seg ganske godt til den første møte med kvinnen. For at sykepleier kan bli godt kjent med pasienten er det nødvendig med datasamling, og det kan være fra tidligere lege og sykepleier journal og fra pasienten selv. Ved datasamling bør sykepleier har stort fokus om kulturell datasamling da pasienten er ikke norsk og har annen kulturell bakgrunn. Kulturell datasamling innebærer informasjon om religion, livssyn og tro samt generell pasient informasjon. Datasamling bidrar til at sykepleier blir i stand til å kartlegge kvinnens behov for sykepleie og har mer helhetlig forståelse om pasienten.

Videre er det nyttig at sykepleier får endel opplysninger om familien og hvem som anses som nærmest pårørende slik at de kan bli involvert i kvinnes behandling under innleggelsen. (Kristoffersen, 2017). Etter mine erfaringer og observasjoner fra praksisstudie på gynekologisk avdeling var det ofte lite som ble spurt i møte med kulturdatasamling når det gjelder kvinner med innvandrerbakgrunn da sykepleiere

benytte en generell må for datasamling. Og det vil si at noen sensitive og nødvendige informasjonen blir ikke hentet. De kvinner som kommer til avdeling har en forventning til sykepleier at de blir spurt for innhenting av data.

Travelbees teori om menneske til menneske forhold belyser at sykepleier og pasient skal møtes som menneske. I følge av Travelbee er hvert menneske unik og viktig at sykepleiere har hovedfokus på hvor unik kvinnen er og den inneliggende egenskaper kvinner har. I tillegg er det viktig at både sykepleieren og kvinnen møter hverandre med respekt og integritet (Travelbee, 2001).

Mbanya, Gele, Diaz & Kumar (2018) skriver at mønstre som kvinner benytte for å oppsøke helsehjelp kan enten forsterke hvis de blir møt med omsorg og respekt eller minske hvis kvinnene føler seg flaut over tilstanden deres, sjenert, anspent og manglende av omsorg. Kjønnsllestelse har vært praktisert i tusen år og er derfor viktig at sykepleieren reflekterer for å få en bedre forståelse for pasientens kultur, som er en forventning for kvinnen hun skal kartlegge og tilrettelegge pleier for.

I tillegg er det viktig at sykepleieren tar hensyn til hvor og hvordan den innledende møte skal gjennomføres. Sykepleier må pass på at møtested er behagelig og mer imøtekommende for kvinnen og personvern må også ivaretas. Kimani, Kabiru, Muteshi & Guyo (2020) skriver at i forbindelser med stigma opplevde kvinner at samhandling med helsepersonell ble sviktet på grunn av manglende på personvern og konfidensialitet i de helsetjenesten. Derfor er det viktig at sykepleier viser respekt og taushetsplikt i samhandling til kvinnen.

Haugan & Rannestad skriver at helsefremmende interaksjon innebærer at sykepleieren engasjerer og involverer seg i relasjon til pasienten som en unik person. Derfor er viktig at sykepleieren anerkjenner kvinnen som hun har og ikke bare som pasient med symptomer og diagnoser. Kvinnen er i sårbar situasjon og er derfor sykepleieren som har hovedansvar for å vise kvinnen omsorg og tilstedeværelse. Sykepleieren må vise holistisk tilnærming til kvinnen og blir tatt på alvor som kan føre til å fremme kvinnens helse og velvære. I møte med kvinner som er omskåret er det viktig at vi som sykepleier bli godt kjent med kvinnen og ikke bare deres helsetilstander. Siden kvinnen kommer fra et helt annen kultur og bakgrunn er det viktig at sykepleier kartlegger kvinnens ønsker og behov og verdier. Ut fra dette kan sykepleieren blir i stand for å utføre sykepleietiltak i samarbeid med kvinnen.

5.1.2 Framvekst av identiteter mellom sykepleier og kvinnen

I følge av Travelbee er kommunikasjon et viktig verktøy for sykepleieren slik at hun blir i stand til å ytre sykepleie og etablering av mellommenneskelig forhold med pasienten (Travelbee, 2001) Gjennom kommunikasjon kan sykepleieren utvikle en nært kontakt og bånd med kvinnen. Travelbee i sin teori viser å være imot roller, men har menneske i sentrum. Videre skriver Travelbee et rollen definerer ikke mennesket, derfor skal man gå bort fra rollen og istedet bli godt kjent med hverandre, selve identitet, og deres unike kvalitet som et menneske (ibid). I møte med kvinne på avdeling har vi som sykepleier hovedansvar for å presentere oss med navnet og hvilken roll vi har i avdelingen. Da blir lettere for kvinnen hvem hun kan henvise seg til i tilfeller det er noen hun trenger eller lurer på om.

Jeg har valgt å benytte Travelbees menneske- til menneske forhold for å skape relasjon mellom sykepleieren og kvinnen. Den roller er viktig da det bidrar til å fordele arbeid og hensikt til menneskene som er involvert i en situasjon hvor de må samarbeid. Det viser balanse mellom den sykepleierrollen og det med menneskelig for å gi sykepleie. Den

menneske til menneske relasjon som Travelbee påpeker var for at sykepleieren kan bruke seg selv terapeutisk i møte med pasienten. Framvekst av identiteter gjør det lettere og forholder seg til menneske når man vet hvem de er og hvem de representerer. Det er viktig at vi som sykepleier forstår det som pasienten formidler både verbalt og nonverbalt slik at vi kan bruke denne informasjonen til å planlegge og iverksette sykepleietiltak. Gjennom kommunikasjon og relasjonsbygging kan sykepleieren bli godt kjent med pasienten og skaper tillit med hverandre. I tillegg kan vi lettere se behov til pasienten, planlegge og utføre sykepleie i tråd med pasientens lidelse. Sykepleieren har ansvar for å gi adekvat og tilstrekkelig informasjon til kvinnen om hvordan oppholdet i avdelingen vil være, de ulike rutiner og hvordan kvinner kan forholder seg til den nye omgivelsen (Eide & Eide 2017).

Når sykepleieren bli godt kjent med kvinnen med tanke på personlig bakgrunn, kunnskaper, holdninger og verdier får vi en bedre forståelse i motsetninger mellom sykepleierens egne og kvinnens forventninger og tanker som bidrar til at det blir en gjensidig forståelse mellom sykepleier og kvinnen. (Kristoffersen, 2017)

5.1.3 Empati og sympati til kvinner som skal fremme helsefremmende interaksjon

I følge av Travelbee er empati en grunnleggende egenskap for å skape en god relasjon, noe som igjen er nødvendig for at pasienten skal føle seg trygg. Videre sier Travelbee at forutsetningen for å kunne føle empati er å ha kunnskap om pasientens bakgrunn. I møte med pasienten med ulike kulturelle utgangspunkt skal vi som sykepleier være kultursensitiv og kunne se hva både sykepleier og pasienten har til felles, og ikke nødvendig å fokusere på ulikhetene.

Travelbee skriver at likhet er absolutt nødvendig for å kunne føler empati for pasienten. I denne situasjon kan det bli vanskelig for sykepleieren å sette seg nøyaktig i handlingen som den omskåret kvinne finner seg i. Sykepleieren kan vise empati ved å vise forståelse til kvinnen. Kjønnsllestelse praktiseres ikke i Norge og derfor er stor sjansen at sykepleier som møte kvinner har ingen opplevelse om hvordan det føles som å bli utsatt til den ritualet. Men her kan sykepleier trekke i den smerteopplevelse som vi alle mennesker har opplevde på en vist måte. Videre beskriver Travelbee i sin teori at det er vanskelig for mennesker å forstå noen som vi ikke kjenner til eller har erfart selv (Kristoffersen,2017). Dette forklarer hvor nødvendig det er å ha forståelse for kvinner som er omskåret og setter seg i hennes situasjon.

Vissandje, Denetto, Migliardi & Proctor (2014) skriver kvinnelig omskjæring praktiseres på grunn av tradisjon, kultur og religiøse grunner. Derfor er det viktig at sykepleier har en forståelse om hvorfor det praktiseres slik at de bli i stand for å vise empati i møte med kvinnen.

Sympati og medfølelser kan blir aktuelt når sykepleieren og kvinnen utvikler det mellommenneskelige forholdet deres fra empatifasen. Her ønsker sykepleieren og utarbeid et tiltak for problemet. Sykepleieren viser bekymringer og ønsker å hjelpe kvinnen slik at hun kan fremme helse og velvære. I denne fasen krever at sykepleieren

gjør en handling Når sykepleieren viser sympati og medfølelse for kvinnen (Travelbee, 2001)

5.2 Tillit og trygghet som mål for helsefremmende interaksjon mellom sykepleier og kvinner

Dinc & Gastmans (2013) påpeker at for at helsepersonell å utvikle tillit i møte med pasienten krevet det tid slik at det kan oppstå et tillitsfullt forhold. Når vi som sykepleier utvikler et mellommenneskelig forhold til kvinnen kan hun oppleve følelser av trygghet og tillit. Det er viktig og ser kvinnen som er person og ikke bare som pasient. Økende kompetanse har en stor betydning på den måte vi møte og ivaretar og kvinner som er omskåret. Dette kan igjen bidra at jeg som sykepleier blir i stand til å øke både opplevelser av tillit og trygghet.

Trygghet som nevnt i teoridelen er en av det viktigste menneskes grunnleggende behov og som oppstår i relasjoner mellom mennesker.

I følge av Kenward mfl. (2017) belyser det at mangel på informasjon og kommunikasjon bidro til pasientene følte seg utrygg. Her er det nødvendig at sykepleieren gir klar og tilstrekkelig informasjon til kvinnen. Alle prosedyrer og bruk av tekniske utstyr må forklares til pasienten før behandling, underveis og etter behandling. Da blir kvinnen godt forberedt og samtidig øker den opplevelser av tillit og trygghet. Ut ifra praksisobservasjon ved gynekologisk opplevde jeg at kvinnen som i tidligere i livet ble utsatt for vold ble godt informert om alle prosedyrer som skal gjennomføres og kartlegging av deres behov og ønsker. I motsetning til kvinnen som er omskåret ble det lite som ble sagt og noen ganger glemmer sykepleier for å spørre de kvinner som kommer fra landene som praktiserer kjønnslemlestelse hvis de har blitt omskåret eller ikke.

Etter mine erfaringer og praksis observasjoner mener jeg at gynekologisk undersøkelser er i seg selv en ubehagelig opplevelse og de fleste kvinner gruer seg ganske mye til dette. Kvinner kan være både nervøs og redd. For kvinner som er omskåret er det svært viktig at sykepleier forberede kvinner ganske godt og forklare, og gi adekvat informasjon underveis hva som skal gjøres. Å vise fram intimitet områder til andre er ofte ikke så lett særlig når det gjelder kvinner med annen kulturell bakgrunn. Derfor er det viktig at sykepleier ta tid til å bli kjent godt med kvinner da den kan bidra til oppbygging av tillit og følelser av trygghet

For å finne ut hva som trygger den aktuelle personen beskrives trygghet er det deres oppfatning som står i sentrum. Hva vi legger til trygghet og hva som trygger ulike personer kommer på hvem det gjelder da mennesker er ulike og den som fungerer for en person vil ikke alltid fungere for den andre (Magelssen 2008).

I møte med kvinner som er omskåret er det svært viktig med god dialog som kan bidra til å øke den trygghet følelsen og skape en god relation og tillit. Når pasienten opplever trygghet og tillit, da kan hun ikke holde tilbake informasjon i frykt for tolkens

synspunkter og meninger. Helsepersonells kunnskap på dette tema eller arbeidsområdet er mangelfull og har stort forbedringspotensial. Derfor har helsetilsynet utarbeidet et eget veiledende dokument for helsepersonell som omhandler omskjæring av kvinner (Hanssen 2000).

I følge av Kenward mfl. (2017) viser det at pasienter som oppfattet at helsepersonell var usikre, opptatt eller uklar bidra til at pasienten føler seg utrygg og manglende omsorg. Videre viser studien at når helsepersonell fremstår med åpnebarhet med tanker. I møte med kvinnen er det nødvendig at vi som sykepleiere skape en god relasjon og betydningsfull tillit og forståelse som kan bidra til en åpen dialog. Når sykepleieren og kvinnen kommer i fellesskapet kan det bidra til et positivt samarbeid.

Mbanya mfl. (2020) skriver at det er viktig at helsepersonell er respektfulle, ikke være dømmende og fordomsfri i møte med kvinner som er omskåret slik at det kan fremme et tillitsfullt forhold.

5.3 Kunnskapsbasert sykepleie for å fremme helsefremmende interaksjon

For å kunne praktisere kunnskapsbasert sykepleie er det svært nødvendig at jeg som sykepleier gir muligheten for å la pasienten medvirke. Bruker kunnskapen er en av tre essensielle elementer i den kunnskapsbaserte praksisen (Nortvedt mfl.2007).

Timoneda mfl. (2018) konkluderte i studien at Kjønnslēmlestelse eksisteres og viser en dyp mangel på kunnskap blant helsepersonell om de ulike type av kjønnslēmlestelse, hvilke land som praktiserer og holdninger og handlinger vi ytre i møte med pasientgrupper. tillegg er det viktig at vi som sykepleier anvende den forskningsbaserte kunnskap vi får gjennom grunnutdanningen i sykepleie. Som sykepleier kunne man utøver de ulike prosedyrer samt har gode naturvitenskapelige kunnskaper innenfor tema om kjønnslēmlestelse, både det kulturell, livssyn og tror som fører til at den praktiseres. Dette vil påvirke og øker sykepleiers kompetanse som igjen bidra til sykepleiers handlingsmåte og holdninger i møte med kvinner som er omskåret. Dette skal igjen bidra at sykepleier skape trygghet, tillit og god relasjon med pasienten. Dette henger også sammen med at vi som sykepleier er bevist på hvilke kompetanse og arbeidsområde vi befinner oss inn og har. Ved bruk av forskningsbasert kunnskap forsikrer meg for at det jeg utfører i forhold til pasienten er forsvarlig (Nortvedt mfl. 2007)

Når vi som sykepleier har økende kunnskap om dette temaet som er kjønnslēmlestelse blir det lettere for oss å møte disse pasientgrupper og som kan føre til at det reduserer kvinnens opplevelse av usikkerhet, følelsen av utrygghet og frykt av å bli stigmatisert. Det viser i flere artikuler at kvinner som er omskåret oppleve at det er manglende kunnskap om kjønnslēmlestelse hos helsepersonell noe som fører til fåtall kvinner som er omskåret søker helsehjelp (Vissandjee mfl. 2014, Timoneda mfl.2018, Mbanya mfl.2018, Terragni mfl. 2020)

5.4 Bruk av tolk for å skape helsefremmende interaksjon

Det er viktig at sykepleier kommuniserer med pasienten på en måte slik at det kan få frem budskapet på en best måte. Det finnes ulike måter man kommuniserer på. Siden oppgaven omhandler pasientgrupper med fremmedspråklige, har jeg fokus om kommunikasjon og derfor velger jeg hvordan sykepleier kan bruk av tolk bidrar til å øke den helsefremmende interaksjon. Som sykepleiere har vi ansvar for å legge til rette for god og effektiv kommunikasjon i møte med kvinnen som har annen språk enn norsk. Derfor har vi hovedansvar for å vurdere behovet for profesjonell tolk (Hanssen,2000).

I denne situasjon har både sykepleier og pasienten ulike språk og det kan lettere oppstå svikt i kommunikasjon som kan føre til misforståelse. I flere av forsknings artikler viser det at språkbarriere er en av de viktigste utfordringer kvinner opplever i møte med helsevesen (Mbanya mfl. 2018, Terragni mfl. 2020, Jordahl mfl. 2018, Kimani mfl.2020).

Jordal mfl. (2018) skriver at helsepersonell også klaget over vanskeligheten med språkbarrier i møte med kvinner som er omskåret og den førte til at kvinner får ikke den optimalt helsehjelp de trenger. Ved språkbarriere vil det påvirke samhandling i møte mellom sykepleieren og kvinnen, som misforståelse og usikkerhet. I tillegg til bruk av profesjonell tolk i møte med kvinnen kan vi som sykepleiere benytte andre hjelpemiddel som bilder, brosjyrer eller tegning. Den kan også øker tillit og trygghet følelser.

For at møte mellom sykepleier og pasienten kan oppnå sitt mål er det nødvendig at sykepleieren hjelper pasienten til å føle seg trygg både gjennom samtale og situasjoner som pasienten opplever. Gjennom datasamling blir sykepleier bevisst på den språk ferdigheter til pasient og da kan sykepleier ta vurdering om bruk av tolk. Tolksamtale legger til rette for at pasienten skal kunne kommunisere på eget språk som fremhever at viktig og nødvendig opplysninger blir formidlet. Det er viktig at sykepleier bruker profesjonell tolk slik at informasjon som blir gitt bli nøyaktig og forstått på best måte. Ved bruk av pårørende som tolk kan det føre til tilbake holdning av viktige opplysninger. Derfor er tolken et viktig verktøy i den helsefremmende interaksjon mellom sykepleier og pasienten.

6.0 Konklusjon

Målet med denne oppgaven er å øke kunnskap og holdninger blant sykepleier om kvinnelig omskjæring gjennom helsefremmende sykepleier-pasient interaksjon slik at pasienten kan oppleve trygghet og tillit under innleggelse ved gynekologisk avdeling.

Etter å ha jobbet med denne oppgaven med følgende problemstilling: «Hvordan kan sykepleier skape en helsefremmende interaksjon til kvinner som er omskåret slik at de kan oppleve tillit og trygghet under innleggelse ved gynekologisk avdeling?» har jeg prøvd å svare ved å se nærmere på mine kompetanse som innebærer både kunnskaper, ferdigheter og holdninger som sykepleier og hvordan den kan føre til å fremme god helse hos pasienten, skaper god relasjon samt oppbygging av tillit og følelser av trygghet. I tillegg har jeg vært bevist på de ulike faktorer som kan være utfordrende for sykepleier i møte med kvinner som er omskåret.

For at sykepleier kan skape helsefremmende interaksjon med kvinner som er omskåret har jeg tatt utgangspunkt i Travelbees teori som handler om etablering av mellommenneskelig forhold, ved å belyse hvordan sykepleiere kan fremme god helse ved den innledende møte, framvekst av identitet og roller, viser empati og sympati som kan føre til en gjensidig forståelse. Når sykepleieren etablerer et menneske til menneske forhold til pasienten blir det lettere for sykepleieren å skape tillit, åpen for dialog og øker den trygghetsopplevelsen til pasienten. I tillegg er det nødvendig at vi som sykepleier viser holistisk tilnærming til kvinnen ved å se kvinnen som en unik person og ikke bare som en pasient med diagnoser og symptomer.

Funnene av artiklene viser det at er manglende faglig kunnskap og erfaring blant helsepersonell om kjønnslemlestelse, noe som førte til at kvinnene følte seg utrykk samt frykt for stigma og fordømmelse. I oppgaven fremhever jeg det virkeligheten sykepleier bør tilegne seg kunnskap om kjønnslemlestelse, kultur og religiøse grunner som gjøre at den praktiseres. Manglende kunnskap om hvordan vi kan møte og ivaretar kvinner som er omskåret kan fører til svikt i prosedyrer som skal utføres, og er derfor viktig at utdanningssted inkludere dette i pensum og læringsutbytte samt retningslinjer for å sikre gode sykepleieutøvelser.

Videre viser funnene fra artiklene at noen faktorer som språkbarriere var annen grunn som hindre kvinner for å oppsøke helse hjelp. For å sikre god kommunikasjon og reduserer språkbarriere er det hensiktsmessig at det brukes en profesjonell tolk i samhandling med kvinnen som er omskåret for å for bedre forståelse og sikre god behandling og brukermedvirkning og i tillegg benytter den veiledning som er utarbeid for helsepersonell i møte med kvinner som er omskåret

God kommunikasjon er først og fremst et verktøy som fører til en tillitsfull relasjon mellom sykepleier og kvinner som er utsatt til omskjæring. Tillit er noen som skapes over lang tid og den er dynamiske, derfor er det viktig at vi som sykepleier bruker tid til å bli kjent godt med pasienten. Vi må gi pasienten tillit, være åpen, lojal, vise respekt, ta pasienten på alvor og vær oppmerksom på både verbal og nonverbal kommunikasjon og viser tilstedeværelse. Når vi som sykepleier møte kvinner med respekt og setter mye fokus på kulturell forståelse og trygghet og brukermedvirkning kan det redusere den opplevelse av skam og stigma.

Litteraturlist

Berg C.R & Denison E. (2013) A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of female Genital Mutilation/Cutting *Health Care for Women International* Doi: 10.1080/07399332.2012.721417 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3783896/>

Dalland, O. (2014) *Metode og oppgaveskriving for studenter: (5.utg)* Oslo: Gyldendal Norsk Akademisk

Dinc L. & Gastmans C. (2013) Trust in nurse-patient relationships *Nursing Ethics* URL: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0969733012468463?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

Eide, H. & Eide, T. (2017). Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Haugan G. & Rannestad T. (2017) Helsefremmende interaksjon i kommune - helsetjenesten (1 utg) Cappelen Damm

Hanssen, E. Lars (2000). Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/Veiledningsserien/veileder_helsepersonell_omskjaering_ik-2723.pdf/ Hentet 17.05.20

Håkonsen, Kjell Magne (2008). Innføring i psykologi. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jordal M. & Wahlberg A. (2018) Challenges in providing quality care for women with female genital cutting in Sweden *Sexual & Reproductive Healthcare* Vol.17 <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.07.002>

Kimani S., Kabiru W.C., Muteshi J. & Guyo J. (2020) Exploring barriers to seeking health care among Kenyan Somali women with female genital mutilation *International Health and Human Rights* Doi: 10.1186/s12914-020-0222-6 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6986153/>

Kenward L. Whiffin C. & Spalek B. (2017) Feeling unsafe in the healthcare setting: patients' perspectives *British Journal of Nursing*

Kristoffersen, N Jahren. Nordtvedt, F. & Skaug, E.A. (red.) (2017). Grunnleggende sykepleie, bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Kristoffersen, N Jahren. Nordtvedt, F. & Skaug, E.A. (red) (2017). Grunnleggende sykepleie, bind 3. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Mbanya N.V., Gele A.A, Diaz E & Kumar B. (2018) Health care-seeking patterns for female genital mutilation/cutting among young Somalis in Norway *Public Health*. Doi:

10.1186/s12889-01-5440-7

URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5907307/>

Magelssen, R (2008) *Kultursensitivitet*. Oslo Akribes AS 2.utgave .

Pasient og brukerrettighetsloven. (2011). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_3

Statistisk Sentralbyrå. Nøkkeltall for innvandring og innvandrere lokalisert : <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/oppdaterte-tall-om-innvandrere--42215> (Hentet 27.03.20)

Timoneda G.A., Ros R.V., Timoneda G.M.& Sanchez C.A (2018) Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia *Health Services Research* Doi:10.1186/s12913-018-3396-z URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6057065/>

Terragni L., Gele A.A., Diaz E. & Kumar N.B.(2020) Barriers to access to the Norwegian healthcare system among sub-Saharan African immigrant women exposed to female genital cutting Doi: 10.1371/journal.pone.0229770 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7080260/>

Talle, A., (2010). *Kulturens makt. Kvinnelig omskjæring som tradisjon og tabu*. 1.utg., 1. opplag. Oslo: Høyskoleforlaget AS – Norwegian Academic Press

Travelbee, J., (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* Oslo Gyldendal Norsk Forlag AS

Utne, M (2003). *Omskjæring av kvinner i eit norsk helseperspektiv* :<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/omskjering-av-kvinner-i-eit-norsk-helseperspektiv>

Vissandjee B., Denetto M., Migliardi P. & Proctor J. (2013) Female genital cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences *International Health and Human Rights* Doi:10.1186/1472-698X-14-13 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4012131/>

