

Kandidatnummer 6127

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Det som er ubehagelig, snakker vi ikke om.

-en litteraturstudie om kvinnelig kjønnelemllestelse og sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 10.05.2021



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

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Kvinnelig kjønnslemlestelse er estimert til å ramme over 200 millioner jenter og kvinner på verdensbasis. Forekomsten er høyest på det afrikanske kontinentet, men kan også forekomme andre steder i verden. Sett i lys av innvandring og et samfunn som stadig blir mer flerkulturelt burde også helsevesenet ta stilling til at man kan komme til å oppleve å møte pasienter med utfordringer som ikke er kjent for vestlig medisin og praksis. Kvinnelig kjønnslemlestelse kan være en av disse.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å beskrive utfordringer kvinner som er omskjæret opplever og hvordan sykepleier kan gi kunnskapsbasert og helhetlig sykepleie.

Metode

I denne oppgaven er det blitt utført en litteraturstudie. Dette betyr at jeg har fordypet meg i et tema ved å analysere fire vitenskapelige artikler, men også trukket inn relevant litteratur og egne refleksjoner som vil utgjøre grunnlaget for denne besvarelsen.

Resultater

Resultatene viser at kvinnene i en eller annen grad lever med en komplikasjon eller utfordring forbundet med kjønnslemlestelsen. Kvinnene opplyser også at helsepersonell ofte er unnvikende til tematikken og denne unnvikende holdningen får ofte kvinnene til å føle seg mindreverdige og utilpass. Kunnskap om kvinnelig kjønnslemlestelse og en bedre kulturell forståelse er essensielt for å kunne møte disse kvinnene for å gi helhetlig sykepleie.

Diskusjon

Kunnskap om kultur, unnvikende holdninger og kommunikasjonsbarrierer er faktorer som påvirker sykepleien til kvinner som er blitt kjønnslemlestet. Komplikasjonene som kvinnene opplever i forbindelse med sin omskjærelse blir ofte ikke oppdaget før første møte med helsepersonell, ofte da i forbindelse med svangerskap og fødsel.

Nøkkelord: kvinnelig kjønnslemlestelse, omskjæret, helhetlig sykepleie, kommunikasjon, flerkulturell kompetanse, interkulturell

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	4
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	4
1.2 BEGREPSAVKLARING	5
1.3 PROBLEMFORMULERING	6
1.4 HENSIKT MED OPPGAVEN	6
2.0 TEORIKAPITTEL	7
2.1 KVINNELIG KJØNNSLEMLESTELSE OG -ELLER OMSKJÆRING	7
2.2 KOMPLIKASJONER OG UTFORDRINGER	8
2.3 KLINISK SYKEPLEIE OG KULTURSENSITIV KOMMUNIKASJON	9
2.4 JOYCE TRAVELBEE- MENNESKE TIL MENNESKE FORHOLD	11
3.0 METODE	13
3.1 VALG AV METODE	13
3.2 FREMGANGSMÅTE FOR SØK AV VITENSKAPELIGE ARTIKLER	13
3.3 ANALYSE	15
4.0 RESULTATER	16
4.1 PASIENTENES UTFORDRINGER OG BEHOV SOM FØLGE AV KJØNNSLEMLESTELSE	16
4.1.1 <i>Seksuelle og reproduktive utfordringer</i>	16
4.1.2 <i>Behov for åpen kommunikasjon og forståelse</i>	17
4.2 SYKEPLEIERS TILNÆRMING OG KUNNSKAP OM KVINNELIG KJØNNSLEMLESTELSE	17
4.2.1 <i>Sykepleiers tilnærming til pasienten og unnvikende holdning</i>	17
4.2.2 <i>Behov for mer opplæring og kunnskap om kvinnelig kjønnslemlestelse</i>	18
5.0 DISKUSJON	19
5.1 METODEDISKUSJON	19
5.1.1 <i>Kildekritikk</i>	19
5.1.2 <i>Forskernes bakgrunn og valg av disse</i>	21
5.1.3 <i>Studiens deltakere: pasienter og helsepersonell</i>	21
5.1.4 <i>Litteraturbasert oppgave som metode</i>	21
5.2 RESULTATDISKUSJON	22
5.2.1 <i>Pasientenes utfordringer som følge av kjønnslemlestelse</i>	22
5.2.2 <i>Sykepleiers tilnærming og kunnskap om kvinnelig kjønnslemlestelse</i>	26
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS	29
LITTERATURLISTE	31
VEDLEGG 1: OVERSIKTSTABELLER OVER ANALYSERTE ARTIKLER	34
VEDLEGG 2: OVERSIKTSTABELL OVER SØKESTRATEGI	39

Antall ord: 9386

1.0 Innledning

Kvinnelig omskjæring er i dag utbredt i over 30 land, og man estimerer at ca 200 millioner jenter og kvinner er utsatt for dette. Disse landene omhandler Afrika, Midtøsten og Asia. Denne praksisen utføres oftest på jenter under 15 år, og blir beskrevet av Verdens Helseorganisasjon som et brudd på menneskerettighetene (Verdens Helseorganisasjon, 2020). Som sykepleier møter man alle typer mennesker i alle slags livssituasjoner. Felles for disse situasjonene er gjerne at de er sårbare og at personen som møter sykepleieren trenger hjelp, kunnskap eller en tjeneste som sykepleieren kan tilby.

Norge er et land som stadig er i endring og anses å være et flerkulturelt samfunn. I Norge bor det ca 28 402 personer med somalisk bakgrunn (Statistisk Sentralbyrå, 2021, tabell 1). Siden Somalia er et land med høy forekomst av kvinnelig omskjæring er det naturlig å tenke at enkelte sykepleiere kommer til å møte på denne pasientgruppen i løpet av sin yrkeskarriere.

Kvinnelig omskjæring har ingen helsegevinster eller fordeler. Men kan heller føre til en rekke komplikasjoner som urinlating- og urinveisinfeksjoner, komplikasjoner ved svangerskap og fødsel, til traumer denne prosedyren kan gi og senere skape psykologiske utfordringer. (Verdens Helseorganisasjon, 2020). I Norge er denne praksisen forbudt og nedtegnet i norsk lov, *jf. Lov om straff §284 og §285.*

Temaet kvinnelig omskjæring og utfordringene rundt dette vokser gjennom det vi ser som økt migrasjon fra land som opprettholder denne praksisen. Kunnskapen rundt temaet er begrenset og lite nevnt i pensumlitteraturen ved sykepleierutdanningen. Pensum litteraturen belyser komplikasjoner og de utfordringer kvinnene kan oppleve, men nevner i liten grad sykepleiers rolle i møte med denne pasientgruppen (Utne, 2016).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunn for valg av dette temaet startet da jeg som ung jente og annen generasjons minoritet skulle planlegge en tur sammen med min familie til min fars hjemland Gambia da jeg gikk i 6. klasse.

I Gambisk kultur var kvinnelig omskjæring blant enkelte folkegrupper godt etablert på den tiden. Dette var ikke kjent for meg som barn da jeg er oppvokst i norsk kultur og har liten

tilknytning til mine afrikanske røtter. I forbindelse med denne turen og vaksinerings spurte helsesykepleier ved min barneskole meg om denne turen var i forbindelse med omskjæring. Noe jeg ikke visste hva var på det gitte tidspunktet.

Denne episoden har dukket opp i tankene mine fra tid til annen gjennom oppveksten. Det var etter min forståelse at siden kvinnelig omskjærelse har en del komplikasjoner og senskader skulle dette være en større del av sykepleierutdanningen. Da sett fra et samfunnsperspektiv at man i Norge har opplevd økt innvandring og er i større grad påvirket av flere kulturer i dag enn det var for 20 år siden.

Norge er et flerkulturelt samfunn med folkegrupper fra mange nasjoner og kulturer. Selv om sykdom og helse er biologiske fenomener først og fremst, har også livssyn og kulturell- og sosial bakgrunn mye og si for en persons oppfatning av hva god helse er (Hanssen, 2016, s.84). De yrkesetiske retningslinjene beskriver hvordan sykepleier burde engasjere seg i samfunnet og imøtekomme sårbare grupper med særskilte behov for helse- og omsorgstjenester (Norsk Sykepleier Forbund, 2021). Norske sykepleiere er i stor grad et produkt av et vestlig-samfunn med vestlig medisin og vitenskap.

Derfor kan ulik forståelse og forventning til behandling påvirke møte mellom sykepleier og minoritets pasienter. Å bli møtt med et helhetlig menneskesyn og en nysgjerrighet og ydmykhet kan være en god døråpner for at sykepleier skal nå inn til pasienten.

1.2 Begrepsavklaring

Kvinnelig kjønnslemlestelse/ Omskåret / Female genital mutilation / cutting

En felles betegnelse på ulike typer og grader inngrep hvor ytre kjønnsdeler fjernes helt eller delvis, eller påføres annen varig skade og som blir utført uten medisinske årsaker (Norsk legeforening, 2021)

Utfordring

I denne oppgaven vil utfordringer bli brukt i den kontekst som er sentral for oppgavens hensikt. Det vil si at utfordringer vil bli brukt som en samlebetegnelse for det kvinner som har overlevd kjønnslemlestelse opplever av komplikasjoner som en direkte årsak av kjønnslemlestelsen.

Inter-kulturell kompetanse

Evnen og forståelsen til å møte og beherske situasjoner der ulike kulturer møtes.

Infibulasjon

Delvis eller fullstendig fjerning av ytre genitalier og gjensyng slik at urinveisåpningen dekkes av et infibulerende seil og vaginalåpningen forsnevres slik at det kun er en liten åpning igjen, til urinlatning og mentrasjonsblod.

Deinfibulering

I denne oppgaven, åpning av infibulasjonen enten kirurgisk eller på tradisjonelt vis.

1.3 Problemformulering

Norge har ca 800 094 innvandrere (Statistisk Sentralbyrå, 2021). Dette tallet omfatter da første- og andre generasjons innvandrere.

I denne oppgaven er det valgt å avgrense til voksne innvandrere kvinner som er bosatt i vestlige land og deres opplevelser i møte med helsevesenet. Oppgaven handler i stor grad om afrikanske kvinner, grunnet forekomsten av kvinnelig omskjæring er høyest på det afrikanske kontinentet.

1.4 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne bachelor oppgaven er å belyse de utfordringer kvinner som er omskjæret opplever, og utforske hvordan sykepleier kan gi helhetlig og kunnskapsbasert sykepleie til denne pasientgruppen.

2.0 TEORIKAPITTEL

I teori kapittelet vil jeg først definere hva kvinnelig omskjæring er og hvordan dette utføres. Videre vil jeg løfte frem noen komplikasjoner og utfordringer som kan oppstå som en direkte konsekvens av omskjæringen. Det vil også bli belyst sykepleie til denne pasientgruppen og tiltak som kan iverksettes for å lindre pasientens lidelse ved kontakt med helsevesenet. Avslutningsvis vil jeg gjøre rede for Travelbee sin teori om menneske til menneske forhold i sykepleien.

2.1 Kvinnelig kjønnslemlestelse og -eller omskjæring

Kvinnelig omskjæring eller kvinnelig kjønnslemlestelse vil si prosedyrer som innebærer at man delvis eller fullstendig fjerner de ytre kvinnelige kjønnsorganene, eller en eller annen form for skade på kvinners kjønnsorgan uten en medisinsk begrunnelse.

Kvinnelig omskjæring er et begrep som ofte oppleves mindre støtende og av og til kan en person som er omskåret ikke kjenne seg igjen i beskrivelsen kjønnslemlestelse.

Ordet kjønnslemlestelse blir brukt for å skille det fra den mannlige omskjæringen der man «skjærer rundt», altså fjerner forhuden av penis (Johansen, 2021).

Kjønnslemlestelse eller omskjæring er definert i tre typer og en samlekategori, Johansen definerer det som følgende:

Type 1: Klitoridektomi, omfatter mer eller mindre fjerning av klitoris (Johansen, 2021).

Type 2: Eksisjon, samme som klitoridektomi og de indre kjønnsleppene (Johansen, 2021).

Type 3: Infibulasjon, omfatter fjerning av vev fra de indre og / eller de ytre kjønnsleppene for så å sammenstille dem slik at det dannes et hud-segl som dekker det meste av vulva (Johansen, 2021).

Type 4: Dette gjelder alle andre typer inngrep mot kvinnelige kjønnsorganer som ikke er medisinsk begrunnet, dette omfatter også inngrep som ikke nødvendigvis fjerner hud eller vev, men prikker, gjennomborer, skrapes eller brenner kjønnsorganene (Johansen, 2021).

Type 1 og 2 er de vanligste og utgjør ca. 90% av all kjent kjønnslemlestelse. Det vil si at type 3 utgjør ca. 10%, og er mest utbredt i Somalia, Sudan, Djibouti og noen deler av Eritrea. Type 4 fins det lite statistikk om når det kommer til informasjon om utbredelse. Likevel er denne typen inngrep mest kjent fra asiatiske land som Indonesia, Malaysia og Thailand (Johansen, 2021).

2.2 Komplikasjoner og utfordringer

I Norge møter man som regel kvinner som lever med senskader på grunn av kjønnslemlestelse. Derfor er det valgt å fokusere på konsekvenser og utfordringer til denne pasientgruppens grunnleggende behov, og noen av de senkomplikasjoner og utfordringer som kan oppstå.

Når kjønnsleppene blir fjernet forsvinner også det som er gitt for å beskytte det kvinnelige kjønnsorganet. Underlivet blir mer åpent. Dette kan føre til sårbarhet for smerte, og enkelte mener også at det kan gi en hyppigere risiko for infeksjon. Noen kan bli mer mottakelige for HIV-smitte fordi samleie kan medføre økt friksjon og blødningsfare (Johansen, 2005, s. 36).

Cyster kan oppstå fordi kjertelvev stenges inne. Disse cystene kan bli infisert og vokser over tid. De kan oppstå både innvendig og utvendig.

Arrvev kan også føre til ubehag og smerter. Området som er blitt skåret i kan bli over-sensitivt hvis nervene på klitoris er skåret over og er kommet i klem. Dette kan medføre sterke smerter ved lett berøring, eller varige smerter (Johansen, 2005, s. 36).

Ved fødsel ser man at arrvev kan føre til at vevet rundt skjeden blir mindre elastisk. Dette kan føre til flere intervensjoner under fødsel for å forebygge at vevet ikke revner ukontrollert. Det blir da nødvendig med episiotomi under fødsel. Dette skal alltid vurderes individuelt (Johansen, 2005, s. 36).

De hyppigste langtidsproblemene innen seksuelle utfordringer viser studier at utfordringer med å gjennomføre et normalt samleie, smerter og manglende orgasme er de vanligste komplikasjonene (Johansen, 2005, s. 36). Den fysiske nytelsen i selve kjønnsorganet kan bli svekket når deler av det er fjernet. Dette kan komme av svekket sensitivitet eller smerter.

Hos de kvinnene som har overlevd type 3, infibulasjon, kan klitoris være mer eller mindre intakt under hudseglet (Johansen, 2005, s. 36).

Det er viktig å løfte frem at komplikasjonene er individuelle og handler i stor grad om hva slags kjønnslemlestelse som har blitt foretatt.

Undersøkelser tyder på at kvinner som har blitt omskjæret ofte er plaget med smerter. Kroniske smerter i perineum kan komme av at nevrinom dannes der den dorsale delen av klitoris er skåret over. En stor utfordring for jenter i skolealder kan derfor være å gjennomføre enkelte øvelser i for eksempel gymnastikk, fordi enkelte øvelser kan føre til sterke smerter. Andre studier rapporterer om at så mange som 67% opplever sterke menstruasjonssmerter og smertefull urinlating (Jerpseth, 2016, s. 142).

2.3 Klinisk sykepleie og kultursensitiv kommunikasjon

Klinisk sykepleie er sentralt for oppgavens hensikt da klinisk sykepleie handler om å forstå pasientens utfordringer og ut fra dette grunnlaget lindre og bidra til restitusjon. Ut fra en faglig forståelse vil sykepleier foreta de handlinger og tiltak som pasienten er best tjent med. Ikke-skade prinsippet går etter at sykepleier skal gjøre godt og fremme pasientens helse og livskvalitet, minimalisere ubehag, smerte og forhindre at pasienten får unødvendige belastninger. Sykepleier skal altså beskytte liv og helse så lenge pasienten er under hennes omsorg (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 18). Pasientens rettigheter og behov er også noe sykepleier må være klar over, hun må handle til pasientens beste og i respekt for pasientens autonomi. Innen medisinen innebærer dette at pasientens rett til å velge og å nekte behandling eller helsehjelp må respekteres. Dette gjelder også sykepleien som skal bli gitt, derfor er det viktig at sykepleier forsikrer seg om at pasienten er samtykkekompetent og at både pasient og pasientens pårørende er godt informert om de mulige konsekvenser ens valg kan ha (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 18).

I sykepleie for kvinner som har opplevd kjønnslemlestelse handler sykepleien i stor grad om informasjon og veiledning i møte med disse kvinnene. God kulturell kompetanse vil være et tiltak, som igjen vil skape rom for åpenhet og tillit. Tolk kan være for mange en nødvendig forutsetning for å motta gode helsetjenester og ofte den beste måten å gi helsehjelpen på. Helsepersonell eller sykepleier har ansvaret for å legge til rette for at informasjonen som skal

gis er slik at pasienten forstår innholdet og betydningen av de opplysninger som blir gitt (Barne- og familiedepartementet, 2008, s. 9).

Helsepersonell kan ta i bruk PLISSIT-modellen som beskriver forskjellige nivåer man kan forholde seg til og behandle seksuelle utfordringer (Gamnes, 2016, s. 399). De forskjellige bokstavene symboliserer hvilket nivå de forskjellige befinner seg på når det kommer til hjelp med seksuelle utfordringer (Gamnes, 2016, s. 399). P-nivået er det laveste nivået og er der de fleste befinner seg, det kreves ingen utdanning for å gi råd og veiledning på dette nivået. Bare trygghet og hensyn. LI-nivået er for den gruppen som trenger konkret, enkel og saklig informasjon. Dette kan for eksempel være informasjon om HIV og aids, kondombruk, seksuelle hjelpemidler og seksuell legning. SS-nivået er for den som trenger spesifikk veiledning og råd i forbindelse med sin situasjon og videre spesifikke forslag til løsninger. IT-nivået er som regel for en liten gruppe. Denne gruppen har behov for et spesialisert behandlings tilbud, dette kan være kjønnsidentitetsproblematikk eller spesielle dysfunksjoner (Gamnes, 2016, s. 400-401). Det er da behov for spesialisering innen feltet. Dette kan være sykepleier med videreutdanning eller sexolog.

Sykepleier har også et forebyggende ansvar når det kommer til kjønnslemlestelse. Undervisning og informasjon er knyttet til dette ansvaret. Da rettet mot kvinner og unge jenter fra kulturer der omskjæring anses som en del av kulturen.

Sykepleier ved forskjellige instanser må kunne klare å ta opp dette temaet med kvinner som allerede er omskjæret for å kunne forbygge en eventuell risiko for at døtrene til disse kvinnene blir omskjæret (Jerpseth, 2016, s. 143).

Det er viktig at sykepleier har kjennskap til loven og kan informere kvinnene om at dette er forbudt i Norge (Jerpseth, 2016, s. 143).

Som sykepleiere har man en informasjonsplikt. Denne plikten er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 og 3-4, men også helsepersonell-loven §10. Dette innebærer at som sykepleiere skal vi informere pasienten om rettigheter og konsekvenser, selv om pasienten gir uttrykk for lite initiativ eller forståelse.

I møte med flerkulturelle pasienter eller pasienter med innvandrerbakgrunn kan språket være en barriere for å formidle god og forsvarlig informasjon. Pasienten har rett på tolk og dette skal tas i bruk. Lov om pasient- og brukerrettigheter er tydelig i §3-5 at: *«informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn»* (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1997, §3-5).

Kultursensitiv kommunikasjon handler om at fokuset ligger på å møte medmenneske ikke kulturen. Sykeleier trenger å være bevisst på sin egen for-forståelse (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 204). For å skape grunnlaget for kontakt og forståelse ligger en all menneskelig kommunikasjons kompetanse til grunn (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 202).

2.4 Joyce Travelbee- menneske til menneske forhold

I denne oppgaven anses Joyce Travelbees sykepleieteori som relevant, fordi en god relasjon mellom pasient og sykepleier er høyst relevant for å kommunisere om temaer som underlivsproblematikk. For å kunne etablere et menneske til menneske forhold må pasient og sykepleier oppfatte hverandre som to individer som er unike, og ikke kun sine gitte roller som «pasient» og «sykepleier».

Et menneske- til menneskeforhold beskrives av Travelbee slik:

«Et menneske til menneske forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom sykepleier og de (n) hun har omsorg for. Hoved kjennetegnet ved disse erfaringer at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt» (Travelbee, 2018, s. 177).

Et menneske- til menneske forholdt oppnås når sykepleier og pasienten eller den syke har gått gjennom flere faser (Travelbee, 2018, s. 186). Disse fasene kan gå litt i hverandre, men det er viktig at sykepleier er klar over og bevisst på disse fasene slik at man oppnår en best mulig relasjon. Første fase i prosessen om å oppnå et menneske- til- menneske-forhold i følge Travelbee er *det innledende møte*. Dette er det første møtet mellom sykepleier og pasienten. Under dette møtet vil sykepleier gjøre det første og viktigste trinnet i sykepleieprosessen, observere. Observasjon og den informasjonen det gir er viktig fordi dette skaper grunnlaget for de beslutninger som skal tas. Dette er også stadiet der pasient og sykepleiere ser hverandre kun som de inntatte rollene man har i situasjonen. Pasient ser sykepleier som en sykepleier,

og sykepleier ser pasienten som kun en hvilken som helst pasient. Disse antakelsene er helt naturlige i dette møtet, man ser ikke hverandre som egne individer. Man baserer seg i stor grad på tidligere erfaringer med andre pasienter og pasienten kan basere seg på tidligere erfaringer eller folkesnakk og medieomtale hvis hun ikke har vært i kontakt med helsevesenet før (Travelbee, 2018, s. 187). Sykepleiers oppgave i denne fasen er å bryte ned kategoriseringen for å kunne møte pasienten som et unikt individ, et menneske. Når sykepleier opplever den syke som et individ og pasienten begynner å respondere deretter, går forholdet over i en ny fase, *fremvekst av identiteter* (Travelbee, 2018, s. 188). I denne fasen betraktes den andre i mindre grad som en kategori og mer som et individ med egen identitet. Sykepleier kan begynne å plukke opp hvordan pasienten oppfatter situasjonen, føler og tenker. Pasienten fra sin side kan erkjenne sykepleier som individ og ikke som «alle andre sykepleiere». Det er fortsatt ikke en klarhet i hvor unike hver enkelt person er. Relasjonene er i en mellom fase som legger grunnlaget for det neste steget som er *empatifasen* (Travelbee, 2018, s. 189). «*Empati er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket*» (Travelbee, 2018, s. 193). Empati er når man klarer å vise forståelse ovenfor det andre individet. Partene opplever hver for seg at noe meningsfylt blir formidlet. De er nå klar over at det har oppstått en kontakt. Dette er en bevisst prosess, man er selv klar over at man føler empati. Ut fra dette er man i stand til å forutse den andres adferd (Travelbee, 2018, s. 193). Forholdet er nå godt etabler og kan utvikles videre til tredje fase som er *sympati og medfølelse*. Denne fasen utspringer fra empatifasen og representerer et skritt videre, ved at behovet for å lindre plager og lidelse er til stede, noe som er fraværende i empatifasen (Travelbee, 2018, s.200). Tillit til sykepleieren blir sterkere i denne fasen, og et genuint ønske om å vise omsorg ovenfor pasienten er til stede (Travelbee, 2018, s. 201). Når sykepleier og pasienten har vært gjennom de fire andre fasene oppnår de den femte fasen som er *gjensidig forståelse og kontakt*. Nå forholder pasient og sykepleier seg til hverandre som menneske til menneske og ikke i sine roller som «pasient» og «sykepleier» (Travelbee, 2018, s. 2011).

3.0 Metode

Metode er et redskap som brukes til å komme frem til eller søke etter kunnskap. Det kan omtales som en fremgangsmåte, eller et middel til å løse et problem og komme frem til ny informasjon og kunnskap (Dalland, 2017, s. 53).

3.1 Valg av metode

Denne oppgaven er en litteraturbasert oppgave. Dette betyr at oppgaven fokuserer på kunnskap som allerede er fremstilt i vitenskapelige artikler. Det vil si at det ikke vil bli lagt frem noen ny vitenskap i denne bacheloroppgaven, men aktuelle nøkkelfunn fra artiklene som vil bli lagt frem og trukket opp mot hvordan sykepleier kan bruke dette i praksis ute i feltet.

Det er blitt valgt ut artikler som er basert på kvalitativ-metode. Kvalitativ metode kan være en god metode når man ønsker å belyse og fange opp opplevelser og meninger som ikke kan la seg måle eller tallfeste (Dalland, 2017, s. 54). Ved å bruke kvalitative data vil man kunne gjøre rede for hva hver enkelt opplever og hvordan dette kan ses i en sammenhengende tråd gjennom de forskjellige opplysninger som kommer frem. Valget på kvalitativ metode er valgt fordi når man jobber med mennesker vil det alltid være individuelle forskjeller, men man kan likevel se likheter gjennom ord og opplevelser som blir fortalt.

I de utvalgte vitenskapelige artiklene er det blitt gjort kvalitative forskningsintervjuer, der forsker prøver å forstå situasjonen, opplevelsen eller verden sett fra intervjupersonens side. Målet med slike intervjuer er å sette fokus på mening og forståelse som kan bidra til ny kunnskap (Dalland, 2017, s. 68).

3.2 Fremgangsmåte for søk av vitenskapelige artikler

For å finne frem til relevante artikler ble det gjort søk i ulike databaser.

Universitetsbiblioteket sin side ble brukt og de databasene som er beskrevet der under helsefag. Ut fra det som ble anbefalt av bachelorveileder og bibliotekar valgte jeg å bruke CHINAL og Oria som mine hoved databaser. CHINAL er den største databasen for artikler og forskning innen helsefag og sykepleie. Oria opplevde jeg som mer ryddig og lettere å bruke når det kom til begrensninger, og om artiklene var fagfelleurdert.

Søkeord som ble brukt skulle være relevant og sentrale med tanke på hva slags tema og problemstilling som skulle belyses i oppgaven. Søkeord som ble brukt var: *circumcision*,

women, challenges, sexuality, circumcised, female perception, mental health, female genital mutilation, infibulation, og kjønnslemlestelse. For å få søket mest mulig spesifikt opp mot oppgavens hensikt har det blitt brukt noen eksklusjons- og inklusjonskriterier.

Inklusjonskriteriene som ble satt var at artiklene ble publisert mellom 2011-2021 og at de var fagfelleurdert og fulgte IMRaD-strukturen. Det krevdes også at artiklene var skrevet på skandinavisk eller engelsk, at de hadde tilhørighet i Europa geografisk og at kvinnene var migranter til et vestlig europeisk land. I begynnelsen av søkeprosessen var jeg åpen for kvalitative og kvantitative data, videre i prosessen fant jeg både artikler som hadde anvendt begge disse metodene. Når jeg leste gjennom de kvantitative artiklene fant jeg ut at de ikke beskrev problemstillingen eller hensikten med oppgaven tydelig nok, dermed ble ikke kvantitativ forskning vektlagt videre i søket. Dermed ble dette et eksklusjonskriterium. Likevel videre i prosessen ble jeg gjort oppmerksom på at den ene av artiklene ikke kunne brukes da den var basert på en av de andre studiene og hadde samme forfatter. Det ble derfor lett etter andre artikler i de forskjellige studienes litteratur-lister for å se om man kunne finne frem til relevante studier med tanke på oppgavens hensikt. Det ble funnet én artikkel som er en kvantitativ studie. For å verifisere at denne var fagfelleurdert og en pålitelig kilde å bruke ble det gjort et søk i Oria med artikkelens tittel for å verifisere at den var fagfelleurdert og innenfor inklusjonskriteriene.

Videre for å velge ut artiklene til oppgaven benyttet jeg samme fremgangsmåte hele prosessen. Først ble det brukt relevante søkeord for å finne artikler, dermed måtte jeg lese gjennom de overskriftene som kom opp under de søkeordene jeg hadde søkt på. Jeg valgte ut de artiklene som jeg opplevde selv beskrev det jeg ønsket å formidle i oppgaven. Når jeg hadde valgt ut de artiklene jeg tenkte kunne være relevant for oppgaven leste jeg gjennom sammendraget til oppgavene for å se om dette var en artikkel som kunne gi en god besvarelse på oppgaven. Etter å ha gjort dette valgte jeg ut de artiklene som både vekket min interesse, men også som stilte videre spørsmål til eventuell videre forskning. Etter å ha gjort dette besluttet jeg hvilke artikler som var passende for oppgaven og den problemstillingen jeg ønsket å forske på.

For database, søkeord og treff med utvalgte artikler se vedlegg 2, oversiktstabell over søkeprosess.

Videre ble alle artiklene satt inn i en tabell for å skape enda bedre oversikt. I denne tabellen ble det inkludert problem, perspektiv, hensikt, metode og resultater. Dette ga en fin oversikt

og en enkel måte å identifisere likheter og ulikheter i de forskjellige studiene, se vedlegg 1 oversiktstabeller over analyserte artikler.

3.3 Analyse

Analysen ble startet med å lese gjennom de utvalgte artiklene flere ganger. Etter dette ble gjort var neste steg å sammenlikne studienes resultater, for deretter å kategorisere de etter hensikten med oppgaven. Avslutningsvis ble det laget en ny helhet ved å sette disse kategoriene i system. Denne førte frem til hovedkategorier med under kategorier. Disse kategoriene presenteres i tabell 3 under.

Tabell 3:

Hovedkategorier	Underkategorier
- Pasientenes utfordringer som følge av kjønnslemlestelse	<ul style="list-style-type: none"> - Seksuelle og reproduktive utfordringer - Behov for åpen kommunikasjon og forståelse
- Sykepleiers tilnærming og kunnskap om kvinnelig kjønnslemlestelse	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleiers tilnærming til pasienten og unnvikende holdning - Behov for mer opplæring og kunnskap rundt temaet

4.0 RESULTATER

Her vil det bli presentert resultater fra de vitenskapelige artiklene som ble valgt ut. Resultatene er blitt kategorisert for å trekke sammenheng mellom de forskjellige artiklene. Kapittelets hensikt er å legge frem det som er funnet i forskningen og besvare best mulig hva slags utfordringer kvinner som er omskjæret opplever og hvordan sykepleier kan gi helhetlig og kunnskapsbasert sykepleie til disse.

4.1 Pasientenes utfordringer og behov som følge av kjønnslemlestelse

Studien til Johansen (2017), Ormrod (2019) og María del Mar Pastor-Bravo et al (2018) beskriver alle at flere kvinner sitter igjen med utfordringer etter kjønnslemlestelse. Utfordringene er gjentakende knyttet opp mot seksualitet, samleie og fødsel.

4.1.1 Seksuelle og reproduktive utfordringer

Studien “Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway” av Elise. B. Johansen (2017) viser at det er en negativ holdning knyttet til kulturen om omskjæring grad 3 eller infibulasjon. Likevel viser studien til to hovedfunn. Den ene var at deinfibulering eller åpningen skulle skje på tradisjonelt vis. Dette var tydelig blant de sudanske deltakerne. Den andre var en bekymring for at en deinfibulering vil lage en stor vaginal åpning og dermed bli et hinder for mannens seksuelle nytelse. Både menn og kvinner i denne studien assosierte prosessen med tradisjonell deinfibulering som vanskelig og smertefull. Det kom likevel fram at en medisinsk deinfibulering ville vært skamfull og ikke akseptert. Kvinnene kunne beskrive prosessen som «not so bad». Det kommer frem at de ofte sammenligner seg med andre skrekk historier og da bagatelliserer sin egen smerte. En kvinne i studien til María del Mar Pastor-Bravo et al (2018) forteller at hun besvimte under samleie på grunn av smertene (Mar Pastor-Bravo et al., 2018, s. 122). Ikke i noen av studiene blir det nevnt seksuell veiledning fra sykepleiere eller helsepersonell. Likevel nevnes det i Johansen (2017) medisinsk deinfibulering, og at kvinnene er kjent med at dette er et tilbud i Norge. De sier likevel at de foretrekker den tradisjonelle deinfibuleringen ved inngåelse av ekteskap. Dette inntrykket bekrefter også helsepersonell som kan vise til at kun halvparten-eller en tredel av kvinnene som kommer til klinikkene for vurdering og hjelp til deinfibulering gjennomgår en faktisk operasjon (Johansen, 2017, s. 6)

4.1.2 Behov for åpen kommunikasjon og forståelse

Kvinnene i artiklene forteller at deres kontakt med helsevesenet i stor grad handlet om svangerskap- og fødsel eller gynekologiske undersøkelser. Det kommer også frem fra en av deltakerne i Ormrod (2019) sin studie at kvinnene ofte ikke ønsket å snakke om kjønnslemlestelsen på grunn av helsepersonells reaksjon til kjønnslemlestelsen. Deltakere kunne rapportere i denne studien at helsepersonell ikke klarte å tilnærme eller ta opp dette temaet. Deltakerne i denne studien forteller at de er fornøyde med den hjelpen de har mottatt, men at selve kjønnslemlestelsen ble unngått som et tema. Flertallet av kvinnene i denne studien var enige om at det er behov for at sykepleiere opparbeider seg en bedre kulturell forståelse og en mer oppdatert kunnskap om kvinnelig kjønnslemlestelse og hva det innebærer for kvinnene som er utsatt for dette. I María del Mar Pastor-Bravo et al (2018) kommer det også frem at sykepleiere og helsepersonell i liten grad tar opp konsekvensene eller utfordringene som disse kvinnene lever med etter kjønnslemlestelse. Som en deltaker i denne studien forteller «*But no-one asked me about it*» (María del Mar Pastor-Bravo et al, 2018, s. 123). I forbindelse med gynekologiske undersøkelser og andre prosedyrer i forbindelse med underlivet rapporterer kvinnene i begge studier til Ormrod (2019) og María del Mar Pastor-Bravo et al (2018) at de kan gjenoppleve traumet fra selve hendelsen.

4.2 Sykepleiers tilnærming og kunnskap om kvinnelig kjønnslemlestelse

Studien Sophie Relph et al (2013) viser at kun 40.5% av deltakende helsepersonell var sikker på at de kunne kjenne igjen en kjønnslemlestelse og kun 27.8% følte de hadde nok kunnskap til å kjenne igjen grad II ut fra den tegningen som sendt ut med spørreskjema. Både i María del Mar Pastor-Bravo et al (2018) studie og i Ormrod (2019) kommer det frem at helsepersonell og sykepleier i stor grad ikke klarer å møte kvinner som er blitt utsatt for kjønnslemlestelse på en profesjonell måte, men heller en unnvikende holdning og tilnærming.

4.2.1 Sykepleiers tilnærming til pasienten og unnvikende holdning

I studien “Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women’s health and the healthcare system in Spain” av María del Mar Pastor-Bravo et al (2018) kommer det tydelig frem at sykepleiere i stor grad ikke tilnærmer seg kjønnslemlestelsen eller videre informasjon i forbindelse med familieplanlegging. De som ble intervjuet i denne studien kunne rapportere om utilstrekkelig informasjon og kommunikasjon

i forbindelse med gynekologiske undersøkelser og fødsler. En kvinne i samme studie opplevde at helsepersonell bemerket at noe ikke var riktig ved hennes genitalier (María del Mar Pastor-Bravo et al, 2018, s. 123). Som igjen førte til at slike undersøkelser og temaet kjønnglemllestelse ikke er ønskelig fra kvinnens side.

Erfaringer fra kvinner i studien til Ormrod (2019) «The experience of NHS care for women living with female genital mutilation» var alle deltakere enig om at kjønnglemllestelsen burde bli spurt om. Det kommer også frem i denne studien at empati og medfølende kommunikasjon er en av nøkkelfaktorene som skal til for at sykepleiere skal tilnærme seg temaet. Kunnskap om når en slik samtale eller tema burde tas opp, non-verbal og verbal kommunikasjon og behovet for mer kulturell kompetanse var viktige elementer for at kvinnene skulle åpne seg.

4.2.2 Behov for mer opplæring og kunnskap om kvinnelig kjønnglemllestelse

Studien til Sophie Relph et al (2013) viser at det er enighet og en kunnskap om at kvinnelig kjønnglemllestelse eksisterer. Likevel viser studien at når det blir krav om mer spesifikk kunnskap blir tallene litt mer sprikende. Bare 58.2% var klar over at det var over fire kategorier av kvinneligkjønnglemllestelse. Og kun 40.5% var kunne si at de var selvsikre nok til å kunne identifisere en kjønnglemllestelse. Videre kom det frem at 27.8% klarte å identifisere kjønnglemllestelse kategori to. Studien belyser også at det i størst grad var leger og personalet med videreutdanning som jordmødre som hadde mest kjennskap og opplæring når det kom til kvinnelig kjønnglemllestelse. Det var noe sprikende tall når det kom til kunnskap om når det var best å utføre en deinfibulering på en kvinne som var gravid. Bare 31,6% mente det var rett å utføre en deinfibulering før selve svangerskapet fant sted. Mens 11.4% mente det var best å utføre en deinfibulering i andre trimester dersom dette ikke var gjort før graviditeten. 17,7% mente det var mest riktig å utføre en deinfibulering under fødsel (Relph et al, 2013, s. 196).

5.0 DISKUSJON

I dette kapitlet blir valget av en litteraturbasert oppgave diskutert som metode. Dette for å belyse hensikten med oppgaven. Det vil bli trukket frem kildekritikk og diskutere de valgte vitenskapsartiklene og deres relevans for oppgaven. Avslutningsvis vil det bli diskutert resultatene som ble presentert i kapitlet over. Egne resultater blir diskutert og sammenlignet med teori for å kunne skape en helhetlig forståelse. Her vil det også inkludere personlige refleksjoner rundt temaet.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å stille seg kritisk til de kildene man har brukt. I databasene er det mange muligheter for søk av vitenskapelige artikler. Derfor har jeg prøvd å innsnevre søkene så mye som mulig for å finne de riktige artiklene som kan være med å belyse hensikten med oppgaven.

I databasene finnes det avgrensingsfunksjoner man kan velge for å begrense søket og antallet artikler som viser seg. Søkene mine er avgrenset ved disse kriteriene: artikler publisert de siste ti årene (fra 2011-2021), fagfelleverderte artikler, artikler fra Europa og Skandinavia, engelsk/ skandinaviskspråk, og kvinner som har gjennomgått kvinnelig kjønnslemlestelse. For å forsikre meg at artiklene var fagfelleverdert leste jeg gjennom overskriftene og abstract. Dette for å forsikre meg om at IMRaD-struktur ble fulgt i artiklene. Når en artikkel er bygget opp med dette som struktur kan dette brukes som en kvalitetssikring. Likevel valgte jeg også å kjøre de artiklene jeg fant i CHINAL i Oria for en dobbeltkontroll om de faktisk var fagfelleverdert. Det ble funnet flere artikler som hadde samme forfatter / forsker. For å få et nyansert og bredere spekter av min problemstilling måtte jeg velge noen av disse artiklene bort. For at hensikten med oppgaven skulle komme godt frem var det viktig å få artikler fra vestlige land som representerer vestlige holdninger og verdier. Det kan tenkes at resultatet ville vært noe annerledes om man hadde valgt artikler fra Midtøsten eller fra land der kvinnelig kjønnslemlestelse er mer kulturelt aksepterte.

Det er kun én studie (kvantitativ) som belyser helt og holdent saken fra helsepersonells siden. Resten er beskrevet gjennom pasientens perspektiv og pasientens opplevelse av den helsehjelpen som er gitt. Til ettertanke kan dette kanskje skape et unyansert bilde da det ikke

er noen studie med i denne oppgaven der helsepersonell kommer med sine subjektive opplevelser av behandling til kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse. Sett i lys av dette kan man tenkes at jeg skulle gjort enda grundigere søk for å finne kvalitative studier som belyser sykepleiers side av temaet.

Studien til Sophie Relph et al (2013) er relativt liten og det skal sies at den også er fra det nasjonale helsesystemet i UK. Det var likevel et inklusjonskriterium at artiklene skulle være fra Europa og et vestlig land. Selv om denne studien er liten gir den en god indikasjon på hvordan helsepersonell ser på kvinnelig kjønnslemlestelse og hva slags kunnskaper som allerede er innenfor feltet og hva som eventuelt må bygges videre på. Det var likevel utfordrende å finne artikler som belyste helsepersonells kunnskap om temaet og fokuset ble dermed å velge studier som belyste den sykepleien som ble mottatt fra en pasients perspektiv. På denne måten kan man også finne ut hva slags sykepleie som er gitt og deretter finne ut hva som kan bli bedre.

Det må likevel løftes frem at artikkelen til Sophie Relph et al (2013) ble funnet gjennom en annen artikkel som ikke er tatt med i denne oppgaven. Denne studien hadde andre søkeord, noe som kan indikere at om det hadde vært lenger tid på denne bachelor oppgaven hadde det kunne blitt brukt andre søkeord og brukt bedre tid på søkeprosessen som igjen kanskje hadde ført til flere funn av artikler som belyste problemstillingen fra et sykepleie perspektiv.

Kvinnelig kjønnslemlestelse er et stort tema og omhandler mye. Det er ikke mulig å løfte frem alle komplikasjoner og sykepleiers funksjon på alle disse områdene i en bachelor oppgave. I denne oppgaven er det derfor valgt å avgrense til utfordringer kvinnene personlig opplever i forbindelse med sin egen omskjæring og opplevelse av denne. Det er også begrenset geografisk til voksne kvinner med innvandrere bakgrunn i forskjellige vestlige land. Dette ble gjort for å validere at utfordringene kan være like tross geografiske forskjeller. Når det kommer til sykepleiers rolle, er fokuset på det relasjonelle og hvordan sykepleier gjennom kommunikasjon og god inter-kulturell kunnskap kan være med på å bidra til god informasjon og veiledning til disse kvinnene. Det er ikke spesifisert i hvilken sektor disse kvinnene møter sykepleier. Men det kan tenkes at det vil være naturlig det gjelder i både kommunen og spesialisthelsetjenesten med tanke på oppgavens hensikt.

5.1.2 Forskernes bakgrunn og valg av disse

For å kunne vurdere relevansen i artiklene, var det viktig å undersøke hva slags faglig bakgrunn forskerne hadde, samt også deres kompetanse på området. Alle forfatterne av de vitenskapelige artiklene hadde bakgrunn innen forskning, medisin, sykepleie, antropologi og hadde tidligere doktorgrader eller hadde skrevet- og vært med i andre prosjekter som omhandler tema som kvinnehelse blant innvandrere kvinner, svangerskap- og fødselsomsorg.

5.1.3 Studienes deltakere: pasienter og helsepersonell

Tre av de fire artiklene er begge utarbeidet fra et pasientperspektiv. Inklusjonskriteriet for denne pasientgruppen er at kvinnene hadde gjennomgått en eller annen form for kjønnslemlestelse, uansett grad. Valget av deltakere samsvarer godt med studienes problemstilling og hensikt. Kvinnenes geografiske tilhørighet varierte noe. Artikler som innehar et pasientperspektiv, var viktig for å få frem pasientenes opplevelse rundt sitt møte med sykepleiere og annet helsepersonell for å belyse hva som var mangelfullt og hva som allerede var bra. På denne måten blir det lettere å finne frem til hva som er nødvendige sykepleietiltak, og sammenhenger mellom behovet og gitt sykepleie.

Den siste artikkelen Sophie Relph et al (2013) er helt og holdent kun fra helsepersonells perspektiv. Dette er en kvantitativ studie som gir en ryddig oversikt over helsepersonells oppfattelse og kunnskap om kvinnelig kjønnslemlestelse.

5.1.4 Litteraturbasert oppgave som metode

Valget om en litteraturbasert oppgave som metode var en god fremgangsmåte med tanke på at dette er min første store akademiske oppgave, altså en bachelor. Retningslinjene som ble gitt fra universitetet og veileder var at vi skulle velge ut et antall artikler, mellom tre til sju artikler som var relevante til den problemstilling og hensikt jeg ønsket å formidle. Det endte med fire forskjellige artikler i denne oppgaven da jeg selv reflekterte rundt dette med at om det hadde blitt valgt flere artikler ville jeg risikere at resultatene kom frem som overflødige, og flere viktige momenter og resultater kunne blitt bagatellisert eller forsvunnet. I søket etter vitenskapelige artikler ble det også funnet en litteratur gjennomgang «Challenges in providing quality care for women with female genital cutting in Sweden – A literature review» av Jordal & Wahlberg (2013) som er med på støtte og bygge opp under teori og resultatene fra de vitenskapelige artiklene.

5.2 RESULTATDISKUSJON

I dette kapitlet skal det blir diskutert resultatene som er kommet frem og sammenhengen mellom teori og egne refleksjoner. Det knyttes opp mot oppgavens hensikt som er å belyse de utfordringer kvinner som er omskjæret opplever og utforske hvordan sykepleier kan gi helhetlig og kunnskapsbasert sykepleie til denne pasientgruppen

5.2.1 Pasientenes utfordringer som følge av kjønnslemlestelse

Seksuelle og reproduktive utfordringer

Som nevnt i teori kapitlet så er ofte sykepleiers første møte med kvinner som har opplevd kvinnelig kjønnslemlestelse i forbindelse med senkomplikasjoner. Mest kjent er seksuelle- og reproduktive utfordringer og da oppfølging med tanke på svangerskap- og fødsel.

I Norge ser man at kvinner som er omskårne opplever hyppigere fødsels komplikasjoner, og de øker med kjønnslemlestelsens alvorlighetsgrad. Dette kan for eksempel være hyppigere behov for keisersnitt, økt fare for post-partum blødning og lavere apgar-skår hos barnet. Trang vaginal åpning kan gjøre det vanskeligere å overvåke fosteret før fødsel (Jerpseth, 2016, s. 142). Pensumlitteraturen beskriver i liten grad seksuell veiledning og informasjon til denne pasient gruppen. Pensumlitteraturen nevner PLISSIT-modellen på et mer generelt grunnlag og som noe helsepersonell kan ta i bruk på enkelte nivåer. Man kan også se i artiklene til Johansen (2017), Ormrod (2019) og María del Mar Pastor-Bravo et al (2018) at det i liten grad blir nevnt veiledning i forbindelse med de seksuelle og reproduktive utfordringene, men heller lagt størst fokus på tiltak som medisinsk deinfibulering og tidspunkt for når dette skal skje med tanke på samleie og fødsel.

Kvinnelig kjønnslemlestelse og utfordringer knyttet til seksuell nytelse og fødsel kommer frem som et gjentakende tema i de utvalgte artiklene. Både i Ormrod (2019) og María del Mar Pastor-Bravo et al (2018) blir seksuelle utfordringer nevnt. Dette gjelder da spesielt kvinner som har gjennomgått grad tre, infibulasjon. Men også kvinner som har blitt utsatt for de andre gradene for kjønnslemlestelse. Felles for dem alle er at de opplever å være «annerledes» eller ikke som forventet når det kommer til hva som er anatomisk riktig.

Teorien beskriver også utfordringene som knyttet til infibulasjon eller grad tre. Det viktig å ha kjennskap til kjønnslemlestelsen på forhånd for å unngå komplikasjoner ved fødsel, men

også med tanke på familieplanlegging. Det er derfor en stor fordel om kvinnen blir «åpnet» før en graviditet eller fødsel (Jerpseth, 2016, s. 143).

Sykepleieres kunnskap om dette kan være særdeles avgjørende for om disse kvinnene søker hjelp eller ikke. En unnvikende holdning til tema, skaper problemer med relasjonene og en videre samtale. I studien til María del Mar Pastor-Bravo (2018) forteller den ene kvinnen:

«I was embarrassed because each person who came to see me might say “there’s something missing in your...!” [...] It’s better they don’t ask” (E1)» (Maria del Mar Pastor-Bravo et al, 2018, s. 123)

Dette kan tyde på at sykepleiere og annet helsepersonell ikke har nok kunnskaper om hvordan man skal tilnærme seg temaet eller kjenne igjen en kvinnelig kjønnslemlestelse.

Kultursensitiv kommunikasjon blir her aktuelt. Når man har kunnskaper om hvordan man skal kommunisere med en forståelse og en holdning om at man møter et medmenneske og ikke en annen kultur, kan dette åpne opp for at kommunikasjonen baserer seg på at begge er likestilte og unike individer.

For at kvinnen skal ha tillit til sykepleier å fortelle om sine utfordringer blir Travelbees menneske-til-menneske forhold sentral. Det innledende møte, fremvekst av identiteter og empati er faser som er avgjørende for at kvinnen skal ha tillit til sykepleier. Åpenhet og støtte blir svært viktige momenter om sykepleier ønsker at kvinnen skal få den hjelpen hun trenger for få en bedre seksuell- og reproduktiv helse (Jerpseth, 2016, s. 141). For at relasjonen skal vokse ser man at kommunikasjon er viktig for at et menneske til menneske forhold skal oppstå. Sykepleier kan tilnærme seg pasienten med kultursensitiv kommunikasjon og en ikke generaliserende holdning vil man kunne se at relasjonen kan blomstre. Røkenes og Hanssen (2012) beskriver et utenfra-perspektiv og et innenfra-perspektiv (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 199). Ved et innenfra-perspektiv menes det i dette tilfellet at sykepleier «låner» den andres øyne gjennom dialog og samhandling med pasienten, og hun vil da få en bedre kulturforståelse sett fra dette perspektivet (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 199).

Det er en generell enighet om at praksisen om kjønnslemlestelse grad tre må ende og at praksisen påvirker både kvinner og menn. Dette går da spesielt utover den seksuelle helsen til begge kjønn. Likevel ser det ut til at kulturen om mannens seksualitet og nytelse står sterkere.

«My husband pushed on. He did not want me to have an opening operation. He said he felt pressure from his friends that he had to prove that he could make it. And this, all while he presented himself to me as a modern man who did not want to pressure me. It was just his group of friends who made him to feel pressured. But I felt there was something more there, that it was also an issue for him, that he felt he had to make it. A part of his manhood»

(Johansen, 2017, s. 7).

Sykepleiens mål og hensikt ifølge Travelbee er å hjelpe et individ eller en familie med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og videre finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2018, s. 170). Sett fra et seksuelt- og reproduktivt perspektiv er det vesentlig viktig at partner også er med når informasjon og veiledning skal bli gitt. Det kan tenkes at sykepleiere og kvinnen kan oppleve dette som ubehagelig at partner er til stede når man skal diskutere utfordringer knyttet til seksuelle- og reproduktive utfordringer. Eller forebygging av svangerskap- og fødsels komplikasjoner på grunn av noe som er så kulturelt betinget. Dette bringer oss tilbake til Travelbees teori om at sykepleiers oppgave er å hjelpe pasienten, men også å inkludere pasientens familie (Travelbee, 2018, s. 193).

Behov for åpen kommunikasjon og forståelse

Ved all kommunikasjon og spesielt når det kommer til sensitive og sårbare temaer er ord som respekt og empati sentrale for å få til en god dialog og et godt samarbeid. Gode kommunikasjons ferdigheter er avgjørende for at kvinnene skal kunne åpne seg og fortelle om sine utfordringer. Frykt for fordommer og mangel på kunnskap hos hjelpeapparatet gjør at flere av disse kvinnene vegrer seg for å ta kontakt (Johansen, 2005, s. 73).

Kultursensitiv kommunikasjon handler om å lytte til den andre, vise respekt og invitere den andre til å fortelle om kulturelle måter å tenke på. Ved å gjøre dette kan man lære noe om den verden eller den kulturen kvinnen kommer fra (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 203). Forståelse starter med at man gjennom dialog kan skape en forståelse av kulturen fra et *innenfra-perspektiv*. På denne måten unngår man at kvinnen blir et offer for kulturelle stereotypier som «alle kvinner fra Afrika er underlagt mennene sine» eller «de tørr ikke si noe uansett» (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 199). Sykepleiere kan generalisere pasientene sine og på denne måten blir det et skille mellom pasienten og sykepleier. Og relasjonen får ikke utviklet seg videre. At kvinner som har opplevd kjønnslemlestelse har behov for en åpen

kommunikasjon og forståelse må ses i sammenheng med kulturforståelse. Det er viktig at man kan se situasjonen uten at man skal sette sine egne følelser i sentrum. Sykepleier kan fortsatt være ekte og personlig uten at det betyr at hun blir privat. Grenser er viktig, og dersom to personer skal ha en relasjon kreves det at begge har en avgrensing til hverandre (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 143).

Man kan undres over den psykiske belastningen disse kvinnene opplever. Det er få studier som dokumenterer hvordan kvinnene opplevde selve ritualet rundt kjønnslemlestelsen, og hvordan de senere lever med den. Likevel kan man se en sterk indikasjon på at dette har medført et psykisk traume, som de fleste bærer med seg resten av livet (Jerpseth, 2016, s. 142). Mange av kvinnene som har opplevd kjønnslemlestelse husker fortsatt selve handlingen. Den ene kvinnen i studien til María del Mar Pastor-Bravo et al (2018) forteller:

“Very afraid, because down there since that woman did what she did, no-one has ever looked there again. And I had been with my husband for a month without intercourse because it reminded me, the truth be told, of that woman’s knife.”

(Maria del Mar Pastor-Bravo et al, 2018, s. 122).

Kvinnen som forteller dette, er mest sannsynlig ikke alene om å oppleve dette og man kan dermed stille seg undrene over hvor fokuset skal ligge når man møter denne pasientgruppen.

Det kommer også frem i de utvalgte artiklene at kvinnene generelt gruer seg til gynekologiske undersøkelser. For noen opplevde de å bli tatt tilbake til selve omskjærelsen, mens andre opplevde at helsepersonell ble unnvikende eller forvirret fordi anatomien ikke var som forventet. Følelsen av å være annerledes blir forsterket når kommunikasjonen forsvinner, men likevel er det en «elefant i rommet». Jordal & Wahlberg (2018) støtter dette. Det kommer frem i deres litteraturgjennomgang at når sykepleiere ikke spurte direkte om omskjæringen ble det en medvirkende faktor til at kvinnene ikke ønsket å kontakte helsetjenester som gynekologiske undersøkelser, eller at de var tilbakeholdne med å følge opp avtaler i forbindelse med svangerskaps kontroller (Jordal & Wahlberg, 2018, s. 94). Dette førte igjen til at helsepersonell satt igjen med et inntrykk av at denne pasientgruppen har dårlig compliance og i liten grad er interessert i å ta del eller stilling til den situasjonen de befinner seg i (Jordal & Wahlberg, 2018, s. 94). Dette kan gi et tydelig eksempel på at kommunikasjonen svikter mellom to parter som egentlig bare ønsker å bli forstått. Fra den ene siden har man helsepersonell som har et oppriktig

ønske og en plikt til å hjelpe pasienten, lindre smerte og ubehag og fremme livskvalitet. Ikke-skadeprinsippet. Fra pasientens side kan det se ut til at ønsket er å bli møtt med en ikke-dømmende holdning, og en forståelse for at dette er kulturen de kommer fra.

Det kommer også frem i Jordal og Wahlberg (2018) at både kvinnene og helsepersonell opplever språket som en barriere. Igjen støtter funn i artikkelen til Jordal & Wahlberg (2018) det som er beskrevet i teorien. Den kultursensitive kommunikasjonen kan se ut til å forsvinne i situasjoner der kvinnen blir usikker og helsepersonell unnvikende til å spørre om kjønnslemlestelse. Den manglende kompetansen til helsepersonell resulterer i at kvinnene blir innesluttet.

5.2.2 Sykepleiers tilnærming og kunnskap om kvinnelig kjønnslemlestelse

Sykepleiers tilnærming til pasienten og unnvikende holdning

Behov for informasjon og veiledning står sentralt for denne pasientgruppen. Dette er også det viktigste middelet i arbeidet mot denne praksisen. Å møte tematikken åpent og spørrende, med en lyttende innstilling skaper rom for god relasjon og trygge rammer for kvinnen (Johansen, 2005, s. 74).

Individualisme står sterk i vår kultur, dette gjelder autonomi, uavhengighet, retten til privat liv og finansiell trygghet (Hanssen, 2016, s. 87).

Etniske minoriteter kan komme fra eller tilhøre kulturer der det kan være mer fokus på samhold innad i storfamilien og man holder sammen i mer «sammensveisede grupper», såkalte kollektivistiske samfunn. Her legges det stor vekt på en kollektiv identitet, solidaritet innenfor storfamilien, klanen eller stammen (Hanssen, 2016, s. 87). Det er derfor viktig at sykepleier er klar over disse kulturelle forskjellene når hun ønsker å tilnærme seg denne tematikken. Forståelse for at man er forskjellige og at egne behov ikke alltid er det viktigste hvis det går på bekostning av familien eller gruppen er noe sykepleier må være bevisst på i møte med disse kvinnene.

Et menneske-til-menneskeforhold betyr at sykepleier skal kunne skape en relasjon til pasienten. Og for å gi den nødvendige pleien må hun kunne legge til side sine egne følelser og holdninger for å møte pasienten som sin likestilte. Ut fra dette kan man bygge en relasjon som er basert på tillit og respekt.

Når det gjentakende temaet i flere av studiene viser at kvinnene ønsker at temaet skal bli løftet frem, men likevel sier at det hadde vært best om det ikke ble tatt opp kan man undre seg over hvor problemet ligger. I studien “The experience of NHS care for women living with female genital mutilation” av Judtih Ormrod (2019) kan kvinnene fortelle om at de aldri hadde blitt spurt om sin omskjærelse. En kvinne forteller:

“She didn’t ask me [about FGM]. She just said: “It’s going to take a short time. It’s not going to be [painful] ... It’s going to be quick.” And I will cooperate with her how to adjust myself, but I was panicking ... because each time I remember what happened to my vagina. I used to be scared because of the bad experience I had in Africa” (Participant 3)

(Ormrod, 2019, s. 630).

En unnvikende holdning kan være med på å svekke tilliten til hjelpeapparatet og vise at man ikke ønsker å diskutere temaer man ikke har nok kunnskaper om eller syns er ubehagelige. Kvinnelig kjønnglemllestelse er et alvorlig tema som trenger å bli løftet frem, og for at sykepleier skal gi kunnskapsbasert og helhetlig sykepleie er det avgjørende at sykepleier også tørr å tilnærme seg tema ovenfor pasienten som sykepleier selv opplever som ubehagelig, men likevel er nødvendig for at sykepleien skal bli komplett.

Litteratur gjennomgangen til Jordal og Wahlberg (2018) kunne belyse at helsepersonell ofte følte avsky eller fikk sterke negative følelser knyttet til kvinnenes partnere og den kulturen de kom fra (Jordal & Wahlberg, 2018, s. 93). Når dette skjer, blir sykepleier privat. Egne holdninger, verdier og kulturelle forskjeller kan nå stå i veien for at relasjonen skal kunne bygge videre på tillit og respekt. Det er viktig å belyse at flesteparten av kvinnene ikke har samtykket til kjønnglemllestelsen, men at det er en del av den kulturen kvinnene kommer fra. Ved å akseptere at kvinnene kommer fra en annen kultur enn vår egen viser man som sykepleier at det er greit å være annerledes. Dette betyr ikke at kvinnelig kjønnglemllestelse er noe vi skal akseptere. Det nytter likevel ikke å møte disse kvinnene med en holdning som symboliserer en ovenfra og ned holdning eller en «vi er bedre enn dere» holdning.

Behov for mer opplæring og kunnskap rundt temaet

For å kunne gi helhetlig og kunnskapsbasert sykepleie viser artiklene og studiene at sykepleier bør ha mer kunnskaper om kvinnelig kjønnglemllestelse og slik at hun kan

gjenkjenne de forskjellige gradene, men også har kjennskap til komplikasjoner og utfordringer som følger med. Sykepleier må også i stor grad ha en oppdatert kunnskap om kulturell kommunikasjon og forståelse. Sykepleiers kunnskap om temaet vil kunne være med på å forebygge videre praksis. Likevel viser studien til Sophie Relph et al (2013) at de fleste er klar over at en slik praksis eksisterer. Men tallene fra denne studien viser også at mer opplæring vil kunne bidra til å gjøre det lettere for kvinner å oppsøke helsehjelp i forbindelse med sine utfordringer knyttet til omskjæringen.

Det kan tenkes at fokuset rundt kvinnelig kjønnslemlestelse fra helsepersonells perspektiv handler i stor grad om hva man ikke skal gjøre istedenfor å fokusere på hvordan man kan sørge for at kvinnen mottar god og helhetlig sykepleie. Det er viktig å belyse at kvinnene har gode kunnskaper om sin egen kropp og kjenner seg selv best. Sykepleier må være villig til å anerkjenne kvinnen og hennes kunnskaper for at det skal bli gitt god sykepleie. For at dette skal kunne være mulig må også kommunikasjon og et menneske- til- menneske forhold være etablert. Et menneske – til menneske forhold bygger på en relasjon der partene ser hverandre som egne individer. Pasientens opplevelse er et viktig perspektiv sykepleier kan ta god lærdom i, sykepleier skal ut fra hvordan pasienten opplever sin utfordring tilpasse sykepleien deretter, så langt det lar seg gjøre og det er innenfor lovens og forsvarlighetens rammer (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 20).

Sett i lys av at denne pasient gruppen opplever utfordringer innen seksuell- og reproduktiv helse kan det tenkes at sykepleiere skulle hatt mer trening i seksuell veiledning og mer fokus på hvordan man møter pasienten kontra hva man skal og ikke skal. PLISSIT-modellen er et godt verktøy sett i lys av at den kan anvendes av sykepleiere på et mindre komplisert nivå.

Sykepleier kan benytte seg av PLISSIT-modellen på de to enkleste nivåene, P og LI. P-nivået handler i stor grad om å gi trygghet og omsorg. Dette ved å tilby samtale og anerkjenne at det er lov å oppleve seksuelle utfordringer uavhengig av grunnen til disse utfordringene. Det er heller ikke krav til et spesielt behandlingssted for dette nivået (Gamnes, 2016, s. 400).

Interessant nok kan man se at denne pasientgruppen kan passe inn i alle nivåene til PLISSIT-modellen. Dette må ses i lys av kjønnslemlestelsens omfang og grad. Likevel er PLISSIT-modellen et godt verktøy for sykepleiere å ta i bruk. Ikke minst for å vite når hennes egen kunnskap ikke strekker til, og dermed henviser videre til den fagpersonen som sitter på en bedre kompetanse til å hjelpe.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

En sykepleier har en viktig rolle i møte med pasienter som befinner seg i forskjellige situasjoner, det første møtet er ofte avgjørende for hvordan pasienten vil se på resten av sitt behandlingsforløp. I møte med minoriteter og andre kulturer er det høyst viktig at sykepleier går inn i dette møtet med en åpenhet og nysgjerrighet. Dette bekreftes i flere av de utvalgte artiklene som for eksempel i artikkelen «The experience of NHS care for women living with FGM» av Ormrod (2019). Med et genuint ønske om å hjelpe og legger sine egne forutinntatte meninger til side. Norge er et flerkulturelt samfunn og man kan lett la seg forme av det man leser i media, tidligere erfaringer eller at vi i vår vestlige kultur ofte tenker «vi vet best». Å forstå kultur som et flytende fenomen er viktig og at man forstår at kultur er ikke noe som er fastsatt, men noe som lages og endres over tid.

Sykepleier utdanningen og ledelsen på arbeidsplassen har en viktig rolle i å utdanne og sikre god kulturell opplæring slik at kommende sykepleiere og yrkesaktive sykepleiere kan være bevisst i sitt møte med minoriteter.

Som belyst tidligere i oppgaven vil det være en stor sannsynlighet for å møte denne pasientgruppen. Både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Er man forberedt vil man kunne møte pasienten med en mindre unnvikende holdning. På bakgrunn av de funn som er kommet frem mens jeg har jobbet med denne oppgaven ønsker jeg nå å legge frem konkrete forslag til hvordan sykepleiere kan møte kvinner som er blitt kjønns-lemlestet på en god måte, slik at det kan bli gitt helhetlig og kunnskaps basert sykepleie.

Forslagene:

- Jeg foreslår at det holdes jevnlig kurs, opplæring og simuleringer på sengeposter der det er mest sannsynlig at man kan møte på kvinner som har opplevd kjønnslemlestelse. Dette kan være nyre, infeksjon, gynekologisk og føde- avdelinger. På denne måten har man mulighet til å øve seg på samtaler og observasjoner i trygge omgivelser. Det er også viktig at man åpner for refleksjon og pasientsituasjoner slik at man har mulighet til å lære av hverandre. Målet med dette er at sykepleiere skal bli tryggere og få mer

kunnskap og selvtillit til å tilnærme seg temaet. Ved at det holdes jevnlig kurs og opplæring vil man også kunne samarbeide lettere tverrfaglig mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

- Jeg foreslår at utdannings institusjonene fokuserer mer på dette i sin undervisning og utdanning til sykepleier studentene. Undervisningen burde fokusere på at dette er mer kulturelt betinget. At det finnes flere grader av omskjæring av kvinner og mer fokus på de senkomplikasjoner som kan oppstå etter en kjønnslemlestelse. Ved å gjøre dette har man kunnskapene om hva som kan skje og hva de forskjellige kan føre til som igjen kan være med på å motivere sykepleiere til å tilnærme seg tema om man mistenker at pasienten har vært utsatt for kvinnelig kjønnslemlestelse.
- Ved bruk av tolketjenester må det være en bevissthet rundt hva slags tolk man bruker om tilgjengelig. En kvinnelig tolk som har erfaring med slike samtaler og slike pasientsituasjoner er absolutt å ettertrakte.

LITTERATURLISTE

- Barne- og familiedepartementet (2008, 03.Juni). Veileder om regelverk, roller og ansvar knyttet til kjønnslemlestelse. Hentet ut 06.05.21 fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/informasjon-mot-forbudet-mot-kjønnslemle/id476364/>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave). Gyldendal Akademiske.
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I Grimsbø, G. H (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov* (3.utgave, s. 373-407). Gyldendal Akademiske.
- Hanssen, I. (2016). Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I Grimsbø, G. H (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utgave, s.81-103). Gyldendal Akademiske.
- Johansen, R. E. (2021, 3 mars). *Kjønnslemlestelse*. Store Norske Leksikon. Hentet ut 06.05.21 fra: <https://sml.snl.no/kj%C3%B8nnslemlestelse>
- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I Almås, H (Red), *Klinisk sykepleie bind 2* (5. utgave, s. 133-168). Gyldendal Akademiske.
- Johansen, E B. R. (2005). *Fra kunnskap til handling: Håndbok om kvinnelig omskjæring for helse-og sosialarbeidere, pedagoger og ansatte i mottak*. OK-prosjektet: omsorg & kunnskap mot kvinnelig omskjæring.
- Jordal, M. & Wahlberg, A (2018). Challenges in providing quality care for women with female genital cutting in Sweden- A literature review. *Sexual & reproductive healthcare*, 2018-10-01, Vol.17, s.91-96. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.07.002>
- Johansen, E B.R (2017). Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A

qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway, *Reproductive Health*, (2017) 14:25, 1-12. DOI 10.1186/s12978-017-0287-4

Norsk legeforening (2019). *Kvinnelig omskjæring, kjønnslemlestelse, deinfibulering*. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/kvinnelig-omskjaring/>

Norsk sykepleier Forbund. (2021). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet ut 06.05.21 fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016) Klinisk sykepleie-funksjon, ansvar og kompetanse. I Almås, H. (Red), *Klinisk sykepleie 1* (5.utgave, s. 17-41). Gyldendal Akademisk.

Ormrod. J. (2019). The experience of NHS care for women living with female genital mutilation. *British journal of nursing* (2019) Vol.28 (10), p.628-633. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.10.628>

Pasient – og brukerretighetsloven. (1997). Lov om pasient- og brukerrettigheter LOV-1999-07-02-63). Lovdata.Hentet ut 06.05.21 fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Pastor-Bravo.M., Almansa-Martinez.P & JiménezRuiz.I.(2018). Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare system in Spain. *Midwifery* 2018, Vol.66, p.119-126. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.004>

Relph. S., Inamdar. R., Singh. H & Yoong. W. (2013). Female genital mutilation/cutting:knowledge, attitude and training of health professionals in inner city London, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 168 (2013) 195–198. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.01.004>

Røkenes. O.H. & Hanssen P-H. (2012). *Bære eller Brise- kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3.utgave). Fagbokforlaget.

Statistisk sentralbyrå. (2021, 9 mars). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, tabell 1*. Hentet ut 06.05.21 fra: <https://www.ssb.no/innvbef>

Straffeloven. (2005). Lov om straff (LOV-2005-05-20-28). Lovdata. Hentet ut 06.05.21, fra: <https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28>

Utne. M. (2009). Sykepleien. *Omskjering av kvinner i eit norsk helseperspektiv*. Hentet ut 06.05.21, fra: [10.4220/sykepleiens.2003.0018](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2003.0018)

World Health Organization. (2020, 3. Februar). *Female genital mutilation*. Hentet ut 06.05.2021, fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

Vedlegg 1: Oversiktstabeller over analyserte artikler

Artikkelen 1	
Tittel	The experience of NHS care for women living with female genital mutilation.
Tidsskrift/årstall	<i>British journal of nursing (2019)</i>
Forfattere	Ormrod. J. (2019)
Perspektiv	Pasientperspektiv
Problem	Hvordan kvinner som lever med FGM opplever kunnskap og pasientbehandlingen til sykepleiere
Hensikt	Av ulike årsaker må man oppsøke helsehjelp en eller flere ganger i løpet av livet. Erfaringer rundt disse opplevelsene vil være avgjørende for hva slags inntrykk man sitter igjen med.
Metode	Kvalitativ tilnærming. Det ble gjort single intervjuer av deltakerne fra to lokale samfunn med en befolkning som hadde økt mulighet for kvinner innen målgruppen. Intervjuene varte alt fra 45 minutter til 2 timer. Intervjuene hadde følgende temaer som skulle gå igjen: <i>involvement with healthcare professionals; silent suffering; and compassionate communication</i>
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> - Viktigheten av kulturellsensitiv kommunikasjon - En gjennomgående faktor var at 8 av de 9 intervjuede hadde vært i kontakt med helsevesenet i forbindelse med fødsel eller hvis barna var syke. - Alle kvinnene en form for behov for helsehjelp som følge av FGM enten det var fysisk eller psykisk. - Kvinnene ble sjeldent spurt av helsepersonell når det kom til FGM.

Artikkel 2	
Tittel	Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway
Tidsskrift/årstall	<i>Reproductive health</i> (2017)
Forfattere	Johansen.E B. R
Perspektiv	Pasientperspektiv og helsepersonell
Problem	Deinfibulering og følge av FGM. Holdninger til dette blant Somaliske og Sudanske innvandrere i Norge.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å utforske de forskjellige holdningene og erfaringene om deinfibulering blant innvandrere i det somaliske og sudanske miljøet i Norge. Og å finne ut om kirurgisk deinfibulering er en akseptert behandling av den tradisjonelle infibuleringen.
Metode	Kvalitativ studie. Dataene er innhentet fra intervjuer med 36 kvinner og menn med somalisk og sudansk opprinnelse. Også intervjuer med 30 yrkesutøvere.
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> - Det er en enighet om en negativ holdning til grad III eller infibulering - Den kulturelle meningen med infibulering i forbindelse med seksualitet og fruktbarhet står sterkere, det er derfor en generell motstand mot medisinsk deinfibulering - Helsepersonell kan bekrefte at kun halvparten- eller en tredel av de kvinnene som kom til konsultasjon for medisinsk deinfibulering gjennomgikk en faktisk operasjon.

Artikkelen 3	
Tittel	Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare system in Spain
Tidsskrift/årstall	Midwifery (2018)
Forfattere	María del Mar Pastor-Bravo, Pilar Almansa-Martínez, Ismael Jiménez-Ruiz
Perspektiv	Pasient perspektiv
Problem	Konsekvenser for kvinner som har gjennomgått FGM i helsevesenet
Hensikt	Oppdage utfallene med FGM hos kvinner boende i Spania og helsetjenestene de har mottatt.
Metode	Kvalitativ studie, med intervju objekter fra flere Sub-shara land. Som har immigrert til Spania og som har mottatt helsehjelp fra det offentlige helsevesenet.
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> - Kvinner opplever fysiske, psykiske og seksuelle- og reproduktive utfordringer, som en konsekvens av kjønnlemlestelse - Manglende informasjon, behandling og opplæring fra helsepersonell.

Artikkelen 4	
Tittel	Female genital mutilation/cutting knowledge, attitude and training of health professionals in inner city London
Tidsskrift/årstall	European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 168 (2013)
Forfattere	Sophie Relph, Rekash Inamdar, Hardeep Singh, Wai Yoong
Perspektiv	Helsepersonell
Problem	Helsepersonells kunnskaper om kvinnelig kjønnslemlestelse
Hensikt	Å utforske kunnskap, opplæring og holdninger om kvinneligkjønnslemlestelse blant helsepersonell
Metode	Kvantitativ metode, et spørreskjema ble delt ut. Spørsmål på dette inviterte for det meste til lukkede spørsmål som: sant, usant, ikke sikkert. Men meninger med fritekst ble også etterspurt. 85 skjemaer ble delt ut for hånd til deltakerne. Av de 85 utdelte ble 79 returnert fra helsepersonell som jobbet i Nordøst-London
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> - 79 deltakere deltok i studien - Av disse var 100% klar over at kvinnelig kjønnslemlestelse ble praktisert i deler av verden - Over halvparten 58.2% kunne anerkjenne at de hadde kunnskaper om at det var et graderingssystem - 40% følte seg kompetente til å kjenne igjen / diagnostisere - Kun 27.8% var sikker på at de kunne diagnostisere grad 1-2 ut fra det grafiske bilde som var lagt med spørreundersøkelsen - 75.9% var enig i at FGM var for det meste kulturelt betinget

	<ul style="list-style-type: none">- 16.5% mente at det var både kultur og religion som hadde noe å si om kvinner ble omskjæret.- Majoriteten 67.3% var også klar over komplikasjoner som kan komme av FGM og var klar over at dette var regulert i lovverket (71.8%) (UK).- Kun 31.6% mente at det var best med defibulering før fødsel- 11.4% tenkte det var best med defibulering i andre trimester- 17.7% mente det mest ideelle var å gjennomføre defibulering under aktiv fødsel
--	---

Vedlegg 2: Oversiktstabell over søkestrategi

DATABASE	ARTIKKEL	SØKEORD	ANTALL TREFF	Avgrensning
ORIA	Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway	Kjønnslemlestelse	Artikkel 6 av 66 treff	Siste 10 år (2011-2021) Fagfelleurdert Tilhørighet i Europa / et vestlig land Språk: engelsk
CINAHL	The experience of NHS care for women living with female genital mutilation	Nursing AND female circumscison	Artikkel 3 av 36 treff	Siste 10 år (2011-2021) Tilhørighet i Europa/vestlig land Fagfelleurdert Spårk engelsk
CINAHL	Living with mutilation: A qualitative study on the	Female mutilation AND challenges	Artikkel 11 av 28	Avgrenset til siste 10 år (2011-2021)

	<p>consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare system in Spain</p> <p>Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare system in Spain</p>			<p>Europeisk eller vestlig land</p> <p>Språk engelsk</p> <p>Fagfelleurdert</p>
CINAHL	<p>Challenges in providing quality care for women with female genital cutting in Sweden—A literature review</p>	<p>Circumcision AND women AND challenges</p>	<p>Artikkel 5 av 34 treff</p>	