



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	13-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	27-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	373
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7508
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	81
Andre medlemmer i gruppen:	372

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Sjukepleiarar i møte med omskorne kvinner –
viktigheita av kultursensitiv sjukepleie

Nurses' encounter with circumcised women –
the importance of culturally sensitive nursing

Kandidatnummer 372 & 373

Sjukepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitskap

Fakultet for helse- og sosialvitskap

27.05.2022

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

ABSTRACT

Background: Female genital mutilation/cutting is a traditional practice with no health benefits. The procedure involves removal of or damage to the female genitalia. This practice affects physical, psychological, and social health and overall quality of life. UNICEF estimates that as many as two hundred million women are victims of this procedure. Due to an increase of international migration, we can expect increased migration from countries practicing female genital mutilation to Norway. Studies show that approximately 580 000 circumcised women over the age of ten live in Europe, 17 000 of these live in Norway.

Objective: The objective of this thesis was to review existing literature of Nordic health professionals' knowledge, attitudes and experiences when caring for women who have undergone female genital mutilation/cutting. Further aim was to research how Norwegian nurses can provide culturally sensitive care to this group of patients.

Method: The method used is a literature review. A systematic search was conducted in three databases (CINAHL, MEDLINE and EMBASE). All articles address Nordic health professionals' encounters with women who have undergone female genital mutilation/cutting.

Results: We reviewed five articles that met the aim of this study. Our findings show that Nordic health professionals often lack knowledge about female genital mutilation/cutting, which can lead to health related and psychological consequences for the women with this condition. The focus of the health professionals was too often on the genitals and complications that could occur, rather than on the overall needs of the individual women. As such, Nordic health professionals caring for the women lacked a holistic approach.

Conclusion: Nurses in Norway need to be aware of their own attitudes and values when caring for cultural minorities such as women who have undergone female genital mutilation/cutting to provide holistic care. In addition, nurses are required to work evidence-based to provide best possible care to such patients. A culturally sensitive approach is when the patient is met with curiosity and respect for their culture.

Keywords: Female genital mutilation, culture sensitivity, nurses, health professionals, Norway, Nordic countries

Innholdsliste

1 Introduksjon	1
1.1.1 Innleiing	1
1.1.2 Problemstilling med problemformulering	2
1.1.3 Grunngeving for problemstilling	2
1.1.4 Omgrepsavklaring	2
1.2 Bakgrunn	3
1.2.1 Kvinneleg omskjering	3
1.2.2 Kultursensitiv sjukepleie	5
1.2.3 Sjukepleiaren i møte med omskorne kvinner i Noreg	5
2 Metode	6
2.1.1 Val av metode	6
2.1.2 Søkeprosessen	7
2.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
2.1.4 Kritisk vurdering av artiklar	9
2.1.5 Analyse og syntese	9
2.1.6 Kritikk av metode	10
2.1.7 Etske vurderingar	10
3 Syntese	10
3.1.1 Demografi	11
3.1.2 Kunnskap og kulturell kompetanse om kvinneleg omskjering	11
3.1.3 Haldningar i møte med omskorne kvinner	12
3.1.4 Tilnærming til omskorne kvinner	12
4 Diskusjon	13
4.1 Resultatdiskusjon	13
4.1.1 Sjukepleiaren sin kunnskap og kulturelle kompetanse om kvinneleg omskjering	13
4.1.2 Sjukepleiaren sine haldningar i møte med omskorne kvinner	15
4.1.3 Sjukepleiaren si tilnærming til omskorne kvinner	17
4.2 Metodediskusjon	19
5 Konklusjon med perspektivering	20
Litteraturliste	22
Vedlegg 1 – PICo	
Vedlegg 2 – Prisma Flow	
Vedlegg 3 – Litteraturmatrise, demografi	
Vedlegg 4 – Litteraturmatrise, formål og funn	
Vedlegg 5 – Styrkeskjema	
Tabell 1.1	3
Tabell 1.2	4

1 Introduksjon

1.1.1 Innleiing

Sett i lys av globalisering vil ein som sjukepleiar i aukande grad møte pasientar med behov og utfordringar som er framand frå eins eigen kultur. Behovet for evner til og kunnskap om kultursensitivitet vil grunna auka migrasjon vere særst relevant i sjukepleiarens yrkesutøving (Ortensi & Menonna, 2017, s. 559). Ei pasientgruppe som kan verke framand for helsepersonell i Noreg er kvinneleg omskorne pasientar. Kvinneleg omskjering, kjønnslemlestelse eller Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C), er alle omgrep på same prosedyre som inneber fjerning av delar, eller skade på dei ytre delane av det kvinnelege kjønnsorgan. Kvinneleg omskjering er eit ritual utført utan noko form for helsemessig gevinst (World Health Organization [WHO], 2018, s. 15). I ein artikkel publisert av Unicef i 2017 blei det estimert at omlag 200 millionar kvinner i verda truleg har gjennomgått ritualet (Khosla et al., 2017, s. 1). Den siste statistikken rapporterer at kvinneleg omskjering blir utført i 30 land i Afrika, nokre land i Asia og i Midtausten, i sentral- og Sør-Amerika, samt i Aust-Europa (WHO, 2018, s. 14-15). Grunna ei auke av migrasjon frå land som praktiserer kvinneleg omskjering, er det eit aukande tal utsette kvinner i Norden. I ein artikkel frå 2016 blei det estimert at omkring 580 000 kvinner over ti år busett i Europa er omskorne, der omkring 17 000 av desse var busett i Noreg (Van Baelen et al., 2016, s. 478).

I møte med kvinnelege omskorne pasientar kan det grunna store kulturelle forskjellar vekke sterke kjensler og stigmatisering frå den norske sjukepleiaren. For at sjukepleiaren ikkje skal bli overvelda av eigne reaksjonar, og dermed ikkje makte å setje pasientens behov i sentrum, er det nødvendig med eit godt kunnskapsgrunnlag kring temaet (Utne, 2009). I følge dei yrkesetiske retningslinjene har sjukepleiarar eit fagleg, etisk og personleg ansvar for eigne haldningar og vurderingar i utøvinga av sjukepleie, og grunnlaget for all sjukepleie skal vere respekten for det enkelte menneskets liv og ibuande verdigheit (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Ragnhild Magelssen sin teori om kultursensitivitet legg vekt på å bygge opp ein likeverdig relasjon der fokuset ikkje ligg i ulikskapen mellom menneske men på intensjonen bak haldningar og handlingar til kvar enkelt (Magelssen, 2008, s. 20). Ved å forstå intensjonen bak kvinneleg omskjering må ein ikkje godta ritualet, men det kan gjere det mogleg å utøve betre kultursensitiv sjukepleie i møte med den omskorne kvinna.

1.1.2 Problemstilling med problemformulering

I Noreg er det rapportert at omskorne kvinner møter helsepersonell som ikkje har tilstrekkeleg kunnskap kring omskjering. Dei uttrykker også at det psykoseksuelle hjelpetilbodet er mangelfullt (Taraldsen et al., 2021, s. 1443). Det kan tenkast at nordisk helsepersonell som er framand for kvinneleg omskjering kan ha vanskar med å forstå og møte desse kvinnene med ei kultursensitiv tilnærming. For å kunne gje heilskapleg og kultursensitiv omsorg treng sjukepleiaren kunnskap om kva kvinneleg omskjering er, komplikasjonar det kan gje, men også korleis det påverkar kvinna psykososialt og seksuelt.

I vår oppgåve vil vi undersøke problemstillinga “Korleis kan norske sjukepleiarar opptre kultursensitivt i møte med omskorne kvinner?”. Litteratursøket baserast på problemformuleringa: “Kva er nordisk helsepersonell sine haldningar, kjensler, meiningar og evne til kultursensitivitet i møte med kvinneleg omskorne pasientar?”

1.1.3 Grunngeving for problemstilling

Litteraturstudiet vil setje fokus på norske sjukepleiarar sitt møte med omskorne kvinnelege pasientar, og vidare sjukepleiarar si evne til å arbeide kultursensitivt. Ved å fokusere på kvinneleg omskjering får vi ei større forståing for eit kulturelt fenomen som kan verke framand for norske sjukepleiarar, samstundes som oppgåva vil ha generell overføringsverdi til andre kulturelle pasientmøter. I Noreg vil sjukepleiarar kunne møte omskorne kvinner og jenter i føde-, barsels- og kvinneklinikkar, på helsestasjonar eller i skulen, men også til dømes på sengepost i sjukehusa eller i bedriftshelsetenesta (Jerpseth, 2020, s. 143). Sjukepleiarar bør difor ha kunnskap om kultursensitivitet og kvinneleg omskjering for å sikre at denne pasientgruppa får den heilskaplege helsehjelpa dei har krav på.

1.1.4 Omgrepsavklaring

I oppgåva er omgrepet kvinneleg omskjering nytta, og ikkje kjønnslemlestelse. Omgrepet kjønnslemlestelse syner ulikskapen mellom kvinneleg og mannleg omskjering, då det uttrykkjer overgrepet på den utsette kvinna. Omgrepet kvinneleg omskjering vil derimot vere mindre stigmatiserande. Funna presentert i prosjektrapporten indikerer at helsepersonell sin ordlyd kan påverke kvinnene negativt og påføre kvinnene skam. Artikkane presentert i oppgåva nyttar det engelske omgrepet female genital mutilation/cutting (FGM/C). Sjå nærare forklaring på desse omgrepa og andre sentrale fagomgrep i tabell 1.1.

Tabell 1.1

Omgrepsavklaringar

Kvinneleg omskjering/ kjønnslemlestelse/ FGM/C	Prosedyrar som inneber delvis eller fullstendig fjerning av ytre kvinnelege kjønnsorgan eller annan skade på kjønnsorganet utan medisinsk årsak. Mange vil oppleve omgrepet kjønnslemlestelse som støytande. Female genital mutilation/cutting (FGM/C) er eit alternativt engelsk omgrep til “kjønnslemlestelse” som kan oppfattast mindre stigmatiserande (Nasjonalt Kunnskapssenter for Vold og Traumatisk Stress [NKVTS], u.å.).
Infibulasjon	Type 3 omskjering. Innsnevring av vaginalopninga med ein dekkjande forsegling ved å kutte og sy/lukke labia minora eller labia majora, eventuelt med eksisjon av klitoris (WHO, 2018, s. 27-32).
Defibulasjon	Opning av infibulasjonen. Eit opnande inngrep, som kan løyse mange plagar og førebygge langsiktige komplikasjonar. Ved opning vil kirurgen eller jordmor spalte hudseglet som dekkjer skjedeopninga og urinrøret. Etterpå syast sårflatane saman langs sida (NKVTS, u.å.).
Globalisering	«Globalisering er et uttrykk som ofte brukes om økonomiske, politiske, materielle og kulturelle forflytninger, kontakter og påvirkninger som i moderne tid skjer i en verdensomspennende målestokk» (Fosshagen, 2022).
Kultursensitiv sjukepleie	Teori av Ragnhild Magelssen. Vidareutvikling av Madeleine Leininger sin teori om transkulturell sjukepleie. Magelssen sin teori har fokus på at kultur ikkje er noko fastsett, men forskjellar mellom oss som enkeltmenneske. Kultursensitiv sjukepleie inneber at ein ser desse forskjellane, men også intensjonen bak. Prosessen er gjensidig og maktbalanse er sentralt (Magelssen, 2008, s. 18).

1.2 Bakgrunn

1.2.1 Kvinneleg omskjering

Kvinneleg omskjering inkluderer alle prosedyrar som involverer partiell eller total fjerning av eksterne genitalia eller andre skader på det kvinnelege kjønnsorgan. Det er ulike oppfatningar om årsaka til kvinneleg omskjering. Tradisjonen har djupe kulturelle røter med mål om kontroll over kvinna si fruktbarheit og seksualitet. Eldre kvinner er sentrale i vidareføringa av tradisjonen. Samstundes har kampanjar mot kvinneleg omskjering siste åra ført til reduksjon i ritualet (Jerpseth, 2020, s. 141). Fordi inngrepet varierer i omfang er det vanleg å klassifisere ritualet i fire forskjellige typar (WHO, 2018, s. 27-32). Desse er beskrive i tabell 1.2.

Tabell 1.2WHO si inndeling av kvinneleg omskjerjing

Type 1	Partiell/total fjerning av klitoris og/eller klitoris si forhud.
Type 2	Partiell/total fjerning av klitoris og labia minora, eventuelt med eksisjon av labia majora
Type 3	Innsnevring av vaginalopninga med ein dekkjande forsegling ved å kutte og sy/lukke labia minora eller labia majora, eventuelt med eksisjon av klitoris.
Type 4	Alle andre skadelege prosedyrar utført på det kvinnelege kjønnsorgan for ikkje-medisisnske årsaker.

Kvinneleg omskjerjing disponerer for ei rekke fysiske komplikasjonar, både akutte og langsiktige. Blant dei akutte komplikasjonane som kan oppstå er intense smerter, skade på vev, bløding, hypovolemisk sjokk, infeksjon og sepsisutvikling, hevelse og akutt urinretensjon (WHO, 2018, s. 87). Langsiktig kan kvinna oppleve komplikasjonar som kroniske smerter i vulva, klitoris nevrom, infeksjon i kjønnsorganet, svangerskaps- og fødselsrelaterte komplikasjonar, menstruasjonsproblem, samt urinvegsinfeksjon, dysuri, kronisk urinretensjon, cyster og keloid (WHO, 2018, s. 115). Kvinneleg omskjerjing disponerer også for utfordringar knytt til mental og seksuell helse (WHO, 2018, s. 239). Smerter, sjokk og bruk av fysisk tvang skildrast som årsaker til utvikling av psykiske plagar og seinreaksjonar, som inkluderer irritasjon og frustrasjon, flashbacks og mareritt, lav sjølvkjensle, frykt, paranoia og vidare utfordringar knytt til romantiske forhold og andre seksuelle vanskar. Omskorne kvinner har også ein auka risiko for å utvikle depresjon, angst, PTSD og fysiske plagar utan organisk årsak, som til dømes smerter (WHO, 2018 s. 239). Vidare er kvinnene meir disponert for komplikasjonar i seksuallivet som dyspareuni, redusert seksuell nyting og redusert seksuallyst. Tvungen samleie eller omskjeringsritualet i seg sjølv kan skape traumatisk stress som påverkar samleie i etterkant. Det er likevel viktig å poengtere at ikkje alle kvinner opplever eit avgrensa seksualliv. Omskorne kvinner kan også oppnå seksuell nyting og ha eit godt seksualliv ved hjelp av informasjon, seksualundervisning, støtteordningar og behandling (WHO, 2018 s. 352-359).

Kvinneleg omskjerjing blir ofte sett på som ein del av historia og kulturen i eit samfunn. Alderen jentene gjennomgår omskjerjinga vil variere. Dette kan vere frå før jenta fyller fem år, i alderen fem til fjorten år, eventuelt før ekteskapet. I nokre kulturar reknast omskjerjinga som ein overgang frå å vere jente til å bli kvinne. Hendinga markerast gjerne med ein

seremoni eller ei feiring. Det er ofte ei forventning om at menn berre vil gifte seg med kvinner som er omskorne. Den økonomiske og sosiale sikkerheita som er i ekteskapet kan føre til gjennomføring av praksisen. Omskjerjing blir anteke å sikre jomfrudom i tida før ekteskapet og truskap i etterkant, noko som gjer at familiar kan tru at omskjerjinga beskyttar kvinna og familien si ære. Nokre samfunn har også ei tru om at kvinneleg omskjerjing er eit religiøst krav, sjølv om at det ikkje er nemnd i nokon store religiøse tekstar (WHO, 2018, s. 15-17).

1.2.2 Kultursensitiv sjukepleie

Vi har vald å nytte teorien til Ragnhild Magelssen om kultursensitivitet. Omgrepet er samansett av ordet kultur, som ho assosierer med ulikskapar mellom forskjellige menneske, og sensitivitet, som omhandlar evna til å sjå forbi det konkrete men på intensjonen bak (Jerpseth, 2020, s. 134). Den kultursensitive kommunikasjonen stiller krav til ein gjensidig prosess mellom alle involverte partar der ein opnar seg, føler, ser og lyttar etter likskap i forskjellar. For at dette skal vere mogleg må det skapast ei atmosfære prega av tryggleik og respekt. To viktige omgrep Magelssen nyttar er etnosentrisme og kulturel relativisme. Når ein tenkjer etnosentrisk, vil ein forstå andre ut i frå sine egne premiss og eiga verkelegheitsoppfatning. Dette er noko alle menneske gjer, uansett kultur. Likevel er det viktig at dette er noko sjukepleiarar er bevisst på og forsøker å unngå, når ein går i dialog med menneske frå ein annan kulturell bakgrunn. Det er då meir hensiktsmessig med eit kulturelt relativt perspektiv, som kan definerast som å forstå andre ut frå deira premissar, utan at vi sjølv blir provosert eller kjenner oss trua av deira verkelegheitsoppfatning. Forsøk på å forstå pasientperspektivet vil synleggjere sjukepleiaren si respekt for pasienten (Magelssen, 2008, s. 20).

1.2.3 Sjukepleiaren i møte med omskorne kvinner i Noreg

I 1995 blei kvinneleg omskjerjing lovfesta som ein forboden praksis både å utføre og å bidra til, uavhengig om den finn stad i Noreg eller i andre land jf. kjønnslemlestelsesloven (1995). I dag går forbodet under Straffeloven (2005, § 284-285). På bakgrunn av dette blei det utforma ein handlingsplan av barne- og likestillingsdepartementet mot kjønnslemlestelse for 2008-2011 (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2008). For å imøtekomme dette har helsetenesta i Noreg, og då også sjukepleiarar, eit viktig ansvar for å førebygge gjennomføring av ritualet. Helsedirektoratet har vidare utforma egne temasider for helsepersonell om kjønnslemlestelse og utforma oppdaterte handlingsplanar

(Helsedirektoratet, u.å.). Her er det til dømes spesifisert at helsepersonell ved mistanke om at ei jente er i risiko skal innleie til samtale med familien. Ved mistanke eller stadfesting på at ei jente er utsett for omskjering har ein som sjukepleiar meldeplikt (Helsedirektoratet, 2014). Nasjonalt Kunnskapssenter om Vald og Traumatisk Stress har også utforma ein vegvisar på oppdrag frå Barne- og likestillingsdepartementet som eit av tiltaka i handlingsplanen mot kjønnslemlestelse. På denne nettsida har dei fleire rettleiarar, mellom anna korleis ein kan snakke med kvinner og familiar om kvinneleg omskjering. Både i forhold til aktuelle førebuingar, tilbod om samtale, gjennomføring, samt informasjon om korleis snakke om sensitive tema og aktuelle hjelpespørsmål til samtalen (NKVTS, u.å.).

Sjukepleiarar i Noreg har fleire funksjonar i møte med kvinner utsett for omskjering. Den fagutviklande funksjonen er særst viktig for at ein som sjukepleiar kan arbeide kunnskapsbasert. Den førebyggjande og helsefremmande funksjonen kan mellom anna innebere informasjon om at det er straffbart å utsette jenter og kvinner for omskjering. Den undervisande funksjonen kan innebere informasjon om kva komplikasjonar som kan oppstå og kvar kvinna kan få hjelp til dette. Behandlande funksjon inneberer mellom anna støtte og oppfølging i det perioperative forlaupet ved behandling av komplikasjonar. Ved poliklinisk kirurgi, til dømes ved defibulering, er god preoperativ informasjon om både inngrepet og postoperativt forlaup viktig. Mange kvinner kan i etterkant av inngrepet føle seg endra og oppleve skuld og anger, og har behov for informasjon om at desse reaksjonane er vanlege. Både den lindrande og habiliterande/rehabiliterande funksjonen kan innebere psykososial og seksuell rettleiing for å lære å leve med tilstanden (Jerpseth, 2020, s. 141-43)

2 Metode

2.1.1 Val av metode

Vi har vald å nytte litteraturstudium som metode for prosjektrapporten. Ved å nytte denne metoden kan vi samanfatte eksisterande forskning om eit tema til ei ny forståing. Metoden gjev også moglegheit til å utforske fleire aspekt kring det valde temaet.

2.1.2 Søkeprosessen

I arbeidet med å finne svar på problemstillinga vår utforma vi ein søkestrategi og ei presis problemformulering ved hjelp av PICO. Søkbare problemformulering er: “Kva er nordisk helsepersonell sine haldningar, kjensler, meiningar og evne til kultursensitivitet i møte med kvinneleg omskorne pasientar?”. Søkeprosessen vår var frå november 2021 til januar 2022.

Når vi skulle utforme og spisse problemformuleringa byrja vi med å gjere utforskande søk i CINAHL og Sykepleien. Vi nytta også Universitetet i Agder sitt oppslagsverk for å finne relevante MeSH-termar (Universitetet i Agder, 2022). Ved relevante treff i CINAHL, undersøkte vi kva Major Headings (MH) artiklane var registrert med og nytta desse i vidare utforming av PICO og søkestrategi. Vidare utforska vi referanselistene og siteringar til artiklar vi oppfatta som aktuelle, og kva nøkkelord som var brukt hjå dei. Vi søkte i utgangspunktet etter forskning om norske sjukepleiarar, men basert på artiklane frå utforskande søk bestemte vi oss for å fokusere på nordisk helsepersonell. Dette fordi vi fann ei rekke artiklar om nordisk helsepersonell, men ingen artiklar som omhandla berre norske sjukepleiarar. Vi har vidare nytta kvalitative studiar fordi vi ønskjer å undersøke helsepersonellet sine erfaringar med eigne haldningar, kjensler og meiningar i møte med kvinnelege omskorne pasientar, og kva utfordringar det gjev i møte med denne pasientgruppa. Vi vil vurdere kva betydning funna om nordisk helsepersonell har for norske sjukepleiarar.

Etter fleire utforskande søk med ulike søkestrategiar kunne vi systematisere og finstille søket. Sidan vi valde å fokusere på nordisk helsepersonell utførte vi søk i den nordiske artikkeldatabasen SveMed. Her fann vi derimot ingen relevante artiklar for vår problemstilling. Vi enda difor med å basere oppgåva på søk i CINAHL, MEDLINE og EMBASE. CINAHL inneheld mykje kvalitativ engelskspråkleg forskning med relevans for sjukepleie (Underdal, 2013). MEDLINE er ein omfattande helsefagleg database som mellom anna dekkjer sjukepleiefag («MEDLINE», u.å.). EMBASE inneheld artiklar frå medisinske tidskrifter og er dermed eit nyttig supplement og gav ei større dekning av aktuell forskning («EMBASE», u.å.).

Vi utforma hovudsøket først i CINAHL og overførte det deretter til dei andre databasane. Vi grupperte søkeorda i dei fire kategoriane omskjering, helsepersonell, kultursensitivitet saman med haldningar, og til slutt nordiske land. Desse blei kombinert med “and”. Alle søkeord som omhandla omskjering blei knytt saman med “or”. Desse var mellom anna female

circumcision, female genital mutilation, fgm* , infibulation og defibulation. Deretter gjorde vi det same med helsepersonell, der vi nytta ord som health professional, health care professional* og nurs*. Vidare knytte vi saman det som omhandla kultursensitivitet og haldningar med “or”, og inkluderte mellom anna; cultur* sensitiv*, cultur* competenc*, cultural sensitivity, nurse attitudes, nurs* attitude*, view*, opinion*. Siste kategori inkluderte dei ulike nordiske landa i tillegg til Scandinavia og nordic countries. Sjå vedlegg 1 for PICO og søkeord nytta i dei ulike databasane. Søket gav 24 treff i CINAHL. Etter overføring til dei andre databasane fekk vi 27 treff i MEDLINE og 24 treff i EMBASE.

2.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å velje ut artiklar fastsette vi ei rekke inklusjon- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier var at artiklane skulle omhandle helsepersonell, der anten sjukepleiarar eller jordmødrer er inkludert, og deira perspektiv på kvinneleg omskjering. Dette var viktig for å belyse at det er ei relevant sjukepleiefagleg problemstilling. Forskinga måtte vere frå nordiske land og med engelsk eller skandinavisk språk. I CINAHL valde vi berre fagfelleverderte artiklar.

I byrjinga valde vi å ikkje ha noko avgrensing på publiseringsårstall. Dette gjorde vi fordi vi var ute etter kvalitativ forskning. Denne type forskning reflekterer menneske sine haldningar og kunnskap om eit spesifikt emne, og blir difor ikkje utdatert i same grad som kvantitativ statistikk (Leseth og Tellmann, 2018, s. 16). Når vi ikkje gjorde avgrensingar på publiseringsår opplevde vi å få mange treff frå tidleg 2000-talet. Etter gjennomlesing av artiklane opplevde vi likevel eit synleg sprik mellom eldre og nyare forskning når det kom til haldningar og kunnskapsnivå. Vi måtte difor ta eit val om å ekskludere den eldste forskinga, då vi ønska eit litteraturstudium med dags- og samfunnsaktuelle funn. Vi var også bevisst på handlingsplanen mot kjønnslemlestelse som blei publisert for 2008-2011 og at denne ville ha ei betydning for forskning frå Noreg (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2008). Vidare opplevde vi at 2008 var ei passende avgrensing for artiklar frå andre land også, for å ha oppdatert forskning med dagsaktuelle haldningar. Eksklusjonskriteriene vår var dermed; funn som ikkje omhandla helsepersonell sitt perspektiv, artiklar som omhandla helsepersonell men ikkje sjukepleiarar eller jordmødrer, funn som ikkje omhandla kvinnelege omskorne pasientar og artiklar publisert før 2008.

Vi nytta Prisma Flow diagram for å systematisere utvalsprosessen. Som nemnd tidlegare fekk vi 14 treff i CINAHL, 27 i MEDLINE og 24 i EMBASE. Vidare utførte vi også siterings- og referansesøk av dei artikkane vi hadde funne som omhandla møtet med omskorne kvinner frå nordisk helsepersonells perspektiv. Vi fann då ytterlegare fire artiklar. Etter fjerning av duplikat satt vi igjen med 39 artiklar. Vi ekskluderte artiklar som ikkje omhandla sjukepleiarar eller jordmødrer, artiklar som berre omhandla den omskorne kvinna sitt perspektiv, og nokre få artiklar som omhandla andre tema som til dømes mannleg omskjering. Vidare var nokre av funna ikkje forskingsartiklar, men til dømes innlegg i tidsskrift eller litteraturstudiar. Vi ekskluderte dermed 26 artiklar basert på tittel eller abstrakt. Etter dette satt vi igjen med 13 artiklar til fulltekstlesing. Av dei 13 artikkane måtte vi ekskludere åtte etter å ha lest fulltekst, og vi satt då igjen med fem artiklar. Alle desse fem omhandla nordisk helsepersonell sitt møte med omskorne kvinner, og deira erfaringar og haldningar relatert til omskjering. Sjå vedlegg 2 for Prisma Flow og utvalsstrategi.

2.1.4 Kritisk vurdering av artiklar

Etter å ha vald ut artikkane vurderte vi dei kritisk ved hjelp av sjekklister frå helsebiblioteket. Alle artikkane vi valde ut er kvalitativ forskning, og vi nytta difor sjekklister utforma til dette designet («Sjekklistar», 2016). Vidare utarbeida vi samle- og styrkeskjema. Vi konkluderte med at alle artikkane var truverdige og valide, med god kvalitet og av relevans for oppgåva. Vi valde difor å gå vidare med alle fem. Den kritiske vurderinga er samanfatta i eit styrkeskjema (vedlegg 5).

2.1.5 Analyse og syntese

Analysen og syntesen av litteraturen tek utgangspunkt i Evans sin metode der resultatane blir presentert tematisk (Evans, 2002). Vi samanfatta og analyserte artikkane i to litteraturmatriser. I litteraturmatrisa “demografi” har vi systematisert artikkane i kategoriane metode, utval/populasjon og etiske vurderingar (sjå vedlegg 3). I litteraturmatrisa “formål og funn” har vi systematisert hensikt med studien, tema og hovudfunn/resultat (sjå vedlegg 4). I syntesen presenterer vi først ein samla demografi, før vi går inn på tema “kulturell kunnskap og kompetanse om kvinneleg omskjering”, “haldningar i møte med omskorne kvinner” og “tilnærming til omskorne kvinner”. Vi har vald tema med utgangspunkt i hovudfunna i artikkane, samstundes som dei skal samanfatta ei ny forståing til å svare på problemstillinga.

2.1.6 Kritikk av metode

Litteraturstudie som metode har både fordelar og ulemper. Ein fordel er at ein har tilgang på store mengder publiserte artiklar innanfor dei fleste helserelevante felt. I prosjektrapporten har vi vald å nytte kvalitativ forskning. Ei ulempe med litteratursøk knytt til kvalitative studiar vil vere at dei kan ha overskrifter som ikkje intuitivt seier noko om innhaldet (Christoffersen et al., 2020, s. 62-64). Ei anna ulempe med litteraturstudium knytt til kvalitative studiar er studien si pålitelegheit. Kvalitativ forskning kan ikkje gjentakast med identiske resultat, då forskaren sin framgangsmåte og fortolkingar vil påverke kva datamateriale som produserast og kva funn som blir gjort. Forskaren sine haldningar, førehandskunnskap og eigne erfaringar formar forskingsprosessen. Refleksivitet og transparens nyttast difor innan kvalitativ forskning som mål på studiens reliabilitet (Leseth & Tellmann, 2018, s. 16-17).

2.1.7 Ethiske vurderingar

Gjennom å kritisk vurdere artiklane har vi også gjort ei etisk vurdering. Alle artiklane vi har vald å nytte har gjort greie for etiske vurderingar og tek omsyn til personvernet til deltakarane i studien. Deltakarane i dei ulike studiane har gjeve skriftleg og munnleg samtykke, og framandspråklege deltakarar har fått informasjon på sitt føretrekte språk. Vidare er deltakarane anonymiserte for å sikre personvernet. Forskingsprosjekta følgde generelle etiske retningslinjer som til dømes Helsinkideklarasjonen. Sjå vedlegg 3 for individuell etisk vurdering av artiklane.

3 Syntese

Hovudfunna viser at nordisk helsepersonell sin manglande kunnskap om kvinneleg omskjering kan føre til konsekvensar for både helsepersonellet og kvinna. Vidare kjem det fram at kvinneleg omskjering vekker sterke kjensler hjå helsepersonellet, og at dei dermed kan få ei sympatisk tilnærming. Funna viser også at helsepersonell ofte har fokus berre på genitalia og fysiologiske komplikasjonar, noko som kunne resultere i manglande oppfølging av psykososial og seksuell helse.

3.1.1 Demografi

I alt fann vi fem artiklar som svarte på vår problemstilling. Studiane vi valde representerer Noreg (n=1), Finland (n=1) og Sverige (n=3). Alle er kvalitative studiar som var gjennomført med individuelle og/eller gruppeintervju. Artikkelen frå Noreg inneheldt også observasjonar av praksis. Det samla utvalet av dei fem artiklane bestod av sjukepleiarar, jordmødrer, legar og andre offentlege tenesteytarar som arbeidde med immigrantar/flyktningar og/eller kvinneleg omskjering (n= 94). Av det som er opplyst hadde alle informantane relevant arbeidserfaring med omskorne kvinner (1-30 år). Utvalet representerer tenesteytarar i alderen 26-65 år. Artikkelen frå Noreg inkluderte også somaliske og sudanske kvinner (n= 23) og menn (n=13).

3.1.2 Kunnskap og kulturell kompetanse om kvinneleg omskjering

I artikkelen til Palm og Johnsdotter (2019) kjem det fram at helsepersonell hadde eit gjennomgåande fokus på at det var lite rom for å vere både omskoren og reproduktivt fungerande. Det blei sagt at den einaste måten å fremje den seksuelle helsa på var gjennom medisinske intervensjonar som defibulasjon. Liknande haldningar kan ein sjå i Boisen et al. (2021) der helsepersonell hadde ei manglande forståing for kvifor omskjering blir utført i utgangspunktet. Jordmødrene opplevde også ein kunnskapsmangel som skapte angst for kva utfordringar omskjering kunne skape under fødsel. Dette medførte at dei vegra seg for å innleie samtalar om defibulasjon, og kunnskapsmangelen bidrog til å redusere det som er fagleg tilrådeleg. Fødslane kunne ende i akutt sectio eller at det blei lagt episiotomi då jordmødrene antok for kvinna at ho ikkje ville defibulerast av kulturelle årsaker.

I artikkelen til Ahmed et al. (2021) var utvalet av informantar berre jordmødrer og legar med erfaring kring defibulasjon. Dette kan spegle seg i at det i denne artikkelen er større fokus på kulturell forståing. Helsepersonell erfarte at kvinner i samtalar om defibulasjon gjerne hadde ei frykt for å bli ekskludert frå eigen kultur, samstundes som dei ønskja å bli betre integrert i sitt nye heimland. I samtalar med kvinna der helsepersonellet fokuserte på det kulturelle aspektet kring omskjering kom det fram bekymringar om å kjenne seg unormal etter inngrepet og å verte for “open” nedantil. I tillegg frykta kvinna at defibulasjon ville gje redusert nytning for partner, og true ektefellen sin manndom. Etter defibulasjon kunne kvinna kjenne seg mislykka, og samtalar om hennar mentale helse var difor poengtert som viktig for sjølvkjensla.

3.1.3 Haldningar i møte med omskorne kvinner

I samtlige artiklar kjem det fram at helsepersonell ynsker å gjere sitt beste for å hjelpe omskorne kvinner til betre helse. Samstundes kan ein sjå at det er eit gjennomgåande kroppslig fokus på kva komplikasjonar og nedsett funksjon kvinneleg omskjering kan gje, og ei sviktande evne blant helsepersonell til å setje seg inn i kvinna sitt perspektiv. Eit tydeleg eksempel på dette er i artikkelen til Palm og Johnsdotter (2019) der enkelte helsepersonell uttrykte stor sorg og sympati ovanfor infibulerte kvinner då dei meinte dei ikkje kunne ha normalt samleie. Fleire let også sine egne tankar overdøye moglegheita for kvinna til å dele sine erfaringar om hennar seksuelle helse. Kvinneleg omskjering kan også setje sterke kjensler i helsepersonell, noko som vidare kan påverke korleis ein møter dei utsette kvinnene. I Boisen et al. (2021) sin artikkel kjem liknande haldningar fram. Jordmora hadde stor sympati i møte med pasientgruppa, og uttrykte ei djup bekymring for korleis nokon kan utføre ei slik handling mot jenter og kvinner.

3.1.4 Tilnærming til omskorne kvinner

I artikkelen til Degni et al. (2011) hadde somaliske kvinner eit større behov for sosial interaksjon med helsepersonellet enn kva kvinner frå Finland hadde behov for. Både legar og sjukepleiarar opplevde utfordringar med at somaliske kvinner hadde eit anna tidsperspektiv og ofte ikkje møtte tidsnok til timar. Sjukepleiarane uttrykte likevel at dei syntest det er interessant å lære om pasientane sin levemåte, og at dei forsøker å respektere deira kultur og religion. Samstundes kunne kvinnene si ulike tilnærming til timeavtalar skape ei utfordrande tidsklemme for sjukepleiarane å stå i. Legane synte meir misnøye med kvinnene og uttrykte at dei ikkje har tid til å snakke med pasientane sine meir enn det som er nødvendig for konsultasjonen. Dette gjekk derimot utover relasjonsbygginga. Eit ønskje om, og tid til å setje seg inn i kvinnene sin situasjon kjem fram av artiklane som avgjerande for å få ein tillitsfull relasjon. Samstundes kom det fram at dette krevja større initiativ enn forventa av sjukepleiarane, då enkelte gjekk på heimebesøk og deltok i familiemiddagar for å oppnå denne relasjonen. I Ahmed et al. (2021) ytra kvinna ønskje om å bli integrert i sitt nye heimland sin kultur, men at ho hadde behov for støtte til å balansere dette med eigen opphavskultur for å ikkje bli ekskludert frå denne.

I Palm og Johnsdotter (2019) kom det fram at helsepersonell baserer kommunikasjon og rådgeving om seksuell helse på kvinna sine fysiologiske avgrensingar som følge av

omskjeringa. Dei fleste av informantane i dialog med kvinna hadde fokus på å avdekke helseproblem relatert til omskjeriinga, komplikasjonar og tilgjengelege hjelpe- og behandlingstilbod. Mange var nølende i samtalar om seksualitet. Det kom fram meiningar om at kvinneleg omskjeriing ville påverke seksuallivet negativt og dei vegra seg for å senke kvinna sine forventningar til eiga seksualitet. Det blei mellom anna sagt av helsepersonell at manipulering av klitoris måtte gje nedsett sensibilitet og derav seksuell dysfunksjon. På ei anna side hadde nokre sjukepleiarar ei mindre stigmatiserande tilnærming og gjekk i dialog med jentene der fokuset var ein balanse mellom å ikkje fordømme praksisen sjukepleiaren såg på som skadeleg og unødvendig, samstundes som dei skulle vere sensitive og forsiktige for å ikkje dømme den omskorne kvinna. Eit fokus ved informasjonsformidling var mellom anna at nyting ikkje berre kjem frå stimulering av klitoris.

Liknande tilnærmingar til kvinna si psykoseksualitet kan ein sjå i artikkelen til Johansen (2017). Her kom det fram at tenesteytarane hadde ei komplikasjon og lovfokusert tilnærming til kvinneleg omskjeriing. Eksempelvis uttrykte ein helsesjukepleiar at ho i diskusjonsgrupper om kvinneleg omskjeriing fokuserte berre på komplikasjonar og helserisiko med å vere omskoren og lovverk kring omskjeriing. Ho utelet ubevisst å ta for seg moglege seksuelle bekymringar og motivasjon for å gjennomføre omskjeriing. For å kunne opptre kultursensitivt må ein ha kunnskap om viktigheita av ei heilskapleg tilnærming.

4 Diskusjon

4.1 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet vil vi diskutere problemstillinga: “Korleis kan norske sjukepleiarar opptre kultursensitivt i møte med omskorne kvinner?”. Vi vil trekke fram tema kulturell kompetanse og kunnskap, haldningar og tilnærmingar, og diskutere korleis dette kan påverke sjukepleiaren si evne til kultursensitivitet.

4.1.1 Sjukepleiaren sin kunnskap og kulturelle kompetanse om kvinneleg omskjeriing

Helsepersonell syner å ha eit overdrive fokus på dei fysiologiske konsekvensane av kvinneleg omskjeriing, og eit avgrensa fokus på kvinna sine psykososiale og seksuelle behov. Dette kan vi sjå eksempel på i Palm og Johnsdotter (2019) der helsepersonell syner ei manglande tru på at kvinna kan vere både omskoren og reproduktivt fungerande. Dette avslørar ein

kunnskapsmangel hjå helsepersonellet som vidare fører til eit gjennomgåande komplikasjonsfokuserert syn på omskjerjing. Ved å oppsøke kunnskap kring kvinneleg omskjerjing kan sjukepleiarar utvikle ei kunnskapsbasert og forståingsfull tilnærming. Denne kunnskapen kan ein til dømes tileigne seg via WHO sin rettleiar for helsepersonell. Her er det utdjupa kva behov kvinna kan ha både fysisk, mentalt, sosialt og seksuelt, samstundes som det er spesifisert at ikkje alle kvinner opplev fysiologiske utfordringar knytt til omskjerjinga (WHO, 2018). Sjukepleiarar skal ikkje ha eit overveldande fokus på dei fysiologiske komplikasjonane kvinna kan oppleve, då dei psykososiale, seksuelle og kulturelle aspekta også vil påverke kva som er helse og velvære for kvinna. Vi kan sjå på dette aspektet gjennom Magelssen sitt forslag til definisjon på helse; “Når et menneske nyter en så stor grad av fysisk, sosialt, åndelig velvære at det klarer å opprettholde sine sosiale relasjoner og bli opprettholdt av dem, og ikke at det er fullstendig fritt for sykdom og svakhet” (Magelssen, 2008 s. 74). Dette poengterer at ein kan vere omskoren og ha god helse. Som sjukepleiar skal vi ha ein fagutviklande funksjon som skal gje oss kunnskapsgrunnlaget til ei heilskapleg tilnærming og evne til å møte kvinna sine fysiologiske, psykososiale og kulturelle behov.

Sjukepleiarar må vidare ha tilstrekkeleg kulturell kompetanse for å kunne vere trygg i møte med omskorne kvinner, og for å kunne møte desse på ein kultursensitiv måte. I Boisen et al. (2021) kjem det fram at jordmødrene mangla forståing for kvifor kvinner er omskorne, noko som tyder på manglande kulturell kompetanse. Den manglande forståinga bidrog også til angst og bekymring hjå jordmødrene for korleis omskjerjinga ville påverke kvinna fysisk og emosjonelt i fødsel, samt frykt for å ikkje kunne yte god helsehjelp. Dermed kan ein sjå at mangel på kulturell kompetanse blant helsepersonell både hemmar det kultursensitive møtet og kan påverke arbeidskvardagen negativt. Ved å ikkje ha tilstrekkeleg kunnskap om kvinneleg omskjerjing kan sjukepleiaren bli overvelda av eigne kjensler, og det vil vere vanskeleg å yte god sjukepleie, då haldningar og reaksjonar blir avslørt i måten vi handlar på (Utne, 2009). Vi vil på bakgrunn av dette påstå at det er viktig å sørgje for at sjukepleiarar har tilstrekkeleg kulturell kompetanse, og dette kan tileignast på ulike måtar. Mellom anna kan ein nytte Ragnhild Magelssen sin teori om kultursensitivitet. Kultursensitivisme er ein gjensidig prosess mellom alle involverte partar, der alle partar opnar seg, føler, ser og lyttar etter likskap i forskjellar. Det er viktig at sjukepleiarar skapar ei atmosfære av tryggleik og respekt, slik at pasienten kan dele sin ståstad (Magelssen, 2008, s. 20). Dette vil i praksis bety at sjukepleiarar må få undervisning eller anna kompetanseheving innan praktisering av kultursensitiv sjukepleie, då ein som sett kan reagere med angst og usikkerheit dersom ein

ikkje har tilstrekkeleg kompetanse i møte med den omskorne kvinna. Ved å auke sjukepleiarar sin kulturelle kompetanse vil sjukepleiaren vere tryggare og meir profesjonell i møte med pasientgruppa, noko som vil sikre kultursensitiv helsehjelp.

Ved å både ha kunnskap om kvinneleg omskjering og god kulturell kompetanse kan ein som sjukepleiar vere betre rusta til møte kvinna i samtalar om defibulasjon. Funna våre indikerer at helsepersonell ansar defibulasjon som behandling ved infibulasjon, utan å tilstrekkeleg utforske kvinna sine kulturelle og psykososiale behov. I Ahmed et al. (2021) kan ein sjå at helsepersonell opplevde at kvinna var skeptisk til å verte unormal og for “open” nedantil etter ein defibulasjon. I dialog om defibulasjon må ein som sjukepleiar ivareta kvinna sine kulturelle, psykososiale og ekteskapelege behov, og slik hjelpe henne til å ta informerte og sjølvstendige val. Det hjelper kvinna lite å gjennomgå ein defibulasjon for å betre sin fysiologiske helse, dersom ho opplev psykososiale, relasjonelle eller seksuelle vanskar i etterkant. Med hovudfokus på fysiologiske fordelar knytt til defibulasjon er det derimot ein risiko for at kvinnene kan kjenne seg pressa til å gjennomføre inngrepet, utan at det er teke omsyn til kulturelle aspekt og kva innverknad det vil ha på kvinna sitt liv. Målet må vere å snakke *med* kvinna, i staden for *til* kvinna (Magelssen, 2008, s. 21). Magelssen poengterer samstundes at sjukepleie på pasientens premiss ikkje alltid er god sjukepleie, og at det i enkelte tilfelle vil vere meir helsebringande å frigjere pasienten frå kulturens vev (Magelssen, 2009). Det er ikkje utan grunn at helsepersonell ved ulike høve anbefalar defibulasjon til kvinnene. Som det kjem fram av Boisen et al. (2021) antok jordmødrene at kvinna ikkje ynska å bli defibulert under fødselen grunna kulturelle omsyn, noko som i staden kunne resultere i unødvendig episiotomi eller akutt sectio, og vidare auka risiko for fødselskomplikasjonar. Defibulering i førekant eller under fødselen kunne redusert risikoen. Dette viser at balansegangen mellom helse og kultur er krevjande. Som sjukepleiar med ein førebyggjande funksjon vil det vere viktig med tidleg dialog og ei samla vurdering av risiko for komplikasjonar og kulturelle behov i forkant av fødsel. Sjukepleiarar må difor ha både eit godt kunnskapsgrunnlag om kvinneleg omskjering og god kulturell kompetanse for å kunne møte omskorne kvinner kultursensitivt og heilskapleg i samtalar om defibulasjon.

4.1.2 Sjukepleiaren sine haldningar i møte med omskorne kvinner

Kva haldningar sjukepleiarar har vil skape eit utgangspunkt for handlingane. Når omskorne kvinner kjem til Noreg kan dei bli møtt av sjukepleiarar som opplever eit kulturelt sjokk med

påfølgjande stor bekymring, sorg og fordømming over ritualet. I Boisen et al. (2021) hadde jordmora stor sympati i møte med pasientgruppa, og uttrykte ei djup bekymring for korleis nokon kan utføre ei slik handling mot jenter og kvinner. Vidare kom det fram haldningar blant helsepersonell om at kvinner utsett for omskjering ikkje ønskjer å snakke om sin infibulasjon, at det er tabulagt, eller kan vere retraumatiserande. I mange tilfelle er haldningar basert på noko ein antar eller misforståingar (Svartdal, 2020). Vi undrast over korleis ein som sjukepleiar kan anta at kvinna ikkje ønskjer å snakke om omskjeringa, utan å spørje henne direkte. Ved å anta kva kvinnene har behov for, og då gjerne basert på haldningar som ikkje er kunnskapsbaserte, risikerer vi å neglisjere hjelpebehova den omskorne kvinna har. Det er difor viktig å vere bevisst at haldningar oppstår basert på kunnskap, eller mangel på kunnskap. Sjukepleiarar må altså kontinuerleg reflektere over korleis egne haldningar påverkar yrkesutøvinga i møtet med omskorne kvinner.

Vi menneske, og då også sjukepleiarar, tenkjer ofte etnosentrisk. Det betyr at vi forsøker å forstå andre ut i frå våre egne premiss og eiga verkelegheitsoppfatning (Magelssen, 2008, s. 20). Sjukepleiarar bør i staden nytte eit kulturrelativt perspektiv, noko som vil seie å sjå andre sin kultur utifrå deira ståstad. For å arbeide kulturrelativt er ein avhengig av å setje seg inn i motpartens kulturelle skikkar, og via dialog tileigne seg kunnskap om den enkelte sin kultur frå deira ståstad. Ein treng ikkje vere einig i andre kulturar sine skikkar, men ein må kunne sjå situasjonen frå deira ståstad og respektere at dei gjer ting annleis (Magelssen, 2008, s. 20). Eksempel på både etnosentrisk og kulturrelativ tankegang finn vi i artikkelen til Palm og Johnsdotter (2019). Ved nokre høve synes det som at helsepersonell overførte sine egne idéar om kropp og seksualitet under rådgjevinga, utan å utforske kvinna sine egne erfaringar. Det blei mellom anna sagt at omskjering måtte påverke kvinna si seksuelle helse negativt og at ho ikkje kunne ha normalt samleie. Samstundes i same artikkel finn vi eksempel på helsepersonell som nytta ei meir kulturrelativ tilnærming. For å bidra til å betre kvinna si seksuelle helse informerte helsepersonell mellom anna om at nyting ikkje berre kjem ved stimulering av klitoris. Som det kjem fram av det norske omgrepet “lemlestelse” er det basert på haldningar om at omskjering er øydeleggande og tortur av uskuldelege kvinner. Dersom norske sjukepleiarar har ein etnosentrisk tankegang kan møtet omskjeringa difor opplevst som valdeleg og brutalt. Ved å nytte eit kulturrelativt blick vil ein sjå at dei omskorne kvinnene i opphavslandet kan vere dei normale, og reknast som penare og meir fruktbare (WHO, 2018, s. 16). Ved å nytte eit kulturrelativt perspektiv, i motsetning til å fokusere på vår etnosentriske tolking av kvinna sin ståstad, kan det bidra til å skape ei felles kulturell forståing.

4.1.3 Sjukepleiaren si tilnærming til omskorne kvinner

Det er viktig at norske sjukepleiarar er bevisst på ulikheitene i eige og framande land og kulturar sine helsetenester. I Degni et al. (2011) mangla dei somaliske kvinnene forståing for kva som er forventa av dei i møte med det finske helsevesenet, og kunne mellom anna møte opp for seint til timen sin, eller ha forventningar om god tid under konsultasjonen. Dette stadfestar at helsetenester i andre land kan ha ulik struktur og forventningar til pasienten. Ei utfordring med det ulike tidsperspektivet kan vere at kvinna mister timen, eller at helsepersonell grunna dårleg tid, stress og irritasjon ikkje møter kvinna med ei god og kultursensitiv tilnærming. Misforståingar og ulike forventningar kan vere grobotn for dårlege relasjonar. Magelssen meiner sjukepleiarar må eksplisitt informere pasienten om helsevesenets forventningar og oppbygging, då dette ikkje er ei sjølvfølge for den utanforståande (Magelssen, 2008, s. 18). I ei kultursensitiv tilnærming er det lagt vekt på å skilje mellom assimilasjon og integrering. Assimilasjon inneberer at motparten gjev slepp på sitt etniske særpreg og kultur. Integrering vil vere ei betre tilnærming då det inneber ein gjensidig, dynamisk omskapingssprosess prega av respekt for kvarandre (Magelssen, 2009). Legane i Degni et al. (2011) forventa ved konsultasjonar at kvinnene skulle assimilere seg til deira tidsperspektiv ved å møte opp tidnok og ikkje bruke unødvendig tid på konsultasjonen. Sjukepleiarane gjekk andre vegen og assimilerte til kvinnene sitt tidsperspektiv, noko som sette sjukepleiaren i ei tidsklemme. Vidare ser vi i Ahmed et al. (2021) at kvinna ytra ønskjer om å bli integrert i sitt nye heimland sin kultur, men at ho måtte balansere dette med eigen opphavskultur for å ikkje bli ekskludert frå denne. Både helsepersonellet og den omskorne kvinna har her eit ønskje om integrering. Dersom der finst vilje frå begge partar vil det gje moglegheiter for gjensidig læring og integrering, samt bidra til ein meir symmetrisk maktrelasjon (Magelssen, 2008, s. 18). Som sjukepleiar må ein difor vere open for kvinna sitt perspektiv, slik at kvinna kan tilpasse seg helsevesenet sine forventningar og oppbygging utan å måtte gje slepp på eigen kultur. På denne måten kan sjukepleiaren bidra til å skape ein integreringsprosess med ei felles forståing og eit godt grunnlag for kultursensitiv helsehjelp.

Mangel på kunnskap, kulturell kompetanse og evne til empati kan bidra til at vi i tilnærminga påfører dei omskorne kvinnene skam og dysfunksjon, framfor å fremje helse og velvære. I Palm og Johnsdotter (2019) uttrykte fleire helsepersonell bastant at kvinnene har mist si evne til å nyte sex som følge av omskjering. Dersom ein som sjukepleiar er overtydd om at omskjering fjernar all seksuell nyting, vil dette kunne påverke korleis ein kommuniserer med kvinna om temaet. I Johansen (2017) kom det også fram at ein helsesjukepleiar ubevisst berre

fokuserte på komplikasjonar og lovverk ved kvinneleg omskjering i diskusjonar med utsette kvinner. Ved å fokusere berre på genitalia sin endra fysiologi, og i tillegg ytre negative haldningar til kvinner om at deira evne til seksuell nyting potensielt kan vere øydelagt, er vi redd kvinnene kan kjenne på håpløyse knytt til sine egne seksuelle moglegheiter. Ei sympatisk tilnærming styrt av sjukepleiaren sitt eige kjensleliv vil neglisjerer andre aspekt som er essensielt for å kunne oppnå seksuell nyting, og det er difor viktig at sjukepleiarar er bevisst på å ha ei meir heilskapleg tilnærming til temaet. Vi fryktar at omskorne kvinner som oppsøker sjukepleiar for seksualrådgjeving, og som vidare får høyre at ho vil oppleve utfordringar knytt til seksualliv, kan utvikle skam og utfordringar som ho elles ikkje ville opplevd. Som sjukepleiar har vi også ein lindrande og habiliterande funksjon. Det er difor viktig at sjukepleiarar formidlar moglegheiter, kunnskap og håp på ein ikkje fordømmende måte, noko som vidare kan styrke kvinna si seksuelle sjølvtilitt i staden for å skape avgrensingar.

Avslutningsvis er det viktig at sjukepleiarar har kunnskap om korleis samtalar med denne pasientgruppa bør gjennomførast. WHO har laga nokre råd til korleis ein kan møte omskorne kvinner på ein hensiktsmessig måte. Først og fremst er det viktig med eit innbydande miljø, der pasienten kjenner seg komfortabel og velkomen. Det er særst viktig at samtalen førgår på eit språk pasienten forstår og meistrar, og difor vurdere behov for tolk. I all dialog med kvinnene er det viktig at helsepersonell er bevisst på sitt eige kroppsspråk, og ikkje viser teikn til sjokk, avsky eller redsel. Nokre kvinner kan oppleve det som truande dersom ein, og då særleg menn, sitt for nære. I andre situasjonar kan det opplevst som ei fornærming dersom ein sitt for langt unna. Til slutt er det viktig å vere bevisst på korleis ein snakkar. Kviskring kan indikere at temaet er skamfullt. I dialogen er det viktig å stille opne spørsmål, og å la kvinna få snakke utan forstyrningar. Dersom kvinna oppsøker helsetenesta for plagar som ikkje er relatert til omskjeringa, skal heller ikkje omskjeringa vere hovudfokus (WHO, 2018, s. 49-53). Ved å tileigne seg nødvendig kunnskap i forkant av dialog kan ein nærme seg pasientgruppa på ein kultursensitiv måte. Dette vil både fremje pasienten si helse og velvære, samt sikre god yrkesutøving.

4.2 Metodediskusjon

I utforminga av litteraturstudiet erfarte vi ein mangel på aktuell forskning om eit norsk sjukepleiarperspektiv i møte med omskorne kvinner. Den søkbare problemformuleringa måtte difor ha ei meir generell vinkling om nordisk helsepersonell. Vi har teke utgangspunkt i at helsepersonell frå dei ulike nordiske landa vil ha tilnærma den same nordiske kulturen, og dermed lik tilnærming til omskorne kvinnelege pasientar. I eit globalt perspektiv er også likskapen i det nordiske helsevesenet dominerande (Kristiansen & Pedersen, 2000). Forsking om nordisk helsepersonell har difor overføringsverdi til norske sjukepleiarar si yrkesutøving. Det hadde vore ønskeleg å nytte forskning som omhandla norske sjukepleiarar. Samstundes er vi trygge på at funna våre er av relevans for norske sjukepleiarar, og at funn om nordisk helsepersonell har stor overføringsverdi. Ein annan styrke med val av tema er moglegheita til å synleggjere mangelen på forskning om eit tema vi meina er viktig sjukepleiarar tileignar seg meir kunnskap om.

Ein styrke i søkeprosessen er at det blei utført eit omfattande søk med relevante søkeord, som gav spesifikke treff. Det blei nytta både emneord og fritekst i alle dei fire kategoriane for å få mest mogleg treff. For å unngå støy i søket blei nokre ord søkt i “Title” og “Abstract”, som mellom anna forkortingane “fgm*” og “fgc”. Det same blei gjort med “health professional”, “health care professional” og “nur*” då dette måtte vere sentralt i dei utvalde artiklane. At søket foregikk over ein lengre periode, i fleire databasar og med siterings- og referansesøk, har skapt større sikkerheit i at all aktuell forskning er vurdert. Dette arbeidet er gjort med utgangspunkt i at litteraturstudiet skal kunne generaliserast. Det var også ønska å nytte Svemed i større grad for å avdekke større mengde forskning frå Norden, men databasen gav ingen relevante treff til tross for fleire ulike søkestrategiar. Dette syner også mangelen på forskning av temaet og viktigheita av fokus på den sjukepleiefaglege vinklinga i dette litteraturstudiet.

Utvalet av artiklar blei gjort basert på artiklane sin validitet, relevans og truverd. Ein styrke er at det er teke omsyn til at artiklane er dags- og samfunnsaktuelle. Eksempelvis blei det ikkje inkludert artiklar publisert før handlingsplanen mot kjønnslemlestelse for 2008-2011 (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2008). I utvalet av artiklar blei det også gjort nøye vurderingar av kva relevans dei hadde for problemstillinga. Eit eksempel er artikkelen frå Finland av Degni et al. (2011). Sjølv om artikkelen ikkje spesifikt omhandlar kvinner utsett

for omskjering, vil den vere relevant då den omhandlar helsepersonell i møte med somaliske kvinner, og 98% av kvinner frå Somalia er omskorne (Johansen, 2021). I artikkelen frå Noreg av Johansen (2017) bestod utvalet av både omskorne kvinner og deira partnarar, men også helsepersonell, og difor blei også denne inkludert. Dette gav eit pasient- og pårørande perspektiv som ikkje kjem fram i andre artklar, og det er difor ikkje inkludert resultat frå denne populasjonen i oppgåva.

I den kritiske vurderinga av artklar blei det nytta sjekklister frå helsebiblioteket og samle- og styrkeskjema. Prosessen kring kritisk vurdering har opplevst som oversikteleg, og gav eit godt overblikk over artklane si truverd, kvalitet og relevans. Trass i engelsk språk i artklane er den kritiske vurderinga gjennomført på norsk for å få ei betre forståing for artklane sitt innhald. Dette krevja ei ekstra merksemd for å unngå feiltolking og omsetjingsfeil. Resultata blei analysert og systematisert ved å nytte litteraturmatriser, som gav ei god oversikt over artklane sitt innhald, hovudfunn og relevans. Denne oversikta bidrog til å avklare kva som er hovudtema for artklane, og vidare blei desse systematisert inn i dei ulike tema som bidrog til ei ny samla forståing av funna.

5 Konklusjon med perspektivering

Funna våre indikera at kunnskapsheving vil ruste sjukepleiarar til å yte heilskapleg sjukepleie og dermed kunne dekke omskorne kvinner sine individuelle fysiologiske, psykososiale og seksuelle behov. Å nytte eit kulturrelativt perspektiv, i staden for å tenkje etnosentrisk, kan bidra til å skape ei felles kulturell forståing der sjukepleiaren utforskar kvinna sitt perspektiv, og vidare basere yrkesutøvinga på hennar individuelle behov. Forsøk på å forstå pasientperspektivet vil synleggjere sjukepleiaren si respekt for pasienten. Saman med god kulturell kompetanse og kontinuerleg refleksjon over korleis eigne haldningar påverkar yrkesutøvinga kan ein oppnå eit meir kultursensitivt møte. I ei stadig meir globalisert verd må vi som sjukepleiarar ta ansvar for å tileigne oss naudsynt kunnskap og ha vilje til å møte omskorne kvinner med openheit, nysgjerrigheit, respekt og ei heilskapleg vinkling for å oppnå eit kultursensitivt møte.

Noreg har eit omfattande helsetilbod til omskorne kvinner for oppfølging knytt til komplikasjonar av si omskjering, og vi har lovverk og nasjonal rettleiar som skal førebygge omskjering av jenter og kvinner. Samstundes viser denne oppgåva at ikkje alle omskorne

kvinner får god nok psykososial- og seksuell oppfølging. Sjukepleiarar er ansvarleg for å arbeide kunnskapsbasert i møte med alle pasientgrupper, og arbeidsplassen er pålagt å sørgje for tilstrekkeleg utdanning og undervisning til sine tilsette. Ein eigna metode for å auke kunnskapsnivået er å utvikle kompetanseplanar, som er eit hjelpemiddel for planlegging og iverksetting av fagutvikling. Eit alternativ kan også vere å ha ein eller fleire ressurspersonar med god kulturell kompetanse. Ressurspersonane bør mellom anna ha kunnskap om kvinneleg omskjering, kva prosedyrar og retningslinjer som finst, kvar ein finn desse, og gode råd til kommunikasjon i møte med kvinnene. Det bør også sikrast undervisning om kvinneleg omskjering for alle sjukepleiestudentar i rammeplan for utdanninga. Ved å sørgje for kompetanseheving, kan sjukepleiarar nytte ei meir empatisk, kultursensitiv og heilskapleg tilnærming, der omskorne kvinner sine fysiske, psykososiale og seksuelle behov dekkjast.

Dette litteraturstudiet har identifisert 5 artiklar, der alle omhandlar nordisk helsepersonell, og ikkje spesifikt norske sjukepleiarar. Dette indikera at det er behov for forskning på korleis møtet mellom omskorne kvinner og sjukepleiarar førgår, korleis sjukepleiarar kan tileigne seg naudsynt kunnskap og på kva måte dette kan implementerast i yrkesutøvinga.

Litteraturliste

- Ahmed, C. A., Khokhar, A. T., Erlandsson, K. & Bogren, M. (2021). Defibulated immigrant women's sexual and reproductive health from the perspective of midwives and gynaecologists as primary care providers in Sweden – A phenomenographic study. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 29. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100644>
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2008) *Handlingsplan mot kjønnslemlestelse (2008-2011)*. Oslo. https://oslouniversitetssykehus.no/seksjon/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-kvinnehelse/Documents/Regjeringens%20handlingsplan%20mot%20kj%C3%B8nnslemlestelse_net.pdf
- Boisen, C., Gilmore, N., Wahlberg, A. & Lundborg, L. (2021). «Some women are proud of their experience and I have to respect that»: An interview–study about midwives' experiences in caring for infibulated women during childbirth in Sweden. *Journal of Primary Health Care*, 13(4), 334–339. <https://doi.org/10.1071/HC21118>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., Utne, I. (2020). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene* (2.utg.). Abstrakt forlag.
- Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2011). Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland. *Journal of Immigrant & Minority Health*, 14(2), 330–343. <https://doi.org/10.1007/s10903-011-9465-6>
- EMBASE (u.å.) I *Helsebiblioteket*. Henta 2. februar 2022 frå <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/embase?lenkedetaljer=vis>
- Evans, D. (2002, april). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*. <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Fosshagen, K. (2022, 18. januar). Globalisering. I *Store norske leksikon*. <http://snl.no/globalisering>.
- Sjekkliste. (2016, 3. juni) I *Helsebiblioteket*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Helsedirektoratet. (2014) *Forebygging av kjønnslemlestelse: Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse - Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. (IS-1746) <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/forebygging-avkjønnslemlestelse/>
- Helsedirektoratet (u.å.) *Kjønnslemlestelse*. Henta 15. november frå <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kjønnslemlestelse>
- Jerpseth, Heidi. (2020). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I Stubberud, D.G., Grønseth, R. & Almås H. (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 133-168). Gyldendal.
- Johansen, R. E. (2021, 3. mars). Kjønnslemlestelse. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/kj%C3%B8nnslemlestelse>
- Johansen, R. E. B. (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*, 14, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0287-4>
- Khosla, R., Banerjee, J., Chou, D., Say, L. & Fried, S. T. (2017). Gender equality and human rights approaches to female genital mutilation: A review of international human rights norms and standards. *Reproductive Health*, 14(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0322-5>
- Kjønnslemlestelsesloven (1995). *Lov om forbud mot kjønnslemlestelse*. (LOV-1995-12-15-74). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1995-12-15-74?q=lov%20om%20forbud%20mot%20kj%C3%B8nnslemlestelse>
- Kristiansen, I. S., Pedersen, K. M. (2000). Helsevesenet i de nordiske land – er likhetene større enn ulikhetene? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120(17), 2023-2029.
- Leininger, M. & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing* (3.utg.). McGraw-Hill.
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2.utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Magelssen, R. (2009, 5. mars). Generell sykepleie: Hva sier begrepet «transkulturell sykepleie» om vår virkelighetsoppfatning?. *Sykepleien*, 2004/92(1), s. 43-47. <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/generell-sykepleie-hva-sier-begrepet-transkulturell-sykepleie-om-var>
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet: Om å finne likhetene i forskjellene* (2.utg.). Akribe. MEDLINE. (u.å.) I *Helsebiblioteket*. Henta 2. februar 2022 frå <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/medline>
- Nasjonalt Kunnskapssenter for Vold og Traumatisk Stress. (u.å.a). *Hvordan gjennomføre samtaler om kjønnslemlestelse. - Gjennomføring*. Henta 8. februar frå <https://kjonnslemlestelse.nkvts.no/innhold/hvordan-gjennomfore-samtaler-om-kjonnslemlestelse/gjennomforing/>
- Nasjonalt Kunnskapssenter for Vold og Traumatisk Stress. (u.å.b) *Kjønnslemlestelse – NKVTS – Kjønnslemlestelse*. [Veileder] Henta 28. januar 2022 frå <https://kjonnslemlestelse.nkvts.no/>
- Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Henta 8.februar frå <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Ortensi, L. E. & Menonna, A. (2017). Migrating with Special Needs? Projections of Flows of Migrant Women with Female Genital Mutilation/Cutting Toward Europe 2016–2030. *European Journal of Population*, 33(4), 559–583. <https://doi.org/10.1007/s10680-017-9426-4>
- Palm, C., Essén, B. & Johnsdotter, S. (2019). Sexual health counselling targeting girls and young women with female genital cutting in Sweden: Mind-body dualism affecting social and health care professionals' perspectives. *Sexual & Reproductive Health Matters*, 27(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1615364>
- Straffeloven (2005). *Lov om straff*. (LOV-2005-05-20-28). Lovdata. Henta 9. februar 2022 frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28?q=kj%C3%B8nnslemlestelse>.
- Svartdal, F. (2020, 3. november). Haldningar. I *Store norske Leksikon*. <https://snl.no/holdning>

- Taraldsen, S., Owe, K. M., Bødtker, A. S., Bjørntvedt, I. W., Eide, B. M., Sandberg, M., Hagemann, C. T., Øian, P., Vangen, S. & Sørbye, I. K. (2021). Omskjæring hos kvinner bosatt i Norge – konsekvenser og behandling. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 141(15), 1438-1443. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0509>
- Underdal, H. (2013, 14. februar). CINAHL tilgjengelig i Helsebiblioteket. I *Helsebiblioteket*. <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket>
- Universitetet i Agder. (2022). *MeSH på norsk - begreper innen medisin og helsefag*. [Oppslagsverk] Henta 11. januar 2022 frå <http://mesh.uia.no/>
- Utne, M. (2009, 08. mars). Omskjæring av kvinner i eit norsk helseperspektiv. *Sykepleien*, 91(9), 32-38. [10.4220/sykepleiens.2003.0018](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2003.0018)
- Van Baelen, L., Ortensi, L. & Leye, E. (2016, 21. september). Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(6), 474–482. <https://doi.org/10.1080/13625187.2016.1234597>
- World Health Organization. (2018). *Care of women and girls living with female genital mutilation: a clinical handbook*. Henta 8. november 2021 frå <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?ua=1>

Vedlegg 1 – PICo

PICo	
Problemstilling: “Korleis kan norske sjukepleiarar opptre kultursensitivt i møte med omskorne kvinner?”	
Søkbar problemformulering: “Kva er nordisk helsepersonell sine haldningar, kjensler, meiningar og evne til kultursensitivitet i møte med kvinneleg omskorne pasientar?”	Type spørsmål: Erfaringsspørsmål

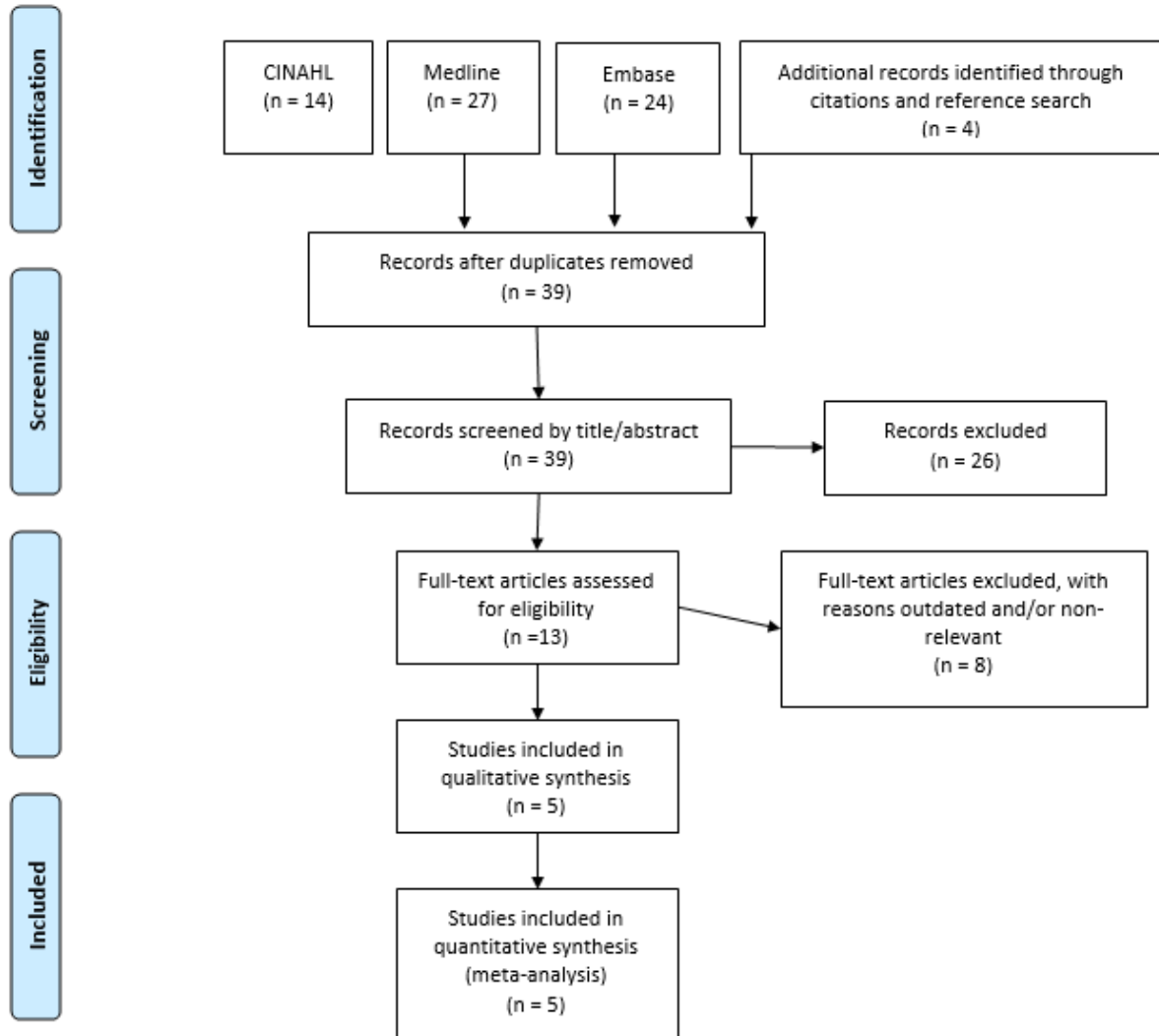
	P: Populasjon	I: Fenomen av interesse	Co: Kontekst
Norsk formulering henta frå problemstillinga	Nordisk helsepersonell som møter omskorne kvinner	Haldningar, kjensler og meiningar og evne til kultursensitivitet	Norden
Mesh	Health Personnel, Health Care Provider*, Healthcare Provider*, Healthcare Worker*, Nurse*, Nurse Midwife, Physician*, Reproductive Health, sexual health, AND Female circumcision*, Female genital mutilation Infibulation, defibulation	Attitude*, Perception*, Opinion*, Emotion*, cultural competence, transcultural nursing	Scandinavia, Norway, Sweden, Finland, Iceland, Denmark
Tekstord	health care professional*, health professional*, health care, Nursing, AND Female genital cutting, FGM, FGM/C	View*, Prejudice, Culture diversity, culture sensitive, transcultural care, Cultural Bias, crosscultural, cultural values,	Nordic countries, norwegian, swedish, danish, finnish, icelandic
CINAHL	(MH "Health Personnel"), health personnel, TI health care professional* OR AB health care professional*, TI health professional* OR AB health professional*, TI health care OR AB health care, (MH "Sexual Health"), (MH "Reproductive Health"), (MH "Nurses"), TI nurs* OR AB nurs*, (MH "Physicians") AND	(MH "Attitude"), (MH "Attitude of Health Personnel"), (MH "Nurse Attitudes"), (MH "Midwife Attitudes"), (MH "Physician Attitudes"), (MH "Attitude to Sexuality"), attitude*, nurs* attitude*, perception, (MH "Perception"), view*, opinion*, prejudice, (MH "Emotions"), emotion*, feeling* AND	(MH "Scandinavia+"), norway or norwegian, sweden or swedish, denmark or danish, finland or finnish, iceland or icelandic, nordic countries

	female circumcision, female genital mutilation, female genital cutting, TI fgm* OR AB fgm*, TI fgc OR AB fgc, infibulation, defibulation,	(MH "Cultural Diversity"), (MH "Transcultural Nursing"), (MH "Transcultural Care"), (MH "Cultural Competence"), transcultural nursing, transcultural care, cross cultural, cultur* sensitiv*, cultur* competenc*, cultural values, cultur* diversity, (MH "Cultural Sensitivity"), (MH "Cultural Bias"), (MH "Cultural Values"), (MH "Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality"),	
MEDLINE	Health Personnel/, health personnel.mp., health care personnel.mp., health professional*.mp., "Delivery of Health Care"/, health care.mp., Nurses/, nurs*.ti. or nurs*.ab., Physicians/, Midwifery/, Sexual Health/, Reproductive Health/ AND Circumcision, Female/, female circumcision.mp., female genital mutilation.mp., Female genital cutting.mp., Fgm*.ti. or Fgm*.ab. or (fgc.ti. or fgc.ab.), infibulation.mp., defibulation.mp.,	Attitude/, "Attitude of Health Personnel"/, Health Knowledge, Attitudes, Practice/, Attitude*.mp., Perception/, perception.mp., View.mp., Opinion*.mp., Prejudice/, prejudice.mp. Emotion*.mp., Feeling*.mp. AND Transcultural Nursing/, transcultural nursing.mp., transcultural care.mp., cross-cultural.mp., Cultur* sensitiv*.mp., cultur* competenc*.mp., cultural values.mp., cultur* diversity.mp., Cross-Cultural Comparison/, Cultural Competency/, Cultural Diversity/	exp "Scandinavian and Nordic Countries"/, (Norway or Norwegian).mp., (Sweden or Swedish).mp., (Denmark or Danish).mp., (Finland or Finnish).mp., (Iceland or icelandic).mp., (nordic countries or Scandinavia).mp.
EMBASE	health care personnel/, health care personnel.mp., health personnel.mp., health professional*.mp., health care professional*.mp., health care/, nurse/, nurs*.ti. or nurs*.ab., physician/, sexual health/, reproductive health/ AND Female circumcision.mp., female genital mutilation/, Female genital mutilation.mp., female genital cutting.mp., fgm*.ti. or fgm*.ab., fgc.ti. or fgc.ab., infibulation.mp., defibulation.mp.	attitude/, nurse attitude/, health personnel attitude/, physician attitude/, midwife attitude/, attitude to sexuality/, attitude*.mp., Nurse attitude*.mp., perception/, Perception.mp., View*.mp., Opinion*.mp., prejudice/ prejudice.mp., emotion/, Emotion.mp., feeling*.mp. AND exp cultural nursing/, transcultural nursing.mp., transcultural care.mp., cross-cultural.mp., cultur* sensitiv*.mp., cultur* competenc*.mp., cultural values.mp., cultur* diversity.mp., cultural bias/	exp Scandinavia/, (Norway or Norwegian).mp., (Sweden or Swedish).mp., (Denmark or Danish).mp., (Finland or Finnish).mp., (Iceland or icelandic).mp., nordic countries.mp.

Vedlegg 2 – Prisma Flow



PRISMA 2009 Flow Diagram



Vedlegg 3 – Litteratormatrise, demografi

Forfatter(ar) Publiseringsår Tidsskrift Land	Tittel på artikkel	Metode	Utval/populasjon	Etiske overveingar
Palm, C., Essén, B. & Johnsdotter, S. (2019) Sexual & Reproductive Health Matters Sverige	<i>Sexual health counselling targeting girls and young women with female genital cutting in Sweden: Mind-body dualism affecting social and health care professionals' perspectives</i>	Kvalitativ metode. Artikkelen er basert på tre fokusgruppeintervju og 12 individuelle semi-strukturerte intervju. Tematisk analysert.	Det blei intervjuet totalt 20 ulike fagfolk. Inkludert i utvalet finn vi legar, helsesjukepleiarar, sjukepleiarar i primærhelsetjenesta, og sosialarbeidarar. Alle hadde erfaring med rådgjeving innan seksuell helse, inkludert kunnskap om FGM/C. Deltakarane hadde arbeidserfaring frå 3-20 år. Nokre hadde meir erfaring med rettleiing innan FGM enn andre. Alle deltakarane var kvinner i aldersgruppa 26-63 år. Ingen kom frå FGM-praktiserande regionar. 3 deltakar identifiserte seg som ikkje-vestlege. Deltakarane arbeidde med varierende aldersgrupper, både mindreårige, vaksne og begge deler.	I følge the Swedish Ethical review Act krev ikkje denne studien godkjenning frå ein etisk vurderingsnemnd. Denne studien har ingen formell avgjersle om etikkgodkjenning. Alle deltakarane blei anonymisert med nummerering for å ta hand om personvernet.
Ahmed, C. A., Khokhar, A. T., Erlandsson, K. & Bogren, M. (2021) Sexual and reproductive healthcare Sverige	<i>Defibulated immigrant women's sexual and reproductive health from the perspective of midwives and gynaecologists as primary care providers in Sweden.</i>	Kvalitativ metode. Intervju med jordmødre og gynekologar, tilsett hjå offentlige kvinneklinikkar. Fenomenografisk tilnærming. Tematisk analysert.	Ein total av 13 helsepersonell blei intervjuet. 7 jordmødre og 6 gynekologar. Deltakarane var i aldersgruppa 45-65 år med gjennomsnittsalder på 52. Alle med unntak av éin var kvinne. Helsepersonellet hadde minst 5 års erfaring innan fødsels-/gynekologisk hjelp. Det framstår som det blei spesifikt forsøkt å finne informantar med mykje erfaring og kunnskap om FGM/C. Informantene blei vald på bakgrunn av involvering og erfaring med behandling og omsorg for omskjærte kvinner. Forfattarane kontakta klinikkar og fekk ved hjelp av leiarane kontakt med relevante informantar.	Informantane blei anonymisert for å ta hand om personvernet. Før kvart intervju blei det gitt skriftleg og muntleg samtykke. Informantane kunne trekke seg når som helst om dei ønska. Sahlgrenska Academy's ethical board principles, basert på Belmont Rapporten, og Swedish ethics review authority, blei fulgt.
Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W. &	<i>Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women:</i>	Kvalitativ metode. Individuelle og gruppeintervju.	Utvalget blei henta ut frå familieplanleggings- og kvinneklinikkar i byane Helsinki, Vantaa, Turku og Tampere. Utvalget skulle bestå av helsepersonell med erfaring innan arbeid med innvandrarvinnens reproduktive helse. 15 legar og 17 sjukepleiarar/jordmødrer blei spurt,	Det er ikkje spesifisert om det er gjort ei etisk vurdering av sjølve forskningsprosjektet av ein komité. Utvalget av deltakarane blei gjort av medisinsk-etisk komitee i dei ulike byane.

<p>Vehviläinen-Julkunen, K. (2012)</p> <p>Journal of Immigrant & Minority Health</p> <p>Finland</p>	<p><i>Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland</i></p>	<p>2 fokusgruppe-intervju bestod av kun gynekologar/fødselslegar. Det tredje fokusgruppe-intervjuet bestod av sjukepleiarar og jordmødre.</p> <p>Tematisk analysert.</p>	<p>der 10 legar og 15 sjukepleiar/jordmødre hadde moglegheit til å delta i studiet.</p> <p>Alle informantane hadde erfaring innan reproduktiv helse til kvinnelege immigrantar.</p> <p>Finland har lenge vore eit homogent land fram til det oppstod ei auke av flyktningar, asylsøkarar og immigrantar i 1990-åra. Til samnlikning med andre nordiske land er immigrasjon eit releativt nytt fenomen i Finland.</p>	<p>Det er tatt omsyn til personvern ved å anonymisere deltakarane.</p>
<p>Johansen, R. E. B. (2017)</p> <p>Reproductive Health</p> <p>Norge</p>	<p><i>Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway</i></p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Dybdeintervju og deltaker observasjonar i ulike settingar frå 2014-2015.</p> <p>Tematisk analysert.</p>	<p>36 menn og kvinner med somalisk og sudanesisk opphav, samt 30 tenesteytarar frå defibuelringsklinikkar, helsesjukepleiarar i skulen, seksuellerådgivarar for ungdom, og personell som arbeidde med medikamentell rådgiving og behandling til asylsøkarar.</p> <p>Kontaktene som rekrutterte deltakarar til forskninga i første runde hadde høg utdanning og langvarig opphald i Noreg. Dette gjenspeglar seg i dei utvalgte immgrantane. Samstundes var 8 somaliske flyktningar utan utdanning og fast arbeid.</p> <p>Dei 30 tenesteytarane blei rekruttert via formelle kanalar basert på deira erfaring med arbeid innan FGM/C og/eller flyktningar.</p>	<p>The Norwegian Social Science Data Services (NSD) gav etisk godkjenning. The Directorate of Integration and Diversity(IMDi) gav godkjenning til å inkludere kvoteflyktningane. Informert samtykke blei gjort på ønska språk. Detaljar om informantane blei avgrensa til eit minimum for å sikre personvernet.</p>
<p>Boisen, C., Gilmore, N., Wahlberg, A. & Lundborg, L. (2021)</p> <p>Journal of Primary Health Care</p> <p>Sverige</p>	<p><i>«Some women are proud of their experience and I have to respect that»</i></p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>Individuelle semi-strukturerte intervju blei brukt til å samle data for å undersøke jordmødrenes erfaringar.</p> <p>Tematisk analyse.</p>	<p>Intervju blei avholdt i 3 ulike regionar, og deltakara blei rekruttert frå fem forskjellige fødeavdelingar i Sverige. Utvalget bestod av 6 jordmødre. Alderen på jordmødrene varierte mellom 30 og 57 år. Jordmødrene hadde 1-30 års erfaring. Alle jordmødrene hadde erfaring innan pleie av omskorne kvinne, noko som var det einaste kriteriet for deltakarane.</p>	<p>Studien blei utført i samsvar med the Declaration of Helsinki and Swedish legislation knytt til ikkje-invasive studier. Etisk godkjenning var ikkje nødvendig for gjennomføring av studien, og studien blei gjennomført i samsvar med etiske lover og retningslinjer.</p> <p>Deltakarane blei informert og ga munnleg og skriftlig godkjenning.</p>

Vedlegg 4 – Litteratormatrise, formål og funn

Forfatar(ar) Publiseringsår Tidsskrift Land	Tittel på artikkel	Hensikt med studien	Tema	Hovudfunn/resultat
Palm, C., Essén, B. & Johnsdotter, S. (2019) Sexual & Reproductive Health Matters Sverige	<i>Sexual health counselling targeting girls and young women with female genital cutting in Sweden: Mind-body dualism affecting social and health care professionals' perspectives</i>	Formålet med studien var å undersøke korleis fagfolk i sosial- og helsetjenestene reflekterer over og snakkar om seksualitet og promotering av seksuell velvære med unge omskjerte jente og kvinne. “How are dominant ideas about FGC and sexuality played out in practice, and how do professionals handle potential tensions from conflicting conceptualisations of bodies, sexuality, and FGC in encounters with girls and young women with FGC?”	1. Kroppsfokusert tilnærming til seksualitet. 2. Ideen om at FGM/C gir eit ikkje-funksjonelt seksualliv. 3. Seksualrådgiving om FGM/C, med fokus på praksisens øydeleggande konsekvensar framfor ei heilskapleg tilnærming.	I funna kom det fram at helsepersonell ønska å gjere sitt beste i å støtte kvinna med hjelp til helse og seksuelle problem. Dei gav informasjon om komplikasjonar dei tenkte var relevante samt om kva moglegheiter kvinna hadde for hjelp og behandling. Nokre viste kvinna vidare til lege eller gynekolog om dei var usikker om kvinna sine vanskar var relatert til FGM. Helsepersonellet ønska også å informere om seksuelt velvære. Sterkt kroppsfokus. Ved nokre høve, verka det som at helsepersonellet og andre profesjonelle overførte sine eigne idéar om kropp og seksualitet under rådgjevinga, utan å utforske jentas eigne erfaringar. Eit synspunkt som gikk igjen blant helsepersonell var at FGM/C måtte påverke den seksuelle helsa negativt. Helsepersonell vil ofte ha fokus på genitalia, i staden for eit heilskapleg perspektiv. Det blei også sagt at manipulering av klitoris måtte gi nedsett sensibilitet. Nokre hadde derimot fokus på at seksuell nyting ikkje kunn kjem frå klitoris. Nokre uttrykte også sorg og sympati ovanfor infibulerte kvinner då dei meinte dei ikkje kunne ha normalt samleie. Fleire let også sine eigne tankar overdøve moglegheita for kvinna til å dele sine erfaringar om hennar seksuelle helse.
Ahmed, C. A., Khokhar, A. T., Erlandsson, K. & Bogren, M. (2021) Sexual and reproductive healthcare	<i>Defibulated immigrant women's sexual and reproductive health from the perspective of midwives and gynaecologists as primary care</i>	Artikkelen omhandlar jordmødrer og gynekologar sine oppfatningar/haldningar kring seksuell og reproduktiv helse hjå defibulerte kvinner basert på deira erfaringar som helsepersonell i møte med desse kvinnene.	1. Ide om at kvinner som er defibulert har ein betra genital funksjon 2. Kvinner som er defibulert treng bistand i å betre sjølvbilete og få	Frå helsepersonells perspektiv, vil defibulasjon påverke kvinna si seksuelle og reproduktive helse, med ein endra genital funksjon og eit behov for å balansere deira eiga velvære, og får dei til å eksistere mellom ulike kulturelle verdiar. Eit heilskapleg perspektiv er nødvendig når ein gjev helsehjelp og støtte, individualisert basert på kvinna sitt behov. Tilstrekteleg støtte og rådgjeving, om fordelar med defibulasjon knytt til svangerskap, seksuell- og reproduktiv helse er nødvendig allereie frå ungdomsåra. Dette kan fremje seksuell og reproduktiv helse og velvære.

Sverige	<i>providers in Sweden</i>		<p>tilbake eigarskap over kropp og seksualitet.</p> <p>3. Kultursensitivitet med fokus på å hjelpe kvinna til å integrerast samstundes som ho får bevare eigne kulturelle verdiar.</p>	<p>Helsepersonellet uttrykte at kvinna kan oppleve fleire fordelar etter ein defibulasjon, som til dømes eit betre seksualliv og forenkling knytt til urinering og menstruasjon. Samstundes kunne kvinna føle seg unormal etter inngrepet, og kunne frykte å bli for “open” nedantil. På bakgrunn av erfaringane med infibulasjon opplevde helsepersonellet at kvinna ofte hadde stort behov for psykologisk støtte i samtale om, og utføring av defibulasjon.</p> <p>Nokre av kvinnene ønska ikkje å informere andre at dei var defibulert, då dette kunne påverke framtidige relasjonar, ikkje berre for dei sjølv, men også for deira døtrer. Etter ein defibulasjon kunne kvinnene føle seg mislykka, og føle at dei hadde trua ektemannens manndom. Helsepersonellet opplevde ofte at kvinner som var i samtale om defibulasjon gjerne hadde ei frykt for å bli ekskludert av eigen kultur, samstundes som dei hadde ønskjer om å bli betre integrert i samfunnet.</p> <p>På bakgrunn av dette er det naudsynt med eit heilskapleg perspektiv ved bistand og støtte individualisert til den enkelte kvinna.</p>
<p>Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012)</p> <p>Journal of Immigrant & Minority Health</p> <p>Finland</p>	<i>Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland</i>	<p>Målet med studien var å utforske legar, sjukepleiarar og jordmødrer sin kommunikasjon i møte med somaliske kvinner i Finland i samband med reproduktiv helse og føde-barselomsorg.</p> <p>Det blei vald å fokusere på somaliske kvinner då dei er meir synlege i samfunnet, dei er også ei pasientgruppe som skil seg ut då dei får mange barn og mange kvinner er omskorne. Vidare ville dei utforske kva utfordringar helsevesenet hadde i møte med kvinnene og at det er behov for forskning på tema.</p>	<p>1. Legar sin relasjonen til dei somaliske kvinnene.</p> <p>2. Sjukepleiarar sin relasjon til dei somaliske kvinnene</p> <p>3. Helsepersonell sin oppfatning av korleis kultur påverkar somaliske kvinne sitt møte med helsevesenet</p>	<p>Lege/somaliske kvinne relasjon.</p> <p>Legene møtte sjeldan somaliske kvinne i familieplanleggings klinikkar, då dei ikkje er interessert i å snakke om prevensjon, og spesielt ikkje med mannlege legar.</p> <p>Sjukepleiarar og jordmødrer/somaliske kvinne relasjon. Spl. møter oftare somaliske kvinne enn legane. Spl. uttrykte at dei syntest det var interessant å lære om pasientanes levemåte, og å respektere deira kultur, religion, men samstundes forklare pasienten fordelar med helsevesenet. Viktig å la kvinna styre samtaletema, ikkje ta opp vanskelege tema før kvinna er klar.</p> <p>Legers oppfatningar om Somaliske kvinnes kulturelle haldningar til reproduktiv helse. Mannlege leger uttrykte fortvilning over at Somaliske kvinne ikkje ynskjer mannlege legar. Legane uttrykker at kvinnene bør akseptere å bli undersøkt av mannlege gynekologar, då det er fleire mannlege enn kvinnelege gynekologar i Finland.</p> <p>Sjukepleiar og jordmødrer sine oppfatningar om Somaliske kvinnes kulturelle haldningar til reproduktiv helse. Spl erfarer at prevensjon er eit sensitivt samtaleemne for Somaliske kvinne. Spl uttrykker også at Somaliske kvinne kan møte opp for seint til timar, då ein timeavtale ikkje er lik som i Finland.</p>

<p>Johansen, R. E. B. (2017)</p> <p>Reproductive Health</p> <p>Norge</p>	<p><i>Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway</i></p>	<p>Utforskar persepsjon og erfaringar med kirurgisk deinfibulasjon blant migrantar i Noreg og undersøker om det er ei akseptierbar medikalisering av den tradisjonelle prosedyra eller om det i staden utfordrar “cultural underpinnings of infibulation”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medisinsk defibulasjon kan true mannens virilitet og maskulinitet 2. Fokus på seksuell nytelse 3. Tenesteytarar sin tilnærming til samtaler kring seksualitet og defibulasjon 	<p>Utforskar oppfatningar og erfaringar med kirurgisk defibulasjon blant migrantar i Noreg og undersøker om det er ei akseptierbar medikalisering av den tradisjonelle prosedyra eller om det i staden utfordrar det kulturelle grunnlaget for infibulasjon. Tenesteytarane hadde ein komplikasjon og lovfokusert tilnærming til FGM/C.</p> <p>Tjenesteyterne var bevisst på at infibulasjon hadde stor betydning for seksuallivet til kvinnene. Likevel var det ingen av dei som adresserte seksuallivet når dei arbeidde i berørte samfunn.</p> <p>Seksuelle bekymringar om virilitet og mannleg seksuell nytelse dannar ei barriere for utføring av medikalisert defibulasjon. Det vil vere naudsynt at helsepersonell adresserar seksuelle bekymringar når ein diskuterar komplikasjonar hjå infibulerte kvinner. Vidare bør kampanjar og rettleiing også ta for seg bekymringar om seksualiteten.</p> <p>Fokus på helserisiko med FGM/C og helsegevinst ved defibulasjon er utilstrekkelig i arbeidet mot FGM/C.</p>
<p>Boisen, C., Gilmore, N., Wahlberg, A. & Lundborg, L. (2021)</p> <p>Journal of Primary Health Care</p> <p>Sverige</p>	<p>«Some women are proud of their experience and I have to respect that»</p>	<p>Formålet med studien er å beskrive jordmødres erfaringar i pleien av omskjerte kvinne under fødsel, for å auke forståinga for ulike utfordringar jordmødrene møter i kvinneklinikkane i Sverige.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utfordringar knytt til utøving av passende pleie under fødsel 2. Jordmødres emosjonelle erfaring 	<p>Mangelen på, eller utilstrekkelige, retningslinje gjorde jordmødrenes arbeid krevjande, noko som kunne resultere i usikkerheit. Jordmødrene uttrykte sterk kritikk til svangerskapsoppfølginga, at ingen hadde fanga opp desse kvinnene tidlegare og diskutert omskjeringa før fødsel. Jordmødrene uttrykte det som krevjande å diskutere tema under aktiv fødsel.</p> <p>Jordmødrene hadde ulike strategiar for å handtere kjensler i møte med omskjerte kvinne. Dei uttrykte bekymring for kvinnenes emosjonelle erfaringar frå fødselen, noko som kjem i tillegg til det fysiske. Å ikkje kunne gje best mogleg hjelp og pleie var noko som kunne påverke jordmødrenes arbeidsliv negativt.</p>

Vedlegg 5 – Styrkeskjema

Studie	Styrker	Svakheiter	Kvalitetsvurdering
Palm & Johnsdotter (2019)	<p>Problemstillinga er særst relevant då den synleggjer ein svakheit med svenske helsepersonells haldningar og kunnskap om FGM/C. Vidare er problemstilling/hensikt/mål tydeleg beskrevet.</p> <p>Utvalget består av 20 deltakarar med relevant erfaring der dei har gått i djupna med hjelp av både fokusgruppeintervju og semistrukturerte individuelle intervju.</p> <p>Alle deltakarane blei anonymisert med nummerering for å ivareta personvernet.</p> <p>I studien er det greia ut om korleis ein kan nytte forskinga til å betre praksisen.</p> <p>Forfattarane, spesielt Johnsdotter arbeider mykje med FGM/C og har fleire artiklar kring tema.</p>	<p>Dei har nytta kvalitative analysestrategier der dei analyserte data innan undertema og overlappande tema, men ikkje gjort ytterligare rede for analysestrategi.</p> <p>Det er ikkje avdekka behov for ytterlegare behov for forskning på tema.</p>	<p>Etter vurdering ved hjelp av helsebiblioteket sin sjekkliste for kvalitative studiar, ser vi på artikkelen som truverdig og relevant.</p>
Ahmed et. al (2021)	<p>Studien er utført med formål om å tette kunnskapshol kring defibulasjon og korleis dette påverkar FGM/C-utsette kvinner. Problemstilling/hensikt/mål tydeleg beskrevet.</p> <p>Det er utvalg spesifikt av helsepersonell med erfaring kring FGM/C og defibualsjon.</p> <p>Informantane blei anonymisert for å ivareta personvernet. Gjort godt rede for etisk vurdering.</p> <p>Fokus på kvinna sitt sjølvbilete, velvære og kulturell påverknad.</p>	<p>Forskarane uttrykker sjølv at ein potensiell svakheit ved studiet er at den er basert på helsepersonellets tankar om korleis defibulasjon opplevst for kvinnene, i staden for å spørje kvinnene korleis defibulasjon påverka dei. Forskarane føreslår vidare forskning nettopp på kvinnes perspektiv.</p>	<p>Etter vurdering ved hjelp av helsebiblioteket sin sjekkliste for kvalitative studiar, ser vi på artikkelen som truverdig og relevant.</p>

<p>Degni et al. (2012).</p>	<p>Formålet til studiet var å belyse kommunikasjon- og kulturelle utfordringar når ein yter reproduktiv helsehjelp til Somaliske kvinner som har innvandra til Finland. Problemstilling/hensikt/mål tydeleg beskrevet.</p> <p>Ein styrke ved forskninga er at utvalget er vald ut frå fleire forskjellige klinikkar, slik at resultatata blir meir pålitelig/overførbar. Utvalget er beskrevet med tittel, kjønn, arbeidsstad.</p>	<p>Utvalet kunne vore grundigare beskrive, til dømes med alder/gjennomsnittsalder, i tillegg til erfaring innan gynekologi/fødselshjelp, og fordelaktig kva erfaring dei har innan behandling av/omsorg for kvinne utsett for FMG/C</p> <p>Artikkelen omhandlar somaliske kvinner men fordi Somalia er landet med høgst førekomst av fgm/c der omlag 98% av kvinner er omskorne har den stor overførbar verdi.</p>	<p>Etter vurdering ved hjelp av helsebiblioteket sin sjekklister for kvalitative studiar, ser vi på artikkelen som truverdig og relevant.</p>
<p>Johansen (2017)</p>	<p>Formålet med studiet er å undersøke faktorar som motiverer eller hindrar kvinne og jente frå å vurdere medisinsk defibulasjon. Problemstilling/hensikt/mål er tydeleg beskrive.</p> <p>Studien inneheld både helsepersonells-, kvinna-, ektefellane- og andre offentlege tenesteytarar sine erfaringar og haldningar. Populasjonen av kvinne og ektefellar var tydeleg beskrive.</p> <p>Dei offentlege tenesteytarane hadde erfaring med FMG/C og/eller flyktningar.</p> <p>Forskinga fekk innvilga etisk godkjenning av studiet. Informert samtykke blei innhenta på relevante språk.</p>	<p>Dei "offentlege tenesteytarane" som blei vald ut til forsking kunne vore betre gjort greie for med fordeling av tittel, kjønn, alder og erfaring.</p> <p>Det er grundigare gjort greie for funn frå dei somaliske og sudanske informantane. Likevel underbygger funna om innverknad av FMG/C på seksualitet funna frå helsepersonell om manglande fokus på akkurat dette.</p>	<p>Etter vurdering ved hjelp av helsebiblioteket sin sjekklister for kvalitative studiar, ser vi på artikkelen som truverdig og relevant.</p>
<p>Boisen et al. (2021)</p>	<p>Formålet med studien er godt formulert basert på eksisterande kunnskap og mål om å tilføre ny informasjon.</p> <p>Forskningsdesign, utval og analyse er gjort godt greie for. Det er spesielt gjort greie for validitet av studien.</p>	<p>Kunn frå jordmødrer sitt perspektiv. Likevel er dette personell som bør ha større kunnskap om FMG/C enn sjukepleiarar og kunnskapsmangel her vil belyse det store kunnskapsbehovet kring FMG/C.</p>	<p>Etter vurdering ved hjelp av helsebiblioteket sin sjekklister for kvalitative studiar, ser vi på artikkelen som truverdig og relevant.</p>