



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY301813 Sykepleie VI - del 2

Hvordan erfarer den kjønnslemlestedede kvinnen møtet med vestlig helsevesen?

10075 og 10039

Totalt antall sider inkludert forsiden: 49

Innlevert Ålesund, 20.05.2017

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Rigmor Hammer

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13](#)/[Fvl. §13](#))

Dato: 20.05.2017

Antall ord: 8593

Sammendrag

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med studien er å belyse hvordan kjønnslemlestedede kvinner erfarer sitt møte med vestlige helsevesen. Dette for å tilegne oss kunnskap om en pasientgruppe som vi opplever har vært lite belyst gjennom studiet og som vi ønsker å få ytterligere kjennskap til.

Metode: Et systematisk litteratursøk bestående av 8 kvalitative forskningsartikler i pasientperspektiv. Alle omhandler kjønnslemlestedede kvinner og deres møte med vestlig helsevesen.

Hovedfunn: Kvinnene setter pris på vestlig helsevesens hygieniske prinsipper og ressurser. De opplever dessverre møtet noen ganger som krenkende overfor dem som menneske, deres kultur og deres religion. Kommunikasjon er utfordrende og de ulike kommunikasjonsutfordringen resulterer i ulik belastning for kvinnene. Sykepleiere har en rolle som en betryggende faktor og ivaretagelse av god omsorg, og må dermed mestre situasjonene istedenfor å unngå dem.

Konklusjon: Kjønnslemlestedede kvinner har både positive og negative erfaringer i møte med vestlig helsevesen. Kulturell utrygghet eksisterer fortsatt i våres helseforetak, og det må bevisstgjøres slik at det blir gjort tiltak. Kunnskapsheving om kjønnslemlestelse, kultur, språkbarrierer og tolkebruk vil være mulige tiltak å se nærmere på.

Nøkkelord: Kjønnslemlestelse, omskjæring, kvinner, erfaring, vestlig helsevesen.

Abstract

Purpose: The purpose of the study is to elucidate how gender-matured women experience their meeting with Western health care. This to acquire knowledge of a patient group that we experience has been slightly illuminated throughout the education and as we wish to gain further knowledge.

Method: A systematic literature search consisting of 8 qualitative research articles from the patient perspective. Every article deals with circumcised women and their encounter with Western health care.

Main findings: Women appreciate Western Health's hygiene principles and resources. They unfortunately experience the encounter sometimes as offensive to them as human beings, their culture and their religion. Communication is challenging and the different communication challenges result in different strains for the women. Nurses have a role as a reassuring factor and taking care of good care, thus mastering the situation instead of avoiding them.

Conclusion: The women had both positive and negative experiences in the encounter with western health care. Cultural insecurity still exists in our health care system, and it has to be addressed so that action is taken. Raising knowledge about female genital mutilation, culture, language barriers and interpretation will be possible measures to look into.

Keywords: genital mutilation, female genital cutting, circumcision, women, experience, western health care.

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Studiens hensikt	1
1.3 Problemstilling	2
1.4 Begrepsavklaring.....	2
1.5 Avgrensninger.....	3
1.6 Oppgavens oppbygning.....	3
2. Teori	4
2.1 Kommunikasjon	4
2.2 Kulturell trygghet	5
2.3 Kunnskapsbasert praksis	6
3. Metode	7
3.1 Inklusjonskriteriene.....	8
3.2 Ethiske vurdering	8
3.3 Søkehistorikk	8
3.3.1 CINAHL Complete	9
3.3.2 Science direct	9
3.3.3 OVID.....	9
3.3.4 PubMed	10
3.4 Kvalitetsvurdering.....	10
3.5 Analyse.....	11
4. Resultat	13
4.1 Trygghet	13
4.2 Personlig krenkelse og maktmisbruk	14
4.3 Manglende og varierende kunnskap om kjønnslemlestelse	15
4.4 Verbale kommunikasjonsutfordringer	16
5. Drøfting	17
5.1 Metodediskusjon	17
5.2 Resultatdiskusjon	18
5.2.1 Trygghet	18
5.2.2 Krenkelse og maktmisbruk	20
5.2.3 Manglende kunnskap om kjønnslemlestelse.....	23
5.2.4 Verbale kommunikasjonsutfordringer	25
6. Konklusjon	29
6.1 anbefaling for videre forskning.....	30
7. Litteraturliste	31
Vedlegg	1
Vedlegg 1: Litteratormatrise Berggren mfl. (2016)	1
Vedlegg 2: Litteratormatrise d'Entremont mfl. (2014).....	2
Vedlegg 3: Litteratormatrise Khaja mfl. (2010)	3
Vedlegg 4: Litteratormatrise Lundberg og Gereziher (2008)	4
Vedlegg 5: Litteratormatrise Moxey og Jones (2016)	5
Vedlegg 6: Litteratormatrise Upvall mfl. (2009)	6
Vedlegg 7: Litteratormatrise Vangen mfl. (2004).....	7
Vedlegg 8: Litteratormatrise Vloeberghs mfl. (2012).....	8

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Migrasjon til Norge har vært raskt økende de siste årene, og det tyder på at denne trenden vil fortsette (Brunborg 2013). Statistisk Sentralbyrå (2017) viser til at det er bosatt 884 000 mennesker med innvandringsbakgrunn i Norge. Relatert til økende migrasjon møter fødselshjelpere en økende mengde kjønnslemlestedede kvinner. I Norge er det estimert at det bor 10 000 kvinner som er kjønnslemlestet, dette inkluderer da ikke kvinner som er asylsøkere, flyktninger og eventuelt illegale innvandrere (Flo mfl. 2014). World Health Organization (WHO) (2008) viser til at det på verdensbasis trolig er mellom 100 og 140 millioner kjønnslemlestedede jenter/kvinner, og det er dokumentert forekomst i 28 ulike land i Afrika, samt i noen få land i Asia og Midtøsten. De omtaler kjønnslemlestelse som brudd på menneskerettighetene og arbeider for eliminasjon av kjønnslemlestelse. Ytterligere viser de til helsepersonell som sentrale aktører i forbindelse med forebygging av kjønnslemlestelse. I Norge er kjønnslemlestelse ulovlig og straffes etter § 284 eller 285 i Straffeloven (2005).

I Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring (Statens Helsetilsyn 2000), vises det til at det er for lite kunnskap om hvordan kjønnslemlestedede kvinner opplever møtet med det norske helsevesenet samt at det er manglende kunnskap fra helsepersonells side om hvordan denne pasientgruppen skal ivaretas. Sykepleiere trenger mer kunnskap om kvinnelig kjønnslemlestelse. Tilgangen på kunnskap er begrenset, og nærmest fraværende i pensumlitteraturen i sykepleiestudiet. Av den litteraturen som er tilgjengelig, er lite rettet mot utøvelse av sykepleie (Utne 2009).

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med studien er å belyse hvordan kjønnslemlestedede kvinner erfarer sitt møte med vestlige helsevesen. Dette for å tilegne oss kunnskap om en pasientgruppe som vi opplever har vært lite belyst gjennom studiet og som vi ønsker å få ytterligere kjennskap til. Videre slik at man som helsepersonell, basert på kvinnenens egne opplevelser, kan få anbefalinger

til hvordan man kan møte disse kvinnene på en hensiktsmessig måte, da grunnlaget for sykepleieutøvelse i henhold til Kim (2007) er pasienters erfaring.

1.3 Problemstilling

«Hvordan erfarer den kjønnslemlestedede kvinnen møtet med vestlig helsevesen?»

1.4 Begrepsavklaring

Erfaring er en fellesbetegnelse på informasjon individet erverver gjennom sansning og handling. Aristoteles teori er at først mange erindringer skaper basis for en erfaring som deretter gir ferdigheter (Store Norske Leksikon 2011)

Kjønnslemlestelse defineres av WHO (2008) som alle inngrep som uten medisinsk begrunnelse innebærer fullstendig eller delvis fjerning av ytre deler av kvinners kjønnsorgan eller andre former for skader på kjønnsorganet.

Kjønnslemlestelse deles inn i fire kategorier:

- Type 1: Klitoridektomi - innebærer total eller delvis fjerning av klitorishodet.
- Type 2: Eksisjon - innebærer total eller delvis fjerning av klitorishodet og indre kjønnslepper/labia minora, med eller uten kutting i ytre kjønnslepper/labia majora.
- Type 3: Infibulasjon - innebærer kutting av labia minora og/eller labia majora, og sammensynging av dem slik at vaginalåpningen innsnevres. Infibulasjon kan være med eller uten fjerning av klitorishodet.
- Type 4: Andre former for skadelige, ikke-medisinske, prosedyrer mot det kvinnelige kjønnsorganet, som for eksempel prikking, skraping, brenning og lignende (WHO 2008).

Gjennom oppgaven vil begrepene omskjæring og kjønnslemlestelse bli brukt om hverandre. Ved gjengivelser fra aktuelle forskningsartikler vil vi benytte det begrepet de benytter, men ved fremlegging av våre funn vil begrepet kjønnslemlestelse konsekvent bli brukt for å demonstrere alvorlighetsgraden av inngrepet.

Vestlig helsevesen referer til landene i Vest-Europa, Nord-Amerika og Oseania (Høydahl 2008).

1.5 Avgrensninger

Oppgaven avgrenses til kjønnslemlesting av kvinner. Studiedeltakerne er 1.generasjons innvandrere. Dette innebærer at de er født i et annet land og i en annen kultur, for så å ha emigrert til et vestlig land (Hanssen 2005).

Møtet med helsevesenet vil begrense seg til arenaer hvor temaet kjønnslemlestelse, og hva det har av betydning for kvinnenens livsutfoldelse, er en naturlig faktor. Eksempelvis ved gynekologiske undersøkelser, gjennom svangerskap og fødsel - situasjoner hvor kvinnens underliv vil undersøkes og være tema i en konsultasjon.

1.6 Oppgavens oppbygning

Først vil relevant teori presenteres, deretter vår metode og analyse. Metodekapittelet vil forklare trinnvis vår søkehistorikk gjennom relevante databaser. Hvilke artikler som ble inkludert i oppgaven, og hvordan de ble analysert i søket etter nøkkelfunn. Resultatet av analysen vil deretter presenteres i en sammenfatning i kapittel 4. Her vil de store linjene bli kategorisert, før vi i kapittel 5 drøfter funnene opp mot relevant teori og belyser hvilke konsekvenser funnene har for sykepleiepraksis. Dette munner til slutt ut i en konklusjon som presenteres avslutningsvis.

2. Teori

2.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan defineres som “utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter” (Eide og Eide 2007 s.17). Når man ser nonverbal og verbal kommunikasjon sammen, kan det virke kongruent eller inkongruent. Ved kongruens er det samsvar mellom det som sies verbalt, og det som uttrykkes nonverbal. Ved inkongruens indikere det verbale noe annet enn det nonverbale. I tilfeller hvor kommunikasjonen preges av inkongruens vil oftest det nonverbale kommunikasjon bli dominerende (Eide og Eide 2007).

Nonverbal kommunikasjon kommer til syne gjennom ansiktsuttrykk, stemmeklang/volum/tonfall, blikk, bevegelser, kroppsstillinger, intimsfære, fysisk berøring og kroppsspråk. Det er delvis tillært og delvis medfødt. Pupillereaksjon når en møtes noe av interesse er eksempel på medfødt. Vi har mindre grad av kontroll over den non-verbale enn det verbale, og formidler dermed oftere sannhet om hva vi tenker og føler nonverbalt. På tvers av kulturer kan den tillærte nonverbale kommunikasjonen variere og ha ulik betydning, og er dermed aktuelt for mistolking (Hanssen 2005).

Tolketjenesten er for mange en nødvendighet for å forstå- og bli forstått, og er en forutsetning for adekvat helsehjelp. Venner og familie bør ikke tolke. Tolk er et yrke med mulighet for statsautorisasjon. Det finnes ulike tolketjenester, eksempelvis telefontolk, fremmøtetolking og skjermtolking (Magelssen 2008) «Den offentlige part som skal ha samtale med den fremmedspråklige, har ansvaret for bestilling av tolk, når det anser at tolk er nødvendig for en forsvarlig kommunikasjon, eller når fremmedspråklige har anmodet dette» (Utlendingsdirektoratet 1994 s.2).

2.2 Kulturell trygghet

Irihapeti Ramsden har utviklet teorien om kulturell trygghet som følge av hennes engasjement for helsebehovene til minoritetsgrupper. Begrepet kultur refereres i teorien til dem som avviker fra den som yter helsehjelp i forhold til alder, generasjon, kjønn, seksuell orientering, yrke, sosioøkonomisk status, etnisk opprinnelse/migrasjonserfaring, religion og funksjonsnedsettelse (Papps og Ramsden 1996). Gjennom å benytte kultur som et utvidet begrep viser Ramsden til et menneskesyn basert på individualisme, og hensikten med dette er å gi pasienten mulighet til å opprettholde sitt kulturelle særpreg (Claus og Viken 2009).

Kulturell trygghet er et utdannende rammeverk som kan benyttes for å analysere maktforholdet mellom helsepersonell og deres pasienter (Ellison-Loschmann, 2003).

Utdanningsmessig består teorien av tre følgende trinn:

1. Kulturell bevissthet.
2. Kultursensitivitet.
3. Kulturell trygghet.

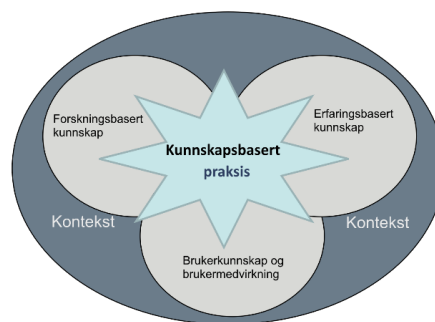
Kulturell bevissthet, omhandler at man som sykepleier er bevisst på at kulturforskjeller eksisterer, og at man som pasient og sykepleier kan være uenige basert på disse ulikhetene. Til tross for uenigheten blir pasienten tatt seriøst. Kultursensitivitet steget videre i prosessen, og i denne fasen står det sentralt at sykepleieren reflekterer over egen kulturell identitet. Denne refleksjonen skal munne ut i at sykepleieren blir mer sensitiv i møte med mennesker som er kulturelt differensiert i fra en selv. Denne sensitiviteten medfører at man i større grad respekterer ulikheter, men er ikke synonymt med at man aksepterer alle aktuelle skikker. Kulturell trygghet er målet med prosessen, og innebærer trygg helsehjelp for minoritetsgrupper. Hvorvidt man oppnår dette kan bare defineres av pasienten selv (Viken og Magelssen 2010).

Målet med kulturell trygghet er å kunne tilby pasienter fra minoritetsgrupper helsehjelp av god kvalitet gjennom å være bevisst på maktforholdet mellom pasient og sykepleier, samt på pasientens rettigheter (Papps og Ramsden 1996). Sentralt i teorien er at ansvaret for å skape trygghet i møte mellom pasient og sykepleier, ligger på sykepleieren. Ved å få en

relasjon preget av tillit, respekt og samhandling, vil sykepleier og pasienten kunne oppnå det Ramsden referer til som et “likeverdig partnerskap” (Viken og Magelssen 2010).

2.3 Kunnskapsbasert praksis

Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap samt pasientenes ønsker og behov i den aktuelle situasjonen. Forskningsbasert kunnskap vil si at sykepleier anvender oppdatert og best tilgjengelig kunnskap som er kritisk vurdert (Mikkelsen og Hage 2008)



(Jamtvedt 2003)

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 er tilpasset de ulike pasientsituasjonene. Etisk kunnskap innebærer å integrere sykepleiefagets verdigrunnlag, slik at det viser seg i handlinger og holdninger. Etisk kunnskap handler om hvordan sykepleiere bedømmer situasjoner og dermed handler moralsk riktig. Erfaringskunnskap handler om å anvende den teoretiske kunnskapen og om å bruke og å trene opp ferdigheter (Norsk sykepleierforbund).

3. Metode

Bacheloroppgaven er et systematisk litteratursøk som skal resultere i minimum 8 forskningsartiklar. Mulrow og Oxman (1997, referert i Forsberg og Wengström 2015, s 27) definerer systematisk litteraturstudie som “att den utgår frå en tydlig formulert spørsmål som besvaras systematisk gjennom att identifisere, vælge, v rdere og analysere relevant forskning.” Forsberg og Wengström (2015) og Evans (2002) ble benyttet i litteratursøket og analysen grunnet sterke anbefalinger fra fagansvarlig.

Forsberg og Wengströms (2015) 6 steg i utvelgelsesprosessen av forskningslitteratur er benyttet. Steg 1 består i å identifisere interesseområde og finne søkeordene, samt den konkrete problemstillingen. For å gjøre dette benyttet vi PICO-metoden, og laget en skjematisk fremstilling av dette. I denne metoden benyttes problemstillingen på en strukturert m te til å finne ulike søkestrategier, hvorav PICO står for pasient/populasjon, intervensjon, kontroll og utfall (Forsberg og Wengström 2015). PICO-metoden var nyttig for å isolere de bærende elementene, og bidro til at vi unngikk søkeord som vil bære preg av forutinntatthet fra vår side og farge søkeresultatet. Punkt C var ikke relevant for vår oppgave da vi ikke hadde til hensikt å sammenligne noe i vår studie, og vi benyttet derfor bare P, I og O.

P Hvem?	I Hva?	C Alternativer?	O Resultat/effekt?	
Female circumcision Female genital cutting Female genital mutilation Immigrants	The meeting with healthcare in western world Western health care Immigrants Immigration		Experience Feelings	OR
AND				

3.1 Inklusjonskriteriene

Steg 2 i Forsberg og Wengströms (2015) utvelgelsesprosess består av å bestemme kriterier, tidsperiode og språk. Vi satte følgende inklusjonskriterier:

- Publisert 2006-2017.
- Artikkelen skal følge IMRAD-struktur.
- Studien skal vært publisert i Academic Journals.
- Skandinavisk- eller engelskspråkelig.
- Kvalitativ retrospektive studie.
- Kvinnelige respondenter.
- Artikkelen skal være fagfellevurdert.

3.2 Etiske vurdering

Alle studiene skal være godkjent av etisk råd/komite. Ved gjennomgang av artikkelen fokuserte vi på at studienes respondenter skulle være aidentifiserte og andre opplysninger anonymisert. Respondentene skulle være informert om studiens hensikt og omfang, samt gitt sitt frivillig samtykke til å delta i forskningen (Forsberg og Wengström 2015).

3.3 Søkehistorikk

Steg 3 (Forsberg og Wengström 2015) er gjennomføring av søket i anvendbare databaser, Vi benyttet følgende anbefalte databaser for helsefag fra NTNUs intranett: Cinahl Complete, PubMed, Ovid Medline og Science direct. Disse på bakgrunn av samtale med bibliotekar ved universitetet som anbefalte disse i forbindelse med sykepleieforskning, de er nevnt i Forsberg og Wengström som gode databaser, samt gode erfaringer med bruk av samtlige av databasene ved tidligere skoleoppgaver. Søkeord fra PICO-skjemaet, i ulike kombinasjoner, ble utprøvd i SmarttextMode og phraseMode. I alle databasene ble det i utgangspunktet søkt ved ordene Female circumcision OR Female genital mutilation OR Female genital cutting AND immigration AND experience OR experiences. Immigration gav flere og mer relevante treff enn *western health care*.

Steg 5 og 6 i Forsberg og Wengströms (2016) utvelgelsesprosess består i finne relevante titler og lese abstrakt, for så å lese utvalgte studier i sin helhet for kvalitetsvurdering. Dette ble en kontinuerlig loop etter hvert som vi jobbet oss gjennom de ulike databasene. For hver database vi søkte i gikk vi gjennom overskriftene for å se om de indikerte aktualitet for vår tematikk. Etter å ha eliminert de som i tittelen avslørte helsepersonellperspektiv, at studiet var gjennomført i refugeecamps eller et ikke vestlig land og lignende gjennomgikk vi abstraktet. Virket det sammenfallende med våre inklusjonskriterier leste vi hele studiet.

3.3.1 CINAHL Complete

Først søkte vi med søkeordene female circumcision OR female genital mutilation OR Female genital cutting AND immigration OR western health care AND experience. Dette gav kun 9 treff. Bytte da ut immigration med western health care og fikk 6 treff, men ingen relevante studier. Ved å ta bort søkeordet experience, fikk vi 56 treff. Her ble tre studier tatt med videre:

- *Moxey og Jones (2016)*
- *Upvall mfl. (2009)*
- *Vloeberghs mfl. (2012)*

3.3.2 Science direct

Female circumcision OR female genital mutilation OR Female genital cutting AND immigration AND experience ga 58 treff. Etter eliminasjon av ikke relevante titler ble 4 sammenfatninger lest, men ingen var relevante for oppgaven. Tok så bort experience, men dette ga samme treff. Byttet så ut immigration med *western health care* og fikk da 299 treff, leser over alle titlene og en studie ble inkludert:

- *Berggren mfl. (2006)*

3.3.3 OVID

Female circumcision OR female genital mutilation OR Female genital cutting AND immigration AND experience OR experiences. Gav ingen treff som ikke alt var funnet i andre databaser.

3.3.4 PubMed

Søkte initialt på Female circumcision OR female genital mutilation OR Female genital cutting AND immigration AND experience OR experiences, men dette gav ingen relevante treff. Når immigration ble tatt bort fikk vi 44 treff. Titler og sammenfatninger ble lest, og følgende studier ble inkludert:

- *d'Entremont mfl. (2014)*
- *Lundberg og Gerezgiher (2008)*
- *Khaja mfl. (2010)*

Steg 4. Den siste artikkelen ble håndplukket fra litteraturlisten til *d'Entremont mfl. (2014)* da det ikke var mulig å oppdrive en artikkel nr.8 i våre søk i de ulike databasene. Studien av *Vangen mfl. (2004)* samsvarer ikke med inklusjonskriteriet vårt om å være publisert mellom 2006 og 2017, men ble inkludert ettersom den hadde norsk opphav, noe vi ikke hadde funnet tidligere, og dermed er mer adaptabel til vår praksis.

3.4 Kvalitetsvurdering

Artiklene ble lest flere ganger for å sikre at vi var innforstått med innholdet og dets betydning. Når artiklene ble skimlest den første gangen ble Forsberg og Wengström (2013) sjekklister for kvalitative forskningsartikler benyttet. Det vil si å kontrollere underveis om artikkelen svarer på en liste med 12 kontrollspørsmål. I korte trekk omhandler kontrollspørsmålene om hvor tydelig teorigrunnlag og metode er beskrevet inkl. gjennomføring, samt hvor høy reliabilitet og validitet studien har. I tillegg skal utgiver være refereebedømte med nivå 1 eller 2 i Register over Vitenskapelige Publiseringsskanaler (2016). Inklusjonskriteriene her er:

- Være identifiserbare med en 8-sifret kode som brukes til å identifisere aviser, tidsskrifter, tidsskrifter og tidsskrifter av alle slag og på alle medier og elektronisk (ISSN), samt være bekreftet av det internasjonale ISSN registeret.
- Ha en vitenskapelig redaksjon (eller tilsvarende) primært bestående av forskere ansatt ved forskningsinstitusjoner/enheter som utfører forskning.
- Ha rutiner for ekstern fagfellevurdering.
- Ha en nasjonal eller internasjonal forfatterkrets, dvs. at maksimalt 2/3 av forfatterne kan tilhøre en og samme institusjon.

3.5 Analyse

Å analysere innebærer å dele forskningsartiklene opp i mindre enheter for så å undersøke dem hver for seg, for så å finne sammenfallende resultater og sette sammen til en tekst. I kvalitativ forskning vil det si å kode teksten (Forsberg og Wengström 2015). I vårt tilfelle ut i fra vår problemstilling, kjønnslemlestedede kvinner erfaringer fra møtet med vestlig helsevesen. I analyse av artiklene ble Evans (2002) analyseprosess benyttet. Dette er en analyseprosess i fire trinn, hvorav trinn 1 er sammenfallende med den prosessen som er beskrevet ovenfor i kapittelet.

Trinn 2 er i henhold til Evans (2002) å identifisere ulike nøkkelfunn gjennom å lese artiklene gjentatte ganger for å utvikle en oversikt over innholdet samt omdanne de store resultatene til deres nøkkelkomponenter. I denne fasen valgte vi å lese artiklene hver for oss, slik vi ikke ble preget av hverandres oppfatning. Artiklene ble lest gjentatte ganger til vi hadde fått en helhetlig forståelse av innholdet. Gjennom å se etter gjentakende fenomener og enkeltaspekter som ble fremhevet som svært sentralt i hver enkelt artikkel fargekodet vi individuelt det vi anså som meningsbærende enheter.

Trinn 3 i Evans (2002) analyseprosess er å vurdere nøkkelfunn i de ulike artiklene opp mot hverandre, og finne gjentakende og avvikende fenomen mellom de ulike artiklene samt sammenfatte lignende nøkkelfunn. I denne fasen møttes vi for å sammenligne de nøkkelfunn vi identifiserte i trinn 2, og så sammen på hvilke funn som var gjennomgående i flere artikler. Funnene ble sortert og kategorisert i passende tema. For at noe skulle fremstilles som nøkkelfunn ble vi enige om at minimum 4 av 8 av studier viste til dette i deres resultater.

Trinn 4 i Evans (2002) analyseprosess omhandler å beskrive funnene, og validere de gjennom å se gjennom i forhold til originalartiklene. Vi kom frem til følgende 4 hovedkategorier som beskriver kjønnslemlestedes kvinners erfaringer i møte med vestlig helsevesen:

- Trygghet
- Personlig krenkelse og maktmisbruk
- Manglende og varierende kunnskap om kjønnslemlestelse
- Verbale kommunikasjonsutfordringer.

I etterkant av formuleringen av hovedfunn gikk vi tilbake til originalartiklene for å forsikre oss om at det vi presenterer ikke avviker fra det originalartiklene presenterte.

4. Resultat

Alle artiklene omhandler kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse. Inngrepet ble gjennomført under oppveksten i ikke-vestlig kultur, og før emigrasjon. Artiklene omhandler helt eller delvis kvinnes møte med vestlig helsevesen. Kun funn som omhandler dette møtet er inkludert i våre resultater.

4.1 Trygghet

Mange av kvinnene forteller om trygge og positive opplevelser i møte med vestlig helsevesen. Kvinnene sammenlignet automatisk opplevelsen ved møtet, undersøkelser og fødsler i nytt land opp mot eget hjemland (Berggren mfl. 2006, d'Entremont mfl. 2014, Lundberg og Gereziher 2006, Moxey og Jones 2016, Upvall mfl. 2009, Vangen mfl. 2004). Den positive opplevelsen ble knyttet opp mot infrastruktur, ambulansetjeneste, hygieniske/renlige lokaler og rent vann (Berggren mfl. 2006, Upvall mfl. 2009).

Når helsepersonell fremstår med åpen holdning og profesjonell etablerer det opplevelse av trygghet. Helsepersonell var hyggelige og kvinnene opplevde at den klinisk pleien var av god kvalitet (d'Entremont mfl. 2014, Moxey og Jones 2016, Upvall mfl. 2009). Det åpne forhold forutsatte at jordmødre utviste sensitivitet i forhold til kultur og religion. Videre fremheves det som positivt at behandlingstilbud blir tilpasset kvinnes kultur og religion, eksempelvis når dem ønsket deinfibulering eller om dem ønsket planlagt keisersnitt (Moxey og Jones 2016). Og de fant glede i å ha en fast jordmor, og at dem kunne velge selv hvilke jordmor som passet dem best, eksempelvis kvinne eller mann. Og om mulig en med samme religiøse bakgrunn (Moxey og Jones 2016, Upvall mfl. 2009).

When I compared with my past experience I found that here in Sweden the care is more developed, and the midwives inform you about taking care of yourself during delivery. (Lundberg og Gereziher, 2006, s. 220)

4.2 Personlig krenkelse og maktmisbruk

At kvinnene følte seg som et utstillingsobjekt for nysgjerrig helsepersonell var et gjentagende 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 (Berggren mfl. 2016, d'Entremont mfl. 2014, Khaja mfl. 2010, Vloeberghs mfl. 2012). Det er vist til eksempler hvor mye unødvendig helsepersonell tilstede under undersøkelser/fødsler (Berggren mfl. 2016, Vloeberghs mfl. 2012), hvor studenter blir hentet og kvinnene brukt som eksempel (Khaja mfl. 2010), og hvordan en etter en kommer innom for å se (d'Entremont mfl. 2014). Det er også gjentakende opplevelser hvor kvinnene opplever at helsepersonell går ut av rommet for å diskutere, for så å komme inn igjen, eller at diskusjoner blir tatt foran kvinnen uten at hun blir inkludert i diskusjonen (Berggren mfl. 2016, d'Entremont mfl. 2014, Vloeberghs mfl. 2012).

... I wondered how it came that I was surrounded by so many people in white clothes and why there came more and more of them... All of them just wanted to look at me. I didn't understand why and nobody asked me, but I thought that they found it exciting to see when I was cut open (Berggren mfl. 2016, s. 54).

I alle inkluderte studier fremkommer det en rekke negative emosjoner kjønnslemlestedede kvinner opplever i møte med helsevesenet. Følelsen av skam fremkommer i Berggren mfl. (2006), Moxey og Jones (2016), Vangen mfl. (2004), Vloebergh mfl. (2012).

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 gav det 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.

You can see the facial expressions of the nurse, the doctor, the midwife. You can see their faces, the range of emotions and how they are looking at my body. That hurts... Those people's eyes make you feel sick (Vloeberghs mfl. 2012, s. 687).

4.3 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 utføres. Dette resulterer i frykt, utrygghet og angst for å bli kuttet feil, for sent, at de kan revne og unødvendig keisersnitt. Og var deler av årsaken til at kvinner ved senere anledninger var motvillig til å oppsøke helsehjelp (Berggren mfl. 2006, Lundberg og Gerezgiher. 2016, Vangen mfl. 2004, Vloeberghs mfl. 2012). Det blir ytret et ønske fra kvinnene om at jordmødrene i fremtiden fikk mer undervisning om omskjæring og støtte for omskårede kvinner (Lundberg og Gerezgiher 2006).

..but the midwives don't know how to cut. They wait until the head of the baby is down and then they cut in a hurry in all directions, often several cuttings. They are not careful.. (Berggren mfl. 2006, s. 54).

Positive opplevelser var knyttet til god kunnskap om omskjæring og omskårede kvinner. Spesielt trekker kvinnene frem møte med helsepersonell som har praktisert i Afrikanske land hvor kjønnslemlestelse er vanlig (Berggren mfl. 2006, Lundberg og Gerezgiher 2006).

Undersøkelse av underlivet, smerter i kontakt, fødselssmerter og enkelthandlinger som kunne minne om opplevelsen kvinnen gjennomgikk som barn når de ble kjønnslemlestet (d'Entremont mfl. 2014, Lundberg og Gerezgiher 2008, Vangen mfl. 2004, Vloeberghs mfl. 2013).

I start to tremble all over, and all the memories come flooding back. I cannot do anything for the next few days, and all I want to do is sleep (Vloeberghs mfl. 2013, s. 686).

4.4 Verbale 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 og at temaets sensitivitet gjør det ubehagelig å snakke om med mennesker utenfor nærmeste familie. Om spørsmålene ikke ble stilt, ender det ofte med at kvinnene ikke tok til ordet og viktig informasjon uteble. Imidlertid synes kvinnene at det er positivt at helsepersonell stiller spørsmål om det, og er komfortable med det, så frem til det gjøres på en sensitivt og respektfull måte (Berggren mfl. 2006, d'Entremont mfl. 2014, Moxey og Jones 2016, Upvall mfl. 2009, Vangen mfl. 2004, Vloeberghs mfl. 2012,).

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 tolk i forhold temaets sensitivitet (Berggren mfl. 2006, Upvall mfl. 2009, Moxey og Jones 2016, Vangen m. fl. 2004, Vloeberghs m. fl. 2012). Det fremkommer eksempler på tolker som ikke ønsker å viderefremme det kvinnene da tolken selv mener det er upassende å si (Upvall mfl. 2009).

They never translate what I'm saying. They tell me that it is a shameful question...
(Upvall mfl. 2009, s. 364).

5. Drøfting

5.1 Metodediskusjon

Under litteratursøket ble det fort klart at det var lite forskning på kjønnslemlestedede kvinner i vestlig helseperspektiv fra pasientperspektivet, og at det eksisterte mer og nyere forskning i et sykepleieperspektiv. Vi valgte likevel å fortsette med problemstilling og perspektiv da ønsket om å få innsikt i pasientopplevelser sto sterkt. For å se om vi kunne oppdrive mer forskning valgte vi å endre på inklusjonskriteriene som først ble satt. Primært ønsket vi forskning publisert de siste 5 årene, men utvidet kriteriene til forskning publisert tidligst i 2006.

Vi ønsket initialt skandinavisk forskning grunnet sammenfallende kultur, helsevesen og immigrasjonssystem, men grunnet fraværet av forskning inkluderte vi også annen europeisk og nordamerikansk forskning. Ytterligere kan valget om å inkludere annen europeisk og nordamerikansk forskning utgjøre en svakhet da Jordan (1993) har sammenlignet praksis i land som skal praktisere evidensbasert medisinsk hjelp, og har funnet at det er store avvik i de ulike kulturene.

Alle inkluderte studier er skrevet på engelsk, da altså ikke vårt morsmål. Dette kan medføre at mening kan mistes og kanskje feiltolkes (Gadamer 1996). For å redusere risikoen for å miste verdifull informasjon valgte vi å ikke oversette artiklene i sin helhet, men forholdt oss til originalartiklene og oversatte enkeltord som vi var fremmed med.

Et inklusjonskriterie var IMRAD struktur, to av artiklene viker noe i fra dette da de har en kombinert resultat og diskusjonsdel. De er likevel inkludert da det kommer tydelig frem i artiklene hva som er resultat, og hva som er diskusjon. Studien av Vloeberghs mfl. (2013) har benyttet mixed-method, men bare kvalitative data fra studien er inkludert i vår studie. Vangen mfl. (2004) har både helsepersonell og kjønnslemlestedede kvinner som respondenter, og i denne studien er bare data fra intervju med de kjønnslemlestedede kvinnene inkludert.

Gadamar (1996) viser til at fordommer kan påvirke fortolkning av data, og med fordommer refereres det til forhåndsforståelser skapt av historie og kultur. Ettersom vi har vokst opp i en kultur hvor kjønnslemlestelse ikke er tradisjonell skikk og forholdet vi har til det er i form av at det er straffbart og noe vi ønsker å forebygge at forekommer, vil dette kunne influere analysen. Vi har gjennom hele prosessen hatt dette i bakhodet, og har forholdt oss direkte til det som er beskrevet i studiene, og har diskutert jevnt gjennom analyseprosessen for å minimere påvirkning fra fordommer.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Trygghet

Mange av kvinnene i studiene hadde positiv og negative opplevelse og inntrykk av å komme til et nytt land med et ny helsepraksis. I flere av artiklene var det mer en benevnelse, men i Berggren mfl (2006) og Upvall mfl. (2009) ble det mer utbrodert. Det positive var profesjonelle holdninger og gleden over elementære elementer som rent vann og rene lokaler. Mange av kvinnen kommer fra utviklingsland, Least Developed Countries (One World Nations Online), og har dermed opplevd svekket/fraværende helsetjenester. Mangel på transport ved akutt sykehusinnleggelse, uhygieniske lokaler og mangel på rent vann samt infeksjoner og uventet død grunnet fravær av disse elementene.

Den profesjonelle holdningen og kunnskap om kultur og kjønnslemlestelse ble ansett som avgjørende for et positivt inntrykk (Berggren mfl. 2006, d'Entremont mfl. 2014, Moxey og Jones 2016, Upvall mfl. 2009, Vangen mfl. 2004, Vloeberghs mfl. 2012). Bunkholdt (2002) sier en holdning et resultat av tre komponenter: Tanker, følelser og handling. Og er en varig organisering av de tre komponentene i møte med et fenomen eller ei etnisk gruppe. Handlingskomponenten består av hva vi sier og hva vi gjør, men uttrykker ikke nødvendigvis tanker og følelser. I sykepleieutdanningen ønskes det å benytte utdanningsløpet til bevisstgjøre holdninger, å endre på holdninger som ikke samsvarer med sykepleiefeltet, og å utvikle, støtte opp om, ønskelige holdninger hos de studentene som ikke har et spesifikt holdningsmessig grunnlag for valg av utdanning og yrke.

Den studien som i størst grad utbroderer årsakssammenheng i forbindelse med positiv opplevelser av møte med helsevesenet er av Moxey og Jones (2016). Et viktig aspekt i teorien om kulturell trygghet er at pasienten mottar behandling som gir den mulighet til å opprettholde eget kulturelt særpreg. Videre viser teorien til at man bør tar avstand fra enhver praksis som vil bidra til reduksjon eller umyndiggjøringen av et menneskes kulturelle identitet (Nursing Council of New Zealand 2011). Dette samsvarer med Upvall mfl. (2009) om kvinnene ytret ønske om å få velge kjønn på jordmor grunnet religiøs bakgrunn. Og i Moxey og Jones (2016) hvor det som fremheves som positive aspekter var hvorvidt kvinnene fikk behandlingsalternativ som var kulturelt og religiøst tilpasset. Dette omhandlet blant annet valg av kjønn på jordmor, og hvem som skulle følge dem opp under svangerskap, samt om de ønsket keisersnitt og når de ønsket deinfibulasjon. Teorien om kulturell trygghet forutsetter imidlertid ikke at helsepersonell har kunnskap om alle kulturelle grupper, men handler i større grad om å respektere og anerkjenne individuelle ulikheter (Papps og Ramsden 1996). Videre vises det i teorien om kulturell trygghet at ved å tilby pasient valgmuligheter skaper man et tillitsbånd og samtidig viser respekt for pasienten (Viken og Magelssen 2010). Begrepet respekt relateres til opplevelse av trygghet i d'Entremont mfl. (2014) som viser til at stillhet kunne bidra til en opplevelse av anerkjennelse og respekt. Ved å ikke nevne kjønnslemlestelse og opptre som at alt var normalt følte kvinnen seg trygg. I Vloeberghs mfl. (2012) vises det til at helsepersonell som viste respekt for kvinnene og opptådte sensitivt klarte å redusere spenningen kvinnene hadde i møte med helsevesenet, og på den måten gi dem helsehjelp.

For å kunne skape en trygg arena for pasienten er det viktig at sykepleieren har reflektert over egen kulturell identitet og er bevisst på hvordan denne affiserer dens profesjonelle yrkesutøvelse. For å bli bevisst på egen kulturell identitet i den grad det stiller krav til i teorien om kulturell trygghet, går man gjennom trinnene kulturell bevissthet og kulturell sensitivitet (Nursing Council of New Zealand 2011). For å unngå å reduksjon eller umyndiggjøringen av et menneskes kulturelle identitet må en ha kunnskap om kulturforskjeller og være bevisst sin rolle. Et sykepleietiltak kan være noe så enkelt som å spørre kvinnene om det er noen tiltak dem foretrekker, og om det er noe som absolutt ikke må gjøres, eksempelvis å få medisin tildelt til venstre hånd da flere kulturer anser denne

hånden som skitten. Slik kunnskap og respekt for ulikheter gjør at pasienter opplever seg mindre krenket og bedre ivaretatt. Dermed unngår vi som sykepleiere å ha det som kan urettmessig oppleves som “vanskelige” pasienter (Leininger 2000).

There is education and then there is the savoir vivre, the know-how. One can be a midwife, a doctor and have absolutely no savoir faire. The reaction to a patient, whether she is excised or not, should be the same. I want to say that someone who comes to the hospital or clinic and who needs care, first of all, you accompany her, you listen to her, and you don't hesitate to ask her questions (d'Entremont mfl. 2014, s. 131).

5.2.2 Krenkelse og maktmisbruk

Krenkelse er en sammensatt, subjektivt og individuell opplevelse. Et menneskes kropp representerer en privat sfære, og hvert individ har sin egen grense for hva som er akseptabelt i forbindelse med egen kropp. Å blottlegge egen kropp til helsepersonell i seg selv oppleves som krenkende for pasienten, og en forsterkende faktor er involvering av mange, ulike og ukjente hjelpere. Ytterligere vil objektivisering av kroppen kunne virke krenkende (Lillestø 2006). Eksempler på situasjoner hvor pasienter er blottlagt foran studenter eller helsepersonell som i utgangspunktet ikke har noe med pasienten å gjøre fremkommer i Berggren mfl. (2016), d'Entremont mfl. (2014), Khaja mfl. (2010) og Vloeberghs mfl. (2012). For kvinnene utløste slike situasjoner emosjoner som skamfølelse, krenkelse og de følte seg lite respektert.

Larsen (2007) viser til at pasienten kan være en god læremester, og da delvis som et objekt. Med det refereres det til at pasienten bare med sin tilstedeværelse kan bidra til økt kunnskap gjennom å bli observert, sanset og omgått med. Videre står det i Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund 2011, s.10) punkt 4.2. at «sykepleieren ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere som deltar i pleie- og/eller omsorgsfunksjoner. Men at slike emosjoner oppstår strider imot Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund 2011, s.8) punkt 2.7 som viser til sykepleiere har ansvar for å beskytte «pasienten mot

krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang.» Ytterligere sier punkt 4.3 at «dersom interessekonflikter oppstår mellom kolleger skal hensynet til pasientens liv, helse og vilje prioriteres.» Videre vil krenkende handlinger påvirke menneskets integritet i form av påvirkning av selvbilde og identitet (Lillestø 2006). Dette innebærer da at krenkende handlinger strider imot helse Helsepersonelloven (1999) § 1-1 som blant annet sier at formålet med loven er at den skal «ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd»

Krenkelse kan relateres til makt (Lillestø 2006), og som sykepleier vil man inneha en makt relatert til den kunnskapen den besitter, en form for modellmakt. Videre vil kommuniseringsmakten prege forholdet mellom sykepleier og pasient, da den omhandler evnen til å forstå og tolke informasjon for så å overføre det til handling. I møte med minoritetsspråklige vil man ha en ytterligere makt nettopp relatert til språket (Magelssen 2008). I en interpersonal kommunikasjon (mellom individer) vil makt ha innvirkning på hvordan en ordlegger seg og hva dere snakker om. Makt påvirker oss i hva gjør, tror og handler, og hva som er godtatt oppførsel. Kilden til makt er ofte kulturelt betinget, og minoriteter føler seg ofte underlegne fordi premissene for deltagelse i kommunikasjonen blir lagt av majoriteten. Sykepleierens uniform, skilt og profesjonsspråk er kilde til makt i forholdet. Dette må vi være bevisst over i vår sykepleierrolle (Dahl 2013). Sentralt i teorien om kulturell trygghet står det at sykepleier er bevisst på det asymmetriske maktforhold mellom sykepleier, kan identifisere dette samt arbeider for å redusere asymmetrien. (Nursing Council of New Zealand 2011). Å oppnå det Ramsden kaller for et “likeverdig partnerskap” vil man som pasient og sykepleier kunne arbeide sammen på hensiktsmessig måte for å oppnå god helse (Viken og Magelssen 2010).

For sykepleiere er det spesielt viktig å kontinuerlig arbeide for å redusere opplevelse av krenkelse, og et sentralt element i forbindelse med dette er pasientmedvirkning. Å ta hensyn til pasientens erfaring og opplevelser, samt tilrettelegge sykepleien slik den følger pasientens premisser vil kunne være bidragsytende til å eliminere krenkelse (Lillestø 2006). Videre kan det å forsøke å forstå den andres opplevelser kunne bidra til å skape et miljø hvor pasient og sykepleier kan finne gode løsninger sammen (Bunkholdt 2002). Hvor det fremkommer at pasientene føler seg krenket som følge av å være et

utstillingsobjekt for nysgjerrig helsepersonell, er manglende spørsmål om tillatelse en forverrende faktor (Berggren mfl. 2006, Moxey og Jones 2016, Vangen mfl. 2004, Vloeberghs mfl. 2012). Basert på ovennevnte kan det tenkes at å ta kvinnen med i beslutningsprosessen om hvorvidt hun aksepterer tilstedeværelse til annet enn nødvendig helsepersonell kan være hensiktsmessig for å minimere opplevelsen av krenkelse. Dette støttes opp av Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleier (Norsk sykepleieforbund 2011, s. 8) punkt 2.5. som sier at 2.5 “sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse”.

Eide og Eide (2007) viser til at nonverbal kommunikasjon har sterk sammenheng med pasientens opplevelse av trygghet og ivaretagelse. Dette støtter opp av våre resultat som viser at helsepersonells nonverbale kommunikasjon - ansiktsuttrykk som viste sjokk eller avsky, granskende blikk, stirring - førte til at kvinnene følte på skam i møte med helsevesenet (Berggren mfl. 2006, Moxey og Jones 2016, Vloeberghs mfl. 2012). Videre viser Eide og Eide (2007) til at man i interaksjon med andre ofte leter etter de spontane tegn, og at pasienter kan ha en forventning om hva som vil møte den. Dette støttes opp av Bunkholdt (2002) som viser til at pasienters opplevelse av møte med helsevesenet kan avhenge av dens tidligere erfaring og forestilling. Ofte kjenner kjønnslemlestedde kvinner på skam også i forkant av møte med helsevesenet og det, kombinert med temaets sensitivitet, gjør at kvinnene ikke tar opp kjønnslemlestelse i møte med helsevesenet (d'Entremont mfl. 2014, Moxey and Jones, Vangen mfl. 2004, Vloeberghs mfl. 2012). Som sykepleier bør man bli kjent med egne reaksjoner og aktivt arbeide med samt bevisst velge nonverbale uttrykk som indikerer trygghet og respekt. Dette tilknyttes det å opptre profesjonelt, og ikke la personlige emosjoner skinne gjennom. Verbal bekreftelse som samsvarer med det nonverbale uttrykket vil skape kongruens som igjen forsterker opplevelsen av tillit. En kroppsholdning som symboliserer åpenhet og mottakelighet mot den man samtaler med vil gi indikere interesse. Viktige virkemidler er blant annet å ha en fremoverlent holdning, opprette øyekontakt, ha en avslappet ansiktsmuskulatur samt benytte rolig og naturlig stemme og gestikulering (Eide og Eide 2007).

5.2.3 Manglende kunnskap om kjønnslemlestelse

Som sykepleier skal man arbeide kunnskapsbasert, og kunnskapen baseres på forskning, erfaring og pasienters behov og ønsker (Mikkelsen og Hage 2008). Om sykepleieren ikke har tilstrekkelig kompetanse på et område skal man erkjenne og ta hensyn til dette, og sykepleieren er selv ansvarlig for at handlingene man utfører er både faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Skulle man stå i situasjoner som oppleves vanskelig, bør vi erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleierforbund 2011). Dette er også videreført i lovverket hvor Helsepersonelloven (1999) kapittel 2 §4. 1. og 2. ledd viser til at helsepersonell skal utføre sitt arbeid faglig forsvarlig ut i fra forventede kvalifikasjoner. Om en ikke besitter kvalifikasjonene selv, skal en søke bistand eller henwise videre. Det innebærer at vi er selv ansvarlige for å holde oss faglig oppdatert på den beste tilgjengelige kunnskapen.

Kvinnene kunne fortelle om opplevelser hvor helsepersonell ikke har nødvendig kunnskap om kjønnslemlestelse. Konsekvensen av dette var en opplevelse av utrygghet og uønskede hendelser i forbindelse med fødsel, som blant annet unødvendig keisersnitt og feilkutting under deinfibulering (Berggren mfl. 2006, Lundberg og Gerezgiher 2016, Vangen mfl. 2004, Vloeberghs mfl. 2012). Berggren mfl. (2006) viser eksempler på hvordan kvinnene har instruert jordmødre i hvordan kutte da de selv ikke vet hvordan det skal gjøres, at kuttingen ble gjennomført på feil tidspunkt og at det blir gjort unødvendig kutt i multiple retninger. I studien av Vangen m.fl. (2004) ble det vist tilfeller hvor keisersnitt ble gjennomført grunnet manglende kunnskap om deinfibulering. Det kommer frem i første studieperiode at ingen av sykehusene hadde en rutine for hvordan håndtere møtet med kjønnslemlestedede kvinner, samt ingen prosedyrer for deinfibulering. I andre fase av studien var det ett av sykehusene som hadde etablert rutiner og prosedyrer. Dette indikerer at det for helsepersonell blir en ekstra utfordring å fremskaffe fagkunnskap om hvordan de skal håndtere denne pasientgruppen. Likevel skal man som sykepleier arbeide kunnskapsbasert, og det innebærer at man systematisk innhenter forskningsbasert kunnskap som både er oppdatert og kritisk vurdert. Denne formen for kunnskap er selve grunnmuren for helsehjelp og er ikke denne tilstede foreligger det en trussel for pasientsikkerheten (Mikkelsen og Hage 2008).

Johansen mfl. (2004) viser eksempel på at helsepersonell gjettest på hva kvinnen ønsket på grunn av fravær av uttalte ønsker, på tvers av medisinske retningslinjer, og det motsatte av det kvinnen faktisk ønsket. Eksempelvis var det en utbredt oppfatning blant norsk helsepersonell at somaliske kvinner ønsker å bli reinfibulert etter fødsel. Nesten ingen somaliske kvinner ønsker dette, og det er heller ikke tradisjon for det i hjemlandet. Tilsvarende ble funnet i Vangen mfl. (2004), hvor det også ble funnet at kvinner i to tilfeller hadde blitt reinfibulert da jordmødrene ikke hadde kjennskap til at det var ulovlig. Sett i lys av kunnskapsbasert praksis hvor, pasientens ønsker og behov utgjør en del av sykepleierens kunnskapsbase (Mikkelsen og Hage 2008), demonstrere dette at et sentralt aspekt i av kunnskapsgrunnet for handling er manglende. Rekonstruksjon av kjønnsåpningen kan lindre plager, men det er få kvinner som denne kunnskap. Forholdet til kjønnet kan også være noe ambivalent, da de opplever krysspress mellom sin opprinnelige kultur og deres nye kultur. For nordmenn fremstår skikken som makaber, og man forventer at kvinnene skammer seg over den (Johansen mfl. 2004). Ved gjennomgått infibulering anbefales det at kvinner henvises for vurdering og åpning i svangerskapet da det er mest hensiktsmessig å åpnes før fødsel. Dersom det ikke er aktuelt å åpne i svangerskapet, gjøres åpning forbindelse med fødselen (Flo mfl. 2014). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), kapittel 3: Rett til medvirkning og informasjon spesifiserer i §3-1 "...Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon ...". Som sykepleiere har vi dermed ikke et valg om tema skal tas opp med kvinnen, eller om det kan utsettes. Utsettelse og unnvikelse hindrer kvinnene i å motta deres rett til tilgjengelig og forsvarlig helsehjelp.

I våre resultat fremkommer det at undersøkelser av underlivet, smerter i kontakt, fødsler, fødselssmerter og enkelthandlinger kunne gi flashbacks til den traumatisk opplevelsen kvinnen gjennomgikk når de ble kjønnslemlestet (d'Entremont mfl. 2014, Lundberg og Gerezgiher 2008, Vangen mfl. 2004, Vloeberghs mfl. 2013). Av en respondent i Vangen mfl. (2004, s. 33) uttrykkes opplevelsen slik:

In my dreams, my delivery and my circumcision are sort of mixed up. I am lying there pregnant, but only six years old as I was at my circumcision, and there are people around me with knives cutting me up everywhere. It's just awful.

En traumatisk opplevelse er definert som “ekstreme og smertelige opplevelser som er så vanskelig å mestre at det lett skader den psykiske funksjonen både på kortere og lengre sikt” (van der Veer 1994). En slik opplevelsen etterlater smertefulle mentale sår i årevis og innebærer et brudd i livsløpet og utviklingsprosessen og en er da blitt traumatisert.

Reaksjoner på traumatisering kan være minner som dukke opp som flashbacks, det vil si at personen gjenopplever den traumatiske hendelsen (Hanssen 2005). Inngrepet gjøres som regel av tradisjonelle omskjærere uten noen form for smertelindring mens mor eller andre familiemedlemmer holder barnet fast (Johansen m.fl. 2004). Når man utøver helsearbeid til pasienter som sliter med traumer, er det i henhold til Hanssen (2005) først og fremst viktig at man er klar over traumene, og at man deretter tilrettelegger for et terapeutisk miljø som inneholder godt tverrfaglig samarbeid. Aktuelle samarbeidspartnere er blant annet lege, psykolog, psykiater, sosionom og sykepleier. Relatert til sykepleie er bruk av primærsykepleier et godt tiltak i møte med traumatiserte pasienter, og at den aktuelle sykepleieren er til stede ved alle aktuelle undersøkelser og samtaler. Et slikt tiltak bidrar til at pasienten opplever større grad av trygghet. Flo mfl. (2014) sier ved gynekologiske undersøkelser av kjønnslemlestedede kvinner en bør utvise spesiell varsomhet, og at en ved fødsler bør planlegge godt ift. åpnende inngrep og adekvat smertelindring. Er ikke smertelindringen tilstrekkelig vil risikoen for traumatiske flashbacks forhøyet, og behov for smertelindring bør vurderes nøye.

5.2.4 Verbale kommunikasjonsutfordringer

Språkbarrierer mellom kvinnene og helsepersonellet var en av hovedårsakene til misnøye i møtet med vestlig helsevesen (Berggren mfl. 2006, Moxey and Jones 2016, Upvall mfl. 2009, Vangen mfl. 2004 og Vloeberghs mfl. 2011). I samhandling mellom helsepersonell og pasient har kommunikasjonsproblem tre hovedårsaker: fravær av felles språk, felles språk men fravær av felles symboler og unyansert språk, det vil si å i noe grad beherske språket men klarer ikke nyansere (Hanssen 2005). For kvinnene var det viktig at helsepersonell hadde kjennskap til at dem hadde blitt kjønnslemlestet som barn. Likevel

var det repeterende at kvinnen ikke valgte å gi beskjed. Dem antok at helsepersonell alt viste det grunnet deres opphavsland, eller dem vegret seg for å gi beskjed grunnet skam eller at temaet var svært sensitivt for dem å ta opp og ansvaret ble lagt helsepersonellet (Berggren mfl. 2006, d'Entremont mfl. 2014, Moxey og Jones, Upvall mfl. 2009, Vangen mfl. 2004, Vloeberghs mfl. 2012). Som helsepersonell er vi pliktig å informere og tilrettelegge etter beste evne slik at informasjonen blir tilpasset pasienten. Dette er lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), og gir dermed kvinnen lovmessig rett til å legge ansvaret på oss i å ta opp aktuelle tema.

Som sykepleier har vi ifølge Eide og Eide (2007) tre ulike oppgaver. Undersøke pasientens informasjons- og kunnskapsbehov, tilegne informasjon, identifisere mål og planlegge, og informere på en god måte gjennom samhandling og dialog. Informasjonen skal være forutsigbar for pasienten og man bør ikke gi for mye informasjon på en gang. Hvordan man kommuniserer kan påvirke informasjonen som blir gitt. Derfor er det viktig at helsepersonell har noe kulturkunnskaper slik at spørsmålet blir stilt, og på en sensitiv måte. Fra pasientens side viser Upvall mfl. (2009) til at det er viktig for kvinnene at helsepersonell vet at de er omskåret, slik at det ikke kommer som en overraskelse og resultat blir at de føler seg unormale. "No I don't got a problem with that if they ask me about yeah the question it's our culture, it's normal for us you know" (Moxey og Jones s. 5 2016).

Vangen mfl. (2004) viser til at helsepersonell opplever det som ubehagelig å snakke om kjønnslemlestelse med pasienten, og visste ikke helt hvordan temaet skulle tas opp. Videre fremkommer det at ingen anser dette temaet som deres ansvar, fastlege mener det er sykehusets ansvar og at det vil bli et tema under fødsel, mens sykehuset mener det skal kartlegges under svangerskapskontroller. I utgangspunktet skal alle kvinner som enten selv kommer fra eller har foreldre som kommer fra områder hvor kjønnslemlestelse praktiseres gis tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse. Helsepersonell må også informere om mulige helsekonsekvenser og helsehjelp for jenter/kvinner som allerede er kjønnslemlestet. Det skal informeres om muligheten for åpnende inngrep. Dette gjelder ikke bare for gravide men for alle jenter og kvinner som er kjønnslemlestet og som kan ha helseplager som følge av det (Straffeloven 2005). Når informasjon utarbeides til denne

målgruppen kan det være en ide å inkludere kvinner som er representative.

Brukermedvirkning er todelt. Pasienten har ekspertkunnskaper om sin situasjon, og er dermed en kilde til kunnskap for helsepersonell, og at de har rett til innflytelse på forhold som angår dem. Informasjonen er oftest identifisert fra en helsepersonells synsvinkel men informasjon utarbeidet med brukermedvirkning viser økt tilfredshet og reduserer stress og engstelse. (Seljelid 2016).

Magelssen (2008) viser til at utøvelser av sykepleie består av to aspekter - tiltak og relasjoner. For at man skal kunne utøve sykepleie av god kvalitet må både tiltak og relasjon være tilstede. I forhold til det som omhandler mellommenneskelige relasjoner står det sentralt å se pasienten som det individet den er. Ved å bli kjent med pasientens verdier, kunnskap og handlingsmønster vil man kunne tilpasse sykepleien til det individet man møter, og dermed yte mer helhetlig sykepleie. I henhold til Eide og Eide (2007) kan et hjelpemiddel når man skal samtale om et tabubelagt og sensitivt tema være å bruke lukkede spørsmål. Ved å konkretisere på denne måten vil man kunne skape en base for tillit og samarbeid. Imidlertid må man ved bruk av lukkede spørsmål være klar over at man setter den andre i en posisjon hvor selvtillit og selvfølelse er utsatt. Det vil derfor være ekstra viktig at man som sykepleier responderer på svaret på en måte som symboliserer støtte og trygghet. Ytterligere må man være klar over at lukkede spørsmål innebærer risikoen for at pasienten føler seg så truet at samtalen stagnerer. Risikoen for dette er imidlertid størst på et tidlig stadium i relasjonen, og det vil derfor være hensiktsmessig å skapt et grunnlag for relasjon før man stiller spørsmålet.

Joyce Travelbee (1971) sin kommunikasjonsteori sier at for en menneske-til-menneske relasjon mellom sykepleier og pasient må sykepleier forstå hva pasienten uttrykker for å kunne bruke informasjonen til å planlegge sykepleietiltak. Bruk av tolk er et tiltak for å redusere språkbarrieren. Betegnelsen *flerspråklig* indikerer at en i tillegg til å beherske språket har innsyn i sosial kultur og samhandlingsmessige ferdigheter innenfor språket (Hanssen 2005). Upvall m.fl. (2009) beskrev opplevelser ved at tolk ikke oversatte det kvinnen sa, sa til kvinnene at deres spørsmål var upassende og at tolken dermed ikke ønsket å formidle slik informasjon eller spørsmål, og at det ble tatt i bruk tolk som ikke snakket samme språk. En undersøkelse av tolkebruk i helsetjenesten viste at det eksisterer

stor usikkerhet om når det skal benyttes profesjonell tolk blant helsepersonell. Flere hadde opplevd situasjoner hvor de opplevde usikkerhet ved tolkens nøytralitet og habilitet. Og at det ofte ble brukt enklere løsninger som pårørende eller venner som språklige medhjelpere, “Alt mulig bruker vi som tolk. Vi tar det vi har”. De ønsket bevisstgjøring om fordeler ved å bruke profesjonelle tolker vs. pårørende eller venner og økt kunnskap om tolkebruk (Ahlberg mfl. 2010). For å imøtekomme det profesjonelle behov kan sykepleier kontakte og bestille tolk gjennom tolkeportalen.no. Da kan sykepleier bestilling tolk med statsautorisasjon, det vil si tolk på nivå 1 og 2 (Tolkeportalen.no 2014). Da vil tolken ha korrekte språkkunnskaper, innsikt i kultur, innsikt i medisinsk terminologi og en respektabel holdning for individ og taushetsplikten. Når eventuelle språkbarriere blir kartlagt må vi som sykepleiere journalføre dette slik at en ved neste møte stiller forberedt. Journalføring av sentral informasjon vil i henhold til Hellesø (2007) bidra til større grad av kontinuitet og kvalitet for pasienten. Dette vil kunne bidra til å forebygge at kvinnene føler seg unormale når helsepersonell oppdager dette ved en tilfeldighet. At kjønnslemlestedede kvinner har rett til reduksjon av språkbarrieren fremkommer i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). § 3-5. viser til at «informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn.»

6. Konklusjon

Det fremkommer positive og negative opplevelser for kjønnslemlestedede kvinner i møtet med vestlig helsevesen. I møte med vestlig kultur har kvinnene blitt opplyst med at kjønnslemlestelse ikke er en del av tradisjonen til all verdens befolkning, og derimot i flere land ulovlig praksis. Dette gjør at flere av kvinnene følte på skam og utrygghet før de i hele tatt tok kontakt med vestlig helsevesen. Basert på dette bli det ekstra viktig at vi som sykepleiere ikke forsterker denne opplevelsen, noe det har fremgått kan forekomme. Dette relateres til opplevelser som for kvinnene er krenkende, deriblant det å være utstillingsobjekt for nysgjerrig helsepersonell og ansiktsuttrykker som viser avsky. Unnlatelse av medvirkning og informasjon grunnet språklige utfordringer og manglende kulturell trygghet. Som sykepleiere er det viktig å være bevisst over eget ansvar for å forebygge uønskede pasientopplevelser, og la pasientens ivaretagelse gå foran egen nysgjerrighet og legge personlige meninger til side. Som sykepleiere bør vi integrere sykepleiefagets verdigrunnlag, slik at det viser seg i handlinger og holdninger. Rammeverket for sykepleie, med yrkesetiske retningslinjer, lokale prosedyrer, ulike lovverk gir ett sammensatt bildet av sykepleiers funksjon og plikter. Funne våre tilsier at det vestlige helsevesenet mulig svikter i å overholde eget regelverk i møte med en annen kultur og et annet språk. Kulturell utrygghet eksisterer fortsatt i våres helseforetak og dette må bevisstgjøres slik at det blir gjort tiltak.

Mangelfull kunnskap om hvordan man skal utøve helsehjelp til kjønnslemlestedede kvinner kan relateres til manglende prosedyrer på området, og konkrete retningslinjer for dette bør utarbeides for å sikre god ivaretagelse. For å redusere språklige barrierer kan tolketjeneste være et hensiktsmessig virkemiddel, men grunnet temaets sensitivitet bør man sikre at tolken er profesjonell og faktisk oversetter det kvinnene sier. Gjennom å møte kvinnene på en respektfull måte preget av kulturell trygghet og brukermedvirkning kan man redusere kvinnes opplevelse av skam og krenkelse. Økt kunnskap og dialog innebærer også at helsepersonell tør å stille de vanskelige spørsmålene, slik at uønskede hendelser ikke oppstår.

Avslutningsvis ønsker vi å påpeke at det i 6 av 8 artikler kom frem at respondentene hadde hatt positive opplevelser i form av høflighet, smil, flotte sykehus og profesjonelt

helsepersonell. Så grunnlaget for å nå målet om en helsetjeneste som ivaretar alle mennesker uansett kulturell bakgrunn anser vi som oppnåelig.

6.1 anbefaling for videre forskning

Vi anbefaler at det gjøres mer forskning på kjønnslemlestedede kvinners opplevelse av norsk helsevesen. Dette er per dags dato nærmest fraværende i forskningslitteraturen. Det siste forskningen vi kunne frembringe fra Norge var fra 2004. Mulighetene for at endring alt er i gang sannsynlig, og vi har sett at noen retningslinjer er utviklet siden den gang. Effekten av dette bør da forskes på.

7. Litteraturliste

- Ahlberg, N. Dukert, F. og Kale, E. (2010) Hvordan håndterer helsepersonell språklige barrierer? En undersøkelse av tolkebruk i helsevesenet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* [Internett], 47(9), s. 818-823. Tilgjengelig fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=121347&a=2 [Lest 02.12.2016]
- Berggren, V., Bergström, S. og Edeberg, A. (2006) Being Different and Vulnerable: Experiences of Immigrant African Women Who Have Been Circumcised and Sought Maternity Care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing* [Internett], 17(1), s. 50-57. DOI: 10.1177/1043659605281981
- Brunborg, H. (2013) 'Hvor mange innvandrere er det - og blir det - i Norge? ', *Samfunnsspeilet*, 3, s. 2-9.
- Bunkholdt, V. (2002). *Psykologi* Oslo: Tano AS
- Claus, I. B. og Viken, B. (2009) Generell sykepleie: Sykepleie og kulturell trygghet. *Sykepleien* [Internett], 92(7), s. 40-43. DOI: 10.4220/sykepleiens.2004.0030
- Dahl, Ø. (2013) *Møter mellom mennesker. Innføring i interkulturell kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- d'Entremont, M., Smythe, L. og McAra-Couper, J. (2014) The Sounds of Silence – A Hermeneutic Interpretation of Childbirth Post Excision. *Health Care for Women International* [Internett], 35, s. 300-319. DOI:10.10080/07399332.2013.838245
- Eide, E. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ellison-Loschmann, L (2003) *Irihapeti Ramsden* [Internett]. Bethesda: BMJ Publishing Group. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC188521/> [Lest 5. Mai 2017]
- Evans, D (2002) 'Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data', *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), s. 22-26.
- Flo, K. Vangen, S. Taraldsen, S. Hoffmann, R. Hagemann, C. Helgadottir, L.B. og Thornhill, H.F. (2014) *Veileder for fødselshjelp*. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/Kvinnelig-omskjaring-kjonnslemlestelse/> [Lest 06.05.2017]
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2015) *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4. utg. Stockholm: Natur & Kultur

- Gadamer, H.G. (1996) *Truth and Method*. New York: Continuum Publishing CO.
- Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Hellesø, R. (2007) Pasientjournalen og sykepleieres journalføring. I: Mekki, T. E. red. *Sykepleieboken 1. Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Akribe AS, s. 277-318
- Helsepersonelloven. Lov 2. juli nr. 64 om krav til helsepersonells yrkesutøvelse.
- Høydahl, E. (2008). Vestlig og ikke-vestlig - ord som ble for store og gikk ut på dato [Samfunnsspeilet, /4](https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vestlig-og-ikke-vestlig-ord-som-ble-for-store-og-gikk-ut-paa-dato) Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vestlig-og-ikke-vestlig-ord-som-ble-for-store-og-gikk-ut-paa-dato> [Lest 09.05.2017]
- Jamtvedt, G., Hagen K. B. og Bjørndal A. (2003) *Kunnskapsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmåter*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Johansen, E. Barre, A. Sundby, J. og Vangen, S. (2004) Bare ett lite snitt. *Tidsskr Nor Legeforen*, 19(124), s. 2506-2508
- Jordan, B. (1993) *Birth in Four Cultures. A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucata, Holland, Sweden and the United States*. Long Grove: Waveland Press
- Khaja, K., Lay, K. og Boys, S. (2010) Female Circumcision: Toward an Inclusive Practice of Care. *Health Care for Women International*. [Internett], 31, s. 686-699. DOI:10.1080/07399332.2010.4903
- Kim, H. S. (2007) Sykepleieutøvelse. I: Mekki, T. E. red. *Sykepleieboken 1. Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Akribe AS, s. 87-94
- Larsen, K. (2007) Pasienten som læremester. I: Mekki, T. E. red. *Sykepleieboken 1. Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Akribe AS, s. 95-129
- Leininger, M. (2000) Transcultural Nursing Grows Worldwide. *Anthropology News* April. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/an.2000.41.4.26/epdf>
- Lillestø, B. (2006) Krenkende omsorg. I: Knutstad, U. og Nielsen, B. K. red. *Sykepleieboken 2. Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS, s. 99-127
- Lundberg, P. C. og Gereziher, A. (2006) Experience from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery* [Internett], 24, 214-225. DOI:10.1016/j.midw.2006.10.003
- Magelssen R. (2008) *Kultursensitivitet - om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo: Akribe forlag.
- Mikkelsen, J. og Hage, I. (2008) prosesskunnskap i sykepleie I: (red.) Mekki, T.E. *Sykepleieboken 1. Grunnleggende sykepleie* Oslo: Akribe

- Moxey, J. M. og Jones, L. L. (2016) A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England. *BMJ Open*, 6. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009846
- One World Nations Online. Tilgjengelig fra:
http://www.nationsonline.org/oneworld/least_developed_countries.htm [Lest 10.05.2017]
- Norsk Sykepleierforbund. *Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag*. Tilgjengelig fra:
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>
[Lest 09.05.2017]
- Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund
- Nursing Council of New Zealand (2011) *Guidelines for Cultural Safety, the Treaty of Waitangi and Maori Health in Nursing Education and Practice. Regulating nursing practice to protect public safety*. Nursing Council of New Zealand
- Papps, E. og Ramsden, I. (1996) Cultural Safety in Nursing: the New Zealand Experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 491-497.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 63 om rett til medvirkning og informasjon*.
- Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Tilgjengelig fra:
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmKriterier>. [Lest 01.mars 2017]
- Seljelid, B. (2016) Brukermedvirkning krever informasjon. *Sykepleien* 104(3), s.50-52
DOI: 10.4220/sykepleiens.2016.56690
- Statens Helsetilsyn (2000) *Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring*.
Tilgjengelig
fra:https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/veileder_helsepersonell_omskjaering_ik-2723.pdf [Lest 02.04.2017]
- Statistisk Sentralbyrå (2017) *Nøkkeltall for innvandring og innvandrere*. [Internett].
- Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra:
<http://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall/innvandring-og-innvandrere> [Lest 15. januar 2017]
- Store Norske Leksikon (2011) *Erfaring Lastet ned 11.05.2017 fra: https://snl.no/erfaring*
- Straffeloven. Lov 20. mai 2005 nr. 28 om voldslovbrudd mv.*
- Tolkeportalen.no (2014) Lastet ned 12.12.2016 fra:

<https://www.tolkeportalen.no/no/Om-Nasjonalt-tolkeregister/Godkjenningsordninger-for-tolker/>

- Travelbee, J. (1971) *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Upvall, M. J., Mohammed, K. og Dodge, P. D. (2009) Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circumcision in the United States: A focus group approach. *International Journal of Nursing Studies* [Internett], 46, s. 360-368. DPO: 10.1016/j.ijnurstu.2008.04.009
- Utlendingsdirektoratet (1994) *Veiledende retningslinjer for dekking av utgifter ved bruk av tolketjenster*. Rundskriv UDI 23/94 TIA: Utlendingsdirektoratet
- Utne, M. (2009). *Omskjæring av kvinner i eit norsk helseperspektiv*. Publisert: 08.03.2009 i www.sykepleien.no
- Van der Veer, Guus (1994). *Rådgivning og terapi med flykninger. Psykologiske problemer hos ofre for krig, tortur og undertrykkelse*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Vangen, S., Johansen, E. B., Sundby, J., Træen, B. og Stray-Pedersen, B. (2004) Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [Internett], 112, s. 29-35. DOI: 10.1016/S0901-2115(03)00313-0
- Viken, B. og Magelssen, R. (2010) Kulturelle forskjeller og dialog. I: Kumar, B. N. og Viken, B. red. *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 59-80.
- Vloeberghs, E., van der Kwaak, A, Knipscheer, J. og van den Muijsenbergh, M. (2013) Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity and Health*, 17(6), s. 677-695. DOI: 10.1080/13557858.2013.771148
- World Health Organization (2008) *Eliminating Female genital mutilation. An interagency Statement UANIDS, UNDP, UNECA, UNFPA, UNHCHR, UNCHR, UNICEF, UNIFEM, WHO*. Geneva: World Health Organization

Vedlegg

Vedlegg 1: Litteratormatrise Berggren mfl. (2016)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/ Funn	Relevans
<p>Berggren, V. Bergstrøm, S. Edberg, A-K.</p> <p><i>Being different and vulnerable: experiences of immigrants African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden</i></p> <p>Journal of Transcultural Nursing, Vol. 17 No. 1, 2016 50-57 [Internett], DOI: 10.1177/1043659605281981</p>	<p>Å utforske hvilke erfaringer kvinner som er kjønnslemlestet fra Eritrea, Sudan og Somalia som nå bor i Sverige har i møte med helsestasjonen i sammenheng med svangerskap og fødsel.</p>	<p>Female genital mutilation; migration; Sweden; experiences; health care</p>	<p>Utvalg: 22 kvinner som oppfylte følgende inklusjonskriterier: Ha migrert fra Eritrea, Somalia eller Sudan. Ha vært utsatt for kjønnslemlestelse. Ha erfaring med fødsel i Sverige.</p> <p>Datasamling: Intervjuene som gjennomgikk tre hovedtema: Kvinnenes oppfatning og opplevelser ang. kjønnslemlestelse, opplevelse av fødsel og erfaring i kontakten med svensk svangerskapsoppfølging og fødselshjelp.</p> <p>Analyse: lydopptak fra intervju ble transkribert og deretter kodet med latent innholdsanalyse.</p>	<p>De erfarer at helsepersonellet er snille og høflige, men også at dem ble stirret på, ikke respektert og sett ned på. De opplevde at dem ble et studieobjekt av personellet. Uten å bli spurt ble mer personell og student tilkalt for å se. Helsepersonell og jordmødre hadde fravær av kunnskap om hvordan håndtere en kjønnslemlestet kvinne. De visste ikke hvordan de skulle deinfibulere, og gavuttrykk for sjokk når dem oppdaget omskjæringen når fødselen var i gang. Ingen hadde spurt om dette tidligere. Kvinnene opplevde seg hjelpsløse og sårbare.</p>	<p>Beskriver erfaringer om møtet med helsepersonell.</p> <p>Tar opp tema som holdninger og kunnskap til helsepersonell i møtet med omskårede kvinner.</p>

Vedlegg 2: Litteratormatrise d'Entremont mfl. (2014)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Metode	Resultat/ Funn	Relevans
<p>d'Entremont Michele Smythe Liz McAra-Couper Judith</p> <p><i>The sound of silence- A hermeneutic Interpretation of Childbirth Post Excision.</i></p> <p>Publisert i <i>Health Care for Women International</i>, 35:300-319, 2014</p> <p>DOI: 10.1080/07399332.2013.838245</p>	<p>Denne artikkelen er et svar på behovene til både kvinnene som er blitt omskåret og til jordmødrene.</p> <p>Kvinner trenger å vite at de kan artikulere deres frykt og deres behov uten risiko for represalier eller avvisning, at selv om praksis om omskjæring er ulovlig og straffbart, er ikke de det.</p> <p>Denne loven om å bryte stillhet krever at jordmødre anerkjenner og responderer på utfordringene knyttet til omskjæring på en måte som er trygg, etisk og profesjonell. Og utøver sensitivitet ved kommunikasjon.</p>	<p>Utvalg: Fire kvinner som har gjennomgått fødsel i Frankrike. De snakker engelsk eller fransk.</p> <p>Datasamling: dybdeintervju med semistrukturerte til åpne spørsmål. Intervjuet ble gjennomført ett sted kvinnen fortrakk. Tok 1-2 timer</p> <p>Analyse: lydopptak fra intervjuene ble transkribert og deretter kodet med innholdsanalyse</p>	<p>Opplevelsen rundt fødsel var for alle kjennetegnet av stillhet. Lite kommunikasjon og fravær av spørsmål om omskjæringen vil påvirke fødselen.</p> <p>Kvinnene ble ikke inkludert i prosessen, fikk ikke spørsmål om deres behov og ønsker.</p> <p>Krenkende opplevelser ble utbrodert. Opplevelser hvor kvinner er blitt studieobjekt uten deres samtykke for kolleger som ikke hadde tilhørighet i rommet.</p>	<p>Tar opp møtet med vestlig helsevesen og deres erfaringer med vestlig helsepersonell</p> <p>Gir kunnskap om hvilke utfordringer en bør ha innsikt i ved møte med kvinner som er kjønnslemlestet.</p>

Vedlegg 3: Litteratormatrise Khaja mfl. (2010)

Referanse	Studiets hensikt/ mål	Metode	Resultat/ Funns	Relevans
<p>Khaja, K., Lay, K. og Boys, S. (2010)</p> <p>Female Circumcision: Toward and Inclusive Practice of Care.</p> <p><i>Health Care for Women International</i> [Internett], 31, s. 686-699. DOI:10.1080/0739332.2010.490313</p>	<p>Artikkelen presenterer deler av funn fra en større kvalitativ studie som undersøker livene til somaliske, muslimske kvinner som har blitt omskåret. I denne studien undersøkes kvinnens syn på praksisen og den fremlegger anbefalinger til hvilke strategier helsepersonell skal benytte i forbindelse med intervensjoner tilknyttet kjønnslemlestelse.</p>	<p>Face-to-face intervju med kvinne fra Somalia som nå bor i Canada i alderen 20-79 år.</p> <p>Alle kvinnene er omskåret.</p>	<p>Opplevelsen av å være et studieobjekt.</p> <p>De opplever ett sinne mot flere kvinneorganisasjoner, som de føler at det skal snakkes om barnemishandling og ikke et helsefokus. Kvinnen ønsker selv forandring, men de ønsker respekt for den veien de må gå. Mangel på kultursensitivitet.</p> <p>Sinne for at deres mødre blir dømt fordi de har latt døtrene sine bli omskåret. Opplever at de ikke blir oppfattet som glad i sine barn, eller ønsker dem det beste.</p>	<p>Helsevesenet viser mangel på kultursensitivitet.</p> <p>I møte med helsepersonell opplevde de at det kunne bli mer fokus på omskjæringen, enn å holde seg til saken de søker hjelp for.</p> <p>Redd for at flere vil komme å kikke på underlivet deres ved en undersøkelse.</p>

Vedlegg 4: Litteratormatrise Lundberg og Gereziher (2008)

Referanse	Studiens hensikt/ mål	Nøkkelbegerp/ Keywords	Metode	Resultat/ funn	Relevant
<p>Lundberg, C.P. Gereziher, A.</p> <p><i>Experience from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden</i></p> <p>Midwifery, nr.24 214-225</p> <p>2008</p> <p>DOI: 10.1016/j.midw.2006.10.003</p>	<p>Å undersøke hvordan kvinner som er kjønnslemlestet erfarer graviditet og fødsel etter de er ankommet Sverige.</p>	<p>Female genital mutilation; Eritrean immigrant women; Experiences; Pregnancy; Childbirth; Postpartum period; Sweden</p>	<p>Intervju av 15 kvinner som har immigrert til Sverige fra Eritrea. 5 semistrukturerte, åpne intervjuguider var utarbeidet. Kvinnene ble intervjuet hjemme på engelsk og deres morsmål.</p> <p>Intervjuene ble tatt opp og transkribert ordrett. Først ble det gjort en individuell tematisk analyse, deretter en samlet for å sikre validitet og reliabilitet.</p>	<p>6 hovedkategorier: Frykt og angst. Sterke smerter, Komplikasjoner. Helsepersonells kunnskap. Støtte fra familie og venner. Deinfibulasjon og reinfibulasjon. Valg om omskjæring av deres døtre.</p> <p>Kvinnene hadde opplevd komplikasjoner av kjønnslemlestelse under svangerskap, fødsel og barselstid. Jordmødre og fødselsleger har behov for mer kunnskap om håndtering av kjønnslemlestelse og om kultur for å yte helsehjelp av god kvalitet. Kvinnene bør få tilbud om deinfibulasjon før fødsel, og informeres om at kjønnslemlestelse er ulovlig.</p>	<p>Tar opp temaer som deres erfaringer med omskjæring, hvordan de blir møtt av helsepersonell og hvordan ny kultur påvirker deres tankesett om tradisjon og kultur. Hvordan møtet har vært positivt, men også om usikkerhet, engstelse, frykt og angst.</p> <p>Gir kunnskap om hvilke utfordringer en bør ha innsikt i ved møte med kvinner som er kjønnslemlestet.</p>

Vedlegg 5: Litteratormatrise Moxey og Jones (2016)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Metode	Resultat/ Funn	Relevans
<p>Moxey, J. M. Jones, L. L.</p> <p><i>A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England.</i></p> <p>BMJ Open 2016;6:e009846</p> <p>DOI:10.1136/bmjopen-2015-009846</p>	<p>Studiens hensikt var å undersøke hvordan somaliske kvinner utsatt for kjønnslemlestelse erfarte helsehjelp i forbindelse med svangerskap og fødsel i England.</p>	<p>En kvalitativ, beskrivende og utforskende studie hvor semistrukturerte intervju ble benyttet. deltakere ble rekruttert fra 2 sykehus i Birmingham, og totalt 10 somaliske kvinner deltok.</p>	<p>Å være kjønnslemlestet påvirker kvinnen både fysisk og psykisk, og influerer valget mellom keisersnitt og deinfibulasjon. For å få færrest mulig operasjoner valgte de fleste å avvente med deinfibulasjon til fødselen. At jordmødre var oppmerksom på kjønnslemlestelse bidro til et sterkt bånd og en mer åpen kommunikasjon, som igjen gav positiv opplevelse. Sosialt nettverk og gode språkevner var faktorer som gjorde helsetjenester mer tilgjengelig. Sosiale faktorer, som manglende evne til bilkjøring, gjorde helsetjenestene mindre tilgjengelig.</p>	<p>Viser hvordan kvinnene opplever møte med jordmødre. /helsevesenet</p> <p>Hvordan relasjon og væremåten til ulike jordmødre gav kvinnene enten positive eller negative opplevelser, og gir konkrete eksempler på håndteringmåter som fremmes som hensiktsmessig.</p>

Vedlegg 6: Litteratormatrise Upvall mfl. (2009)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/ Funn	Relevans
<p>Upvall, M.J. Mohammed, K. Dodge, P.D.</p> <p>Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circumcision in the United States: A focus group approach</p> <p><i>International Journal of Nursing Studies</i>, 2009,46, s. 360-368</p> <p>DOI:10.1016/j.ijnurstu.2008.04.009</p>	<p>Hvilke behov oppfatter den Somali Bantu kvinnen hun har av helsetjenesten knyttet til at hun er kjønnslemlestet?</p> <p>Hvilke kulturelle aksepterte tiltak kan utvikles for å gi kvinnene omsorg basert på deres egne identifiserte behov.</p>	<p>qualitative research; Somali refugees; Womens health; Cultural competence</p>	<p>Fokusgruppe med 23 Somaliske kvinner i alderen 19-43 år som er oppvokst i Afrika, omskåret og så immigrert til USA. Alle var gift, og kun en hadde ikke født barn.</p> <p>Gruppen ble delt i fire grupper med 5-6 deltagere i hver. Ingen falt fra gjennom studiet. Alle kvinnene snakket Af-Maay, så samtalene ble videofilmet og så oversatt.</p>	<p>Alle kvinnene anså omskjæring som en naturlig handling i henhold til kultur og religion. De tror at det er noe nærmest hele verden praktiserer, og om de lar var blir dem ikke gift og blir ansett som urene.</p> <p>Smerte og sex er tabubelagte tema. Og å bli undersøkt utenom ved selve fødselen er unødvendig og merkelig praksis. De er alle skeptiske til helsevesenet og deres intensjoner i deres praksis.</p>	<p>Tar opp deres forventning og holdninger til vestlig helsevesen og hvordan deres møte til nå har forekommet.</p> <p>Skeptiske til vestlig praksis, kommunikasjon og nysgjerrigheten til deres underliv.</p>

Vedlegg 7: Litteratormatrise Vangen mfl. (2004)

Referanse	Studiets hensikt/ mål	Nøkkelord/ Keywords	Metode	Resultat/ Funn	Relevans
<p>Vangen, S., Johansen, E. B., Sundby, J., Træen, B. og Stray-Pedersen, B. (2004)</p> <p>Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway.</p> <p><i>European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology</i>, 112, s. 29-35.</p> <p>DOI: 10.1016/S0901-2115(03)00313-0</p>	<p>Å undersøke hvordan perinatal helsehjelp kan påvirke utfall av fødsel hos omskjærte kvinner.</p>	<p>Female circumcision Perinatal Care Infibulation (deinfibulation)</p>	<p>Utvalg: 23 somaliske innvandrerkvinner, samt 8 gynekologer, 22 jordmødre, 3 fastleger og 3 helsesøstre.</p> <p>Datasamling: Dybdeintervju som var åpne og utforskende, men tematisk strukturert og omhandlet erfaringer fra svangerskapshjelp, fødsel og håndtering av omskjæring.</p> <p>Analyse: Intervjuene ble tatt opp på bånd eller notert ned underveis, deretter transkribert og analysert av tre forskere som genererte hovedtema.</p>	<p>Kvinnelig omskjæring ble ikke ansett som et viktig problem i forbindelse med fødsel av helsepersonell, og normalt var ikke temaet tatt opp under svangerskap. Norsk helsepersonell var usikker på fødselsrutiner for infibulerte kvinner, og tidvis ble keisersnitt utført fremfor deinfibulasjon.</p> <p>De somaliske kvinnene fryktet manglende kunnskap og ikke optimal behandling under fødsel, samt keisersnitt.</p>	<p>Studien viser en generell tilfredshet med det norske helsevesenet, likevel viser den til områder som kan jobbes med for å sikre bedre ivaretagelse av kjønnslemlestedede kvinner, på bakgrunn av deres egne opplevelser. Dette omhandler spesielt deres forventninger til helsevesenet og måten de blir møtt på, informert og snakket til.</p>

Vedlegg 8: Litteratormatrise Vloeberghs mfl. (2012)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ keywords	Metode	Resultat/ Funn	Relevans
<p>Vloeberghs, E. van der Kwaak, A. Knipscheer, J. van den Muijsenbergh, M.</p> <p>Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands</p> <p><i>Ethnicity and Health, 2012. Vol. 17, No. 6, 667- 695.</i></p> <p>DOI: 10.1080/ 13557858.2013. 771148</p>	<p>Lignende studie fantes kun en av og var fra 1999 (Lockhart). Mangel på kunnskap var grunnlaget for studiet. De ønsket å identifisere de utfordringer disse kvinnene møter, slik at en kan tilby en bedre helsetjeneste. Videre ønsket dem å kartlegge hvordan selve immigreringen påvirket de psykososiale konsekvensene over lengre tid, og om det muligens blir kronisk.</p>	<p>African immigrant woman; FGM/C; chronic mental problem; psychosexual problems</p>	<p>Utvalg: 66 kvinner fra 5 ulike afrikanske land</p> <p>Datasamling: mixed-methods- study, triangulering mellom semistrukturert dybdeintervju og standardiserte spørreskjema. Intervjuene ble utført av kvinner med samme etnisitet.</p> <p>Analyse: Kvanitative data ble analysert i SPSS. Kvalitative data ble analysert i ATLAS.ti for deretter å bli gjennomgått av to uavhengige forskere.</p>	<p>For kvinnene ble den negative opplevelsen av FGM/C mer fremtredende når dem skulle føde, og når dem led av psykiske problemer. Ved immigrering til Nederland fikk dem et nytt syn på FGM/C. Informasjon gjorde dem oppmerksom på de negative konsekvensene av FGM/C, og flere følte nå skam ved gynekologisk undersøkelse. Og unngikk helsepersonell som ikke klarte å skjule sin forbauselse ang FGM/C.</p>	<p>Tar opp tema møte med helsevesenet. Om holdninger og kunnskapen de blir møtt med. At noen opplever skam ved undersøkelse, og hvordan de i etterkant unngår situasjoner som kan skape lignende opplevelser.</p>