



**Høgskulen  
på Vestlandet**

# **BACHELOROPPGAVE**

**Møte med kvinner  
utsatt for omskjæring**

**SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie**

**Institutt for sykepleie**

**Avdeling for helsefag**

**02.06.2017**

**6974 ord**

***Madeleine Lid Giil***

**Veileder: Solveig Sægrov**

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jfr. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

# Sammendrag

## Tittel:

Møte med kvinner utsatt for omskjæring

## Bakgrunn for valg av tema:

Ved at Norge blir et mer og mer flerkulturelt land er det rimelig å tenke seg at sykepleiere ved norske sykehus vil komme i kontakt med kvinner som er omskåret. Man ser et tydelig kunnskapshull i større eller mindre grad hos mange sykepleiere. Skal kvinnene, i møte med det norske helsevesenet, føle seg ivaretatt gjennom kommunikasjon, er det viktig at dette kunnskapshullet tettes. Sykepleiere må tilegne seg informasjon om omskjæring, og om kvinnenens kultur, livssyn og religion for å møte de med forståelse.

## Problemstilling:

*Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon ivareta kvinner som er omskåret?*

## Metode:

Denne oppgaven bygger på en litteraturstudie. For å samle data til og besvare min problemstilling har jeg brukt fire tidligere forskningsartikler, fagbøker og fagartikler.

## Oppsummering:

Ved å ha drøftet litteratur og forskning ser jeg at det er viktig at sykepleier møter kvinnen som er omskåret med kunnskap, forståelse og åpenhet rundt lidelsen. Blir sykepleier kjent med pasienten som person vil hun lettere kunne se hennes behov og kunne planlegge og utføre sykepleie i tråd med pasientens lidelse. Gjennom kommunikasjon bygger sykepleier og pasient relasjoner til hverandre og skaper tillit. Det er viktig at sykepleier lytter til pasienten sine behov, og respekterer hennes kultur, livssyn og religion. Sykepleier skal ikke overstyre pasientens valg med egne meninger, men bruke faglig skjønn og formidle kunnskapen vi sitter på.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Samfunnsperspektiv .....	1
1.2 Sykepleierfaglig perspektiv .....	1
1.3 Problemstilling med avgrensing .....	2
1.4 Definisjon av begrep i problemstillingen .....	2
1.5 Hvordan jeg skal løse oppgaven .....	3
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>4</b>
2.1 Litteraturstudie som metode .....	4
2.2 Søkeprosess etter forskning .....	4
2.3 Søkeprosess etter annen litteratur .....	5
2.4 Kildekritikk .....	6
<b>3.0 Teori</b> .....	<b>7</b>
3.1 Flerkulturelt samfunn .....	7
3.2 Konsekvenser av omskjæring .....	7
3.3 Lovverk og menneskerettigheter .....	9
3.4 Sykepleierteori .....	9
3.5 Interkulturell kommunikasjon .....	10
3.6 Funn fra forskningsartikler .....	11
<b>4.0 Drøfting</b> .....	<b>14</b>
4.1 Møtet med kvinnene .....	14
4.2 Forståelse av hverandres identitet .....	17
4.3 Empati og sympati .....	18
4.4 Tillit gjennom handlinger .....	19
<b>5.0 Konklusjon</b> .....	<b>21</b>
<b>6.0 Litteraturliste</b> .....	<b>22</b>

## 1.0 Innledning

### 1.1 Samfunnsperspektiv

I dag er det omtrent 200 millioner kvinner som er omskåret i verden (WHO, 2017). Omskjæring er utbredt i Afrika, Midtøsten og Asia, og årlig regner man med at 3 millioner jenter står i risiko for å bli omskåret. Omskjæring er mest utbredt i Somalia hvor omtrent 98% av alle kvinner er omskåret (UNICEF, 2016). I april 2017 bor det omlag 28 700 mennesker fra Somalia i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2017).

### 1.2 Sykepleierfaglig perspektiv

Ved at Norge blir et mer og mer flerkulturelt land vil mange sykepleiere risikere å komme i kontakt med pasienter som er omskåret i hjemlandet. Jeg ønsker å ha fokus på hvordan kvinner som er omskåret kan ivaretas gjennom kommunikasjon med sykepleier i første møte på en gynekologisk avdeling. I følge Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer skal sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter, samt skal pasienten få helhetlig omsorg og retten til integritet og ikke å bli krenket skal ivaretas (NSF, 2016).

Sykepleier teoretiker Joyce Travelbee sier at god kommunikasjon er et viktig redskap sykepleier har for å kunne etablere et godt menneske-til-menneske-forhold til pasienten (Kristoffersen, 2012, s. 221). Det er gjennom kommunikasjon at mennesker deler sine følelser, meninger og tanker. Man ser at mange norske sykepleiere har et mindre eller større kunnskapshull når det gjelder kvinnelig omskjæring (Utne, 2009). For å gjennomføre god kommunikasjon som kan ivareta disse kvinnene må sykepleier ha kunnskap om hva kvinnelig omskjæring er (Talle, 2010, s. 101). En forutsetning for å kunne planlegge og utføre sykepleie i tråd med pasientens behov er at sykepleier blir kjent med pasienten som person, og identifisere hennes særegne behov (Kristoffersen, 2012, s. 221). Sykepleier må også møte kvinnene på en måte som viser respekt for deres livssyn for å unngå at pasienten ikke tar kontakt med helsevesenet, eller ikke samarbeider med helsevesenet om nødvendige tiltak (Slettebø, 2013, s. 59). Det kreves tillit for at sykepleier skal kunne komme den syke i møte (Slettebø, 2013, s. 72).

Omskjæring har ingen helsefordeler og er kun til skade for kvinnene (WHO, 2017). Det kan oppstå komplikasjoner på kort og lang sikt, og man ser tydelig at mange av kvinnene vil ha behov for helsehjelp innenfor ulike helsetjenester i fremtiden. Ved at pasientene blir møtt av sykepleiere på avdelingen som viser kunnskap om kulturelle verdier og livssyn vil føles som meningsfullt og trygt i en sårbar periode i livet (Hanssen, 2012, s. 151).

### 1.3 Problemstilling med avgrensning

*Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon ivareta kvinner som er omskåret?*

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til og gjelde voksne kvinner med innvandrerbakgrunn, omskåret i hjemlandet og innlagt på gynekologisk avdeling med en eller flere oppståtte senkomplikasjoner. Jeg ønsker å ha fokus på hvordan sykepleiere, gjennom kommunikasjon, kan ivareta kvinnene i første møte med helsevesenet, uavhengig av hvilke komplikasjoner som har oppstått. I oppgaven viser jeg til somaliske kvinner da dette er den største minoritetsgruppen i Norge som praktiserer omskjæring, men jeg har ikke fokus spesifikt på kvinner fra Somalia. Jeg vil i oppgaven diskutere sykepleier sin rolle og funksjon i møte med omskårede kvinner på gynekologisk avdeling. Det første steget for å kunne yte god sykepleie til kvinnene er å ha kunnskap om sykdommer og om komplikasjoner som kan oppstå på grunn av omskjæring, og vite noe om årsaken til at omskjæring utføres (Utne, 2009).

I oppgaven vil jeg ha fokus på møte mellom sykepleier og omskåret kvinne med fokus på kultur, religion og språk barrierer, og hvordan sykepleier kan ivareta kvinnene gjennom kommunikasjon. Jeg vil ta for meg hvordan sykepleier kan skape trygghet til pasientene gjennom å ha kunnskap om pasientens kultur, livssyn og religion.

### 1.4 Definisjon av begrep i problemstillingen

**Omskjæring:** Verdens helse organisasjon (WHO, 2017) defineres omskjæring slik: Kvinnelig omskjæring refererer til alle prosedyrer som involverer delvis eller total fjerning av de ytre kvinnelige kjønnsorganer eller annen skade på det kvinnelige kjønnsorganet uten medisinsk grunn.

**Kommunikasjon:** defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter (Eide & Eide, 2007, s. 17).

## 1.5 Hvordan jeg skal løse oppgaven

Jeg skal løse min oppgave gjennom litteraturstudie som er delt inn i fem deler. Første delene er innledning hvor jeg presenterer hvorfor jeg har valgt tema i et samfunns- og sykepleierfaglig perspektiv samt presenterer problemstillingen min med avgrensning og begrepsavklaring. Videre skal jeg gjøre rede for valg av litteraturstudie som metode. Jeg skal også gjøre rede for søke- og utvalgsprosessen og grunngi valg av litteraturen, samt kildekritikk.

I teoridelen skal jeg presentere relevant teori jeg skal bruke til og besvare min problemstilling.

Under kapitlet «Resultat/funn» skal jeg presentere forskning som belyser problemstillingen. Siste delen skal jeg drøfte problemstillingen og komme med en konklusjon som viser at jeg har besvart problemstillingen.

## 2.0 Metode

### 2.1 Litteraturstudie som metode

Vi bruker metode som redskap når vi skal undersøke eller få informasjon om noe, og vi må velge metode ut i fra hva vi ønsker å få svar på (Dalland, 2012, ss. 111-115). Kvalitativ metode brukes for å få frem menneskers meninger og opplevelser, som ikke er mulig å måle gjennom tall. Kvantitativ metode gir informasjon i målbare tall som kan brukes i regneoperasjoner.

Jeg velger en bestemt metode som jeg mener vil gi meg god data og belyse problemstillingen min på en faglig interessant måte (Dalland, 2012, ss. 223-224). Denne oppgaven bygger på en litteraturstudie. For å samle data til å besvare min problemstilling har jeg brukt tidligere forskningsartikler, fagbøker og fagartikler. I hovedsak består en litterær oppgave av skiftelige kilder. Jeg startet med å finne litteratur og teori som kunne belyse min problemstilling. For å finne forskningsartikler som er relevant for problemstillingen min har jeg utført systematiske søk og kritisk vurdert dem.

### 2.2 Søkeprosess etter forskning

De engelske søkeordene jeg brukte til de systematiske søkene i databasene var:

- FGM
- Female genital mutilation
- Communication
- Consequences
- Nursing

For å finne forskningsartikler har jeg utført søk i Academic Search elite, og haket av for søk i CINAHL (med full tekst), CINAHL og MEDLINE. Jeg brukte søkeordene i ulike kombinasjoner, og søkte på forskning i tidsperioden 2007 til 2017. Jeg utførte søkene 14.04.17. Først søkte jeg på «FGM» og fikk opp 6915 treff. Videre søkte jeg på «female genital mutilation» og fikk 3908 treff. Søk på «communication» ga 972 129 treff. Ved å søke på «FGM» og «communication» med «AND» fikk jeg opp 123 treff. Ved å kombinere «FGM» og «female genital mutilation» med «OR» fikk jeg 8475 treff. Søk på «consequences» fikk 595 292 treff. Jeg fikk 288 treff ved å kombinere «FGM» og «consequences» med «AND». Søk på «nursing» ga 1 969 831 treff. Jeg søkte på kombinasjonen

«FGM» og «nursing» med «and» og fikk 287 treff. Til slutt søkte jeg på «FGM», «nursing», «consequences» kombinert med «AND» og fikk 22 treff. Jeg så gjennom de artiklene som jeg tenkte hadde relevant overskrift, og valgt ut fire artikler jeg ønsker å bruke til å belyse tema i bacheloroppgaven min.

«A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review» skrevet av Rigmor C. Berg og Eva Denison var det første artikkelen jeg fant interessant. Jeg har valgt å bruke denne artikkelen da den omhandler hvordan omskjæring er en tradisjon i overgang, og den belyser hvor viktig det er å forstå hva omskjæring er for å skjønne at denne praksisen kun er knyttet til helsekomplikasjoner og brudd på menneskerettighetene. Den andre artikkelen jeg har brukt er «The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review». Den er skrevet av Peggy Mulongo, Caroline H. Martin og Sue McAndre. Jeg valgte å bruke denne artikkelen fordi den tar for seg hvorvidt kvinner som er omskåret kan oppleve psykiske konsekvenser, og hvor viktig det er at helsearbeidere tilrettelegger slik at de kan støtte kvinnene nå og i fremtiden.

Artikkelen «Female Genital Mutilation Is a Violation of Reproductive Rights of Women: Implications for Health Workers» skrevet av Suresh B. Jungari tar for seg hvilke komplikasjoner som kan oppstå etter omskjæring av kvinner. «Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Provider's Experiences in Meeting Somali Woman Living in Finland» er skrevet av Filio Degni, Sakari Suominen, Birgitta Esse'n, Walid El Ansari, Katri Vehviläinen-Julkunen. Jeg har valgt å ha denne artikkelen med da den tar for seg kommunikasjonsproblemer mellom helsearbeidere og pasienter på grunn av forskjellig kultur og språk.

### 2.3 Søkeprosess etter annen litteratur

Jeg har benyttet litteratur fra tidligere pensum, da dette er litteratur som er kvalitetssikret av høyskolen. Av fagbøker har jeg brukt «Grunnleggende sykepleie, Bind 1», «Kommunikasjon i relasjoner», «Forskningsprosessen», «Sykepleie og jus», «Sykepleie og Etikk», «Mellommenneskelige forhold i sykepleien» og «Metode og oppgaveskriving». I tillegg har jeg gjort søk etter litteratur i databasen til biblioteket, både via «oria» og «bibsys». Jeg har brukt boken «Kulturens makt» av Aud Talle utenom pensumlitteratur. Artiklene « Omskjering av kvinner i eit norsk helseperspektiv» skrevet av Målfrid Utne (2009) og «Bare et lite snitt» skrevet av Johansen, Barre, Sundby, Vangen (2004) har jeg også med i oppgaven.



## 2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er metodene man kan bruke for å finne ut om kildene er troverdige (Dalland, 2012, s.75). Vi må vurdere kildene vi bruker for å belyse problemstillingen vår. Om man jobber med en klinisk problemstilling bør litteraturstudiet avgrenses til å gjelde de siste ti årene. Jeg la dette inn i søkekriteriene da jeg søkte etter forskning, og har i min oppgave i hovedsak brukt litteratur som er nyere enn ti år. I de fleste vitenskapelige artikler benyttes IMRAD-modellen, og jeg så etter denne modellen da jeg fant forskningsartikler (Olsson og Sörensen, 2003, s. 50). De vanlige overskriftene er: Tittel, sammendrag, innledning, metode, resultat, drøfting, referanser og eventuelt vedlegg. Da jeg gjorde søk etter litteratur fant jeg mye forskning om tema omskjæring av kvinner, og det var vanskelig å plukke ut det mest relevante i forhold til min problemstilling. I valg av litteratur så jeg på årstall for utgivelse og om de belyste min problemstilling (Dalland, 2012, s. 74). Jeg så også på hvem forfatteren var, hvilken utdanning de hadde og hvem artikkelen var rettet mot.

Forskning som omhandlet kommunikasjon til kvinner som har gjennomgått omskjæring var mer begrenset. Jeg har brukt relevant pensum og forskning så godt det lar seg gjøre for å belyse min problemstilling. Faglitteraturen jeg har brukt er hentet fra høyskolen sin pensumliste. Boken «Kulturens makt» er skrevet av Aud Talle (2010), professor i sosialantropologi ved Universitet i Oslo, og jeg vurderer den som troverdig. Jeg har også benyttet artikkelen «Bare et lite snitt» skrevet av Johansen, Barre, Sundby og Vangen (2004) hentet fra den norske legeförening. Den er 13 år, men jeg vurderer innholdet som relevant sammenlignet med nyere forskning jeg har funnet, og i forhold til emnet.

Alle de fire forskningsartiklene jeg benyttet for å besvare min problemstilling er skrevet på engelsk. Dette kan være en svakhet i oppgaven da det kan føre til feil i oversettelse og misforståelser av forskningen sitt innhold og funn.

## 3.0 Teori

I dette kapitlet skal jeg presentere teori som er relevant for å belyse min problemstilling. Jeg tar først for meg Norge som et flerkulturelt samfunn, og viktigheten av og ha kunnskap overfor andre kulturer. Videre skriver jeg om omskjæring og ulike konsekvenser. Jeg tar så for meg prosessen menneske-til-menneske-forhold til sykepleieteoretiker Joyce Travelbee og avslutter kapitlet med å skrive om interkulturell kommunikasjon.

### 3.1 Flerkulturelt samfunn

I dag bor det 724 987 innvandrere i Norge (SSB, 01.01.17). Menneskers forståelse av liv og død, sykdom og helse påvirkes av deres kunnskap, kulturbakgrunn, religion, livssyn, verdsett og erfaringer (Hanssen, 2012, s. 139). Siden det er stor variasjon i sykdomsforklaringer rundt om i verden er det viktig at sykepleiere kjenner til noen av dem, spesielt de som ikke hører hjemme i moderne vestlig medisinsk tenkning, for å unngå at den som søker behandling ikke møter uforstående.

Det vil oppleves som meningsfullt og godt i en sykdomssituasjon å bli møtt av en som viser kunnskap og sensitivitet overfor kulturelle verdier og livsstil (Slettebø, 2013, s. 59). Tar ikke sykepleier hensyn til pasientens verdsett kan det oppstå konflikt rundt hva som er den beste pleien. Sykepleier bør ha kunnskap om pasientens verdsett og sette seg inn i pasientens problemer for å unngå en konflikt. Frykter kvinnen å bli møtt på en måte som ikke viser respekt for hennes livssyn vil dette kunne føre til at hun ikke kontakter helsevesenet i det hele tatt, eller ikke vil samarbeide med sykepleier om nødvendige tiltak for helbredelse.

### 3.2 Konsekvenser av omskjæring

Praksisen med omskjæring er et maktovergrep mot jenter og kvinner (Talle, 2010, s. 153). Jentene får ikke bestemme selv om de skal omskjæres eller ikke, og de påvirkes til å tro at inngrepet er noe de selv ønsker og at det er til deres eget beste. Det blir ofte brukt fysisk vold når inngrepet utføres, og mange av kvinnene har ikke forstått hva inngrepet innebærer før de blir utsatt for omskjæring. Det er ulike årsaker til at kvinner omskjæres, som sosialt press og behov for å bli akseptert (WHO, 2017). Kvinnene er redd for å bli avvist av samfunnet de lever i da omskjæring blir sett på som en forberedelse på ekteskap. Omskjæring er knyttet til kulturelle idealer om femininitet og at jentene

blir rene etter fjerning av kroppsdeler som anses å være urene. Selv om ingen religion foreskriver praksisen, tror samfunn at praksisen har religiøs støtte.

I følge verdens helseorganisasjon (WHO, 2017) blir kvinnelig omskjæring klassifisert i fire hovedtyper:

Type 1 - Klitoridektomi: Ved dette inngrepet fjernes hele eller deler av klitoris, med eller uten de små kjønnsleppene (Talle, 2010, s. 45-48).

Type 2 - Eksisjon: Fjerning av de små kjønnsleppene og klitoris.

Type 3 - Infibulering: Ved et slikt inngrep fjernes de små kjønnsleppene helt eller delvis, samt deler av de store kjønnsleppene sammen med klitoris. Siden av vulvaen blir festet eller sydd sammen. Kun en liten åpning for urin og menstruasjonsblod holdes åpen.

Type 4 - Her nevnes alle andre skadelige prosedyrer utført på det kvinnelige kjønnsorganet som ikke har medisinske formål, som piercing og skraping (WHO, 2017).

Man regner med at rundt 85 prosent av alle omskårede kvinner har gjennomgått type 1,2 eller 4 (Talle, 2010, s. 46-48). Omlag 15 prosent av kvinnene er infibulert som blir regnet som den mer alvorlige typen da inngrepet er større. Jenter og kvinner som har opplevd å bli omskåret har gjennomgått en smertefull praksis som fører til helserisikoer, både på kort- og lang sikt (WHO, 2017). Økt risiko for gjentatte urinveisinfeksjoner er dokumentert, og kan gi smertefull urinering. Infeksjonene kan utvikle seg til mer omfattende infeksjoner og sepsis, som er livstruende. Hos kvinner med type 3 omskjæring ser en ofte menstruasjonsproblemer i form opphopning av blod og smerter.

Fjerning av svært følsomt kjønnsvev, spesielt klitoris, vil påvirke kvinnens seksuelle følsomhet og føre til seksuelle problemer som nedsatt seksuell lyst, smerter og vanskeligheter ved penetrasjon, og fraværende orgasme. Det gir også økt risiko for keisersnitt og vanskeligheter under fødsel (WHO, 2006). Omskjæring kan føre til psykologiske konsekvenser (WHO, 2017). Noen studier har vist økt sannsynlighet for posttraumatisk stresslidelse, angstlidelser og depresjon. Den kulturelle betydningen av omskjæring kan ikke beskytte mot de psykiske komplikasjonene kvinnen kan oppleve.

### 3.3 Lovverk og menneskerettigheter

Omskjæring er forbudt å utføre i Norge (Endringslov til kjønnslemllestelsesloven, 1995) og er brudd på de grunnleggende menneskerettighetene om rett til helse og sikkerhet (UN, 1948). Det strider også imot retten til å ikke bli usatt for tortur og nedverdiggende behandling. Dersom inngrepet ender i dødsfall strider det imot retten til liv.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5) første ledd sier at informasjon skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetning, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjon skal gis på en hensynsfull måte. Informasjonen som skal gis må tilrettelegges av den som skal gi den til en som ikke har gode norsk kunnskaper (Molven, 2012, s. 165). Er det nødvendig med tolk for at pasienten skal forstå innholdet i informasjonen som blir gitt må dette skaffes.

Det frarådes at pasientens pårørende, og da særlig mindreårige barn, benyttes som tolk. Endring i forvaltningsloven (1967, § 11 e) sier at barn ikke skal brukes til tolk mellom forvaltning og personer som ikke har gode språkferdigheter. Unntak kan gjøres om det er nødvending for å unngå tap av liv eller alvorlig helseskader, om det anses som forsvarlig ut fra hensyn til barnet.

### 3.4 Sykepleierteori

Jeg har valgt å bruke sykepleieteoretiker Joyce Travelbee, som sier at sykepleie handler om møte mellom mennesker (Travelbee, 2001, ss. 177-179). Alle mennesker er unike, og den viktigste oppgaven i profesjonell praksis er å få et *menneske-til-menneske forhold* (Travelbee, 2001, s. 41). I denne prosessen nevner hun fem trinn: det innledende møtet, fremvekst av identitet, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt. Travelbee sier at hensikten med et slikt forhold er å hjelpe et individ, deres familie eller et samfunn ved å forebygge, mestre eller ha kunnskap om lidelser, og hjelpe å finne grunnen til den. Videre mener hun det er viktig at man raskt går vekk fra den stereotypiske forestillingen om hverandres roller og blir kjent med hverandre som unike individ (Slettebø, 2013, s. 71).

Det første trinnet er *det innledende møtet*, og kjennetegnes ved at sykepleier og pasient observerer og trekker slutninger om hverandre (Travelbee, 2001, ss. 186-189). Ved første møte vil de basere seg på generaliserte og stereotype oppfatninger. De får et førsteinntrykk av hverandre som personer basert på observasjoner av væremåte, handlinger og språk.

Det andre punktet i prosessen er *identitet* (Kristoffersen, 2012, s. 220). Sykepleier og pasienten sin identitet begynner å vokse fram, og oppfattes av den andre som unikt og enestående. De begynner å etablere et kontaktforhold. Pasienten oppfatter sykepleier som forskjellig fra andre sykepleiere, mens sykepleier oppfatter pasienten som annerledes enn andre individ og begynner å skjønne hvordan pasienten opplever, føler og tenker om situasjonen.

Travelbee (2001, s. 193) sier at empati er evnen til å trenge inn i eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i. En opplever nærhet og kontakt i situasjoner hvor man har empati med et annet menneske, og empatisk forståelse gir viktig informasjon om den andre personens opplevelser og atferd (Kristoffersen, 2012, s. 220). Empati mellom to mennesker forandrer deres forhold, og bånd av kontakt blir knyttet. Hvis pasienten utleverer seg til sykepleier, og viser tillit ved å være åpen og personlig, vil pasienten bli skuffet om hennes tillit brytes.

Sympati er knyttet til ønsket om å hjelpe, og oppstår på grunn av den forståelsen og innsikten sykepleier får for pasienten gjennom empatifasen (Travelbee, 2001, s. 200). Ved å utrykke sympati viser man at man bryr seg om hvordan pasienten har det (Slettebø, 2013, s. 73). Sympati kan formidles verbalt eller ikke-verbalt, gjennom holdninger og væremåte.

Den siste fasen, å etablere gjensidig forståelse og kontakt, er en prosess som er basert på gjensidig tillit (Travelbee, 2001, s. 211). Det må være en gjensidig forståelse mellom sykepleier og pasient. Denne fasen utvikles når sykepleier viser forståelse og ønske om å hjelpe pasienten, og hjelper. (Kristoffersen, 2012, s. 221). Sykepleier må ha kunnskap og ferdigheter for å iverksette sykepleietiltak som er i samsvar med pasientens behov. Ved å fremstå som en trygg person gjennom sine handlinger skaper sykepleier tillit hos pasienten.

### 3.5 Interkulturell kommunikasjon

Personlige erfaringer og kunnskap er med på å bestemme hvordan mennesker ønsker sin tilværelse (Hanssen, 2012, s. 151). Hvilke holdninger og forståelse enkelte har til sykdommer, behandling og pleie har disse faktorene innvirkning på. Pasientenes tro, forventinger, tenkning og atferd kan støte sykepleier. Det er da viktig og slå fast at ikke pasienten alltid har rett, men respektere hennes meninger og ha kulturell forståelse. Samtidig skal pasienten beskyttes mot skade. For å kunne handle slik krever det åpenhet for andres tenking.

Ved interkulturell kommunikasjon er språkproblemer ofte det som byr på størst utfordringer (Eide & Eide, 2007, s. 81). Blikk og smil kan oppfattes som at sykepleier vil dem vel, og det kan gjøre pasienten tryggere (Hanssen, 2012, s. 151). Når pasienten ikke skjønner hva sykepleier sier er det lett og bli mistenksom og mer lukket i samhandlingssituasjoner. Mennesker blir mer følsom ved bruk av et ikke-verbalt inntrykk, og atferd kan lett feiltolkes. Det bør derfor innhentes data om pasientens språkkunnskap før første møte.

Det blir vanskelig for pasienten å tilegne seg informasjon og kommunisere sine ønsker og behov når de ikke kan språket (Hanssen, 2012, ss. 151-152). Ved å ikke bruke tolk når behov er der kan sykepleier utøve makt over pasienten, uten selv å være klar over det. Pasienten får ikke informasjon eller utrykke sine behov. Autonomi overstyres og pasienten mister muligheten til å påvirke situasjonen, og må godta det som skjer. Første skritt mot et godt samarbeid mellom partene er å skape trygghet gjennom tilfredsstillende kommunikasjon.

### 3.6 Funn fra forskningsartikler

#### **«A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review» (2012)**

Rigmor C. Berg og Eva Denison.

Den første artikkelen jeg har med er en studie gjort av Rigmor C. Berg og Eva Denison. Det har med 15 kvalitative studier, fem kvantitative studier og en blandet metode studie med kvalitativ komponent. Her belyser de hvor viktig det er å forstå hva omskjæring er for og skjønne at denne praksisen kun er knyttet til helsekomplikasjoner og brudd på menneskerettighetene. De har i sine studier gått gjennom 21 tidligere studier. Basert på denne gjennomgangen avslører de seks viktige faktorer som underbygger omskjæring: Kulturell tradisjon, seksualmoral, evne til å kunne gifte seg, helsemessige fordeler, religion og mannlig seksuell nytelse. Det var fire nøkkelfaktorer som kunne hindre omskjæring: helsemessige konsekvenser, det er ikke et religiøst krav, det er ulovlig og verdenssamfunnet avviser omskjæring. Resultatet viser at omskjæring er en tradisjon i overgang.

#### **«The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review» (2014)**

Peggy Mulongo, Caroline H. Martin og Sue McAndrew.

Artikkelen er skrevet av Peggy Mulongo, Caroline Hollins Martin og Sue McAndrew. Formålet med denne litteraturstudiet er og se hvorvidt kvinner som har opplevd omskjæring kan oppleve psykiske konsekvenser i ettertid. En strukturert gjennomgang, som identifiserte 10 studier, ble utført. Her fant de at 8 av 10 studier rapporterte psykologiske konsekvenser, som posttraumatisk stressforstyrrelse og affektive lidelser. I studie identifiserte de også sosiokulturelle forskjeller av hvordan forskjellige individer oppfattet konsekvensene. To studier rapporterte ufullstendige resultater angående den psykologiske virkningen av omskjæring av kvinners. Selv om disse funnene gir en indikasjon på negative psykologiske effekter på kvinner og jenter som har vært utsatt for omskjæring, er det behov for flere studier. Økende bevissthet om risikoen for psykologiske konsekvenser er viktig.

**«Female Genital Mutilation Is a Violation of Reproductive Rights of Women: Implications for Health Workers» (2015)**

Suresh B. Jungari.

I denne litteraturstudien er det gjort forsøk på å forstå utbredelsen og praksisen rundt omskjæring i hele verden, og den negative effekten det har på kvinners reproduksjon. Forfatteren av artikkelen bruker kilder fra studier gjort av internasjonale organisasjoner. Studiene har funnet at omskjæring ikke har noe helsemessige fordeler. Det utføres i hovedsak på jenter før de er 15 år, og kan forårsake alvorlig blødning, infeksjoner, psykologiske sykdommer og infertilitet. Det kan også gi alvorlige konsekvenser under fødsel. Omskjæring av kvinner styres i hovedsak av tradisjon og kultur, og har ingen vitenskapelig eller medisinsk fordel. Omskjæring er en praksis som bryter med kvinnes menneskerettigheter.

**«Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland» (2011)**

Filio Degni, Sakari Suominen, Birgitta Esse' n, Walid El Ansari og Katri Vehviläinen-Julkunen

Kommunikasjonsproblemer mellom helsepersonell og pasient på grunn av forskjellig språk og kultur er kjent. Denne litteraturstudien er gjort i Finland, og målet med studien er å undersøke lege, sykepleiere og jordmødres kommunikasjon til kvinnelige pasienter fra Somalia, som bor i Finland. Det ble utført fire individuelle intervjuer og tre fokusgruppeintervjuer, utført med 10 gynekologer og 15 sykepleiere/ jordmødre fra fem utvalgte klinikker. Helsepersonell anser kommunikasjon, kulturelle tradisjoner og religion for å være et problem når de har somaliske kvinner som pasienter. Legene viser seg å være mer kulturell bevisste enn sykepleiere/ jordmødre. Til tross for kommunikasjons- og

kulturproblemer var det en foreløpig felles forståelse mellom de finske sykepleierne og de somaliske kvinnene.



## 4.0 Drøfting

Jeg skal i dette kapittelet drøfte hvordan sykepleiere gjennom kommunikasjon kan ivareta kvinner som er omskåret, og etablere et menneske-til-menneske-forhold. Dette skal jeg gjøre ved å bruke litteratur og forskningsartikler som er aktuell for min problemstilling.

### 4.1 Møtet med kvinnene

Det første møtet mellom sykepleier og pasienten er viktig. Her skal pasienten møtes med respekt, høflighet, og følelse av å bli lyttet til (Travelbee, 2001, ss. 186-188). Hun skal gi klar og god informasjon. Partene observere, og vurdere hverandre, og danner seg et førsteinntrykk av ut fra væremåte, språk og handlinger. Under det første møtet må sykepleier sette til side sin oppfatning av hvordan pasienten skal eller burde være, og se mennesket i pasienten (Eide & Eide, 2007, s. 137). Sykepleier må også se bort fra sine kulturelle forskjeller og oppfatninger for å kommunisere med kvinnene om deres helsemessige bekymringer (Degni, Suominen, Essén, Ansari & Julkunen, 2011). Mangel på flerkulturell kompetanse gjør at sykepleier ikke kjenner verdisett fra ulike kulturer, og kan medføre at sykepleier prøver å overføre sine egne verdier og normer til kvinnene (Slettebø, 2013, s. 60). Dette kan medføre stress hos kvinnene, gi manglede velvære og der igjen manglede samarbeid.

Ved første møte med sykehus i Norge er det mye nye inntrykk for pasienten, og nye koder for samarbeid (Utne, 2009). Vi må tenke over at atferd kvinnen ville tatt avstand fra i hjemlandet er vanlig her, og vil få stor betydning når hun er i det nye samfunnet.

Travelbee (2001) tar avstand fra begrepene sykepleier og pasient. Dette tilslører menneskets unike trekk og kjennetegn, og fører til stereotype oppfatninger av roller (Slettebø, 2013, s. 135) Sykepleier skal oppfatte kvinnen som unik og uerstattelig, og møte henne eller andre involverte sitt behov. Sykepleier må ha kunnskap om pasientens lidelse, i tillegg til og vite noe om årsaken til at omskjæring blir utført (Utne, 2009). Kompetanse rundt tema kan være med på å gi god sykepleie til kvinner som er omskåret (Johansen, Barre, Sundby & Vangen, 2004).

Kvinner som er omskåret kommer fra en annen kultur med et annet livssyn enn sykepleieren. De kulturelle forskjellene er ofte store og kan by på utfordringer når det gjelder normer, verdier og språk (Eide & Eide, 2007, s. 81). Sykepleier kan ikke forvente å kjenne til alle ulike kulturer og religioner, og mennesker har forskjellige behov og tanker selv om de deler kultur (Hanssen, 2012, s. 154).

Sykepleier bør derfor møte pasienten med åpenhet, og klar og tydelig informasjon (Eide & Eide, 2007, s. 253). Man vil da raskere kunne oppnå kontakt med pasienten og få kunnskap om deres behov.

Sykepleier bør forberede seg godt til første samtale med pasienten, og kan gjøre dette gjennom å bruke en metode kalt kulturell datasamling (Hanssen, 2012, s. 154). Det klargjøres på forhånd hvilke mål og hensikt man har for samtalen (Eide & Eide, 2007, s. 254). Dette gjøres ved å gå gjennom pleieplan, journaler, notater og skaffe seg relevant informasjon om pasienten (Hanssen, 2012, s. 154). Det hentes informasjon om etnisitet og religion, kulturell karakter og hvorfor pasienten har oppsøkt helsevesenet. Det bør komme frem hvilke tanker pasienten har rundt problemet, forventninger til behandling og om hun har vært til behandling før. En slik datasamling kan hjelpe sykepleier til og bli kjent med kvinnens behov. Opplysninger om familieforhold kan være nyttig å innhente, da mange ikke-vestlige pasienter har et større fellesskapsbehov til familien og forventer å ha de rundt seg hele døgnet (Hanssen, 2012, s. 143).

Ved første møte presenterer sykepleier seg ved navn og stilling (Eide & Eide, 2007, ss. 254-255). Sykepleier kan tilby pasienten kaffe eller annet, og slik virke mer imøtekommende. Samtalen bør foregå i et rom hvor man er uforstyrret. For å effektivisere samtalen kan begrensede tidsrammer være avklart på forhånd. Dette skaper god kontakt og gjør til at man bruker tiden bedre. Ved å ha avsatt tid vil sykepleier kunne slappe mer av, noe som vil merkes. Pasienten bør få en oversikt over personer og tider, og hva annet hun og eventuelt pårørende skal forholde seg til. Man bør klargjøre rammene via dialog. Pasienten har da mulighet til å stille spørsmål, og man kan oppklare om noe er uklart.

Hvis pasientens forventning og forståelse av behandling er svært ulik sykepleier sin forståelse, må det forklares grundigere og tydeligere. Ønsker ikke pasienten nødvendig helsehjelp er det viktig at sykepleier informerer om de konsekvensene atferden kan ha for helsen (Hanssen, 2012, s. 156). Kvinnene som oppsøker gynekologisk avdeling med komplikasjoner som følge av omskjæring har tidligere i livet hatt en oppfatning om at tradisjonen gir dem en plass i det sosiale fellesskapet (Talle, 2010, s.15). I kvinnens kultur blir omskjæring ofte sett på som et ritual fra barn til voksen, og det skal sikre kvinnes femininitet (WHO, 2017). Ofte brukes religion til å støtte opp om omskjæring (Berg & Denison, 2012).

Hos kvinnene som oppsøker helsehjelp ser man komplikasjoner som smerter under samleie, problemer med å late urin, psykologiske problemer, vanskeligheter ved graviditet og fødsel og

menstruasjonsproblemer (Mulongo, Martin & McAndrew, 2014). Det er sykepleier sin oppgave å gi kunnskap om hvilke plager som kan skyldes omskjæring, og forsikre seg om at kvinnene forstår det vi formidler. Pasienter som forstår grunnen til sin lidelse, forstår hva behandlingen innebærer og som ser at sykepleier bryr seg om deres helse, er mer mottagelig til å ta i mot behandling (Degni et al., 2011, s. 331). En tidligere studie, omtalt i artikkelen, viser at god kommunikasjon er assosiert med positivt helseutfall til kvinnene.

I alle litteraturstudiene Berg & Denison (2012) viser til blir omskjæring omtalt som høyt meningsfullt og en verdsett kulturell tradisjon som gir kvinnene sosial kontroll og identitet. Det er tydelig en tradisjon med dype røtter. Religion brukes til å støtte tradisjonen, og jentene som ikke omskjæres blir sett på som dårlige muslimer. Kvinnene mangler bevissthet og kunnskap om alvorlige konsekvenser, men kjenner til støtten de får av samfunnet ved å la seg omskjære. Komplikasjonene som oppstår er livslange og gir både fysiske og psykiske plager. En viktig rolle sykepleier har er å forstå samfunnet kvinnene er fra sin oppfatning av omskjæring, og gi de bevissthet om helsekonsekvenser som kan oppstå.

Språkproblem sees ofte ved interkulturell kommunikasjon (Hanssen, 2012, s. 151). Vennlighet og åpenhet er da spesielt viktig, og kan uttrykkes via smil og blikk. Kvinnene blir tryggere i situasjonen om hun føler at sykepleier vil henne vel. Verbal kommunikasjon som gir nødvendig informasjon må komme i tillegg. Forstår ikke kvinnen det som blir sagt kan hun bli lukket i situasjoner hvor det trengs samarbeid mellom partene. Det er derfor viktig at det på forhånd er hentet inn data om språkkunnskaper.

I pasientsituasjoner hvor partene ikke har fellesspråk bør det brukes profesjonell tolk (Eide & Eide, 2007, s. 86). Det er godt bevist i litteratur at bruk av en profesjonell tolk som verktøy i helsekommunikasjon er nyttig for å sikre god kvalitet av omsorg og pasientsikkerhet (Degni et al., 2011). Mange bruker likevel «tolker» som er bekjent av pasienten. Man vet ikke hvor godt ordforråd tolken har, og der igjen om informasjonen man mottar og gir er fullstendig med det som ble formidlet. Hvis tolken er en slektning kan det være vanskelig å dele informasjon rundt sensitive tema. Omskjæring skjer ofte uten samtykke fra kvinnen, og kvinnen er utsatt for et overgrep, det er derfor viktig å ikke bruke en tolk fra samme kulturmiljø. (Utne, 2009). Barn skal heller ikke brukes som tolk (Endringslov til forvaltningsloven, 1967). Helsearbeideren sier at det er frustrerende og håpløst når kvinnene bruker sine barn eller tenåringer, som behersker begge språkene, men som ikke skjønner innholdet i samtalen eller rapporterer de rette tingene til moren (Degni et al., 2011). Det beste er derfor å benytte seg av profesjonell tolk, eller eventuelt kollega som behersker språket kvinnen

snakker (Eide & Eide, 2007, s. 87). Informasjon skal gis på en hensynsfull måte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I samtale med mennesker fra minoritetsspråklige må det, om nødvendig, skaffes tolk for at pasienten skal forstå informasjonen som blir gitt (Molven, 2012, s. 165).

## 4.2 Forståelse av hverandres identitet

Kommunikasjon er et viktig redskap sykepleier har til å etablere et menneske-til-menneske-forhold. (Travelbee, 2001, ss. 135-136). Det er slik sykepleier og pasienten blir kjent. Identiteten deres trer fram og de begynner å forme et kontaktforhold (Kristoffersen, 2012, ss. 220-221). De ser hverandre som unike mennesker og mindre som representanter for roller (Eide & Eide, 2007, s. 138).

Travelbee viser til at menneskets kultur vil være av betydning for syn på lidelse (Kristoffersen, ss. 216-217). Sykepleier har som mål å hjelpe og forebygge sykdom, fremme god helse eller finne mening ved sykdom eller lidelse hos pasienten. Sykepleier skal skape tillit gjennom å vise forståelse, ha medfølelse og vise at kvinnene får hjelp (Degni et al., 2011). Et menneske som søker hjelp på grunn av krise eller lidelser er sykepleierens pasient. Travelbee tar sterk avstand fra generalisering av pasientbegrepet, og vektlegger at det er et enkeltmenneske som mottar sykepleie (Kristoffersen, 2012, s. 217).

Det kan oppleves som vanskelig når prosedyrer skal utføres av en sykepleier av motsatt kjønn, uansett kulturbakgrunn. I enkelte kulturer er det strenge regler for hvordan kjønn kan omgås (Hanssen, 2012, s. 153). I artikkelen av Degni et al. (2011) viser de til at når en somalisk kvinne kom inn til undersøkelse og det var en mann i rommet gikk hun igjen. De somaliske kvinnene ga uttrykk for at de ikke vil bli undersøkt av en mann, og at de gjennom sin religion ikke har lov til å være naken foran andre menn enn sin ektemann. Ved å bli trygg på hverandre kan slike problemer overvinnes (Hanssen, 2012, s. 154). Gjennom å ta seg tid til å snakke med ektefelle eller brødre av kvinnen har mannlige sykepleiere erfart at de får stille muslimske kvinnen. I enkelte situasjoner må sykepleier la en kollega av samme kjønn ta over, i respekt for kvinnens religion, livssyn og kultur.

Mange av de grunnleggende komponentene i kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, om det foreligger kulturforskjeller eller ikke, er de samme (Eide & Eide, 2007, ss. 81-82). Kommunikasjon på tvers av kultur, språk og livssyn byr på utfordringer når det gjelder forståelse (Degni et al., 2011). Studier viser at kommunikasjonen mellom helsearbeidere og kvinner fra Somalia ofte er fattig. Tre

mannlige helsearbeidere ble avvist da de prøvde og håndhilse på somaliske kvinner. Deres kultur og religiøse oppførsel sier at kvinner ikke skal håndhilse på ukjente menn. Sykepleierne visste lite om de somaliske kvinnenenes kultur og følte seg hjelpeløs og frustrert av kvinnenenes holdning til mannlige helsearbeidere. Som hjelpere må sykepleier lytte til kvinnen som trenger hjelp, og ha innsikt i hennes kultur og væremåte. Det individuelle behovet for å bli lyttet til og møtt med respekt og omsorg er viktig når kulturforskjellene er store.

Den kulturen eller samfunnsgruppen vi tilhører er med på å bestemme de nonverbale kodene vi har (Eide & Eide, s. 84). I kommunikasjon med mennesker fra en annen kultur er det viktig at vi har kompetanse for de ulike kodene. Nonverbale utrykke kan også være like innenfor forskjellige kulturer. Selv om vi ikke forstår et språk kan vi likevel oppfatte signaler om angst, redsel, sinne eller fortvilelse. Vi vil også forstå når det er noe kvinnen ikke ønsker, som da kvinnen fra Somalia tydelig ikke ønsket og håndhilse på de mannlige helsearbeiderne (Degni et al., 2011).

Handlingene våre avslører hvilken omsorg vi gir og er strukturert av tanker, følelser og den måten vi oppfører oss rundt for eksempel en etnisk gruppe (Utne, 2009). Møter sykepleier en kvinne som er omskåret med tanker om at kvinnelig omskjæring er barbari og overgrep, har hun ikke sett helheten og vil derfor ikke kunne gi god omsorg. Hun vil kanskje ikke ønske og ta imot omsorgen man ønsker å gi. Det er gjennom handlinger hvor vi ser hele kvinnen, og ønsker å forstå, at vi kan gi god omsorg.

Sykepleier skal ikke videreføre sin personlige mening til pasienten, men skal handle ut fra sitt profesjonelle kjønn (Hanssen, 2012, s. 157). Det er viktig å huske at sykepleier kanskje har mer fagkunnskap om omskjæring og de helsemessige konsekvenser det kan føre til enn kvinnen, og denne kunnskapen må formidles til henne (Utne, 2009). Det er ikke sikkert at pasienten vet at smertene hun har ikke er vanlig for alle kvinner, og at disse plagene kan endres. Sykepleier må gjennom kommunikasjon forklare at plagene kvinnen har kan skyldes omskjæring, og samtidig formidle det slik at man vet at hun forstår innholdet i samtalen.

### 4.3 Empati og sympati

Travelbee (2001, s. 193) definerer empati som evnen til å ta del i og forstå, eller gå inn i et annet menneskets aktuelle psykologiske tilstand. Nærhet og kontakt oppleves i situasjoner hvor en føler empati. For å kunne forstå pasienten og anta deres reaksjon er empati viktig (Eide & Eide, 2007, s. 138). Et bånd av kontakt blir knyttet når det oppstår empati mellom to mennesker. Slik kontakt

mellom sykepleier og pasient vil kunne føre til at pasienten åpner seg mer til sykepleier, og hun bli mer skuffet om hun føler at tilliten hennes blir svekket.

Situasjonen til kvinnene er ikke lett for sykepleier å leve seg inn i. Det er vanskelig å forstå noe man aldri selv har følt. Sykepleier sitter på fagkunnskaper om psykiske og fysiske konsekvenser som kan oppstå som følge av omskjæring (Jungari, 2015). Det blir sykepleier sin viktige oppgave å formidle kunnskap til kvinnene. Kvinnene har ikke denne kunnskapen, men har sett hvilke fordeler de får i samfunnet ved å være omskåret.

Kvinner som har gjennomgått omskjæring kan oppleve ulike psykiske konsekvenser (Mulongo et al., 2014). De psykiske konsekvensene kan komme på grunn av komplikasjoner etter omskjæring. I slike situasjoner er det viktig å leve seg inn i kvinnens erfaringer og opplevelser for å kunne forstå hennes smerte og ubehag (Kristoffersen & Nordtvedt, 2012, s. 106). Bryr vi oss om pasientens helse og plager, og har et ønske om å hjelpe pasienten som lider, viser man sympati (Travelbee, 2001, ss. 200-201). Dette kan gjøres gjennom verbal, gjennom ord, eller nonverbal kommunikasjon, med uttrykk. Ved å vise sympati formidler sykepleier at hun forstår kvinnens fortvilelse, og pasienten føler at sykepleier bryr seg om hennes tilstand. Dette kan påvirke kvinnene sterkt psykisk og fysisk, og kan gjøre til at kvinnene takler situasjonen de er i bedre (Jungari, 2015).

#### 4.4 Tillit gjennom handlinger

Pasientens syn på omskjæring endres ofte når de emigrerer til vestlige land. I artikkelen «bare et lite snitt» (Johansen, et al., 2004) kommer det frem at en kvinne var oppdratt til at for å være en verdig kvinne, med god moral og anstendighet, måtte hun være lukket. Hun var stolt av den minimale kjønnsåpningen, men fikk i Norge erfare at å være omskåret var forbundet med lidelse og smerte, og ønsket å bli åpnet. Hun hadde i Norge fått økt kunnskap om komplikasjoner rundt omskjæring, og forsto at den lille åpningen var grunnen til hennes plager når hun skulle tisse, ved menstruasjon og vansker med å gjennomføre samleie.

Når sykepleier viser forståelse for kvinnen, har et ønske om å hjelpe henne, og faktisk setter i verk tiltak for å hjelpe, etableres et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, ss. 211-213). Handlingene sykepleier utfører må være til lindring av pasientens plager for å nå frem med gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen, 2012, s. 221). For å kunne hjelpe må sykepleier ha et ønske om

dette, i tillegg til kunnskap og ferdigheter slik at hun kan utføre sykepleietiltak rettet mot pasientens behov. Vi oppnår tillit hos pasienten ved å vise at hun kan stole på oss gjennom våre handlinger.

## 5.0 Konklusjon

Målet med denne litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleier gjennom kommunikasjon kan ivareta kvinner som er omskåret i møte med det norske helsevesenet. Det er ikke lett for sykepleier å leve seg helt inn i situasjonen til en kvinne som er omskåret fordi det er vanskelig å forstå noe man selv aldri har følt. Sykepleier sitter på fagkunnskaper om både fysiske og psykiske konsekvenser som følge av omskjæring. Depresjon, angst, menstruasjonsproblemer og smertefull urinering er kun få av mange komplikasjoner kvinnene oppsøker sykehuset med. Kvinnene har ikke denne kunnskapen, og det er derfor en viktig oppgave at sykepleier formidler disse potensielle komplikasjonene og gir de bevissthet om livslange helsekonsekvenser som kan oppstå. Kvinner, som emigrer til vestlige land og får informasjon, endrer ofte syn på omskjæring.

Ved at sykepleier samler kunnskap om kvinnens kultur, livssyn og religion før det første møtet, har man mer forståelse for hennes bakgrunn og behov. Sykepleier skaper relasjon og tillit ved å vise kunnskap og ferdigheter om hennes lidelse slik at hun føler seg ivaretatt. Det er funnet at mange norske sykepleiere har kunnskapshull når det gjelder kvinnelig omskjæring. For å gjennomføre god kommunikasjon som kan ivareta disse kvinnene må sykepleier ha økt kunnskap om hva kvinnelig omskjæring er. Man vil kunne etablere et menneske-til-menneske-forhold ved å vise kvinnene at man kan hjelpe de til å mestre lidelsene.

Litteraturen foreslår at hvis kommunikasjonen mellom sykepleiere og kvinnene skal gå lettere er det viktig at sykepleieren har fått god opplæring om hvordan man skal kommunisere med de omskårede kvinner fra andre kulturer. Forskning viser at det første møte med kvinner som er omskåret er det viktigste. Hvis kvinnene er godt informert på forhånd om hva som møter henne på sykehuset, kan det være lettere og etablere en god kommunikasjon mellom de to partene. Videre forslag til hvordan dette kan gjøres er å informere kvinnen så tidlig som mulig med brosjyrer (på eget språk) og gjennom helsearbeidere ute i kommunen som allerede har tilliten til disse kvinnene og forstår deres bakgrunn.

Et godt samarbeid mellom partene er basert på god kommunikasjon. Dette skaper trygghet og tillit mellom dem, noe som gjør at kvinnene føler seg ivaretatt.



## 6.0 Litteraturliste

- Berg, R.C., & Denison, E. (2012). A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review. *Health Care for Women International*, 34(10), 837-859. doi: 10.1080/07399332.2012.721417
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Endringslov til kjønnslemlestelsesloven. (2004). *Lov om endring i lov 15. desember 1995 nr. 74 om forbud mot kjønnslemlestelse*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2004-05-28-33>
- Endringslov til forvaltningsloven. (2016). *Lov om endringer i forvaltningsloven (forbud mot bruk av barn som tolk)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2016-06-10-23>
- Degni, F., Suominen, S., Essén, B., Ansari, W.E. & Julkunen, K.V. (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 and minority health* 14(2), 330-345. doi: 10.1007/s10903-011-9465-6
- Hanssen, I. (2012). Interkulturell sykepleie. I E-A., Skaug (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 135-160). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Johansen, E.R.B., Barre, A., Sundby, J. & Vangen, S. (2004). Bare et lite snitt. *Tidsskriftet den Norske Lege forening*, 19(8), 2506-2508. doi: 124:2506
- Jungari, S.B. (2015). Female Genital Mutilation Is a Violation of Reproductive Rights of Women: Implications for Health Workers. *National Association of Sosial Workers*, 41(1), 25-31. doi: 10.1093/hsw/hlv090

- Kristoffersen, N., J., & Nortvedt, P. (2012). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I E-A., Skaug (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 83-133). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kristoffersen, N., J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I E-A., Skaug (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Mulongo, P., Martin, C.H., & McAndrew, S. (2014). The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(5), 469-485. doi: 10.1080/02646838.2014.949641
- Norsk sykepleierforbund. (2016, 23. mai.) Yrkesetiske retningslinjer. Hentet 2. Mai 2016 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
- Slettebø, S. (2013). *Sykepleie og etikk* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Statistisk Sentralbyrå. (2017). *Nøkkeltall for innvandring og innvandrere*. Hentet fra <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall/innvandring-og-innvandrere>
- Talle, A. (2010). *Kulturens makt: Kvinnelig omskjæring som tradisjon og tabu*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelig forhold i sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- UNICEF. (2016). *Female genital mutilation/cutting: A global concern 2016* [Brosjyre]. Warszawa: Unicef.

United Nations. (1948, 10.12). Universal Declaration of Human Rights. Hentet fra  
[\[http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/\]](http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/)

Utne, M. (2009). Omskjæring av kvinner i eit norsk helseperspektiv. *Sykepleien*, 91(9) 32-38. doi:  
10.4220/sykepleiens.2003.0018

WHO - Verdens Helse Organisasjon. (2017, 02). Female genital mutilation. Hentet fra  
[\[http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/\]](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/)

WHO - Verdens Helse Organisasjon. (2006, 02.06). New study shows female genital mutilation  
exposes women and babies to significant risk at childbirth. Hentet fra  
[\[http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr30/en/\]](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr30/en/)