



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

The Health Promotion Meeting Between The Nurse And The Circumcised Woman

Innleveringsdato: 04.06.2020

Emnekode: HSYK 3003

Kandidatnummer: 10052

Antall ord: 8784

Sammendrag

Tittel: Helsefremmende interaksjon med kvinner som er omskåret

Hensikt: På grunn av globalisering og ved at Norge blir et mer og mer flerkulturelt samfunn er det nødvendig at sykepleiere i norske helsevesen får økende kunnskap innen temaet kjønnslemlestelse. Der det er stor sjanse for at en sykepleier kommer i kontakt med kvinner som er omskåret. Det viser seg at det er manglende kompetanse om temaet og derfor kan det bli utfordringer når sykepleiere møter kvinner på sykehuset. Derfor er det svært nødvendig at sykepleiere tilegner seg kunnskap om kjønnslemlestelse i møter med kvinner slik at de kan bli ivaretatt på best mulig måte. Når sykepleiere skaper en helsefremmende interaksjon kan det føre til at det bygger god relasjon og samtidig øker følelser av trygghet opplevelse av tillit.

Metode: Metoden er systematisk litteraturstudie. Oppgaven inneholder 8 forskningsartikler. Jeg har også brukt fagbøker og fagartikler.

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

Resultater: Funnene viser at er blant annet behov for økende kunnskap og kompetanse i møte med kvinner som er utsatt for kjønnslemlestelser. Forskninger viste også at språkbarriere er utfordrende i møte med kvinnene.

Konklusjon: Helsefremmende interaksjon med kvinner blir bedre når sykepleier har bedre kompetanse innen kulturell forståelse om hvorfor kjønnslemlestelse praktiseres, slik at de kan møte kvinnens behov på en tilfredsstillende måte. Innen kompetanse er det sykepleiers kulturelle integritet og forståelse som styrker helsefremmende interaksjon og opplevelser av tillit og trygghet i møte med kvinnen.

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 Artikkelmatriks	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.	20
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.....	30

1.0 Innledning

Det å møte mennesker i en vanskelig fase av livet er en del av sykepleierens oppgave. Pasientrollen gjør at mennesker blir sårbare, de er i en posisjon av å være den trengende parten. Sykepleierens rolle 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 barmhjertig og gir god omsorg er 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 fra Somalia (Statistisk sentralbyrå, 2019). Derfor er det større sjans for at sykepleiere møter kvinner som er omskåret fra Somalia, enn minoritetsgrupper fra andre land som også praktiserer dette ritualet, ettersom Norge blir et mer flerkulturelt samfunn. Kjønnslemlestelse er et globalt fenomen som har engasjert flere store organisasjoner som blant annet World Health Organization (WHO), FN og

UNICEF har satt inn strenge tiltak for å forebygge dette umenneskelige ritualet (Tale 2012)

Det er vanskelig å si akkurat hvor mang omskårede kvinner som bor i Norge. Likevel vet vi at denne gruppen er så stor, at det er rimelig å tro at de fleste sykepleiere kommer i kontakt med noen av dem. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere har kunnskap om hvorfor 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 gjøre oss i bedre stand til å bearbeide egne reaksjoner og således bli profesjonelle i møte med kvinnene det gjelder samt yte god sykepleie. (Utne 2009).

I følge 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 er et verdensbasert helseproblem for jenter og kvinner som opplever det brutale og forferdelige ritualet 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 en slik situasjon, samt jobbet med kvinner som er omskåret.

Dessuten har jeg erfart 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 på hvordan sykepleiere møter kvinner som er omskåret slik at de kan bli godt ivaretatt. Noen kvinner synes det er en skamfull opplevelse og dermed blir det vanskelig å snakke om det, eller være åpen om det. I tillegg er kjønnsorganene et sensitivt område som ofte de fleste ikke så lett å vise frem, særlig når det gjelder gynekologiske undersøkelser uten at sykepleier først har bygd en god relasjon og skaper tillit med kvinner som igjen øker den følelser av trygghet. Derfor er det svært viktig at vi som sykepleiere får nok kompetanse, slik at vi kan møte og ivareta målgruppen.

Ved at Norge blir mer og mer et flerkulturelt land, er det stor sjanse for at sykepleiere ved norsk sykehus kommer i kontakt med kvinner som er omskåret. Det viser tydelig at det er manglende kunnskap blant mange sykepleiere. Derfor er det 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 sykepleiere mangler kompetanse, når det gjelder holdning og handling med kvinner som er omskåret. Da blir det en utfordring å bygge en god relasjon og å skape tillit, slik at kvinner kan føler seg trygg. En slik situasjon resulterer til at kvinner blir tilbakeholden og ikke åpen for dialog.

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 opplever tillit og trygghet under innleggelse ved gynekologisk avdeling»

1.3 Avgrensning

I denne oppgaven har jeg valgt å avgrense til voksne kvinner med innvandrerbakgrunn, som er omskåret i hjemlandet og innlagt på gynekologisk avdeling med en eller flere senkomplikasjoner. Målet med oppgaven 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 påvirker deres tro og holdning, og da er det viktig at sykepleiere anerkjenner den, samt har kunnskap om hvordan de skal ivareta og forholde seg til denne pasientgruppen.

1.4 Oppgavens hensikt

Målet med denne oppgaven er å øke kunnskap og holdninger blant sykepleiere 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. Det første kapitlet handler om innledning, med under kapitel som begrunnelse av tema, problemstilling, avgrensning, hensikt og disposisjon. Kapittel to handler 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 sykepleie og kommunikasjon i dette kapitlet. I kapittel 5 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 en god relasjon med pasientgruppen. Her skal jeg svare på

problemstillingen ved å knytte det til relevant forskning og litteraturen som jeg har i teoridelen. Oppgaven avsluttes med konklusjon hvor funn blir oppsummert samt konsekvensene av 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 bruker jeg disse begrepene som kjønnslemlestelse, omskåret, omskjæret om hverandre. I flere fag og forskningsartikler blir dette begrepet brukt i stedet for omskjæring av kvinner, og begrepet brukes også av Verdens helse organisasjon (2008). Handlingsplanen mot kjønnslemlesting i Norge bruker også dette begrepet. På engelsk blir er 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: Dette begrepet blir 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 noe 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. Dataene skal til sammen med det teoretiske rammeverket få frem sammenheng og helhet (Dalland, 2014).

I denne metoden skal problemstillingen struktureres 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 oppgaven 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 Kvinnene 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 sammenhengen 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 senere bearbeidelse av observasjonene. Ved å vite hva som skulle ses etter ga det klarere mål, slik at de lettere kunne bevares under observasjonene, og det essensielle i situasjonene ble oppfattet. (Dalland, 2014). Fra praksis studier på generell gynekologis avdeling opplevde jeg at det er manglende kompetanse i forhold til hvordan sykepleierne møter 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 med innsamling av data og informasjonen som trengs til problemstillingen som skal undersøkes (Dalland 2014). Metoden går ut på å skrive en litteraturoppgave ved hjelp av fag og forskningsetikker, fagbøker og litteratur som allerede eksisterer.

Videre skal jeg anvende kvalitativstudie 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 der forfattere presenterer sitt eget arbeid, og er analysert og faglig vurdert. Sekundærlitteraturer kan også anvendes i situasjonen der det ikke blir 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 utdanningsstedet 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 det ble mertydelig hva jeg skulle drøfte og hva som ble 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, og dermed er holdbarheten sikret. Hensikten med artiklene er å belyse kunnskapene innen aktuelle tema, og alle artiklene var fagfelleurdert. 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 kildene som ble brukt, var det viktig at jeg tilegnet meg kunnskap om det som var tema for oppgaven.

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 grunnen</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>Hensikten 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>Språkbarrier 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 litteraturgjennomgang av empiriske studier om</p>	<p>Det ble gjennomført en litteraturgjennomgang 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 fortalte og klaget over at helsepersonell var mistenksomme og de følte seg latterliggjort . Videre uttalte kvinnene at noen av spørsmålene skapte konflikter mellom dem og helsepersonell, dermed førte til mistillit og dårligere forhold til dem.

I tillegg mente kvinnene at dette hadde en dyp innvirkning på måten de opplevd samhandlingen med helsepersonell. (Terragni mfl.2020)

Når helsepersonell fremstår med åpen holdning og profesjonell etablerer det opplevelse av trygghet. Det åpne forholdet forutsetter at helsepersonell utviser sensitivitet i forhold til kultur og religion. Videre fremheves det som positivt at behandlingstilbud blir tilpasset kvinnenes kultur og religion, eksempelvis når de ønsker deinfibulering (Terragni mfl. 2020).

I følge 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 fører 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 nysgjerrige helsepersonell var et gjentagende fenomen. Dette gjorde at kvinnene fikk følelsen av å bli krenket og ble lite respektert, samt at det førte til 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 at omskåret kvinnene opplevde negative følelser 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. Kvinnene ga uttrykk for at helsepersonell ser ut til å mangle både tillit og kunnskap, da de stadig leser fra en bok før de stilte spørsmål knyttet til kvinnenes helsetilstand som var konsekvenser av omskjæring. (Jordal mfl 2018, Terragni mfl.2020, Timoneda mfl. 2018, Vissandjee mfl. (2014), Kimani mfl. (2020). Studiene viser at kjønnslemlestelser er et problem innvandrerkvinner oppsøker primær helsetjeneste, og det viste seg at helsepersonell har manglende kunnskap rundt konsept, typologi, land med utbredelse av FGM eksisterende handlingsprotokoller. Derfor er det viktig at sykepleier anerkjenne situasjonen og følger de yrkesetiske retningslinjer og handlingsprotokoller.

3.2.4 Kultur og kommunikasjonsutfordringer

Noe som stadig fremheves er at kvinnene mener det er viktig at helsepersonell har kjennskap til om at de er omskåret, men dette er imidlertid ikke noe de initierer til selv med mindre årsaken til kontakten 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 det med andre mennesker utenfor nærmeste familie og pårørende (Terragni mfl 2020, Jordal mfl.2018, Mbanya mfl.2020, Kimani mfl. 2020)

I følge Vissandjee mfl (2014), eksisterer utøvelse av kjønnslemlestelse som en form av kjønnsbasert vold, som kan føre til både korte og langsiktige konsekvenser blant kvinner og jenter som blir omskåret. Likevel er denne praksisen kulturelt engasjerte tradisjoner med komplekse betydninger som krever etisk og kulturelt sensitiv forståelse.

Utfordrende kommunikasjon omhandler også spåkbarrierer, både i form av at kvinnene har vanskelighet med å uttrykke seg grunnet språket, samt problemer som oppstår ved bruk av pårørende som tolk om dette sensitive temaet. Kvinnene rapporterte også at de følte seg sjenert og skamfull over kjønnslemlestelse (Mbanya mfl.2018, Jordal mfl 2018, Kimani mfl 2020).

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

4.0 Teoretiske referanseramme

I dette kapittelet 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 temaet; kjønnslemlestelse og de ulike typene, samt de helsemessige konsekvenser det kan føre til. Andre teorier som interkulturell kommunikasjon, helsefremmende interaksjon skal nevnes underveis.

4.1 *Kjønnslemlestelse.*

Kvinnelig omskjæring 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 når jentene mellom 4 og 8 år, men noen ganger i den første uken av livet eller ved prepubertal. I de 29 landene i Afrika og Midtøsten der omskjæring er konsentrert, er mer enn 125 millioner jenter og kvinner blitt omskjæret. FGM / C-praksis er dypt forankret i kulturelle og samfunnsmessige betydninger, 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. Kjønnslemlestelse er assosiert med kulturelle idealer om femininitet, kyskhhet og beskjedenhet og er tenkt for å redusere en kvinnes libido.

Kjønnslemlestelse fungerer som en selvhåndhevende 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.

WHO identifiserer fire typer kjønnslemlestelse 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 innsnevre 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 kjønnslemlestelse, 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 samfunnet en tradisjon med FGC ment å sikre kontroll over kvinnelig seksualitet, kyskhhet 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 alltid et helsefremmende formål. Som sykepleier har vi et ansvar at vi kommuniserer med pasienten, slik at vi får frem budskapet vårt 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 nonverbale 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 kommuniserer på. Ved hjelp av kommunikasjon kan man dele kunnskap, tanker, følelser, meninger og opplevelser (Eide & Eide, 2017).

Mellommenneskelig kommunikasjon kan deles inn i verbal og nonverbal kommunikasjon. Ved verbal kommunikasjon menes det at innholdet blir formidlet med ord, ordene som sies, språklig enten om det er tale eller skrift. Nonverbal kommunikasjon er alt som er ikke språklig. Kommunikasjon uten å si ord som for eksempel kroppsspråket, ansiktsuttrykk, øyekontakt, tonefall, berøring, stress og smil. Når man kommuniserer enten med verbal eller nonverbal kommunikasjon, må den samsvare med hverandre med tanke på å få frem budskapet på best måte. For sykepleiere 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 rolle skal kommunikasjonen være gjennomtenkt og hensiktsmessig (Eide & Eide, 2017)

4.2.2 Interkulturell kommunikasjon.

For å få fram forståelse og budskapet, er ikke bare nonverbal 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 trengs 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). Misforståelser kan oppstå lettere når det fører til at pasienten ikke forstår det som blir sagt, og det 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. Dårlige språkkunnskaper kan 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 gir muligheten for pasienten kommuniserer på sitt eget språk (Magelsen, 2008).

4.2.3 Bruk av tolk

For å redusere angst er det viktig at vi som sykepleiere hjelper pasienten til å føle seg trygg både gjennom samtale og over situasjoner pasienten opplever. Samtale med tolk 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 bidrar 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 om det 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).

En pasient med innvandrerbakgrunn kan kjenne seg diskriminert hvis han/hun ikke får riktig informasjon. 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 konteksten pasienten kommer fra og være strengt underlagt taushetsplikt (Kristoffersen, 2017)

Bruk av pårørende som tolk ofte innen helsetjenesten kan ha svært uheldige konsekvenser. Selv om mange pårørende har gode norskferdigheter og kunnskaper, så er det ingen garanti for sykepleieren at tolken er kvalifisert nok. I enkelte situasjoner kan pårørende være emosjonelle, og da kan pårørende som tolker unnlate eller forandre både meninger og budskapet under påvirkninger av følelser og tolkningen 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 skam. Voksne innvandrere som må ha pårørende til å tolke, kan miste en del av identiteten sin, da de mister funksjon i møte med helsevesenet. Det kan påvirke selvbildet (Magelssen, 2008)

4.2.4 Trygghet og tillit

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

Trygghet er et vanskelig begrep å definere siden det er individuelt hva vi legger i dette ordet. 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 hva en vil og å kunne hevde seg overfor andre. Trygghet er ofte noe som oppstår i relasjoner med andre mennesker (Kristoffersen, 2017).

Når sykepleieren viser pasienten tillit innebærer det 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 sårbare 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)

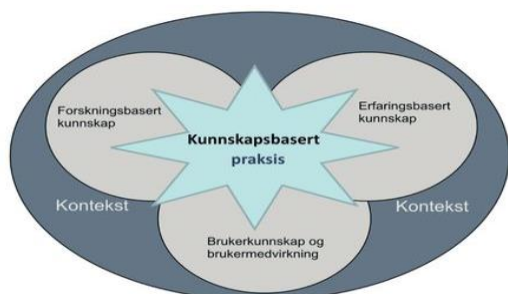
Sykepleieteoretiker Virginia Henderson belyser hvor viktig trygghet er for mennesker. Henderson mener personer dekker sine behov på en selvstendig måte ut fra sin kulturelle og sosiale bakgrunn, hvis de har tilstrekkelig vilje, krefter og kunnskap til dette. Sykepleier har ansvar for å støtte og hjelpe 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 sykepleie 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 kunnskap 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, 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. Etisk 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 mennesket som individ og det 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 på det mellommenneskelige forholdet, kan sykepleiere hjelpe pasienten med å mestre sykdommen, forebygge lidelse, finne mening og gi håp (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. Sykepleieteoretikeren har blitt inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi og mener at det å ha roller dekker over de spesielle trekkene og kjennetegnene individet har. Travelbee tar sterk avstand fra generalisering. Det forholdet mellom sykepleier og pasienten kaller 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 faser.

Den første fasen er det innledende møtet 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 fase 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 forstå 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 Travelbee er empati ikke en kontinuerlig prosess, men noe som kan oppleves i enkeltsituasjoner. Når sykepleier i enkeltsituasjoner har empati for pasienter, utvikler de nærhet og kontakt med hverandre. Den opplevelse av nærhet fører til at pasienten lettere åpner seg til sykepleieren og har tillit for vedkommende. (Kristoffersen, 2017)

Den nest siste fasen er sympati og medfølelse som er et resultat av empati. I følge Travelbee er empati en nøytral forståelse, som ikke er knyttet til handling eller til et ønske om å gjøre noen, mens sympati er avhengig av et ønske om å hjelpe pasienten. Når sykepleiere uttrykker sympati for pasienten, betyr det at man er engasjert i pasienten som person og bryr seg om hvordan hun har det, og den opplevelsen av sympati påvirker pasienten både psykisk og fysisk. I mange situasjoner vil 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 den tidligere fasen som det innledende møtet, fremvekst av identitet empati og sympati. Når sykepleieren på dette 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 for at sykepleietiltak kan iverksettes i samsvar med pasientens behov. Travelbee mener at alle mennesker er unike og det viktigste ved å finne en profesjonell praksis er å få et menneske-til-menneske-forhold. (Kristoffersen,2017).

Travelbee utarbeidet fem systematiske punkter hvor sykepleieren kan benytte sine kunnskaper og innsikt, for å finne fram pasientens behov og hvordan de kan møtes på best måte. Følgende er de punktene:

- Observasjon og kartlegging av pasientens behov
- Bekreftelse eller avkreftelse sine antakelser om hvilke behov pasienten har
- Vurdere 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 opplever tillit og trygghet under innleggelse ved gynekologisk avdeling. Her skal jeg anvende teori, aktuelle forskningsartikler og egne erfaringer fra praksisstudier ved gynekologisk avdeling. Forskning har vist at det er behov for økende kompetanse om temaet kjønnslemlestelse blant sykepleiere 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 sykepleiere og pasient er nødvendig og har stor 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 datainnsamling, og det kan være fra tidligere lege og sykepleier journal og fra pasienten selv. Ved datainnsamling bør sykepleier ha stort fokus om kulturell datasamling da pasienten er ikke norsk og har annen kulturell bakgrunn. Kulturell

datainnsamling innebærer informasjon om religion, livssyn og tro samt generell pasientinformasjon. Datasamling bidrar til at sykepleier blir i stand til å kartlegge kvinnens behov for sykepleie og har en 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 praksisstudier på gynekologisk avdeling var det ofte få som ble spurt i møte i forhold til kulturdatasamling når det gjelder kvinner med innvandrerbakgrunn, da sykepleiere benytte et generelt mål for datasamling. Og det vil si at noen sensitive og nødvendige informasjonen blir ikke hentet. De kvinner som kommer til avdelingen har en forventning at sykepleieren samler inn data ved å spørre dem.

Travelbees teori om menneske til menneske forhold belyser at sykepleier og pasient skal møtes som menneske. I følge Travelbee er hvert menneske unik og det er 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 benytter for å oppsøke helsehjelp kan forsterkes hvis de blir møt med omsorg og respekt eller minske hvis kvinnene føler seg flau over sin tilstand, sjenert, anspent og manglende av omsorg. Kjønnsllestelse har vært praktisert i tusen år og det 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 det innledende møtet skal gjennomføres. Sykepleieren må velge en møteplass som er behagelig og trygg for kvinnen og se til at personvernet blir ivaretatt. 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 det viktig at sykepleieren anerkjenner kvinnen som hun har og ikke bare som pasient med symptomer og diagnoser. Kvinnen er i en sårbar situasjon, og sykepleieren har hovedansvar for å vise kvinnen omsorg og tilstedeværelse. Sykepleieren må vise holistisk tilnærming til kvinnen og ta henne på alvor, og det kan føre til å fremme kvinnens helse og velvære. I møte med kvinner som er omskåret er det viktig at vi som sykepleiere blir godt kjent med kvinnen og ikke bare deres helsetilstander. Siden kvinnen kommer fra en helt annen kultur og bakgrunn, er det viktig at sykepleier kartlegger kvinnens ønsker og behov og verdier. Ut fra dette kan sykepleieren bli i stand for å utføre sykepleietiltak i samarbeid med kvinnen.

5.1.2 Framvekst av identiteter mellom sykepleier og kvinnen

I følge Travelbee er kommunikasjon et viktig verktøy for sykepleieren slik at hun blir i stand til å yte sykepleie, og etablerer 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 i stedet blir godt kjent med hverandre, selve identitet, og deres unike

kvalitet som et menneske (ibid). I møter med kvinne på avdeling har vi som sykepleier hovedansvar for å presentere oss med navnet og hvilken rolle vi har i avdelingen. Da blir det lettere for kvinnen hvem hun kan henvise seg til i tilfelle det er noen hun trenger eller lurer på.

Jeg har valgt å benytte Travelbees menneske- til menneske forhold for å skape relasjon mellom sykepleieren og kvinnen. Den rolle er viktig da det bidrar til å fordele arbeid og hensikt til menneskene som er involvert i en situasjon hvor de må samarbeide. 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 å forholde seg til mennesker 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 forholde 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 med hverandre. 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 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 et annet kultur utgangspunkt skal vi som sykepleiere 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 føle 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. Kjønnsløst praksiseres ikke i Norge og derfor er det stort sjans at sykepleierne ikke har erfaring eller kunnskap om hvordan det er å være omskåret. Men her kan sykepleier forsøker å relatere til annen type av smerte som de selv har erfart i livet. Videre beskriver Travelbee i sin teori at det er vanskelig for mennesker å forstå noe 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 sette seg i hennes situasjon.

Vissandje, Denetto, Migliardi & Proctor (2014) skriver at 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 blir i stand til å føle empati for kvinnen.

Sympati og medfølelse kan blir aktuelt når sykepleieren og kvinnen utvikler det mellommenneskelige forholdet deres fra empatifasen. Her ønsker sykepleieren og utarbeide 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 medfølelser 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 skal utvikle tillit i møte med pasienten krevet det tid slik at det kan oppstå et tillitsfullt forhold. Når vi som sykepleiere utvikler et mellommenneskelig forhold til kvinnen kan hun oppleve følelser av trygghet og tillit. Det er viktig å se 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 til at jeg som sykepleier blir i stand til å øke både opplevelser av tillit og trygghet.

Trygghet som nevnt i teoridelen er ett av de viktigste grunnleggende menneskelig behov og som oppstår i relasjoner mellom mennesker.

I følge Kenward mfl. (2017) belyser at det manglende på informasjon og kommunikasjon bidro til at 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 avdeling opplevde jeg at kvinnen som tidligere i livet ble utsatt for vold ble godt informert om alle prosedyre 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 å spørre kvinnene om de er omskåret eller ikke.

Etter mine erfaringer og praksisobservasjoner mener jeg at gynekologisk undersøkelser er i seg selv en ubehagelig behandling og de fleste kvinner gruer seg ganske mye til dette. Kvinner kan være både nervøse og redde. For kvinner som er omskåret er det svært viktig at sykepleiere forbereder kvinnene godt ved å gi tydelig og adekvat informasjon. Å vise fram intime områder til andre er ofte ikke så lett særlig når det gjelder kvinner med annen kulturell bakgrunn. Derfor er det viktig at sykepleier tar seg tid til å bli godt kjent med kvinner da den kan bidra til oppbygging av tillit og følelse av trygghet

For å finne ut hva som trygger den aktuelle personen så er det viktig å finne ut hva den aktuelle tenker og behøver. Hva vi legger til trygghet og hva som trygger ulike personer kommer an på hvem det gjelder, da mennesker er ulike og det 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 trygghetsfølelsen og å skape en god relasjon og tillit. Når pasienten opplever trygghet og tillit, holder hun ikke 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 Kenward mfl. (2017) viser det at pasienter som oppfattet helsepersonell var usikre, opptatt eller uklar kjente seg utrygg og opplevde å få manglende omsorg. Videre viser studien at når helsepersonell fremstår med åpenbarhet med tanker fører til en god relasjon og økende omsorg. I møte med kvinnen er det nødvendig at vi som sykepleiere skaper en god relasjon og betydningsfull tillit, og forståelse som kan bidra til en åpen dialog. Når sykepleieren og kvinnen kommer i felleskapet kan det bidra til et positivt samarbeid.

Mbanya mfl. (2020) skriver at det er viktig at helsepersonell er respektfulle, ikke er 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 til å la pasienten medvirke. Å bruke kunnskapen er en av tre essensielle elementer i den kunnskapsbaserte praksisen (Nortvedt mfl.2007).

Timoneda mfl. (2018) konkluderte i studien at kjønnslemlestelse eksisterer og viser en dyp mangel på kunnskap blant helsepersonell om de ulike typer av kjønnslemlestelse, hvilke land som praktiserer det og hvilke holdninger og handlinger vi ytrer i møte med pasientgruppen. I tillegg er det viktig at vi som sykepleier anvender forskningsbaserte kunnskap som vi får gjennom grunnutdanningen i sykepleie. Som sykepleier kan man utøve de ulike prosedyrer, samt ha gode naturvitenskapelige kunnskaper innenfor tema om kjønnslemlestelse, både det kulturell, livssyn og tro som fører til at den praktiseres. Dette vil påvirke og øke sykepleiers kompetanse som igjen bidra til sykepleiers handlingsmåte og holdninger i møte med kvinner som er omskåret. Dette skal igjen bidra at sykepleier skaper trygghet, tillit og god relasjon med pasienten. Dette henger også sammen med at vi som sykepleier er bevisst på hvilken kompetanse og arbeidsområde vi befinner oss i. Ved bruk av forskningsbasert kunnskap kan sykepleiere forsikre seg om at de er profesjonelle i møte med kvinnen (Nortvedt mfl. 2007).

Når vi som sykepleiere har økende kunnskap om dette temaet som er kjønnslemlestelse blir det lettere for oss å møte disse pasientgruppene og det kan føre til at det reduserer

kvinnens opplevelse av usikkerhet, følelse av utrygghet og frykt av å bli stigmatisert. Det viser i flere artikler at kvinner som er omskåret opplever at det er manglende kunnskap om kjønnslemlestelse hos helsepersonell noe som fører til et fåtall av de omskåret kvinnene 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 på 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 annet språk enn norsk. Derfor har vi hovedansvar for å vurdere behovet for profesjonell tolk (Hanssen,2000).

I denne situasjonen har både sykepleier og pasienten ulike språk og det kan lettere oppstå svikt i kommunikasjonen som kan føre til misforståelse. Flere av forskningsartiklene viser at språkbarriere er en av det største utfordringene 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 møtet mellom sykepleieren 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 datainnsamling blir sykepleier bevisst på kvinnens språkferdigheter og kan da sykepleier vurdere behovet for tolk. Tolksamtale legger til rette for at pasienten skal kunne kommunisere på eget språk som bidrar til at viktig og nødvendig informasjon blir formidlet riktig. Det er viktig at sykepleier bruker profesjonell tolk slik at informasjon som blir gitt blir nøyaktig og forstått på best måte. Ved bruk av pårørende som tolk kan det føre til at viktig informasjon ikke blir gitt. 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 min kompetanse som innebærer både kunnskaper, ferdigheter og holdninger som sykepleier og hvordan den kan føre til å fremme god helse hos pasienten, skape god relasjon samt oppbygging av tillit og følelse 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, vise 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, være åpen for dialog og øke den trygghetsopplevelsen til pasienten. I tillegg er det nødvendig at vi som sykepleiere 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 at det er manglende faglig kunnskap og erfaring blant helsepersonell om kjønnslemlestelse, noe som førte til at kvinnene følte seg utrygg samt fryktet stigmatisering og fordømmelse. I oppgaven fremhever jeg viktigheten av at sykepleier bør tilegne seg kunnskap om kjønnslemlestelse, kultur og religiøse grunner som ligger til grunn for denne praksisen. Manglende kunnskap om hvordan vi kan møte og ivareta kvinner som er omskåret kan føre til svikt i prosedyrer som skal utføres, og det er derfor viktig at utdanningssteder inkluderer dette i pensum og læringsutbytte samt retningslinjer for å sikre gode sykepleieutøvelser.

Videre viser funnene fra artiklene at språkbarriere var annen faktor som hindret 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. I tillegg får vi en bedre forståelse og sikre god behandling og brukermedvirkning. Sykepleier bør benytte 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 sykepleiere og kvinner som er utsatt for omskjæring. Tillit er noe som skapes

over lang tid og den er dynamisk, derfor er det viktig at vi som sykepleiere bruker tid på å bli godt kjent med pasienten. Vi må gi pasienten tillit, være åpen, lojal, vise respekt, ta pasienten på alvor og være oppmerksomme på både verbal og nonverbal kommunikasjon og vise tilstedeværelse. Når vi som sykepleiere møter kvinner med respekt og fokuserer på kulturell forståelse, trygghet og brukermedvirkning kan det redusere opplevelsen av skam og stigma.

Litteraturliste

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

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> (Hentet 30.03.20)

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 Akribe 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). Omskjering 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/>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> (Hentet 10.04.20)

