



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	03-05-2023 12:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	12-05-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	203
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7967
----------------------	------

**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

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	26
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	259

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

# BACHELOROPPGAVE

Kultursensitiv sykepleie – møte med omskårne  
kvinner og deres seksuelle helse

Culturally sensitive nursing – encounter with  
circumcised women and their sexual health

**Kandidatnummer: 203 & 259**

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 09.05.2023

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Abstract

**Background:** Female genital mutilation is a general term for various types of interventions that are performed on female genitals without a medical justification. It is a traditional practice with no health benefits. It is assumed that more than 200 million women are circumcised worldwide and that approximately 17,500 women living in Norway were circumcised before they came to Norway. Norway is becoming a more multicultural country, and in this sense, it is likely that you as a nurse will encounter circumcised women.

**Objective:** The objective of this literature study was to investigate how culturally sensitive nursing can contribute to maintain the sexual health of circumcised women.

**Method:** The method used is a literature study. A systematic search was performed in four different databases (pubmed, CINAHL, MEDLINE Ovid and BMC). A total of five articles were included to answer the objective.

**Results:** The main findings in the included articles showed that circumcision affects women's sexual health, and that cultural values and differences can create a barrier between health professionals and circumcised women. Furthermore, they emphasized the importance of advice and information. It also emerged that healthcare professionals had a lack of knowledge about the topic, which could contribute to increased stigmatization and misunderstandings.

**Conclusion:** Nurses should meet the circumcised woman with understanding and respect. To ensure good nursing practice, one should have sufficient knowledge about circumcision and its effect on the woman's sexual health. One should also be aware of the importance of the verbal and non-verbal communication. Most importantly the nursing care of these women should be based on a mutual cultural understanding, in order to adequately take care of their sexual health.

**Keywords:** Female genital mutilation, migration, culture sensitivity, nurses, health professional

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Presentasjon av problemstilling .....	1
1.2 Begrunnelse for valg av tema/problemstilling.....	1
1.3 Avgrensing av oppgaven .....	2
1.4 Begrepsavklaring .....	2
<b>2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv</b> .....	<b>3</b>
2.1 Konsekvenser av omskjæring.....	3
2.2 Defibulering .....	4
2.3 Omskjæring og seksuell helse .....	4
2.4 Lovverk og menneskerettigheter .....	5
2.5 Sykepleieteori.....	5
2.6 Kultursensitiv sykepleie .....	6
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>6</b>
3.1 Litteraturstudie som metode .....	6
3.2 Søkeprosess .....	7
3.2.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier .....	7
3.2.2 Litteratursøk.....	7
3.3 Kritisk vurdering av artiklene.....	8
3.4 Analyse og syntese .....	8
3.5 Etiske vurderinger.....	8
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>9</b>
4.1 Tilnærming til den omskårne kvinnen.....	9
4.2 Kvinnelig omskjæring og seksuell helse .....	10
4.3 Holdninger rundt kvinnelig omskjæring .....	11
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>11</b>

<i>5.1 Resultatdiskusjon</i> .....	<i>11</i>
5.1.1 Kultursensitiv sykepleie - gjensidig forståelse for hverandres kultur.....	11
5.1.2 Kvinnelig omskjæring og seksuell helse.....	15
5.1.3 Holdninger til defibulasjon .....	18
<i>5.2 Metodediskusjon</i> .....	<i>19</i>
<b>6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis</b> .....	<b>20</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>22</b>
<b>Vedlegg 1 - PICO</b>	
<b>Vedlegg 2 - Søkehistorikk</b>	
<b>Vedlegg 3 - Litteraturmatrise</b>	
<b>Vedlegg 4 – Styrkeskjema</b>	

## 1.0 Innledning

En antar at over 200 millioner kvinner er omskåret på verdensbasis og at omtrent 17 500 kvinner som bor i Norge ble omskåret før de kom til Norge. Det er ikke rapportert at kvinnelig omskjæring har blitt utført i Norge, men det er kjent at enkelte tilfeller er utført under utenlandsreiser. Det bor mer enn 15 000 unge kvinner i Norge som kommer fra områder med omskjæring som tradisjon eller som har foreldre fra utsatte områder, og 3000 av disse er i risiko for å bli utsatt for inngrepet (NHI, 2020).

Omskjæring av jenter er i hovedsak utbredt i Afrika (NHI, 2020) i land som Somalia, Sudan, Egypt, Guinea og Mali (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, u.å.). Det praktiseres også på den arabiske halvøy og i folkegrupper i landene rundt. Faktorer som påvirker om et barn blir kjønnslemlestet, er hovedsakelig etnisk tilhørighet. Omskjæring av jenter er særlig utbredt blant muslimer, men blir også praktisert av kristne og andre trossamfunn. Inngrepet blir ofte utført når jentene er i alderen 5-14 år, men i enkelte land ned til spedbarnsalder (Helsedirektoratet, u.å.). Kjønnslemlestelse er anerkjent internasjonalt som et brudd på FN's menneskerettigheter (FN-sambandet, u.å.), og inngrepet blir stort sett utført av lekfolk under usterile forhold, for eksempel av religiøse ledere. Enkelte steder blir inngrepet også utført av profesjonelt helsepersonell under hygieniske forhold (Helsedirektoratet, u.å.).

### 1.1 Presentasjon av problemstilling

Norge blir i økende grad et mer flerkulturelt land, og slik sett øker også sannsynligheten for at man som sykepleier kan møte på kvinner som har blitt omskåret i hjemlandet sitt (Andreassen et al., 2013). Hensikten med oppgaven er å fremheve hvordan man gjennom kultursensitiv sykepleie kan bidra til å ivareta seksuell helse hos omskårne kvinner. Vi erfarer at vi gjennom sykepleieutdanningen har fått lite kjennskap til denne pasientgruppen, og vi ønsket derfor å lære mer om dette emnet. Ut ifra dette har vi kommet frem til problemstillingen: "Hvordan kan kultursensitiv sykepleie bidra til ivaretagelse av seksuell helse hos omskårne kvinner?"

### 1.2 Begrunnelse for valg av tema/problemstilling

Ifølge NSF sine yrkesetiske retningslinjer skal “sykepleieren ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket” (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Vi tenker at dette er avgjørende i møte med omskårne kvinner for å kunne ivareta deres behov. I dag møter man disse kvinnene hovedsakelig på gynekologisk avdeling, men det kan tenkes at det i årene fremover kan bli vanligere å møte omskårne kvinner på andre avdelinger og helseinstitusjoner. Uten tilstrekkelig kunnskap om kvinnelig omskjæring, blir det vanskelig å yte god sykepleie til disse kvinnene. Ved å kjenne til årsakene til at inngrepet utføres, kan det bidra til at sykepleieren klarer å bearbeide og beherske egne reaksjoner og holdninger. Dermed vil man som sykepleier også kunne opptre profesjonelt i møte med omskårne kvinner (Utne, 2009).

### 1.3 Avgrensning av oppgaven

Vi har valgt å avgrense oppgaven til migrerte kvinner over 18 år, som er omskåret i hjemlandet sitt. Vi vil ha fokus på omskårne kvinner som er infibulert, og holdninger rundt defibulasjon. Videre vil vi fokusere på utfordringene omskårne kvinner kan oppleve i forhold til sin seksuelle helse, som smerter under samleie, seksuell tilfredshet og holdninger til defibulasjon. Oppgaven vil også ta for seg viktigheten av kultursensitiv sykepleie i møte med disse kvinnene.

### 1.4 Begrepsavklaring

Vi bruker begrepene kjønnslemlestelse og omskjæring om hverandre i oppgaven. Kjønnslemlestelse er medisinsk sett det mest korrekte begrepet, men kan virke fremmed, støtende og skamfullt for den omskårne kvinnen. Dermed er kvinnelig omskjæring et bedre begrep for å skape en god dialog med denne pasientgruppen (NHI, 2020).

**Omskjæring/Kjønnslemlestelse:** WHO definerer kvinnelig 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” (World Health Organization [WHO], 2022).



**Defibulasjon:** er et inngrep som åpner infibulasjonen helt eller delvis. Infibulasjonen blir da delvis omgjort og det kan redusere flere av de negative konsekvensene som følger av kjønnslemlestelse (Johansen, 2019, s. 61).

**Seksuell helse:** Helsedirektoratet definerer seksuell helse som psykisk, fysisk, emosjonelt og sosialt velvære i forhold til seksualitet. Seksualitet kan innebære vår seksuell orientering, kjønnsidentitet, intimitet, reproduksjon, erotikk og glede (Helsedirektoratet, 2021, s. 100).

**Kultursensitiv sykepleie:** er en teori utviklet av Ragnhild Magelssen, som handler om at man deltar gjensidig i en prosess der begge parter åpner seg, føler, lytter og ser etter likheter til tross for store forskjeller (Magelssen, 2008, s. 18).

## 2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv

I dette kapitlet skal vi presentere teori som vil belyse problemstillingen vår. Kapitlet vil først ta for seg hva omskjæring er og konsekvenser av omskjæring, samt defibulering og seksuell helse. Vi vil også inkludere lovverk og menneskerettighetene. Vi har valgt å ta utgangspunkt i sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee og hennes interaksjonsteori, og avslutningsvis ta for oss Ragnhild Magelssen sin teori om kultursensitiv sykepleie.

### 2.1 Konsekvenser av omskjæring

Kjønnslemlestelse er en fellesbetegnelse på ulike typer inngrep som utføres på jenters kjønnsorgan uten en medisinsk begrunnelse (Helsedirektoratet, u.å.). Kjønnslemlestelse har ingen helsemessige fordeler. Når en skader og fjerner sunt kjønnsvev, forstyrres de naturlige funksjonene til kvinnekroppen. Det er alltid en risiko for helsekomplikasjoner forbundet med kvinnelig omskjæring (WHO, 2022). WHO skiller mellom fire grader av omskjæring. Første grad, også kalt klitoridektomi, vil si helt eller delvis fjerning av klitorishodet. Andre grad, eksisjon, er helt eller delvis fjerning av klitorishodet, samt de indre og/eller ytre kjønnsleppene. Tredje grad kalles infibulasjon. Det vil si at deler av kjønnsleppene skjæres bort og sys sammen slik at det dannes en hudfold som stenger for skjedeinngangen. Noen kan også få fjernet hele eller deler av klitorishodet. Den fjerde graden av omskjæring er uklassifisert. Det vil si alle andre skadelige inngrep som utføres på kvinners kjønnsorgan, som prikking, gjennomhulling av klitorishodet, skjæring, skraping og brenning (WHO, 2022).

Umiddelbare komplikasjoner av omskjæring kan være kraftige smerter, blødning, hevelse i kjønnsvev, urinveisproblemer, sjokk og i verste fall død. Mer langvarige komplikasjoner kan være seksuelle problemer som smerter under samleie og redusert tilfredshet. Andre langvarige problemer kan være urinveisproblemer, vaginale problemer, arrvev, fødselskomplikasjoner, psykiske problemer og behov for senere operasjoner, som for eksempel defibulering (WHO, 2022).

Det er ulike årsaker til at kjønnslemlestelse blir praktisert, og inkluderer ofte en sammensetning av sosiokulturelle faktorer. Det kan blant annet være frykt for å bli avvist fra fellesskapet eller en måte å kontrollere jenters seksualitet og sikre jomfruelighet før ekteskap. Det er ingen religiøse skrifter som tilsier at jenter skal omskjæres, men enkelte tror at praksisen har religiøs støtte (WHO, 2022).

## 2.2 Defibulering

Vi skiller mellom to former for defibulering, kirurgisk defibulasjon og penisdefibulasjon. Kirurgisk defibulering er et kirurgisk inngrep som åpner infibulasjonen helt eller delvis. Inngrepet utføres for å redusere mange av de negative konsekvensene omskjæringen medfører. Kirurgisk defibulering møter stor motstand fordi det bryter med praksisen sin kulturelle betydning (Johansen, 2019, s. 61). Rituell defibulering, eller penisdefibulering, vil si at mannen åpner infibulasjonen ved hjelp av penis. Dette er en kulturell tradisjon som oppleves smertefullt for både kvinnen og mannen (Johansen, 2017).

Ifølge en artikkel fra tidsskriftet publisert i 2021 ble det rapportert at mange omskårne kvinner hadde helseplager som kan ha vært til stede fra barne- og ungdomsalder, og som relativt enkelt kan behandles. Det kan tyde på at det er et udekket behov for behandling hos yngre og ikke-gravide kvinner som er omskåret. Kvinner med grad 3 omskjæring rapporterte flere gynekologiske helseplager enn de med grad 1 eller 2. Likevel hadde opptil halvparten av kvinnene med grad 1 og grad 2-omskjæring dyspareuni, vannlatingsplager, smerte og andre gynekologiske plager. Åpning av infibulasjonen er sentralt for å få tilbake vaginal funksjon. (Taraldsen et al., 2021).

## 2.3 Omskjæring og seksuell helse

God seksuell helse kan bidra til å øke livskvalitet og mestringsferdigheter, og kan derfor sees på som en beskyttelsesfaktor og en viktig ressurs gjennom livet (Helsedirektoratet, 2021, s. 100). Ifølge WHO innebærer seksuell helse en respektfull og positiv tilnærming til seksualitet. Det innebærer også å ha trygge seksuelle opplevelser, som er fri for diskriminering, vold og tvang (WHO, 2006).

Det finnes fremdeles en del land hvor kvinnelig omskjæring som rituell tradisjon er lovlig (Gamnes, 2016, s. 375). WHO har utviklet rettigheter som er viktig for realisering av seksuell helse. Disse bygger på menneskerettighetene, og god seksuell helse er derfor knyttet til i hvor stor grad menneskerettighetene blir respektert og ivaretatt (WHO, 2006). Man kan ut ifra dette fastslå at seksualitet er knyttet til både psykiske, fysiske, kulturelle, åndelige og sosiale forhold, og er derfor et sammensatt begrep. Det er vesentlig å ha et godt forhold til sin seksualitet for å kunne ivareta god livskvalitet og et godt seksuelt liv (Gamnes, 2016, s. 375).

## 2.4 Lovverk og menneskerettigheter

I 1995 ble kjønnslemlestelse en lovbundet, forbudt praksis som lå forankret i lov om forbud mot kjønnslemlestelse (Kjønnslemlestelsesloven, 1995), men denne ligger i dag under straffeloven (Straffeloven, 2005, § 284 & § 285). Vi vil også inkludere tolkeloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Tolkeloven slår fast at tolk skal brukes for å sikre forsvarlig hjelp og tjenester, og at tolker skal ha en faglig forsvarlig standard (Tolkeloven, 2021, § 1). Pasient- og brukerrettighetsloven sier at all informasjon skal være tilpasset den individuelle forutsetninger (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

Kjønnslemlestelse er en rituell tradisjon som ansees som et brudd på de grunnleggende menneskerettighetene. Eksempler på dette er retten til helse, fysisk integritet, retten til frihet fra å bli utsatt for tortur eller nedverdiggende behandling, og retten til liv dersom inngrepet ender i dødsfall (FN-sambandet, u.å.). FN's bærekraftsmål 5 omhandler blant annet at jenter og kvinner ikke skal utsettes for diskriminering og vold, samt at de skal kunne bestemme over sin egen kropp (FN-sambandet, 2023).

## 2.5 Sykepleieteori

Vi har valgt å ta utgangspunkt i sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee og hennes interaksjonsteori som legger vekt på å utvikle en god relasjon mellom pasient og sykepleier.

Travelbee fremhever at den viktigste oppgaven til en sykepleier er å skape et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s. 41). Et kjennetegn ved et menneske-til-menneske-forhold er at både sykepleier og pasient opplever, og forholder seg til hverandre som ulike individer (Travelbee, 2001, s. 171). I prosessen med å utvikle et godt menneske-til-menneske-forhold drar Travelbee frem fem faser: det innledende møtet, fremvekst av identitet, empati, sympati og medfølelse, og gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2001, s. 186-217). Hensikten med et slikt menneske-til-menneske-forhold er å hjelpe et individ med å mestre eller å forebygge lidelse, og å finne årsaken til den (Travelbee, 2001, s. 171).

## 2.6 Kultursensitiv sykepleie

Kultursensitiv sykepleie er en teori utviklet av Ragnhild Magelssen. For å kunne utøve kultursensitiv sykepleie krever det at en deltar gjensidig i en prosess der alle parter åpner seg, lytter, føler og ser etter likhetene i forskjellene. Rammene rundt må bidra til å skape en atmosfære som består av respekt og trygghet for at en slik prosess skal være mulig. Som den profesjonelle parten i relasjonen har man som sykepleier et spesielt ansvar for å legge til rette for at disse rammene oppstår (Magelssen, 2008, s. 18).

For å forklare sin teori om kultursensitiv sykepleie benytter Magelssen begrepet kulturrelativisme. Det vil si at man forstår den andre ut ifra dens premisser og virkelighetsoppfatning, uten at man føler seg truet eller provosert. Imidlertid er man ikke forpliktet til å være enig med den andre, og man er heller ikke som sykepleier fritatt fra å dele vår faglige innsikt med den andre (Magelssen, 2008, s. 20). Når det kommer til vanskelige spørsmål der det ofte er stor uenighet, som for eksempel kvinnelig omskjæring, er det viktig at alle parter klarer å være mer kultursensitive enn man vanligvis er. Dersom man ikke klarer dette, vil forskjellene være så store at det blir vanskelig å se intensjonen bak. Når man klarer å være mer kulturrelativistisk, klarer man å tenke utenfor sin egen virkelighet. Da kan man som sykepleier bidra til en bedre relasjon i dialogen enn det som ofte er tilfellet i kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter med migrasjonsbakgrunn (Magelssen, 2008, s. 21).

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Vi har valgt litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte det hele (Thideman, 2019, s. 77). Dette vil gi oss et systematisk og repeterbart søk på problemstillingen. For å svare på oppgaven vår har vi hovedsakelig brukt forskningsartikler fra søket vårt, samt fagartikler, bøker, offentlige dokument og lovverk.

## 3.2 Søkeprosess

### 3.2.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Vi bestemte oss for en rekke inklusjons og eksklusjonskriterier for å velge ut relevante artikler og begrense søkeresultatene våre. Inklusjonskriteriene var at artiklene skulle omhandle omskårne, migrerte kvinner, helsepersonell og temaet seksuell helse. Artiklene skulle ha publiseringsspråk på enten norsk eller engelsk, da vi ikke ville kunne tolke resultatene i like stor grad av nøyaktighet på et annet språk. Vi valgte også å avgrense oppgaven til de siste 10 årene for å ha oppdatert forskning. Videre ville vi hovedsakelig ha kvalitative studier da vi tenker erfaringer vil svare best på vår problemstilling, men var åpne for å inkludere andre artikler så lenge de var relevante for oppgaven. Eksklusjonskriteriene var artikler som er publisert før 2012, men vi så i innledende søk at det var lite forskning på temaet. Dersom vi fant noen artikler som var relevante for oppgaven, kunne vi derfor vurdere å inkludere dem.

### 3.2.2 Litteratursøk

For å finne svar på problemstillingen vår, utformet vi en presis problemformulering ved hjelp av et PICO-skjema. Dette er et skjema som kan brukes til å formulere spørsmål og finne søkeord (Helsebiblioteket, 2021). For å finne relevante søkeord brukte vi MeSH (Universitetet i Agder, u.å.). PICO-skjema ligger som et vedlegg i slutten av oppgaven (vedlegg 1), samt et skjema for søkehistorikk (vedlegg 2). Søkeprosessen vår strekker seg fra september 2022 til mars 2023. Vi har gjennom denne perioden søkt i flere databaser som UpToDate, BMJ best practice, Epistemonikos, Cochrane library, men har hovedsakelig søkt i databasene pubmed, CINAHL, MEDLINE Ovid og BMC da det var her vi fikk best treff for vår problemstilling. Her fant vi fem relevante artikler til oppgaven vår. Søkeordene som er brukt i søket kan man finne vedlagt i søkehistorikkskjema (vedlegg 2). For å kombinere søkeordene har vi brukt boolske operatører som AND og OR, samt trunkeringer. Dette gjorde vi for å spisse søket og

få mer nøyaktige treff, men har likevel brukt operatoren OR og trunkering med forsiktighet, da det kan øke antall treff (Thideman, 2019, s. 87).

### 3.3 Kritisk vurdering av artiklene

Når vi skulle vurdere forskningsartiklene våre, ville vi finne ut om de var tidsaktuelle, valide og relevante i forhold til aktuell problemstilling. De aktuelle artiklene ble vurdert ved hjelp av passende sjekklister fra helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Alle artiklene som er inkludert er kvalitative studier, unntatt en systematisk litteraturgjennomgang. Den ene kvalitative studien ble publisert i 2011 og går derfor ikke under inklusjonskriteriene våre, men vi valgte likevel å inkludere denne, da den var relevant for vår problemstilling (Degni et al., 2011). Videre så vi på styrker og svakheter ved artiklene og samlet det i et styrkeskjema som ligger vedlagt (vedlegg 4). Her har vi også inkludert etiske vurderinger. Etter vi hadde kritisk vurdert artiklene, konkluderte vi med at disse var troverdige og relevante for oppgaven.

### 3.4 Analyse og syntese

Ved hjelp av tematisk analyse ble de fem inkluderte artiklene analysert og syntetisert. Vi gikk systematisk gjennom alle artiklene og lette etter fellestrekk. For å gjøre den tematiske analysen oversiktlig, systematiserte vi hovedfunnene i en litteraturmatrise som vi delte inn i kategoriene “forfattere, publiseringsår, tidsskrift, land”, “tittel”, “hensikt”, “metode”, “utvalg” og til slutt “resultat og funn” (vedlegg 3). Litteraturmatrisen gir en god oversikt over de ulike elementene i artiklene samlet sett og i hver enkelt artikkel (Thidemann, 2019, s. 95). Videre analyserte vi resultatene fra de valgte artiklene inn i flere tema som samlet svarte på vår problemstilling. Det viste seg at tre hovedtema var gjennomgående: tilnærming til den omskårne kvinnen, kvinnelig omskjæring og seksuell helse, og ulike holdninger rundt kvinnelig omskjæring. Vi vil gjøre rede for etiske vurderinger i kapittelet nedenfor, samt sammenfatte og presentere hovedfunnene fra de inkluderte artiklene i resultatdelen.

### 3.5 Etiske vurderinger

Da vi gjorde en kritisk vurdering av alle artiklene våre, tok vi også en etisk vurdering av dem. Alle artiklene vi har valgt å ta med har gjort rede for etiske vurderinger, unntatt artikkelen til Zhao (2021). Vi har likevel valgt å inkludere denne, da de fleste artiklene som er brukt er vurdert av en etisk komité, i tillegg til at artikkelen er relevant for vår oppgave. De etiske

vurderingene er gjort rede for i styrkeskjema som ligger vedlagt (vedlegg 4), som også inkluderer styrker og svakheter ved artiklene.

## 4.0 Resultat

Søket vårt resulterte i totalt fem relevante artikler, hvor vi har inkludert fire kvalitative studier (Ahmed et al., 2021; Degni et al., 2011; Johansen, 2017; Jordal et al., 2022) og en litteraturgjennomgang (Zhao, 2021). To av de kvalitative studiene er fra Sverige (Ahmed et al., 2021; Jordal et al., 2022). Johansen (2017) sin kvalitative studie er fra Norge og Degni (2011) har gjennomført en kvalitativ studie i Finland. Zhao (2021) sin litteraturgjennomgang har samlet artikler fra Finland, USA, Canada, UK og Australia. Hovedfunnene i de valgte artiklene viste at omskjæring påvirker kvinnens seksuelle helse, at man må ha et helhetlig perspektiv i møte med disse kvinnene, samt at kulturelle verdier og forskjeller kan skape en barriere mellom helsepersonell og omskårne kvinner. Samtlige av artiklene understrekte også viktigheten av rådgivning og informasjon, allerede tidlig i ungdomsårene. Vedlagt ligger en litteraturmatrise som presenterer de viktigste hovedfunnene i hver enkelt artikkel (vedlegg 3). Den tematiske analysen viste at det var tre hovedtema som var gjennomgående i resultatene: tilnærming til den omskårne kvinnen, kvinnelig omskjæring og seksuell helse, samt holdninger rundt kvinnelig omskjæring.

### 4.1 Tilnærming til den omskårne kvinnen

Både Degni et al. (2011) og Zhao (2021) understrekte viktigheten av en god medisinsk tolk og god kommunikasjon med den omskårne kvinnen. Videre viste Zhao (2021) til at språk, kjønn og personvern kunne påvirke kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasienter med migrasjonsbakgrunn. Det kom også frem at denne pasientgruppen hadde lav tillit til at informasjon om seksuell helse ville holdes konfidensielt. Mange uttrykte bekymring for at tolken kunne være en del av lokalsamfunnet. Funnene i artikkelen til Degni et al. (2011) viste at sykepleiere og jordmødre ofte hadde bedre kontakt med denne pasientgruppen enn leger og gynekologer. Det var viktig for sykepleierne å danne gode relasjoner og forstå kvinnenes religion og kultur. Sykepleierne opplevde at kvinnene ofte ikke møtte opp til planlagte timer da seksuell-, og reproduktiv helse var et sensitivt tema. Legene på sin side opplevde frustrasjon over at kvinnene ikke ønsket at mannlige leger skulle undersøke dem, og derfor ikke møtte til oppsatte timer.

Artikkelen til Johansen (2017) påpekte at de kulturelle verdiene rundt infibulasjon kunne danne barrierer i helsevesenet mellom helsepersonell og den omskårne kvinnen. Det kom også frem at til tross for at helsepersonell var klar over hvor mye infibulasjon påvirket den seksuelle helsen til kvinnene, tok de ikke opp temaet i berørte lokalsamfunn. Helsepersonell hadde heller fokus på helserisikoer, komplikasjoner og lovverk forbundet med kvinnelig omskjæring. Et eksempel på dette var en helsesykepleier som hadde drevet diskusjonsgrupper om kjønnslemlestelse for ungdom, og hun hadde ubevisst unnlatt tema som seksuelle utfordringer og motivasjon for gjennomføring av kjønnslemlestelse.

#### 4.2 Kvinnelig omskjæring og seksuell helse

Både artikkelen til Ahmed et al. (2021) og artikkelen til Jordal et al. (2022) viste til at omskjæring hadde en negativ innvirkning på kvinnenens selvbilde, deres seksuelle funksjon, samt at det skapte utfordringer i deres intime relasjoner. Videre viste funnene til Jordal et al. (2022) at kvinnene anerkjente at både fysiske og psykologiske faktorer førte til utfordringer i sexlivet og deres intime relasjoner. Det var likevel viktig for dem at de fysiske konsekvensene av omskjæringen ble anerkjent. Funnene i artikkelen til Ahmed et al. (2021) viste at defibulerte kvinner hadde en endret kjønnsfunksjon. De hadde en bredere introitus, altså vaginalåpning, noe som førte til forbedret vaginalt samleie. Alle utfordringene rundt omskjæringen forsvant ikke til tross for at de var defibulert. De hadde fremdeles negative opplevelser angående sin seksuelle helse, var plaget av smerter og opplevde intimitetsproblemer som et resultat av dette (Ahmed et al., 2021).

Artikkelen til Johansen (2017) er en studie fra Norge. Den offentlige helsetjenesten i Norge tilbyr kirurgisk defibulering, som er mindre smertefullt og risikabelt enn de tradisjonelle formene for defibulering. Til tross for at penisdefibulering medfører helserisikoer og smerter for både kvinnen og mannen, viste artikkelen at denne praksisen var den foretrukne formen for defibulering. Noen av kvinnene beskrev ekteskapelig defibulering som en måned med gjentatt penistrykk. Dette førte til åpne sår og store smerter før det var mulig med vaginalt samleie. Videre fremstilte flere av kvinnene deres første seksuelle omgang som uproblematisk. Når de gikk inn i detalj kom det frem at penisdefibulering var en svært smertefull prosess som kunne ta svært lang tid, men likevel ble ikke kirurgisk defibulering vurdert (Johansen, 2017).



### 4.3 Holdninger rundt kvinnelig omskjæring

Johansen (2017) påpekte at infibulasjon har en viktig kulturell betydning for mannens virilitet og seksuelle nytelse. Det var stor motgang mot kirurgisk defibulering fordi penisdefibulering var en foretrukket praksis i ekteskap. En full defibulering kunne gjøre skjedeåpningen for stor, og derfor true mannlig seksuell nytelse. Mange kvinner bemerket at de var redd for å ikke oppfylle mannens seksuelle behov dersom skjedeåpningen ikke var trang og at mennene ville finne seksuell nytelse andre steder. Dette førte til at mange kvinner ble reinfibulert etter fødsel slik at det ble trangt for mannen under samleie. Ifølge Ahmed et al. (2021) førte kulturelle verdier til at de defibulerte kvinnene hadde en frykt for å bli ekskludert fra sin egen kultur, samtidig som de ønsket å inkluderes i den nye. Videre konkluderte artikkelen med at defibulering påvirket kvinners seksuelle og reproduktive helse. Dette krevde at helsepersonell hadde et helhetlig perspektiv i møte med denne pasientgruppen, henholdsvis til kvinnenes omsorgsbehov (Ahmed et al., 2021).

Både artikkelen til Ahmed et al. (2021) og Johansen (2017) understrekte viktigheten av rådgivning og informasjon. Ahmed et al. (2021) mente at dette burde gjøres allerede tidlig i ungdomsårene og kunne være med på å fremme seksuell helse hos defibulerte kvinner. Johansen (2017) antydte at seksuelle bekymringer som inkluderte idealene rundt kvinners moral og jomfrudom, samt menns virilitet og seksuelle nytelse, må være målbevisst både i medisinsk rådgivning og forebyggende intervensjoner (Johansen, 2017).

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Resultatdiskusjon

I dette kapitlet vil vi diskutere problemstillingen vår: “hvordan kan kultursensitiv sykepleie bidra til ivaretagelse av seksuell helse hos omskårne kvinner?”. Hensikten med litteraturstudien er å belyse viktigheten av kultursensitiv sykepleie i møte med omskårne kvinner. Vi vil trekke frem tema som kultursensitiv sykepleie i møte med omskårne kvinner, hvordan omskjæring påvirker deres seksuelle helse, samt ulike holdninger til defibulasjon.

#### 5.1.1 Kultursensitiv sykepleie - gjensidig forståelse for hverandres kultur

Omskjæring av kvinner er et sensitivt tema, og det er derfor viktig å skape en god relasjon i møte med den omskårne kvinnen. Som sykepleier kan det være lett å bare se på de fysiologiske konsekvensene av å bli omskåret, og glemme å legge vekt på de psykososiale og seksuelle behovene kvinnene har (Johansen, 2017). Det vil derfor være viktig å se det enkelte mennesket og prøve å vise en gjensidig forståelse ovenfor den andre sin kultur, og slik skape et bra menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s. 41).

Med tanke på at Norge er i en flerkulturell utvikling, kan det tenkes at man som sykepleier i økende grad vil kunne møte på omskårne kvinner i årene fremover (Andreassen et al., 2013). Allerede ved første møte mellom sykepleier og den omskårne kvinnen, vil begge parter gjøre seg opp tanker og meninger om hverandre. I følge Travelbee vil det første møte være et viktig grunnlag for videre kommunikasjon, samt danning av et godt menneske-til-menneske-forhold ved å observere væremåte og handlinger (Travelbee, 2001, s. 186-187).

Hensikten med et slikt menneske-til-menneske-forhold er å hjelpe et individ med å mestre eller å forebygge lidelse (Travelbee, 2001, s. 171). Når sykepleier møter pasienter med en migrasjonsbakgrunn, kan det oppstå utfordringer rundt kultur og språk. Språkbarrierer er noe vi kan se eksempler på i Zhao (2021) som viste til at språk, kjønn og personvern kan påvirke kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasienter med migrasjonsbakgrunn. Mangel på et felles språk og redusert beherskelse av medisinsk terminologi kan føre til at misforståelser oppstår under behandling. Ifølge tolkeloven (2021, § 1) skal man bruke tolk dersom personer ikke kan kommunisere forsvarlig med offentlige organer, og det er et rettslig krav om at tolker skal ha en faglig forsvarlig standard. Det finnes unntak dersom det ikke er noen kvalifiserte tolker tilgjengelig eller det oppstår en nødsituasjon, men det frarådes å bruke pårørende og særlig mindreårige barn som tolk (Tolkeloven, 2021, § 7). Zhao (2021) viste at pasienter med migrasjonsbakgrunn hadde lav tillit til tolker, da tolken kunne være en del av lokalsamfunnet. Både Degni (2011) og Zhao (2021) fikk frem helsepersonell sine erfaringer med bruk av tolk. Det var stor mangel på medisinske tolker, noe som førte til at det ble brukt ikke-medisinske tolker eller barna til pasientene. Når mindreårige barn blir brukt som tolk, kan det oppstå etiske dilemma rundt sensitive tema som seksuell helse (Zhao, 2021; Degni, 2011). Bruken av tolk skapte en hindring, da tolken kunne avbryte samtalen, være uenig med legen eller ha fordommer (Zhao, 2021). Mangel på medisinske tolker kan føre til feiltolkning, og da feil behandling.

Kommunikasjon og forståelse vil være viktige redskaper sykepleier har for å danne et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s. 135-136). Sykepleier og pasient vil starte å danne en tilknytning til hverandre og begynne å forstå hvordan den andre tenker, føler og oppfatter en situasjon (Travelbee, 2001, s. 188-189). Man kan sammenlikne Travelbee sin teori om å danne et godt menneske-til-menneske-forhold og viktigheten av å danne en god relasjon, med dagens samfunn og møtet med den omskårne kvinnen. Dersom sykepleier møter kvinnen med fordommer og negative holdninger, kan det danne grunnlaget for resten av relasjonen. Det vil derfor være viktig at sykepleier er bevisst på ulikhetene som kan oppstå mellom kulturer. Disse forskjellene kan man blant annet se når det gjelder samhandling med helsevesenet (Degni et al, 2011). I Degni et al (2011) manglet de somaliske kvinnene en forståelse av hva som var forventet av dem i møte med det finske helsevesenet, og møtte for sent til timeavtaler. Dette viser at helsetjenester i ulike land kan ha ulike forventninger til pasienten, og dersom de ikke tilpasser seg, kan de miste timen. Det kan også medføre at helsepersonellet grunnet dårlig tid ikke opptrer kultursensitivt, stresser eller fremstår irritable. Både misforståelser og ulike forventninger vil kunne skape grunnlaget for en dårlig relasjon. For å opprettholde en god relasjon vil det være viktig å skape en empatisk forståelse (Kristoffersen, 2016, s. 33). Travelbee definerer empati som “erfaringer som finner sted mellom to eller flere individer. Det er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket” (Travelbee, 2001, s. 193). Empati bygger på likheter i erfaringsgrunnlag. For at et menneske skal kunne ha empati, trengs det at man har en forståelse av situasjonen, og har egne erfaringer knyttet til den gitte situasjonen. Det kan være krevende når sykepleier møter en omskåret kvinne og selv ikke er omskåret. Sykepleieren kan på bakgrunn av dette ikke forstå hvordan dette føles. Når en har empati med et annet menneske, vil det skape en nærhet og trygghet, og man vil lettere åpne seg (Kristoffersen, 2016, s. 33).

I Degni et al. (2011) uttrykte legene fortvilelse over at kvinnene ikke møtte til oppsatte timer, fordi de ikke ville undersøkes av mannlige leger. Sykepleierne og jordmødrene opplevde på sin side at prevensjon var et sensitivt tema for kvinnene, og at de ofte ikke møtte opp til timer forbundet med reproduktive helsetjenester. Videre var det viktig for sykepleierne å danne gode relasjoner og forstå kvinnenes religion og kultur, noe som kan forklare hvorfor sykepleierne og jordmødrene opplevde å få en bedre kontakt med kvinnene enn det legene

gjorde. Dette viser viktigheten av god kommunikasjon og gjensidig forståelse av hverandres kultur. Ragnhild Magelssen forklarer dette godt i sin teori om kultursensitiv sykepleie. Når man anvender et kulturrelativt perspektiv, vil man prøve å forstå den andre ut ifra dens perspektiv. Imidlertid er man ikke forpliktet til å være enig med den andre, og man er heller ikke som sykepleier fritatt fra å dele vår faglige innsikt (Magelssen, 2008, s. 20-21). Videre sier pasient- og brukerrettighetsloven at all informasjon skal være tilpasset den enkelte. Det vil være helsepersonellens jobb å sikre at mottakeren har forstått alt innhold, og betydningen av informasjonen (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Man kan se forskjellig på en sak, men bør likevel anerkjenne at det ikke bare er vi som har tenkt gjennom saken. På denne måten blir man mer sensitive i dialogen med den andre (Magelssen, 2008, s. 20-21).

Videre viste Ahmed et al. (2021) at kvinnene ønsket å bli inkludert i den nye kulturen, men fryktet å bli ekskludert fra deres opphavskultur. Magelssen sier at dersom man som sykepleier klarer å være mer kulturrelativistisk, klarer man å tenke utenfor sin egen virkelighet. Da kan man bidra til en bedre relasjon i dialogen enn det som ofte er tilfellet i kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter med migrasjonsbakgrunn. Dialogen kan da gi en atmosfære av respekt og trygghet. Som sykepleier vil det derfor være viktig å prøve å vise en forståelse ovenfor den omskårne kvinnens kultur (Magelssen, 2008, s. 20-21). Slik sett kan kvinnen prøve å tilpasse seg etter den nye kulturen og forventningene som møter henne, og samtidig beholde verdier fra sin egen kultur. Dette kan bidra til et godt grunnlag for kultursensitiv sykepleie til den omskårne kvinnen.

Som sykepleier vil det være viktig å vise at en bryr seg, og med dette få pasienten til å føle seg mindre alene i egen situasjon. Sympati og medfølelse handler ifølge Travelbee om ønsket om å lindre plager (Travelbee, 2001, s. 200). Det kan formidles både verbalt og non-verbalt gjennom holdninger og væremåte (Kristoffersen, 2016, s. 34). Dette kan være å forklare hva som kommer til å skje eller finne ut hva pasienten selv tenker og ønsker i en gitt situasjon. Johansen (2017) fremhevet i sin studie at helsepersonell var klar over hvor mye kjønnslemlestelse påvirket den seksuelle helsen til kvinnene, men til tross for dette ikke tok opp temaet i berørte lokalsamfunn. Det kom frem at helsepersonell heller hadde fokus på helserisikoer, komplikasjoner og lovverk forbundet med praksisen (Johansen, 2017). Dette viser hvor viktig det vil være med en helskaplig tilnærming for å kunne utøve kultursensitiv sykepleie. Det kan være utfordrende som norsk sykepleier å forstå eller føle hvordan det er å

være omskåret, eller hvordan det er å prøve å balansere to veldig ulike kulturer. Det kan være nyttig for kvinnene å ha noe til felles med sykepleieren, og det kan derfor være hensiktsmessig å lete etter en felles erfaring for å skape en gjensidig forståelse (Travelbee, 2001, s. 211).

Når sykepleier og pasient har skapt et menneske-til-menneske-forhold, vil man oppleve gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2001, s. 211). Å utvikle kontakten til dette nivået forutsetter at sykepleier har kunnskapene og ferdighetene til å kunne iverksette tiltak som står i samsvar med behovene til pasienten. Gjennom å skape et menneske-til-menneske-forhold vil pasienten få en tilknytning og tillit til sykepleieren (Kristoffersen, 2016, s. 34). I henhold til dette har Helsetilsynet utarbeidet en veileder om hvordan man skal møte den omskårne kvinnen på en slik måte at hun får en følelse av forståelse og mestring. Formålet i samtale med kvinnen er at hun føler seg komfortabel (Statens helsetilsyn, 2000, s. 15).

### 5.1.2 Kvinnelig omskjæring og seksuell helse

Ifølge WHO innebærer en god seksuell helse blant annet frihet fra sykdom og skade som forstyrrer de seksuelle funksjonene (WHO, 2006). Samtidig kan langvarige komplikasjoner etter kvinnelig omskjæring være seksuelle problemer som smerter under samleie og redusert tilfredshet (WHO, 2022). Slik sett har omskårne kvinner ikke det verdens helseorganisasjon definerer som god seksuell helse. Videre sier helsedirektoratet at god seksuell helse kan bidra til å øke mestringsferdigheter og livskvalitet, og kan sees på som en viktig ressurs og beskyttelsesfaktor gjennom livet (Helsedirektoratet, 2021, s. 100). Det vil si at omskårne kvinner kan mangle denne beskyttelsesfaktoren. I forhold til å definere seksuell helse kan et krav til mangfold være nødvendig, da vi lever i en tid der mennesker krever sin rett til å leve i tråd med sin egen opplevelse av seg selv (Gamnes, 2016, s. 374-375). Til tross for sine seksuelle utfordringer, kan det tenkes at omskårne kvinner likevel har sin seksualitet. Man kan i enkelte tilfeller se en sammenheng mellom seksuell dysfunksjon og andre psykiske eller fysiske plager (Gamnes, 2016, s. 374), som også Jordal et al. (2022) antyder. Studien viste at kvinnene opplevde at omskjæringen hadde en negativ effekt på deres seksuelle funksjon, og at det påvirket deres sexliv og intime relasjoner både fysisk og psykisk (Jordal et al., 2022). På den andre siden kan det skape utrygghet, både for dem som skal motta og yte hjelp på det seksuelle området, dersom det mangler tydelige rammer (Gamnes, 2016, s. 374-375).

I 1995 ble kjønnslemllestelse en lovbundet, forbudt praksis. Dette gjaldt både å selv utføre praksisen, men også å ta del i den, uavhengig av om det ble utført i Norge eller andre land (Kjønnslemllestelsesloven, 1995, § 1). Loven het kjønnslemllestelsesloven da den kom ut, og ligger i dag under straffeloven (Straffeloven, 2005, § 284 & § 285). Jordal et al. (2022) fikk frem at alle de intervjuede kvinnene opplevde at omskjæringen hadde en negativ effekt på deres seksuelle funksjon. Det var viktig for dem at de fysiske konsekvensene av omskjæringen ble anerkjent, og de beskrev at psykologiske faktorer også hadde ført til utfordringer i sexlivet og deres intime relasjoner (Jordal et al., 2022). Psykiske problemer blir også ansett som en langvarig konsekvens etter kvinnelig omskjæring (WHO, 2022). Som sykepleier vil det være viktig å få pasienten til å føle seg mindre alene i egen situasjon (Travelbee, 2001, s. 200). At sykepleier viser evne til sympati kan virke inn på pasientens mestringsevne, og påvirke pasienten både psykisk og fysisk (Kristoffersen, 2016, s. 34).

Det å definere seksuell helse kan føre til diskriminering av de menneskene som ikke passer under et akseptert helsebegrep (Gamnes, 2016, s. 374-375). Omskårne kvinner faller ikke under det aksepterte helsebegrepet til WHO med tanke på at kjønnsorganet deres er skadet uavhengig av grad. Kvinner kan oppnå orgasme på ulike måter, og stimulering av klitoris er for mange kvinner en av dem (Gamnes, 2016, s. 384). Kvinner som har fått fjernet hele eller deler av klitoris, kan derfor muligens være fratatt eneste måten å oppnå seksuell nytelse på. Johansen (2017) viste til at kvinner som var infibulert opplevde mye smerter i forbindelse med penisdefibulering. Ifølge Taraldsen et al. (2021) hadde kvinner med grad 3 omskjæring flere gynekologiske plager enn de med grad 1 eller 2. Likevel hadde opptil halvparten av de kvinnene med grad 1 eller 2 omskjæring dyspareuni, vannlatingsplager, smerte og andre gynekologiske plager (Taraldsen et al., 2021). Mangel på kunnskap og evnen til empati kan føre til at man får den omskårne kvinnen til å føle på skam i stedet for å fremme deres helse og velvære. Det kan være vanskelig for sykepleier å sette seg inn i hvordan det er å være omskåret, men det vil være viktig at sykepleieren prøver å se den omskårne kvinnen sitt perspektiv (Kristoffersen, 2016, s. 33).

For å kunne realisere sin seksuelle helse, har WHO utviklet seksuelle rettigheter, som bygger på menneskerettighetene. Disse innebærer blant annet retten til høyest oppnåelige helsestandard, inkludert seksuell helse, og retten til å være fri fra tortur, umenneskelig eller nedverdiggende behandling (WHO, 2006). Artikkelen til Jordal et al. (2022) viste at omskårne

kvinner hadde nedsatt evne til å nyte sex forårsaket av den fysiske endringen i kjønnsorganet, og har derfor ikke høyest oppnåelige helsestandard når det kommer til sin seksuelle helse. Det kan tenkes at omskjæringen ikke er noe kvinnen selv har valgt å bli utsatt for. Derfor er ikke omskjæringen bare et brudd på grunnleggende menneskerettigheter (FN-sambandet, u.å.), men trolig også en traumatisk og smertefull opplevelse der de som barn opplever svikt fra sine nærmeste omsorgspersoner (Statens helsetilsyn, 2000, s. 46). FN jobber aktivt for å bekjempe kjønnslemlestelse (FN-sambandet, u.å.). FNs bærekraftsmål 5 omhandler blant annet at jenter og kvinner skal kunne bestemme over egen kropp, samt at de ikke skal kunne utsettes for vold (FN-sambandet, 2023).

Penisdefibulering er en kulturell tradisjon i kulturer der infibulasjon er en vanlig praksis (Johansen, 2017). Artikkelen til Johansen (2017) er en studie fra Norge som ser på holdninger til kirurgisk defibulering, som er et mindre smertefullt og risikabelt inngrep tilbudt i Norge. Til tross for at penisdefibulering medbringer helserisikoer og er smertefullt for både kvinnen og mannen, var dette en praksis som flertallet foretrakk, hovedsakelig fordi det var så kulturelt forankret (Johansen, 2017). Dette kan skape en barriere mellom omskårne kvinner og helsepersonell. Magelssen sier at dersom man klarer å tenke utenfor sin egen virkelighet, kan det bli lettere å snakke med hverandre og ikke til hverandre (Magelssen, 2008, s. 20-21). På bakgrunn av dette vil en kunne opptre kultursensitivt i møte med denne pasientgruppen. Videre viste Johansen (2017) til at noen av kvinnene beskrev ekteskapelig defibulering som omtrent en måned med gjentatte penistrykk, noe som resulterte i åpne sår og ekstrem smerte før vaginalt samleie var mulig. Mange omskårne kvinner fremstilte deres første seksuelle omgang som uproblematisk, men når de gikk inn i detalj kom det frem at penisdefibulering var en svært smertefull prosess som kunne ta lang tid. Til tross for dette ble ikke kirurgisk defibulering vurdert (Johansen, 2017).

På den andre siden fant artikkelen til Ahmed et al. (2021) at defibulerte kvinner fikk en endret kjønnsfunksjon. De hadde bredere introitus noe som førte til forbedret vaginalt samleie. Den generelle oppfatningen var at defibuleringen hadde en positiv innvirkning på kvinnen selv. De følte de hadde fått eierskap over egen kropp og seksualitet (Ahmed et al., 2021). Dette sier noe om hvor stor påvirkning både de fysiske og psykiske konsekvensene kjønnslemlestelsen kan ha på kvinnene. Alle utfordringene rundt omskjæringen forsvant ikke bare fordi de var defibulert. De hadde fremdeles smerte og negative opplevelser som

involverte sin seksualitet. Mange kvinner hadde fremdeles intimitetsproblemer som et resultat av dette (Ahmed et al., 2021). Dette viser at til tross for positive utfall av kirurgisk defibulering, hadde fremdeles kvinnene problemer rundt sin seksuelle helse. Derfor bør man som sykepleier klare å sette seg inn i den omskårne kvinnens situasjon. Ved å opptre kultursensitivt, vil man da klare å formidle en følelse av at hun blir respektert, tatt på alvor og forstått (Magelssen, 2008, s. 21).

### 5.1.3 Holdninger til defibulasjon

Ifølge Taraldsen et al. (2021) kan mange omskårne kvinner ha helseplager som kan ha vært til stede fra barne- og ungdomsalder, og som relativt enkelt kan behandles med kirurgisk defibulering. Dette kunne tyde på at det var et manglende behov for behandling hos yngre- og ikke gravide kvinner som er omskåret. Kvinnene manglet kjennskap til tilbudene i poliklinikkene og det var lite sosial aksept for defibulering som ikke var i sammenheng med svangerskap og fødsel (Taraldsen et al., 2021). Dette stemmer også overens med funnene i artikkelen til Ahmed et al. (2021) og Johansen (2017). Ahmed et al. (2021) viste at kulturelle verdier førte til at de defibulerte kvinnene fryktet å bli ekskludert fra sin egen kultur, men samtidig ønsket å bli inkludert i den nye kulturen. Videre fremhevd artikkelen viktigheten av rådgivning og informasjon om defibulering allerede tidlig i ungdomsårene (Ahmed et al., 2021). Johansen (2017) på sin side, understrekte den viktige kulturelle betydningen infibulasjon hadde for virilitet og mannlig seksuell nytelse. Til tross for negative holdninger til denne praksisen, var det stor motgang mot kirurgisk defibulering. Funnene viste også at det var en utbredt oppfatning av at en full defibulering kunne gjøre skjedeåpningen for stor, og da true mannlig seksuell nytelse. Mange kvinner beskrev bekymringer for at de ikke ville oppfylle mennenes seksuelle behov dersom skjedeåpningen ikke var trang nok, og at mennene da ville finne seksuell nytelse andre steder. Dette resulterte i at mange kvinner ble reinfibulert etter fødsel, slik at det ble trangt for mannen under samleie (Johansen, 2017).

Videre understrekte Johansen (2017) viktigheten av å ta opp temaet seksuell helse når man diskuterer behandling for komplikasjoner hos infibulerte kvinner. Forskeren antydte at seksuelle utfordringer som inkluderte idealene rundt kvinners moral og jomfrudom, samt menns virilitet og nytelse, måtte være målbevisst både i medisinsk rådgivning og forebyggende intervensjoner (Johansen, 2017). For å kunne utøve kultursensitiv sykepleie krever det at en deltar gjensidig i en prosess der alle parter åpner seg, lytter, føler og ser etter



likhetene i forskjellene. Rammene rundt må bidra til å skape en atmosfære som består av respekt og trygghet for at en slik prosess skal være mulig. Som den profesjonelle parten i relasjonen har man som sykepleier et spesielt ansvar for å legge til rette for at disse rammene oppstår (Magelssen, 2008 s. 18). Ut ifra dette er det viktig å ha fokus på kultursensitivitet i møte med denne pasientgruppen, og være var for egne holdninger.

Ifølge en rapport fra regjeringen mangler Norge tilbud om psykoseksuell rådgivning til omskårne kvinner (NOU 2023: 5, s. 90). Ut ifra funnene i studiene til Johansen (2017), Ahmed et al. (2021) og Jordal et al. (2022) kan det tenkes at dette er et tilbud kvinnene kunne hatt god nytte av. Rapporten fra regjeringen viste til at omskårne jenter og kvinner var positive til psykoseksuell rådgivning og ville brukt tilbudet om det var tilgjengelig (NOU 2023: 5, s. 90). Dette kan si noe om viktigheten av å ta opp seksuelle helserelaterte problemer med denne pasientgruppen. Johansen (2017) dro frem et eksempel om en helsesykepleier som hadde drevet en rekke diskusjonsgrupper om kjønnslemlestelse for ungdom om seksualitet. Hun hadde ubevisst ikke tatt opp temaene seksuell helse og motivasjon for gjennomføring av kjønnslemlestelse (Johansen, 2017). Som sykepleier er man pliktig til å dele sin faglige innsikt, og slik sett opptre kultursensitivt i dialogen med den andre (Magelssen, 2008, s. 20-21). Johansen påpekte også at de kulturelle verdiene rundt infibulering kunne danne barrierer mellom helsepersonell og omskårne kvinner (Johansen, 2017). For å danne en god relasjon burde man derfor som sykepleier opptre empatisk. Dette kan bidra til å kunne forstå kvinnens indre opplevelse og ytre atferd (Kristoffersen, 2016, s. 33).

## 5.2 Metodediskusjon

Formålet med litteraturstudien var å belyse hvordan man som sykepleier kan opptre kultursensitivt for å kunne ivareta den seksuelle helsen til omskårne kvinner. I utformingen av studien vår opplevde vi at det var utfordrende å finne aktuell forskning om tema. Vi ønsket i utgangspunktet å se på tema fra et norsk perspektiv, men i innledende søk så vi at det var lite forskning på området. Derfor valgte vi å heller ta utgangspunkt i studier fra Norden. Vi fant fire kvalitative studier fra Norden. Disse ble vurdert som aktuelle og overførbare til det norske helsevesenet, og vi er derfor trygge på at forskningen vi har funnet kan relateres til norske sykepleiere. Den femte artikkelen, Zhao (2021), er en systematisk litteraturgjennomgang fra UK og har brukt artikler fra USA, Canada, UK, Australia og Finland. Denne artikkelen tar ikke for seg temaet kvinnelig omskjæring, men ser på språkbarrierer og kulturforskjeller

mellom migranter og helsepersonell rundt temaet seksuell helse. Vi tenker derfor at også denne er overførbart til sykepleiere i Norge, og svarer på problemstillingen vår.

Søkeprosessen foregikk over en lengre periode og det ble i løpet av denne tiden utført et omfattende søk i flere databaser med relevante søkeord. Man kan derfor være trygg på at all aktuell forskning er vurdert. Vi har brukt trunkering og boolske operasjoner med relevante søkeord for å sikre et mer spesifikt søk, og samtidig ikke utelukke relevante artikler. Søket ble gjort både med og uten avgrensning for publiseringsår, for å unngå at relevante artikler ble oversett. De inkluderte artiklene har avgrensning for publiseringsår, nyere enn 2012. Språket i alle de inkluderte artiklene er engelsk, noe som sikret at vi forstod innholdet. Vi valgte hovedsakelig kvalitative studier da dybdeintervjuer gir en tett beskrivelse av temaet. Dette kan ses på som både en styrke og en svakhet. En styrke er at man får gode beskrivelser av erfaringene til kvinnene, mens en svakhet kan være at kvinnene av ulike grunner unnlater å fortelle om sensitive tema i dybdeintervjuene. Videre baserer utvalget av artiklene seg på relevans for problemstillingen og validitet, samt at de er dagsaktuelle.

Vi brukte sjekklister fra Helsebiblioteket for å kritisk vurdere artiklene (Helsebiblioteket, 2016) og samlet styrker og svakheter ved artiklene i et styrkeskjema (vedlegg 4). Vi tok også en etisk vurdering av dem. Alle artiklene har gjort rede for etiske vurderinger unntatt artikkelen til Zhao (2021). Vi valgte likevel å inkludere denne artikkelen, hovedsakelig fordi den var relevant for vår oppgave og alle artikler er anonymiserte, fagfellevurderte artikler fra de siste 15 årene. Det er ikke spesifisert om det er gjort en etisk vurdering av selve forskningsprosjektet, men etter å ha sett gjennom artiklene som er brukt, ser vi at de har blitt vurdert. Alle artiklene er anonymisert, samt at de fleste er vurdert av en etisk komité. Vi konkluderte derfor med at denne studien hadde tatt konsiderasjon i etiske vurderinger. De kvalitative studiene var alle vurdert av en etisk komité, og sikret deltakernes konfidensialitet og personvern. Vi følte at en styrke med studien vår var at vi fikk belyst et tema som det tydelig er mangel på forskning om, og som vi mener det er svært viktig at sykepleier har tilstrekkelig med kunnskap om.

## 6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis

Funnene i de inkluderte artiklene indikerer at det oppstår utfordringer mellom omskårne kvinner og helsepersonell på grunn av ulike kulturforståelser, språkbarrierer og mangel på tolk, spesifikt rundt temaet seksuell helse. Videre kom det frem at helsepersonell hadde manglende kunnskap om tema, noe som kunne bidra til økt stigmatisering og misforståelser. Fire av de inkluderte artiklene var fra Norden, derav en fra Norge. Dette kan indikere at det er mangel på forskning rundt dette tema i Norge, og at det i årene fremover vil være nødvendig med mer forskning på området og hvordan det å ta opp temaet seksuell helse kan implementeres i praksis. Til tross for at Norge har flere tilbud for behandling av komplikasjoner etter kvinnelig omskjæring, og man har lovverk og veiledere som skal bidra til forebygging av praksisen, viser det seg å være et manglende tilbud om psykoseksuell rådgivning til denne pasientgruppen. Dette viser at problemstillingen vår er dagsaktuell, og at helsepersonell bør ha bedre opplæring om både kvinnelig omskjæring og hvordan utøve kultursensitiv sykepleie. Et forslag kan være at undervisning om kvinnelig omskjæring blir implementert i rammeplan for sykepleierutdanningen for å sikre at alle sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap om tema.

Kommunikasjon med den omskårne kvinnen kan ha en stor betydning for relasjonen og hvor mye de åpner seg og forteller om sin kultur. Det vil være viktig at sykepleier har tilstrekkelig med kunnskap om kjønnslemlestelse og hvordan man samtaler med omskårne kvinner om et sensitivt tema som seksuell helse. Kunnskap og evne til empati kan bidra til å fremme helse og velvære hos den omskårne kvinnen. Som sykepleier bør man være bevisst egne holdninger til defibulasjon for å kunne opptre kultursensitivt og klare se likhetene i de store forskjellene. Gjennom en slik gjensidig forståelse kan man også klare å skape et godt menneske-til-menneske-forhold. Som sykepleier bør man møte den omskårne kvinnen med forståelse og respekt, slik at hun kan føle på mestring. Formålet i samtale med kvinnen er at hun skal føle seg trygg og komfortabel. For å sikre god utøving av sykepleie, burde man ha tilstrekkelig med kunnskap om omskjæring og dens påvirkning av kvinnens seksuelle helse, samtidig som man er bevisst på eget kroppsspråk og væremåte. Viktigst av alt er det at sykepleien til disse kvinnene bunnar i en gjensidig kulturforståelse, for å kunne ivareta deres seksuelle helse tilstrekkelig.

## Referanseliste

Ahmed, C. A., Khokar, 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(3). <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100644>

Andreassen, K. K., Dzamarija, M. T. & Slaastad, T. I. (2013, 10. desember). Stort mangfold i lille Norge. I *Statistisk Sentralbyrå*. Hentet 24. mars fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/stort-mangfold-i-lille-norge>

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 and Minority Health*, 14(2), 330-343. <https://doi.org/10.1007/s10903-011-9465-6>

FN-sambandet. (u.å.). *Den internasjonale dagen mot kvinnelig kjønnslemlestelse*. Hentet 16. mars fra <https://www.fn.no/om-fn/fn-dager-kalender/kalender/den-internasjonale-dagen-mot-kvinnelig-kjoennslemlestelse>

FN-sambandet. (2023, 3. februar). *Likestilling mellom kjønnene*. Hentet 16. mars fra <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/likestilling-mellom-kjoennene>

Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov* (3. utg., s. 373-407). Gyldendal Akademisk.

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. Hentet 4. oktober 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 4. oktober 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Helsedirektoratet. (u.å.). *Etniske minoriteter*. Sex og Samfunn.

<https://www.emetodebok.no/kapittel/seksualitet-seksuelle-dysfunksjoner-og-sexologi/ungdom-og-seksualitet/etniske-minoriteter/>

Helsedirektoratet. (2021, 20. oktober). *Seksuell helse* (Sektorrapport om folkehelse 2021).

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sunne-valg/seksuell-helse>

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(25), 1-12.

<https://doi.org/10.1186/s12978-017-0287-4>

Johansen, R. E. B. (2019). Fra tradisjon til overgrep - nye forståelser av kjønnslemlestelse ved migrasjon. I K. Skjorten, E. Bakketeig, M. Bjørnholt & S. Mossige (Red.). *Vold i nære relasjoner - Forståelse, konsekvenser og tiltak* (s. 49-66). Universitetsforlaget.

<https://doi.org/10.18261/9788215032320-2019-03>

Jordal, M. Pafs, J, Wahlberg, A. & Johansen, R. E. B. (2022). "Damaged genitals"- Cut women's perceptions of the effect of female genital cutting on sexual function. A qualitative study from Sweden. *Frontiers in Sociology*, 7(106). <https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.943949>

Kjønnslemlestelsoven. (1995). *Lov om forbud mot kjønnslemlestelse*. (LOV-1995-12-15-74). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1995-12-15-74>

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-80). Gyldendal Akademisk.

Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet: Om å finne likhetene i forskjellene* (2. utg.). Akribe.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (u.å.). *Hvor i verden praktiseres kjønnslemlestelse?* Hentet 14. april 2023 fra

<https://kjonnslemllestelse.nkvts.no/innhold/praktisering-av-kjonnslemllestelse/hvor-i-verden-praktiseres-kjonnslemllestelse/>

NHI. (2020, 24. januar). Kvinnelig omskjæring. I *NHI*. Hentet den 4. oktober 2022 fra <https://nhi.no/kroppen-var/kropp/kvinnelig-omskjaring/?page=3>

Norsk sykepleieforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 5. oktober 2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

NOU 2023: 5. (2023). *Den store forskjellen: Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7e517da84ba045848eb57d4e3d89acc3/no/pdfs/nou202320230005000dddpdfs.pdf>

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Statens helsetilsyn. (2000). *Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring* (IK-2723). [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/veiledningsserien/veiled\\_er\\_helsepersonell\\_omskjaering\\_ik-2723.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/veiledningsserien/veiled_er_helsepersonell_omskjaering_ik-2723.pdf)

Straffeloven. (2005). *Lov om straff*. (LOV-2005-05-20-28). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL\\_2-10#%C2%A7283](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-10#%C2%A7283)

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. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 141(15), 1438-1444. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0509>

Thidemann, I.-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Tolkeloven. (2021). *Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv.* (LOV-2021-06-11-79). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-11-79?q=tolk>

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie.* Gyldendal akademisk.

Universitetet i Agder. (u.å.). *MeSH.* Hentet 4. oktober 2022 fra <http://mesh.uia.no/>

Utne, M. (2009, 8. mars). Omskjering av kvinner i eit norsk helseperspektiv. *Sykepleien*, 91(9), 32-38. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2003.0018>

World Health Organization. (2006). *Sexual health.* WHO. [https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2)

World Health Organization. (2022, 21. januar). *Female genital mutilation.* Hentet 7. oktober 2022 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

Zhao, X. (2021). Challenges and Barriers in Intercultural Communication between Patients with Immigration Backgrounds and Health Professionals: A Systematic Literature Review. *Health Communication*, 38(4), 824-833. <https://doi.org/10.1080/10410236.2021.1980188>

## Vedlegg 1 - PICO

<b>Problemstilling:</b>			
“Hvordan kan kultursensitiv sykepleie bidra til ivaretagelse av seksuell helse hos omskårne kvinner?”			
<b>Hvilken type spørsmål er dette?</b>		<b>Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?</b>	
Erfaringsspørsmål		<b>JA</b>	<b>NEI</b>
<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Pasient/problem	Intervensjon/eksposisjon	Sammenligning	Utfall
Omskårne kvinner	Kommunikasjon		Seksuell helse
Kvinnelig omskjæring	Interkulturell		Seksualitet
Kvinnelig	kommunikasjon		Seksuelt velvære
kjønnslemlestelse	Sykepleie		Seksuell bevissthet
Migrerte kvinner	Kultursensitiv sykepleie		
Migrasjon	Kultur		
Immigrasjon	Kultursensitivitet		
Defibulering	Kulturelt mangfold		
Infibulering	Helsepersonell		
<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Pasient/problem	Intervention	Comparison	Outcome



Female circumcision (s)	Communication		Sexual Health
Circumcision, female	Communication barrier		Sexuality
Infibulation (s)	(s)		Sexual awareness
Female genital mutilation	Intercultural		Sexual wellbeing
FGM	communication		
Female genital cutting	Culture		
Woman circumcision	Cultural sensitivity		
Defibulation	Cultural competence		
Women	Cultural diversity		
Immigration	Cultural awareness		
Immigrant women	Cultural barrier (s)		
	Nursing		
	Nurses attitude		
	Nurse (s) role (s)		
	Nurse-patient relation (s)		
	Healthcare professional		
	(s)		
	Health personnel		

## Vedlegg 2 - Søkehistorikk

Database	Søkeord	Antall treff	Artikkel	Søkedato	Årstall
CINAHL	(MH "Female genital mutilation") OR female genital mutilation OR female circumcision OR female genital cutting OR defibulation AND intercultural communication OR cultural sensitivity OR cultural competence OR nurs* role* OR nurse* attitude* AND sexual awareness OR sexual health OR sexuality OR sexual wellbeing	9	Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland	26.02.23	2011
Pubmed	Defibulation AND women sexual health	12	Defibulated immigrant women's sexual and reproductive health from the perspective of midwives and gynaecologists as primary care providers in Sweden – A phenomenographic study	03.01.23	2021

BMC	Defibulation AND women sexual health	18	Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway	03.01.23	2017
Medline (OVID)	Intercultural communication.mp. OR communication/ OR communication.mp. OR cultural barrier*.mp. AND sexual health/ OR sexual health.mp. OR sexuality/ AND healthcare professionals.mp. OR health personnel/ OR nurse-patient relation*.mp. OR immigration.mp.	150	Challenges and Barriers in Intercultural Communication between Patients with Immigration Backgrounds and Health Professionals: A Systematic Literature Review	06.01.23.	2021

Medline (OVID)	Circumcision, female/ OR female genital cutting.mp. OR fgm.mp. OR defibulation.mp. AND sexual health/ OR sexual health.mp. OR sexuality/ OR sexuality.mp. AND communication/ OR communication barriers/ OR cultural diversity/ OR intercultural communication.mp. OR cultural awareness.mp. OR nurses attitude.mp. OR nurs* role*.mp. OR nurse-patient relations/ OR culture OR cultural sensitivity.mp. OR nursing/	129	"Damaged genitals"-Cut women's perceptions of the effect of female genital cutting on sexual function. A qualitative study from Sweden.	10.02.23	2022
Epistemonikos	female genital mutilation AND culture AND sexual health	342	-	06.11.22	-

### Vedlegg 3 - Litteratormatrise

Forfattere Publiseringsår Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultater og funn
Ahmed, C. A., Khokar, A. T., Erlandsson, K. & Bogren, M. (2021)  Sverige  Sexual & Reproductive Healthcare	Defibulated immigrant women's sexual and reproductive health from the perspective of midwives and gynaecologists as primary care providers in Sweden – A phenomenographic study	Hensikten med studien var å få fram helsepersonells oppfatning av defibulerte innvandrerkvinner seksuelle og reproduktive helse, samt å belyse deres erfaringer med denne pasientgruppen.	Kvalitativ studie	Individuelle intervjuer med 13 omsorgspersoner (6 gynekologer og 7 jordmødre) med minst fem års erfaring med defibulasjon.	Funn fra artikkel tok utgangspunkt i helsepersonells oppfatning av defibulerte kvinner. Endret kjønnsfunksjon: bredere introitus, forbedret vaginalt samleie og lettere urinering og menstruasjon.  Kulturelle verdier førte til frykt for å bli ekskludert fra sin kultur, samtidig som de hadde et ønske om å bli inkludert i den nye kulturen.  Helsepersonell må ha et helhetlig perspektiv når de yter helsehjelp til denne pasientgruppen. Viktig å inkludere rådgivning og informasjon om defibulering allerede i ungdomsårene.

<p>Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W. &amp; Vehviläinen-Julkunen, K. (2011)</p> <p>Finland</p> <p>Journal of Immigrant and Minority Health</p>	<p>Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland</p>	<p>Formålet med studien var å utforske helsepersonells kommunikasjon i møte med somaliske kvinner i Finland. Dette for å forbedre kommunikasjonen og øke den kulturelle bevisstheten rundt pasientgruppen.</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>Intervjuet 25 helsepersonell (10 gynekologer/fødselsleger og 15 sykepleiere/jordmødre). Utvalget ble hentet fra fem ulike familieplanleggings- og mødreklinner i Finland.</p>	<p>Funn viste at leger og gynekologer nesten ikke så noe til somaliske kvinner, da flertallet verken ønsket å snakke om seksuell helse eller var interessert i bruk av prevensjon. Mannlige leger opplevde stor fortvilelse da kvinnene ikke ønsket at de skulle undersøke dem.</p> <p>Sykepleierne hadde ofte bedre kontakt med de somaliske kvinnene, og møtte de i andre sammenhenger, som for eksempel fødsel. Det var viktig for sykepleieren å danne gode relasjoner med kvinnene og å forstå deres kultur og religion.</p> <p>Prevensjon var et sensitivt tema for kvinnene, og de møtte ofte ikke opp til time forbundet med reproduktive helsetjenester.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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	Formålet med studien var å se på holdninger til kirurgisk defibulering blant migranter i Norge. Videre ville den undersøke om kirurgisk defibulering er en akseptert medikalisering av en tradisjonell prosedyre.	Kvalitativ studie	Dybdeintervjuer med 36 kvinner og menn med somalisk eller sudanesisk opprinnelse og med 30 helsepersonell, alle i alderen 18-65 år.	Funnene indikerte at til tross for negative holdninger til infibulasjon, utgjorde dens kulturelle betydning med tanke på virilitet og mannlig seksuell nytelse en barriere for aksept av kirurgisk defibulering. Motstanden mot kirurgisk defibulering fokuserte på to utfordringer: penisdefibulering ble ansett som sentralt for at menn skulle bevise sin maskulinitet og full defibulering ville true med å skape stor skjedeåpning som ble ansett som hindring for mannlig seksuell nytelse.  Studien fremhevet at helsepersonell måtte være bevisst på idealene rundt kvinners moral og jomfrudom, samt menns virilitet og seksuelle nytelse i forebyggende arbeid og medisinsk rådgivning. Den fremhevet også viktigheten av at helsepersonell måtte ta opp seksuelle bekymringer når de diskuterte behandling for komplikasjoner hos infibulerte kvinner.
---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Jordal, M., Påfs, J., Wahlberg, A., Johansen, R. E. B. (2022)	“Damaged genitals”—Cut women's perceptions of the effect of female genital cutting on sexual function. A qualitative study from Sweden	Hensikten med artikkelen var å utforske hvordan omskjæring påvirket den seksuelle helsen til immigrantkvinner i Sverige. Alle deltakerne i studien hadde søkt om rekonstruksjon av klitoris, og man ville se på hvordan den seksuelle funksjonen var før og etter rekonstruksjonen.	Kvalitativ studie	25 kvinner som hadde søkt om klitorisrekonstruksjon ved Karolinska Universitetssykehus takket ja til å delta. Ble totalt utført 44 semistrukturerte intervjuer i perioden 2016-2019. Atten av deltakerne ble intervjuet to ganger: da de fikk tilbud om klitorisrekonstruksjon og ca. ett år etter operasjonen.	Flertallet av kvinnene opplevde at omskjæring hadde en negativ effekt på deres seksuelle funksjon. De trodde hovedsakelig at den fysiske endringen av kjønnsorganet var årsaken til utfordringer i sexlivet og i deres intime relasjoner, men anerkjente også de psykologiske aspektene rundt det. Det var viktig for kvinnene at de fysiske konsekvensene ble anerkjent og ikke bortforklart som en psykologisk utfordring.
---------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<p>Zhao, X. (2021)</p> <p>UK</p> <p>Health</p> <p>Communication</p>	<p>Challenges and Barriers in Intercultural Communication between Patients with Immigration Backgrounds and Health Professionals: A Systematic Literature Review</p>	<p>Formålet med studien var å undersøke utfordringer og perspektiver i interkulturell kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter med immigrasjonsbakgrunn om seksuell helse.</p>	<p>Systematisk litteraturgjennomgang</p>	<p>Det ble totalt funnet 290 artikler, og 11 av dem ble valgt ut som relevante for denne studien. Alle artiklene som ble tatt med var fagfellevurdert.</p>	<p>Funnene viste at utfordringer rundt språk, kjønn og personvern kunne påvirke kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasienter med immigrasjonsbakgrunn. Språkbarrierer og mangel på beherskelse av medisinsk terminologi hindret pasienter med innvandrerbakgrunn i å søke informasjon og behandling. Videre hadde de lav tillit til at tolker og helsepersonell vil holde informasjon om seksuell helse konfidensielt.</p>
---------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Vedlegg 4 – Styrkeskjema

Artikkel	Styrker	Svakheter	Etiske vurderinger
<p>Ahmed, C. A., Khokar, A. T., Erlandsson, K. &amp; Bogren, M. (2021)</p> <p>Sverige</p>	<p>Problemstillingen og hensikten med studien er tydelig beskrevet.</p> <p>Alle deltakerne hadde minst fem års erfaring innen sitt felt.</p> <p>Alle deltakerne var anonymisert for å bevare deres personvern.</p> <p>Etiske vurderinger var gjort rede for.</p>	<p>Forskerne påpeker selv at en potensiell svakhet ved studien er at den bare bygger på helsepersonell sine tanker og erfaringer rundt defibulering, og ikke hvordan det oppleves for kvinnene selv som er defibulert.</p>	<p>Sahlgrenska Academy's ethical board principles, basert på Belmont-rapporten, og Swedish ethics review authority, ble fulgt.</p> <p>Alle deltakerne I studiet var anonymisert for å bevare deres konfidensialitet. Deltakerne kunne trekke seg når som helst uten en grunn. Det ble samlet inn både skriftlig og muntlig samtykke før intervjuet.</p>
<p>Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W. &amp; Vehviläinen-Julkunen, K. (2011)</p> <p>Finland</p>	<p>Problemstillingen og hensikten med studien er tydelig beskrevet.</p> <p>Alle deltakerne hadde minst fem års erfaring innen sitt felt.</p>	<p>Artikkelen fokuserer på somaliske kvinner som bor i Finland, noe som vil si at ikke alle omskårne kvinner er tatt i betraktning. Artikkelen kunne inkludert ett større mangfold, men siden rundt 98% av alle</p>	<p>Det er ikke spesifisert i selve artikkelen om det har blitt gjort en etisk vurdering av en etisk komité, men den sier at helsepersonellet som er valgt ut til å delta i forskningen, er</p>

	<p>Alle deltakerne var anonymisert for å bevare deres personvern.</p> <p>Etiske vurderinger var gjort rede for.</p>	<p>somaliske kvinner er omskårne, kan disse verdiene likevel overføres til studien og vise relevante tall.</p>	<p>plukket ut av de aktuelle byenes medisinsk-etiske komité.</p> <p>Deltakerne ble anonymisert for å bevare deres konfidensialitet.</p>
<p>Johansen, R. E. B. (2017)</p> <p>Norge</p>	<p>Problemstilling og hensikt er tydelig beskrevet.</p> <p>Forskeren har studert kjønnslemlestelse i 20 år og bodd mange år i Afrika, noe som kan føre til en opplevelse av fellesskap.</p> <p>At intervjueren er en utenforstående til fellesskapet kan være en fordel fordi det reduserer frykt for sladder og fordommer.</p> <p>Detaljer om deltakerne ble holdt til et minimum, og personvernet deres ble derfor sikret.</p>	<p>Informantene ble delt inn i to grupper, langtidsboende og nyankomne migranter. De fleste som ble intervjuet hadde en høy utdanning både i hjemlandet og i Norge, noe som kan ha skapt en skjevhet mellom informantene.</p> <p>De som ble rekruttert til å delta i studien kunne blitt gjort bedre rede for (alder, kjønn, om de var nyankommet eller langtidsboende, samt utdanningsnivå).</p> <p>At intervjuerne er utenforstående kan ses som en ulempe med tanke på at det reduserer forståelse av detaljer</p>	<p>The Norwegian Social Science Data Services (NSD) ga etisk godkjenning til denne studien. The Directorate of Integration and Diversity (IMDi) ga godkjenning til å inkludere kvoteflyktingene i denne studien.</p> <p>For å sikre personvernet til informantene i studien, ble detaljer om dem holdt til et minimum. Alle måtte gi et informert samtykke for å delta, og dette ble gjort på aktuelt språk.</p>

	<p>Alle måtte gi et informert samtykke for å delta noe som ble gjort på aktuelt språk, samt at studien er vurdert av en etisk komité.</p>	<p>grunnet språkbarriere og mangel på felles erfaringer.</p>	
<p>Jordal, M., Påfs, J., Wahlberg, A., Johansen, R. E. B. (2022)</p> <p>Sverige</p>	<p>Problemstillingen og hensikten er beskrevet.</p> <p>Detaljer om deltakerne ble holdt til et minimum for å sikre personvern og konfidensialitet, samt at det ble brukt pseudonymer. Deltakelsen var frivillig og man kunne trekke seg når som helst uten forklaring, samt unnlate å svare på ubehagelige spørsmål.</p> <p>Intervjuene ble utført i deltakerens hjem, i et privat rom på sykehusets område, eller på en kafé eller et bibliotek. Dette kan bidra til at</p>	<p>Alle intervjuobjektene ble spurt om deres synspunkt på sammenhengen mellom kjønnslemlestelse og deres seksuelle funksjon. Noen unngikk temaet eller snakket generelt, mens noen inkluderte mange personlige erfaringer. Dette kan ha bidratt til utelatte detaljer.</p> <p>Trettiåtte av intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt, mens seks over telefon, noe som kan ha ført til at informasjon ble utelatt.</p> <p>Intervjueren var en hvit, ukuttet kvinne, noe som kan ha ført til at</p>	<p>Studien var godkjent av Regional Ethical Review Board i Stockholm.</p> <p>For å sikre alle deltakernes personvern og konfidensialitet, ble detaljer om dem holdt til et minimum, samt at ble brukt pseudonymer.</p>

	<p>kvinnene var mer komfortable med å dele sensitiv informasjon.</p> <p>Studien er godkjent av en etisk komité.</p>	<p>deltakerne kan ha kjent på manglende felles erfaringer.</p>	
<p>Zhao, X. (2021)</p> <p>UK</p>	<p>Hensikten, problemstillingen og framgangsmåten for søket de har utført er godt beskrevet.</p> <p>Alle artikler er anonymisert og fagfellevurdert.</p>	<p>Studien er basert på et lite antall artikler der fokuset ligger på narrative data. Til tross for denne begrensningen, bidrar studien til at en vi får en forståelse av utfordringene rundt interkulturell kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter med immigrasjonsbakgrunn.</p>	<p>Alle artikler brukt i denne systematiske litteraturgjennomgangen er anonymiserte, fagfellevurderte artikler fra de siste 15 årene. Det er ikke spesifisert om det er gjort en etisk vurdering av selve forskningsprosjektet, men vi ser at alle artiklene er anonymisert, samt at de fleste er vurdert av en etisk komité. Vi konkluderte derfor med at denne studien hadde tatt konsiderasjon i etiske vurderinger, og var derfor relevant å bruke.</p>