



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for Folkehelse

Sumaya Yusuf Sharif og Anisa Ismail Mahamed

Veileder: Liv Bekkeli

Bacheloroppgave i sykepleie

Møtet mellom sykepleier og omskåret kvinne

The meeting between the nurse and circumcised woman

Antall ord: 12085

BASY 2013 / 4BACH

2016

11.januar - 4.mars

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Sammendrag

Tittel: Møtet mellom sykepleier og omskåret kvinne, The meeting between the nurse and circumcised woman

Bakgrunn: Norge blir mer og mer flerkulturelt land og da vil sykepleiere i ulike institusjoner mest sannsynligvis møte omskjæret kvinner. I møte med denne pasient gruppen krever det kunnskap om temaet. Det har kommet fram i flere studier at det er lite kunnskap om dette temaet i norsk helsevesen, noe vi selv har erfart.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan ivareta kvinner som er omskåret gjennom kommunikasjon, i tillegg vil vi fremheve sykepleie rollen i møte med denne pasientgruppen.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleieren gjennom kommunikasjon ivareta kvinner som er omskåret?

Metode: Oppgaven er basert en litteraturstudium som er bygd på pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Den basert på hovedsakelig 4-kvalitativ forskningsartikler.

Sammendrag: Det viktigste er å øke kunnskap blant sykepleier og andre helsepersonell, ikke bare om kjønnslemlestelse, årsak og konsekvenser men også kunnskap om kulturell bakgrunn og kommunikasjon. Vi synes at det er også behov for gode metoder for hvordan helsepersonell kan øke kunnskap blant omskårne kvinner fordi dette vil kunne hjelpe til å oppnå forståelse og god relasjon. Dette vil også gjøre lettere å gi god sykepleie til kjønnslemlestet kvinner. I møte med omskårne kvinner er det viktig å fokusere på å bygge relasjon basert tillit. Her er også respekt og ydmykhet for deres kultur, siden denne sikken er for det meste av kultur, tradisjon og religion.

Nøkkelord: Kjønnslemlestelse, Sykepleier, Kvinner, Kommunikasjon

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
1. INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING	6
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	7
1.3 AVGRENSNING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING	7
1.4 OPPGAVENS HENSIKT	8
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING	8
1.6 BEGREPSFORKLARING	8
2. METODE.....	10
2.1 VALG AV LITTERATUR	10
2.2 SØKEHISTORIKK.....	11
2.3 KILDEKRITIKK	12
2.4 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKKELER.....	13
2.4.1 « <i>The role of nurses in tackling female genital mutilation</i> »	14
2.4.2 « <i>Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands</i> »	14
2.4.3 « <i>Meaning-making of female genital cutting: children's perception and acquired knowledge of the ritual</i> ».....	15
2.4.4 « <i>Female Genital Cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences</i> »	15
3. TEORETISK REFERANSERAMME.....	17
3.1 SYKEPLEIETEORI	17
3.1.1 <i>Mellommenneskelig forhold i sykepleie</i>	17
3.2 KJØNNSLEMLESTELSE	19
3.3 KOMMUNIKASJON.....	22
3.3.1 <i>Interkulturell kommunikasjon</i>	23
4. DRØFTING	25
4.1 DET INNLEDENDE MØTET.....	25
4.2 FRAMVEKST AV IDENTITETER	29
4.3 EMPATI OG SYMPATI	34
4.4 GJENSIDIG FORSTÅELSE OG KONTAKT	35
5. KONKLUSJON	37

LITTERATURLISTE:	39
VEDLEGG 1: PICO-SKJEMA	42
VEDLEGG 2: SØKEHISTORIKK	43

1. Innledning

Det å møte mennesker i en vanskelig fase i livet er en del av sykepleiers arbeid. Pasient rollen gjør at mennesker blir sårbare, de er i en posisjon av å være den trengende parten. Sykepleierens rolle er å ivareta pasientens behov fra det fysiologiske til det psykologiske, i det som ligger i sykepleierens kompetansefelt. I følge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer er respekt, retten til å ikke bli krenket, ivareta pasientens integritet, være barmhjertelig og gi god omsorg grunnlag for alle sykepleie (Kristoffersen, 2011). Dette betyr også at sykepleiere har ansvar for kvinner som er omskåret.

Kjønnslemlestelse er et globalt fenomen, det er omlag 40 land som praktiserer omskjæring av kvinner. Det antas at mellom 100 og 140 millioner kvinner er omskåret, det tilsvarer omtrent 5% av verdens kvinner. Dette er grovt tall og det har engasjert flere store organisasjoner som blant annet World Health Organization (WHO), FN og UNICEF. Det har blitt satt inn tiltak for å forbygge at dette skjer (Tale 2010).

Magelssen (2008) skriver at Norge blir stadig mer flerkulturelt samfunn. Immigrantene som kommer til Norge kommer fra ulike deler av verden som blant annet Afrika og Asia. Disse menneskene har gjort Norge til sitt nye hjemland. Dette fører til at mennesker fra ulike etnisiteter vil ha behov for helsehjelp fra norsk helsevesen. De ulike gruppene har forskjellige tanker og behov som kan føre til andre forventninger enn det norske helsevesen er vant til å møte. Forskjellen mellom religion, kulturell bakgrunn og oppdragelse er noe av årsakene som kan bidra til nye forventninger og behov som norske helsearbeidere kan stå ovenfor (Hanssen, 2005)

Blant disse innvandrerpasienter kan det være omskårne kvinner som vil trenge hjelp til helseplager. Sykepleieren kan møte omskårne kvinner på forskjellige helseinstitusjoner som for eksempel sykehus. I følge Magelssen (2008) er det kompetansehull blant norske sykepleiere når det gjelder kjønnslemlestelse. For å ivareta denne pasientgruppen er det viktig at sykepleieren styrker deres kulturell kompetanse og relasjonsbygging.

Litteraturen man finner om kjønnslemlestelse er hovedsakelig til leger, jordmødre, helsesøstre og lærere roller i denne problematikken. Disse er ulike fagområder som er sett som de viktigste fag områdene for forbyggende arbeid mot kjønnslemlestelse (Johansen, Barre, Sundby, Vangen, 2004).

Vi fokusere ikke på hvordan sykepleien skal forbygge kjønnslemlestelse. De siste 10 årene har innvandringen fra land som praktiserer denne skikken steget. Det er viktig at sykepleieren kan bidra til å øke sin kunnskap om omskjæring for å ivareta kvinner som er omskåret i helsevesenet. Sykepleier kan møte denne pasientgruppen på forskjellige offentlig intuisjoner som sykehus, helsestasjon, hjemmebasert og asylmottak (Talle, 2010).

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Lov om forbud mot kjønnsbestemmelse ble vedtatt i 1995 (lov 15. desember 1995 nr 74.). Selv om denne skikken er forbudt i Norge er det kjente tilfeller der foreldre med innvandrerbakgrunn tar deres døtre utenfor Norge for å bli omskåret. Dette har kommet fram i media gjennom årene (Liden, Bentzen, 2008).

Det er mest afrikanske land som er kjent for kjønnslemlestelse. Det er seks land som er mest kjent for denne praksisen, Somalia, Etiopia, Eritrea, Sudan, Gambia og Sierra Leone. Mennesker fra Somalia er den største gruppen i Norge som praktiserer omskjæring av jenter. I følge WHO er 98% av somaliske kvinner omskåret. Det er mange innvandrere i Norge fra Somalia (Foss, 2010).

Vi er sykepleierstudenter som kjenner til dette temaet fordi vi har kvinnelige familie medlemmer som er omskåret. Vi valgte dette temaet fordi vi mener at det ikke legges nok vekt på kjønnslemlestelse i sykepleieutdanningen. Vi har ved flere anledninger hatt muligheten til å snakke med kvinner som er omskåret om deres møtte med norsk helsevesen. Disse kvinnene forteller at de sjelden har møtt sykepleiere som har god innsikt i kvinnes problematikk, sammenlignet med andre helsepersonell med videre utdanning som jordmødre og helsesøster. Vi har snakket med medstudenter som blir fremtidige sykepleiere. De forteller at de har lite eller ingen kunnskap om kjønnslemlestelse og har ingen erfaring utenom de timene vi har hatt på skolen. Ettersom vi er sykepleiestudenter fra kultur som praktiserer omskjæring av kvinner vil vi benytte denne oppgaven for å belyse sykepleieroppgaven i møte med denne pasientgruppen.

Før og under sykepleieutdanningen har vi jobbet som tolker og har erfaring om kommunikasjon mellom sykepleier og kvinner som er omskåret. Vår opplevelse av situasjonen er at sykepleien ikke er trent til slike samtaler og det kan bli vanskelig å skape en god relasjon

slik at kvinnen kan føle seg trygg. Dette fører til at kvinner som er omskåret går til forsvar og er ikke åpen for dialog. Vi mener at grunnen til den dårlige kommunikasjonen kan skyldes sykepleierens usikkerhet rundt kjønnslemlestelse og hvordan hun kan formulere seg for å bli forstått. Vi kjenner til den somaliske og den norske kulturen og kan å forstå begge perspektivene. Derfor har vi valgt møtet mellom sykepleier og pasienten som omskjæret kvinne.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon ivareta kvinner som er omskåret?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Vi valgt å fokusere på som er omskåret kvinner over 20år med innvandrers bakgrunn, innlagt på gynekologisk avdeling. I oppgaven benytter vi som eksempel, somaliske kvinner. Dette har vi gjort fordi somaliere er den fjerde største minoritets gruppen i Norge. I følge WHO (2008) er 98 % av somaliske kvinner omskåret. Derfor er det sannsynlig at sykepleiere vil møte en omskåret kvinne fra Somali enn andre minoritets grupper som også praktiserer skikken.

I oppgaven vil vi ta for seg sykepleierens rolle og funksjon i møte med kvinnen som er kjønnslemlestet. Videre skal vi fokusere på hvordan sykepleier gjennom kommunikasjon kan ivareta kvinner som er omskåret. Sykepleieren trenger kunnskap om omskjæring fordi denne pasientgruppen trenger omsorg, veiledning, informasjon og tilnærming.

Det kommer frem i Utnes (2003) artikkel «Omskjæring av kvinner i eit norsk helseperspektiv» at kunnskap om kjønnslemlestelse av kvinner i Norge er begrenset. Det er lite norsk litteratur om denne problematikken og i tillegg er det lite som er rettet mot sykepleierrollen.

Vi vil fokusere på å beskrive det møte mellom sykepleier og den omskårede kvinnen med annen kultur bakgrunn, og hvordan sykepleieren kan ivareta pasientens behov. Videre vil vi bidra å belyse til hvordan sykepleiere kan å få økt kunnskap om kjønnslemlestelse.

1.4 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan ivareta kvinner som er omskåret gjennom kommunikasjon, i tillegg vil vi fremheve sykepleie rollen i møte med denne pasientgruppen.

Målet med denne oppgaven er at sykepleieren har kunnskap om dette temaet sånn at de kan ivareta og gi god sykepleie til kvinnene som er utsatt for kjønnslemlestelse. Annet formål er at andre helsepersonell kan ta i bruk denne emnet og lære mer om kjønnslemlestelse. Med denne kunnskapen kan man møte omskjæret kvinner med økt forståelse.

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er delt inn i fem kapitler. I den første kapittel har vi innledning, Videre begrunner vi valg av tema, problemstilling, avgrensing, hensikt og disposisjon. I kapittel 2 handler det om metode, valg av litteratur, søkehistorikk, kildekritikk og funn av forskningsartikler. Teorien kommer inn i kapittel 3, der vi skriver om sykepleieteori, kjønnslemlestelse, årsak og konsekvensene av det. Videre vil vi ta med kommunikasjon, i dette kapitelet. I kapittel 4 skal vi drøfte hvordan sykepleier kan ivareta omskåret kvinner gjennom kommunikasjon og skape en god relasjonen med pasient gruppen. Her skal vi svare på problemstillingen og knytte det til relevant forskningen og litteraturen vi har i teori delen. Konklusjonen av oppgaven vil man finne i kapittel 5 der vi oppsummerer det vi har kommet frem til. Tilslutt er det Litteraturliste og 2 vedlegg som PICO-skjema og søkehistorikk.

1.6 Begrepsforklaring

I denne delen vil vi gi en kort gjennomgang av de sentrale begrepene i oppgaven.

Kjønnslemlestelse: Vi bruker disse begrepene som kjønnslemlestelse, omskåret, omskjæret, praksisen, skikken om hverandre i oppgaven for å beskriv kvinnelig omskjæring. Ordet kjønnslemlestelse tydeliggjør at dette er et alvorligheten av overgrepet mot jenter/kvinner. I flere fag og forskningsartikler blir dette begrepet brukt isteden for omskjæring av kvinner og verdens helse organisasjon (2008) bruker dette begrepet. Handlingsplanen mot

kjønnslemlesting i Norge bruker også dette begrepet på engelsk blir er det kalt (Female genital mutilation, FGM).

Kommunikasjon: Kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr gjøre noe felles. Definisjon av dette begrepet er veksling av meningsfylt tegn og signaler mellom to eller flere parter. Det å formidle sine tanker ved hjelp av ord og handlinger eller kombinasjon av begge er en måte å kommunisere. (Eide & Eide 2010)

Sykepleier: Vi mener sykepleier uten videre utdanning.

2. Metode

I dette kapitlet beskriver vi hva slags metode vi benytter for å svare på problemstillingen. Metode er et verktøy for å finne svar eller løsninger på problemstilling (Dalland, 2012). Vi vil videre gjøre rede for valg av metode og litteratur. Vi vil også legge fram søkehistorikk til de forskjellige* artiklene. Tilslutt vil vi ta for oss kildekritikk. Sitatet under er fra den anerkjente sosiologen Vilhelm Aubert som blir ofte brukt til å definere hva metode er (ibid).

"En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med arsenalet av metoder"(Dalland, 2012, s.111)

2.1 Valg av litteratur

Metoden vi har valgt belyser vår problemstilling på en faglig måte. I følge Dalland (2012) vil en bestemt metode hjelpe oss til å samle data og informasjon vi trenger til det vi skal undersøke.

Vi har litteraturstudium som metode. Denne metoden går ut på å skrive en oppgave ved hjelp av eksisterende dokumenter som litteratur, bøker, fag og forskningsartikler. Vi benytter kvalitativstudie i oppgaven. Denne formen for studie måler ikke i tall, men fanger meninger og opplevelse hos individet (Dalland,2012).

Vi ser etter artikler som inneholder undersøkelser der mennesker blir intervjuet og at både kvinnen som er berørt og helsepersonells mening og opplevelse kommer frem. Vi tar i bruk både primærlitteratur og sekundærlitteratur. Primærlitteratur er litteratur der forfatteren presenterer gitt eget arbeid. Den har blitt analysert og vurdert av den første forfatteren, med andre ord den er original litteratur. Sekundærlitteratur er fortolkning og kritisk analyse av det som allerede er presentert som primærlitteraturen (Dalland, 2012).

2.2 Søkehistorikk

For å finne relevant fag og forskningsartikler brukte vi noe av databasene som høyskolen har anbefalt, Cinahl, Medline, PubMed, Google scholar og SveMed. Søkeorden vi bruke var både på engelsk og norsk. Søkeordene var *nurse, care, female genital mutilation (FGM), culture, female circumcision, sykepleier, omsorg, kommunikasjon*.

Vi skal bruke PICO-skjema for å strukturere problemstillingen vår og til å finne gode og relevante søkeord. PICO-skjema finner man som vedlegg på slutten av oppgaven. I tillegg har vi laget eget skjema for søkehistorikk som vedlegg nr2.

Denne artikkelen med tittelen «The role of nurses tackling female genital mutilation» fant vi databasen Cinahl. Den er skrevet av McCrae & Mayer og er fra 2014. Denne artikkelen er på engelsk. Vi søkte med søke ordet female genital mutilation og fikk 698 artikler. Deretter avgrenset vi år utgivelsen fra 2010 til 2016 og fikk 316 artikkel. Vi la til en søke ordet nurse og fikk 48 artikler. Deretter la vi til ekstra søkeord som er role, resultat gikk fra 48 til 20 artikler og vi fant denne forskning på 3 rad.

Artikkelen «Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands» skrevet av Vloeberghs, kwaak, knipscheer, vanden Muijsenbergh i 2012 fant vi på databasen Cinahl. Vi brukte engelske søke ord som circumcision og female og fikk 2066 treff. Vi avgrenset utgivelses årene til 10 års grensen, vi søkte etter artikler fra år 2006 til 2016. Dette førte til at vi fikk treff på 1460, deretter la til søke ordet migrants og fikk 18 treff. Artikkelen vi brukte var på tredje rad.

Tredje forsknings artikkelen «Meaning-making of female genital cutting: children's perception and acquired knowledge of the ritual» skrevet av Håkon Schultz, Inger-Lise Lien i 2013 fant vi på databasen pubmed. Vi kombinerte disse tre søke ordene female, genital, cutting og fikk 430 treff på nettsiden. Videre la vi til søke ordet immigrants og fikk reduserte treffet fra 430 til 18 treff. Denne artikkelen var på nr 7 i rekken.

Den fjerde artikkelen fant vi på PudMed. Den heter «Female Genital Cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences» fra 2014, skrevet av Vissandjee B, Denetto S, Migliardi P, Proctor J. Vi brukte søke ordene female genital multilation og fikk 2858 treff på PubMed, vi la til søke ordet culture

og redusert treffsøket ned til 1314 treff. Videre la vi til ordet sensitivity og fikk 17 treff og artikkelen vi valgte å bruke i oppgaven er nummer 1 på rekken av artikler.

I tillegg til disse forskningsartiklene har vi to norsk artikler som er basert på forskning som vi skal bruke i drøftingen. Den ene er artikkelen ” Bare et lite snitt” publisert i tidsskrift for den norske legeforening (2004), Selv om denne artikkel er 12 år gammel, synes vi den er fortsatt relevant i forholdet til emnet. Den andre artikkelen vant vi på sykepleieren.no og den er skrevet av Utne (2003). Den heter ”Omskjæring av kvinner i eit norsk helseperspektiv”.

2.3 Kildekritikk

For å kunne kritisere en kilde må man først tilegne seg kunnskap om det en skriver om, som i dette tilfelle er kjønnglemløstelse. Dalland (2012) skriver at kildekritikk er metode der man vurderer og kritiserer litteraturen man bruker i oppgaven. Denne metoden er viktig for å finne ut om litteraturen vi bruker er sann og kan brukes i oppgaven.

I oppgaven har vi benyttet oss av aktuell pensumlitteratur, som grunnleggende sykepleie, kommunikasjon og sykepleie og etikk. Vi har selvvalgt litteratur som er relatert til temaet, omskjæring av kvinner. Vi har vurdert om pensumbøkene er relevant til vår problemstilling. For å vurdere forskningslitteraturen i oppgaven har vi sett om det er relevant, tidsaktualitet, vitenskapelig holdbarhet og redelighet

Selvvalgt litteratur har vi funnet ved høyskolens bibliotek. Vi skal være kritisk til hvem forfatteren er, hvor gammel litteraturen er og hvilken utdanning forfatteren har. Vi har sett og vurdert forfatteren bakgrunn til de selvvalgte litteratur.

En av bøkene vi har valgt er skrevet av Aud Tale som er professor i sosialantropologi ved universitetet i Oslo. Denne forfatteren har skrevet artikler og bøker om kvinnelig omskjæring (Tale, 2010).

De fire hoved forskningen som vi bruker i oppgaven er skrevet på engelsk, for å sikre oss riktig forståelse av forskningen tok vi i bruk flere metoder. Dette var utfordrende, vi har vært kritisk til oversetningen og brukte norsk og engelsk ord bok. Vi har forhørt oss med hverandre om hvordan vi har fotstått forskningen. Vi har også brukt våre medstudenter til å lese forskningen og gi oss deres forståelse av forskningen. Dette gjorde oppgaven mer tidskrevende.

2.4 Presentasjon av forskningsartikler

Nedenfor vil vi presentere funn på fem forskjellige forskningsartikler som vi har funnet og videre beskriver vi oppsummering av disse artiklene. Det vil gi oss grunnlaget for drøftingen av problemstillingen. Noen av artiklene var på engelsk, 3 av forskning artiklene var på engelsk og 1 på norsk.

Det var en utfordring å finne norsk forskning fordi dette temaet lite forsket på. Vi tror at det er på grunn av at det ikke kjent og utbredd problem i Norge. Artiklene er omtrent 10-15 år gamle. Hovedsakelig fokuserte artiklene på utdanning, lærenesrolle, legen og jordmødre. Men sykepleie forskning var begrenset og vi måtte gjør mange søk og vi bestilte artikler fra andre bibliotek.

Utne (2003) artikkel ”Omskjæring av kvinner i eit norsk helseperspektiv” handler om hvordan norsk helsevesen ser på omskjæring av kvinner og hvor mye kunnskap det er i dette feltet. Videre skriver Utne at viktigheten av å tilegne seg kunnskap om kjønnslemlest blant norsk helsevesenet. Det kommer frem at det er lite undervisning i sykepleierutdanningen om kvinnelig omskjæring. Utne mener at det er vanskelig å gi omskåret kvinner god sykepleie uten kunnskap om kjønnslemlestelse. Kunnskap om kjønnslemlestelse vil hjelpe sykepleieren å bearbeide sine egne holdninger til skikken og opptre profesjonelt i møte med berørte kvinner.

Denne artikkelen ” Bare et lite snitt” er skrevet Johansen, Barre, Sundby, Vangen, (2004) publisert i tidsskrift for den norske legeförening og er fra 2004, Selv om denne artikkel er 12 år gammel, er den fortsatt relevant i forholdet til emnet. I artikkelen går de ut ifra de berørte kvinnenes synspunkt på møte med norsk helsevesen. En del av disse kvinnene forteller at de opplever at norske helsepersonell er usikre og dømmende og ofte føler de seg som en belastning. I artikkelen kommer det frem at det er en utfordring for norsk helsepersonell å møte disse kvinnene med åpenhet fordi de kan se på dette som en skikk som er meningsløs og barbarisk og i tillegg er dette forbudt og straffbart. Videre i artikkelen står det at omskjæring av kvinner er et helse problem som krever kunnskap om komplikasjoner og behandling.

2.4.1 « The role of nurses in tackling female genital mutilation »

(McCrae, Mayer, 2014)

«The role of nurses in tackling female genital mutilation» er en britisk forskning publisert i International Journal of Nursing Studies i 2014. Denne artikkelen får frem hvor viktig det er for sykepleier å ta del i bekjempingen av kjønnslemlestelse. Det kommer også frem at det holder ikke bare med loven når det kommer til å bekjempingen av kvinnelig omskjæring og viser til hvor viktig det er med omsorg og det å bygge god relasjon. Videre står det i artikkelen om hvor viktig det er med kunnskap om kjønnslemlestelse og hvordan sykepleier kan gi omsorg til denne pasientgruppen. I følge artikkelen deles omsorg i flere retninger, den psykologiske omsorgen, den fysiologiske, men det er også viktig å kunne den kulturelle omsorgen. Denne forskning tar sted i England. Landet har utviklet med tiden blitt et multikulturelt samfunn. Derfor mener forfatteren at det er viktig å ha kunnskap om kultur. I artikkelen blir det påpekt at sykepleier må prioritere sikkerhet ovenfor kulturell sensitivitet. Slik som vi har forstått artikkelen menes det at sykepleieren må ikke være for opptatt med kultur slik at sykepleieren ikke kan utføre jobben sin profesjonelt. Helsepersonell blir utfordret til å trene seg på hvordan man kan ta opp slik sensitiv tema som kjønnslemlestelse uten å bli sett som dømmende.

2.4.2 « Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands »

(Vloeberghs, Kwaak, Knipscheer, Van den Muijsenbergh, 2012).

Artikkel ” Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands” utforsker den psykososiale og aktuelle problemene hos de afrikanske innvandrere kvinner i Nederland, som har gjennomgått kjønnslemlesting.

Studiet tar for seg syn og meninger på forhold mellom de problemene man opplever og deres kjønnslemlestelse. Den beskriver om hvordan disse kvinnene ivaretar sine helseplager i etterkant. Det var 66 kvinner fra forskjellige nasjoner som Somali, Sudan, Eritrea, Etiopia, Seira Leone i Nederland som deltok i denne studie og fortalte om deres liv lang effekt av kjønnslemlesting, psykiske og psykososiale problemer. Det kom fram i artikkelen at bare en av kvinnene var stolt av å ha gjennomgått kjønnslemlesting og de fleste andre skammet seg

over dette. Disse kvinne skiftet mening og syn på kjønnslemlestelse etter de hadde kommet til Nederland, de er mer bevisst på de negative konsekvensene av kvinnelig omskjæring. Mange av kvinnene skammet seg over å bli undersøkt og prøver å unngå å få hjelp til dette.

2.4.3 « Meaning-making of female genital cutting: children's perception and acquired knowledge of the ritual »

(Håkon Schultz, Inger-Lise Lien, 2013)

« Meaning-making of female genital cutting: children's perception and acquired knowledge of the ritual » er en norsk studie gjort av Jon-Håkon Schultz og Inger-Lise Lien ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i 2012. Jon-Håkon Schultz og Inger-Lise Lien er forskere ved NKVTS og er kjent for å ha gitt ut en rekke bøker om ungdom og rus og gjengproblematikk.

Denne studiet får frem de kulturelle aspekt på hvordan kvinnen som er omskåret tenker. Det viser også hvordan det å leve i et samfunn som praksiser kjønnslemlestelse kan føre til at jenter selv spør om å bli omskåret, for å unngå å bli ydmyket og mobbet på skolen. Hvordan kvinner hovedsakelig står bak omskjæring og at kjønnslemlestelse er kvinnens sak og det er hovedsakelig kvinnen som fører denne tradisjonen videre til neste generasjon. Artikkelen får frem hvor lite kritisk refleksjon det er i et samfunn som praktiserer omskjæring av kvinner om praktisen. Videre kommer det frem hvor naturlig det er for mennesker fra slik bakgrunn. Det var 18 kvinner som deltok i studiet og de var hovedsakelig fra Somali eller Gambia.

2.4.4 «Female Genital Cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences»

(Vissandjee B, Denetto S, Migliardi P, Proctor J, 2014).

I artikkelen av Vissandjee mfl (2014) belyser de etiske og kulturelle spørsmålene som er knyttet til kjønnslemlestelse og virkningen det har for noen av kvinnene som har gjennomgått omskjæring. I mange afrikanske og asiatiske kulturer er denne praksisen normen men i vestlig samfunn regnes det som barbarisk og ulovlig. De miljøene som praktiserer denne skikken gjør ikke ut av ondskap men av noe godt og positivt derfor vil stigmatisering vil bringe

ut motstand fra de samfunnene som praktiserer kjønnslemlestelse. Det er viktig å utdanne samfunnene som omskjærer kvinner for å forebygge for at dette skjer.

3. Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet skal vi presentere teorien som er relevant for å belyse problemstillingen. Først skal vi ta for oss sykepleieteoretiker Joyce Travelbee og hennes syn på sykepleier og pasient forhold. Videre presentere vi ulike typer for kvinnelig kjønnslemlestelse og konsekvenser. Vi tar også med kultur og tradisjon som et årsak for omskjæring av kvinner. I slutten av teori kapitlet skriver vi om kommunikasjon og interkulturell kommunikasjon.

3.1 Sykepleieteori

Vi har valgt sykepleieteorien til Joyce Travelbee fordi hun legger stor vekt på det mellommenneskelige. Teori hennes fokuserer på hvert menneske som individ og menneske til menneske forhold. Hun mener at man skal ikke kategorisere pasienten som den syke og hjelpe trengende. Ved å fokusere på det mellommenneskelige vil sykepleien kunne hjelpe pasienten med å mestre, finne mening og forebygge lidelser (Kristoffersen, 2011). Travelbee I denne oppgaven bruker vi sykepleier og pasient rolle for å skille mellom disse to menneskene og fordi vi mener at det er lettere for sykepleieren og pasienten å forholde seg til hverandre.

3.1.1 Mellommenneskelig forhold i sykepleie

Sykepleier teoretikeren Joyce Travelbee er kjent til å ta avstand fra generalisering. Hun liker ikke at mennesker kommuniser eller samspiller med hverandre gjennom roller som for eksempel sykepleier og pasientrollen. Hun mener at det å samspille gjennom roller tar vekk menneske til menneske forholdet. Travelbee (2001) har blitt inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi og mener det å ha roller dekker over de spesielle trekkene og kjennetegn individet har. Det møtet mellom sykepleier og pasienter kaller hun interaksjonsprosess. (ibid)

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene” (Travelbee 2001:29).

For å skape et godt forhold mellom mennesker har Travelbee laget forskjellige faser for å etablere menneske til menneske forhold. Vi bruker sykepleier og pasient for å skille mellom disse menneskene.

Den første fasen er det *innledende møte*, sykepleieren og pasienten kjenner ikke hverandre. Man vurderer hverandre ut ifra observasjoner ut ifra væremåte, handlinger og språk. Å lære seg å kjenne pasienten som et menneske og ikke danne en mening ut ifra observasjoner er viktig som sykepleier mener Travelbee. (2001)

I den andre fasen er det *framveksten av identiteter*, der sykepleieren begynner å forstå pasienten bedre og pasienten forstår sykepleieren. Det blir gjensidig forståelse mellom pasienten og sykepleien.

Empati er den tredje fasen i etablering av menneske til menneske forhold. Travelbee definerer empati som «evnen til å trenge inn i eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da». Empati er en intellektuell prosess som er uavhengig om man liker vedkommende. Det er ikke alle man kan ha empati for, for at mennesker skal ha empati trenges det forståelse av situasjonen og at de har egne erfaring de kan knytte situasjonen til. I dette tilfelle er ikke sykepleieren omskåret selv og vet ikke hvordan det føles slik som den omskåret pasienten. Sykepleieren kan forstå smerten pasienten kan ha gjennomgått, fordi smerte er universelt. Alle mennesker har opplevd smerter på forskjellige nivåer i livet sitt. Derfor mener Travelbee at det er ikke mulig for sykepleie å ha empati for alle pasientene hun møter. Når en har empati for et annen menneske skapes det bånd av nærhet. Opplevs av nærhet fører til at man lettere åpner seg, blir personlig og har tillit for vedkommende. Dette setter mennesket i et sårbar posisjon. I en profesjonell sammenheng blir sykepleie forpliktet til å holde seg profesjonell. (Kristoffersen, 2011)

Den nest siste fasen er *sympati og medfølelse som er et resultat av empati*. I følge Travelbee er sympati avhengig av handling og ønske for pasienten basert på den innsikten sykepleieren har av pasientsituasjon. Sympati handler om å være engasjert og bry seg om hvordan pasienten har det. Ved å vise sympati ovenfor deler av vanskeligheten og fortvilelsen pasienten går gjennom vil det det lette på byrden pasienten kan føle. Da vil pasienten ikke føle seg alene i vanskeligheten. Sykepleiers sympati kan virke inn på pasienten mestringssevne og påvirke vedkommende fysisk og psykisk. (Kristoffersen, 2011)

Den siste fasen er *gjensidig forståelse og kontakt*. Når Sykepleieren og pasienten har gjennomgått alle fasen som er nevnt tidligere, *innledende møtet, framvekst av identiteter, empati og sympati* kan denne fasen oppleves denne fasen.

Travelbee har laget fem punkter som sykepleie kan gjøre å for møte behovene pasienten har på best mulig måte. Her kan sykepleieren bruke sin fagkunnskap og innsikt for finne sykepleiebehov. (Kristoffersen, 2011) De fem punktene er

- Observasjon og kartlegging av pasientens behov
- Bekrefte eller avkrefte sine antagelse av hva pasientens behov er
- Vurdere om man kan møte pasientens behov
- Planlegge hvordan sykepleie behov skal ivaretas
- Evaluerer om pasientens behov er ivaretatt helt eller delvis (ibid)

3.2 Kjønnsslemlestelse

I denne delen skal vi ta for oss kjønnsslemlestelse, konsekvenser og årsak av denne skikken.

Kjønnsslemlestelse er alle inngrep på jenter eller kvinner hvor ytre kjønnsdeler fjernes fullstendig eller delvis, eller det kan være annen varige skader som blir påført på kvinnelige kjønnsorganer uten medisinsk begrunnelse. Omskjæring av jenter praktiseres i noen etniske grupper og kulturer spesielt er det utbredt Afrika og noen land i Asia (Foss, 2010).

Kjønnsslemlestelse er et smertefullt inngrep og har store helseskader. Graden av fysisk skaden og risikoen er avhengig av hvor omfattende operasjonen er. Dette inngrepet fører til store konsekvenser både kort-og langsiktige. De fleste opplever intense smerter under eller etter inngrepet siden dette utføres uten bedøvelse. Det er stor fare for blødninger, sjokk på grunn av store blødninger eller infeksjoner. Det kan i verstefall føre til død, på grunn av blødninger og infeksjoner hvis det ikke blir behandlet riktig og i god tid (WHO, 2008).

I land der omskjæring av kvinner praktiseres, blir inngrepet utført mens jenter er i ung alder. Alderen for omskjæring varierer fra land til land og er ca. mellom 6-13 år. Jentene blir ofte omskåret av kvinner som er ufaglært og har ikke tatt noe form for utdanning innen

gynekologiskfag eller andre helsefag. Kvinnen som utfører er oftest kjent blant innbyggerne og har gjennom årene trent seg opp av andre kvinner som har utført skikken før henne. Denne praksisen blir hovedsakelig ikke utført i offentlig helsesektorer. Dette er et inngrep som blir gjort uten bedøvelse og ofte med u-sterilt utstyr. I noen land blir barberblad ofte tatt i bruk som utstyr (Talle, 2010).

Denne praksisen i følge verdens helseorganisasjon, WHO(2008) er kjønnslemlestelse delt inn i fire typer :

Type 1- også kalt klitoridektomi: Er delvis eller fjerning av hele klitoris og hos noen blir forhuden fjernet og denne typen har undergrupper der hos noen blir bare forhuden fjernet mens andre fjerner klitoris med forhud.

Type 2 - eksisjon: Delvis eller total fjerning av klitoris og indre kjønnslepper (labia minora) med eller uten fjerning av (labia majora) ytre kjønnslepper.

Type 3 – Infibulasjon, innebærer når man delvis eller helt fjerner forhuden/klitoris og de indre og eller ytre kjønnslepper fjernes og sår kantene lukkes sys mot hverandre (Liden & Bentzen, 2008)

Type 4 - uklassifisert : Alle andre former for skader på kvinnelig kjønnsorgan som ikke passer inn de de andre typene som er nevnt som ikke er av medisinsk årsak. Dette kan være alle former for kutting, skraping brenning, stikking eller strekking av klitoris og/eller kjønnslepper samt andre inngrep eller skader (Foss, 2010)

Nina Foss (2010) skriver at det vanskelig å kartlegge komplikasjoner for hvert enkelt type for omskjæring. Dette fordi omskjæring er følelsesmessig tema og det er vanskelig å få informasjon om. Det er ikke nevnt spesifikk konsekvens til hver type kjønnslemlestelse, derfor tar vi for det generelle.

Type 1 og 2 er kjent som de mildeste typene og de vanligste formen for omskjæring. Av de omskåret kvinner er omtrent 85% beregnet til å være av de milde typene for omskjæring, som type 1,2 og 4. Den tredje formen også kalt infibulering er kjent som den alvorligste, fordi inngrepet er større. Det blir fjernet større deler av kjønnsorganet og kjønnsleppene blir sydd sammen. Dette fører til at det blir lite rom for utskillelsen av urin og menstruasjonen. Det er omlag 15% av omskåret kvinner som har denne type for omskjæring. Kjønnslemlestelse fører ikke bare til fysisk konsekvenser men også psykologisk (Talle, 2010)

I følge WHO (2008) er type 3, den mest kompliserte formen som kan føre til opphopning av menstruasjonsblod i skjeden (hematokolpos). Dette skjer på grunn av skjedeåpningen er for liten og derfor blir menstruasjonsblodet hindret. Intense smerter ved menstruasjon kan komme av opphoping av blod i skjeden, eventuelt i livmorhulen og i bukhulen. Samling av sekret og menstruasjonsblod i skjeden kan gjøre at infeksjoner oppstår lettere og disse infeksjonene sprer seg til de andre indre kjønnsorganer.

Videre kan inngrepet hindre vannlatning og man kan få problemer med inkontinens, ekstreme smerter ved menstruasjon, urinveisinfeksjoner, smerter ved samleie, cyster, økt risiko for komplikasjoner under fødsel. Det er også vanlig å ha psykiske plager etter inngrepet (Liben & Bentzen, 2008)

Kvinner som er omskåret kan være traumatisert fra ung alder. Dette kan være fordi de har blitt utsatt for fysisk makt og enorme smerter. De fleste kvinner som har blitt omskåret har blitt omskjæret ved tvang og inngrepet har blitt gjort uten bedøvelse. Denne traumatiske hendelsen i tidlig fase av livet kan føre til frykt og depresjon senere i livet. De kan også oppleve frigiditet, dette betyr at de kan ha nedsatt seksuell lyst. De kan også ha følelsen av å være ukomplett på grunn av delvis fjerning av deres kjønnsorgan (Foss, 2010).

Kvinnelig omskjæring er en kulturell tradisjon som har mest sannsynlig sitt opphav fra antikk Egypt, dette er omlag 4000 år siden. Denne tradisjonen har videre spredt seg gjennom handel og kulturkontakt til andre områder. Skikken eksisterte før spredningen av kristendommen og islam som kulturelt og sosialt praksis. Islam ses til å ha spilt en rolle i spredningen av både mannlig og kvinnelig omskjæring, praksisen har spredt seg i takt med spredning av islam i Vest-Afrika og i Sørøst-Asia i de siste hundre årene (Talle, 2010).

«Med kultur forstår vi de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av samfunn » (Magelssen, 2008, s. 15)

Kultur er et begrep som kommer fra det latinske ordet colere og betyr å dyrke eller kultivere. Kultur er ikke noe medfødt med tillærte, dette betyr at kultur er menneske skapt (Magelssen, 2008).

Kultur har mye å si om hvordan mennesker skal tenke og oppføre seg. Kultur som levemåte sier noe om hvordan medlemmer av samfunn lever med hverandre som for eksempel deres klær, mat, og hvordan de hilser (Magelssen, 2008)

Kulturer som praktiserer omskjæring av jenter kan man finne hovedsakelig i Afrika, man finner det også i andre områder som Asia. Man finner utbredelsen av kvinnelig omskjæring i to geografiske akser i Afrika, en i nord-sør og en i øst-vest. Møte punktet for aksene er den nordlige delen av Sudan, et område som betraktes til å være kulturelt kjernested for kvinnelig omskjæring. Det finnes flere begrunnelser for hvorfor folk velger å omskjære jenter, de vanlig grunnene er moralsk verdiene kulturen har, hygienisk, religiøst, sosialt eller estetisk. I mange kulturer ses kjønnslemlesting av kvinner som nødvendig for ekteskap inngåelse. Den mest radikale formen for kjønnslemlestelse er infibulering (gjensyng), denne formen knyttes til sosial verdighet, kvinnes dyd, familierespekt og kvinnes verdighet og moral. Denne formen for omskjæring går igjen tilbake til antikk Egypt der kvinnelige slaver som ble solgt til rike egyptiske menn var infibulert. Johann Ludwig Burckhardt, en sveits-britisk man som var på oppdagelses reise i Sudan i 1800-tallet påsto at kvinner som var infibulert ble solgt til høyre pris i slave handelen (Talle, 2010).

Vangen m.fl ”bare lite snitt” fra 2004 beskriver hvordan omskjæring av kvinner er en naturlig skikk for de berørte. Det er en ur-gammel tradisjon som deres mødrer og bestemødrer gikk gjennom. Man lever i et samfunn der nesten alle kvinner og jenter er omskjært. Disse kvinner er æret i samfunnet og da er det bare naturlig at etter en mors mening i slik kultur blir jenta omskjært for sitt beste. På den måten vil det være bedre mulighet for ekteskap inngåelse og jenta blir æret og ikke ydmyket, siden kvinnen dyd er i tråd med skikken.

3.3 Kommunikasjon

I denne oppgaven har vi fokus på kommunikasjon for å skape og bygge opp tillit og relasjon. Sykepleieren må kommunisere med pasienten for å få frem budskapet på best mulig måte. Det finnes ulike måter å kommunisere med mennesker på. Siden den pasientenegruppen vi skal ta for oss er fremmedspråklige har vi tenkt å fokusere på kommunikasjon.

Begrepet kommunikasjon kommer egentlig fra det latinske ordet *communicare*, som betyr gjøre noe felles. En enkelt måte å definere kommunikasjon på er utveksling av meningsfylt tegn og signaler mellom to eller flere parter. Det å formidle sine tanker ved hjelp av ord og handlinger eller kombinasjon av begge er en måte å kommunisere. Ved kommunikasjon kan man dele kunnskap, tanker, følelser, meninger og opplevelser (Eide & Eide, 2010).

Man kan kommunisere med ord og uten ord, her snakker vi om de ulike typene som ofte kommunikasjon deles inn i, Verbal og ikke verbal (non verbal) kommunikasjon. Verbal kommunikasjon menes det at innholdet blir formidlet med ord, ordene som sies, språklig enten om det er tale eller skrift. Non (Ikke) verbal kommunikasjon er alt som ikke språklig, kommunikasjon uten å si ord som kroppsspråket, ansiktsuttrykk, øyekontakt, tonefall, berøring, stress og smil. Når man skal kommunisere med mennesker må verbal og non verbal kommunikasjon samsvare med hverandre med tanke på å få frem budskapet på best mulig (Eide & eide, 2010).

3.3.1 Interkulturell kommunikasjon

For å forstå hverandre er ikke bare non-verbal eller verbal kommunikasjon de eneste formene å bli forstått på. Det er vanlig at man hører en si ”vi snakker ikke samme språk” man sier det i frustrasjon fordi man føler seg ikke forstått selv om begge snakker samme språk. Menneskene har sin egen personlige briller de ser verden gjennom. Denne brillen presenterer deres kultur, ideologi, personlige formuleringssett og bakgrunnskunnskap. Jo forskjellig det er mellom to individer jo vanskelig er det å kommunisere. Vår forståelse av verden som omgir oss bestemmer hvordan vi sender en budskap og hvordan vi avkoder den (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2011)

Videre står det i Kristoffersen (2011) at personens evne, personlighet, utdanning, erfaring og kunnskap betyr mye når man kommuniserer med andre. I Norge bor det mange mennesker fra forskjellige kultur som har forskjellig språk. Minoritetene er integrert i ulike grad i det norske samfunnet, mange har lært seg språket og tatt seg høy utdanning. Det å lære seg morsmålet i landet man bor i gir større makt og muligheter enn de som ikke kan språket. Når en etnisk minoritet som ikke kan språket og er i kontakt med norsk helsevesen, kan møtte oppleves som traumatisk. Pasientens kommunikasjonsproblemer vil føre til at muligheten for å formidle sin tanker og følelse begrenses. Man skal regne med at sykdom, smerter og angst som pasienten kan oppleve vil påvirke individets evne til å kommunisere. Det at man ikke blir forstått av menneskene rundt seg kan føre til at personen blir sosialt isolert. Vedkommens selvbildet vil være truet i slik situasjon noe som kan føre til negativ selvbylde og en følelse av å være utrygg. Den utryggheten vil kunne svekke mestringsevnen hos individet, dette kan påvirke vedkommende negativt på den psykiske og fysiske helsa.

Det er vanskelig og krevende å få til en god kommunikasjon mellom mennesker som har helt ulike språk, kultur og synspunkt. Utfordringen ved kommunikasjon i dette tilfelle blir å skape trygghet og tydelighet og ikke bli misforstått(Eide & Eid, 2007).

4. Drøfting

I denne delen vil vi diskutere hvordan sykepleier gjennom kommunikasjon kan ivareta kvinner som er omskåret, ved å bruke teoretisk referanseramme, aktuelle forskningsartikler og egne erfaringer.

4.1 Det innledende møtet

Det første møte mellom sykepleier og pasient er viktig og avgjørende for hvordan forholdet videre i behandlingen blir (Kristoffersen, 2011). Sykepleieren i oppgaven møter pasienten som er omskåret kvinne i en gynekologisk avdeling.

Det er viktig at sykepleieren planlegger og forbereder seg godt til den første samtale med pasienten. Eide & Eide (2007) skriver at det er viktig at sykepleieren samler data om pasienten, gå gjennom pleieplan, journaler og skaffe seg annet relevant informasjon før møte med pasienten. Sykepleieren skal ta generell datasamling for å kartlegge pasientens behov for sykepleie. Den generelle data samlingen går ut på å kjenne til blant annet pasientens blodtrykk, temperatur, ernæring, respirasjon, smerte, bosituasjon. I den innledende møtet vektlegger ikke Travelbee pasient og sykepleier ansvaret. Teorien hennes om menneske til menneske forhold går ut på at sykepleiere og pasient skal møtes som mennesker. Travelbee mener at hver menneske er unik og at sykepleieren skal fokusere på hvor unik pasienten er og egenskapen som kun den pasienten har. Pasienten og sykepleier skal møte hverandre med respekt for hverandres integritet (Travelbee, 2001)

Pasienter er forskjellige og har ulike behov, derfor skal sykepleieren ta hensyn til at pasienten har et annet kulturell bakgrunn (Slettebø, 2013). Som sykepleier skal vi gi god og tilpasset omsorg for alle pasienter. Kulturell datasamling betyr å samle informasjon om religion, etnisitet og hvor tilknyttet pasienten er til sin kulturelle og religiøse identitet, slik at sykepleieren kan gi tilpasset pleie. Kulturelle datasamlingen vil hjelpe sykepleieren til å ha mer helhetlig forståelse for hvem pasienten er. Videre er det nyttig at sykepleieren får en del familie opplysninger om hvor mye familien skal være involvert i pasientens opphold på avdeling (Kristoffersen, 2011).

Jon-Håkon Schultz og Inger-Lise Lien (2013) skriver at mennesker preges av lite kritisk tenkning i samfunn der kvinner blir omskåret. Kjønnsslemlestelse har vært praktisert blant befolkningen i tusen år. Det er en skikk som symboliserer ære og sosial status. Dette er viktig at sykepleieren reflekterer. Det at sykepleieren reflekter gjør at sykepleieren kan få bedre forståelse for pasientens kultur. Dette er en skikk som er naturlig for pasienten hun skal tilrettelegge pleie for.

Eide & Eide (2007) skriver at det er nyttig å undersøke om pasienten har vært innlagt i avdelingen før og grunnen til innleggelsen for at sykepleieren skal få bedre forståelse om hvem hun møter. Sykepleieren skal ha klar ramme for seg selv, hvilke mål og hensikt hun har til samtalen. Det er nyttig å ha en ledig rom der sykepleieren og pasienten kan snakke i fred og ro. Sykepleieren skal gjøre det klart med pasienten på forhånd om hvor og når samtalen finner sted, og avklare om pasienten skal ha med seg pårørende, for eksempel som ektefellen og eventuelt finne ut om det er behov for tolk. Hvis pasienten har vanskeligheter med å uttrykke seg godt muntlig i det norske språket, er sykepleieren etter loven forpliktet til leie inn profesjonell tolk (pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5). Dette gjøres fordi alle pasienter har rett på tydelig og tilpasset informasjon.

Sykepleieren kan finne fram noe å drikke, kaffe eller te for å gjøre møte mer imøtekommende. Når sykepleieren møter pasienten skal sykepleieren presentere seg med navn og hvilke stilling hun har i avdelingen. Videre skal sykepleieren tydeliggjøre hva samtalen skal handle om, gi tilpasset informasjon om hvem som er ansvarlig for pasienten under oppholdet i avdelingen. Gi tydelig informasjon om hvordan oppholde skal være og hva som skal skje utover dagene, og hvilke forventninger det er til helsepersonell og institusjonen. Dette er viktig å klargjøre for pasienten fordi pasienten vil ha noe å forholde seg til. Pasienten vil også føle at hun har en viss kontroll over situasjonen, når hun får rede på de forskjellige rollen helsepersonell har i avdelingen og får oversikt over hva som forventes av helsepersonell og av henne som pasienten (Eide & Eide, 2007). Derfor mener vi roller er knyttet til faget sosiologi. Sykepleieansvar er viktig, fordi i dette tilfelle vil det gjøre det lettere for pasienten forholde seg til sykepleier.

Sykepleieren skal klargjøre rammene gjennom dialog slik at pasienten får muligheten til å spørre hvis noe ting er uklart. Fordelen med klargjøre tidsrammene er at både pasienten og sykepleieren vil være klar over tiden de har til samtalen og forholde seg til den tidsrammen som de har til disposisjon. Dette vil da bidra med at samtalen ikke flytter vekk fra hensikten,

og i tillegg vil det hjelpe til at sykepleieren å være tilstede i samtalen. Dersom det ikke er satt bestemt tid kan det påvirke sykepleiere. Sykepleieren kan bli utålmodig og forhaste samtalen fordi det kan være noe som skal bli gjort i avdelingen. Dette ville også pasienten observere, noe som kan bidra med dårlig relasjon fordi sykepleieren kan virke utålmodig. Pasienten vil føle seg snytt og får ikke sagt det hun har på hjerte fordi sykepleieren må videre til neste gjøremål. (Eide & Eide, 2007)

I møte med pasienter som er utsatt for kjønnslemlestelse er det viktig å bli godt kjent med pasienten og ikke bare deres helseplager. Siden denne pasientgruppen har helt annet bakgrunn er det viktig å ha dialog om hva pasienten ønsker. Når sykepleieren er kjent med pasienten kan hun/han forstå pasientens ønsker og verdier og videre finne ut hvordan de kan ivareta pasientens behov på best mulig måte.

Kjønnslemlestelse blir lite tatt med i sykepleier utdanningen. Sykepleieren er pasientens støtte-spiller, hun skal hjelpe pasienten hvor enn pasientens ikke kan hjelpe seg selv. Vangen mfl. (2004) skriver at kvinner som er omskåret har vanskeligheter med relasjon fordi de føler seg dømt. Dette kan skyldes sykepleierens usikkerhet om kjønnslemlestelse, på grunn av mangel på kunnskap om temaet.

Når sykepleieren sitter med kunnskap om dette temaet blir det lettere å møte disse pasientene med åpent syn og dette kan redusere også kvinnes opplevelse av at sykepleieren er usikker og stigmatiserende. Det kommer fram i flere artikler som at omskåret kvinner opplever at det er manglende kunnskap om kjønnslemlesting hos helsepersonell noe som kan føre til at kvinner som er utsatt for inngrepet ikke søker hjelp fordi de er redd for at de ikke får den hjelpen de trenger. (Utne 2003, Vangen mfl., 2004)

Travelbee (2001) mener at sykepleiere må ikke danne seg en mening om pasienten ut ifra førsteinntrykk og observasjoner. Det er viktig å kjenne pasienten for det mennesket den er.

Når to individer som kommer fra forskjellige kulturer, for eksempel en norsk sykepleier og en pasient fra Somalia, ettersom det er flertall av denne gruppen som er omskåret i Norge i følge statistisk sentral byrå (SSB 2015). Det er store forskjeller mellom norsk kultur og somalisk kultur når det gjelder kvinne og menn rollen i samfunnet. Somalier i Norge er knyttet til deres kultur. De kler seg i tradisjonelle klær og kvinnene bærer for det meste hijab. De er opptatte av å bevare kulturen sin, både det positive og det negative. (Liden, Bentzen 2008). Det positive

er at de prioriterer familieforhold høyt, og det negative er det praktiseres kjønnslemlestelse av kvinner.

Når to ukjente mennesker møtes, i dette tilfellet sykepleieren og pasienten danner de seg et bilde av hverandre ut ifra observasjoner, som kroppsspråket, klær, signaler og måten man snakker på (Eide & Eide 2007). Ofte leser vi ubevist på signaler den andre personen gir fra seg, måten de står på og snakker til oss osv. Dette er viktig øyeblikk for pasienten og sykepleieren ettersom dette er deres første inntrykk. Det kan det gi oss en innblikk i pasienten og sykepleiers relasjon fremover, basert på om det er dårlig eller god inntrykk (ibid).

Som sykepleier er det viktig å møte pasienten med respekt uansett hvilken kulturbakgrunn, religion pasienten har. Det er viktig å ha helhetlig fokus på mennesket og ikke sette hoved fokuset på kultur, religion eller andre ting hos pasienten. Likevel har pasienten rett til å bli møt med forståelse for sin kulturelle bakgrunn. (Kristoffersen, 2011)

I følge McCrae & Mayer (2014) bør helsepersonell trene seg på til å ta opp tema som kan være kulturelt sensitiv som for eksempel kjønnslemlestelse uten å bli sett på som dømmende. Mayer mfl (2014) mener at det er viktig med kulturell kompetanse. Kulturkompetanse er å tilegne seg kunnskap om ny kultur. Det er viktig at sykepleier kjenner til tema kjønnslemlestelse for å gi omsorg til de berørte kvinne. For å gi omsorg må sykepleieren tilegne seg kunnskap om kvinnen syn på kjønnslemleste og bakgrunn for skikken. Dette er nyttig opplysning for at sykepleier kan skape tillit og trygg relasjon med pasienten, basert på omsorg og forståelse.

Travelbee mener at hvis man fokuserer på rollen tar det vekk det menneske egenskapen som kan skape den gode relasjonene (Kristoffersen, 2011). Det er viktig at sykepleier tar seg tid til å bli kjent med selve individet og ikke bli for opptatt med det kulturelle. Dette kan før til at sykepleieren kan være redd for å si noe feil. Når omskårede kvinner kommer til gynekologisk avdeling og trenger hjelp til deres helse plager er det viktig å kjenne deres historie, kultur, normer og regler, slik at sykepleieren kan ivareta deres behov på best mulig måte. (Talle, 2010)

Vi har tatt kontakt med på gynekologisk avdeling. Der har vi snakket med avdelingssykepleieren og spurt en del spørsmål rundt kjønnslemlestelse. Vi fikk vite at omskårede kvinner kommer til gynekologen for å bli kontrollert nedentil og noe som er relatert til fødsel. Avdelingssykepleieren spesifiserte at det var liten andel som kom til klinikken for å søke om hjelp for kjønnslemlestelse. I følge Utne (2003) kan grunnen til at det er liten andel

som søker hjelp i norsk helsevesen være at kvinner som er omskåret føler at sykepleiere er usikre på grunn av at det er lite kunnskap om kjønnslemlestelse i norsk helsevesen.

I følge avdelingssykepleieren blir omskåret kvinner innlagt på gynekologen, på grunn av smerter eller åpning av omskåret området før de skal føde. De fleste kvinner vil ikke åpne omskjærings området før de føder. Vi spurte om hvordan det er med kommunikasjon mellom sykepleieren og kvinner som er omskåret. Avdelingssykepleieren forteller at de behandler kvinner som er omskåret på like linje som alle andre pasienter. De bruker verbal kommunikasjon og non verbal og tolker kvinnes kroppsspråk under undersøkelsene. Kvinnene ønsker ofte at sykepleiere skal være til stede under forskjellige undersøkelser nedentil, det trykker pasienten. Det sykepleierne observerer under undersøkelsene er at noen kvinner vegre seg over de utstyrene som blir brukt til undersøkelsen. Det hender at undersøkelser avsluttes på grunn av at kvinnen som er omskåret ikke vil fortsette. Avdelingssykepleieren bekrefter at det er begrenset informasjon om kjønnslemlestelse i avdelingen og de kontakter rikshospital eller Ullevål sykehus for informasjon eller assistanse om det måtte være behov for det. Grunne til at kvinnene vegrer seg for de metall utstyrende, kan være kvinnes erfaring med omskjæring i ung alder.

4.2 Framvekst av identiteter

I følge Travelbee er kommunikasjon sykepleierens viktigste redskap for å utføre sykepleie og etablering av menneske til menneske forhold med pasienten (Travelbee, 2001). Kommunikasjon er et godt hjelpemiddel som kan hjelpe sykepleieren til å komme nær pasienten. Travelbee er kjent til å være imot roller, og har menneske i som midtpunkt. Travelbee mener at pasienten og sykepleieren kommer til å kommuniserer gjennom den informasjonen de allerede har om rollen de spiller som pasient og sykepleier. Videre skriver Travelbee at rollen definerer ikke mennesket, derfor skal man gå bort fra rollen og bli kjent med selve individet og deres unike kvalitet som et menneske (ibid).

I denne oppgaven har vi sykepleier og pasient forhold og bruker Travelbee sin teori om menneske til menneske forhold for å skape relasjon mellom pasienten og sykepleieren. Vi mener at roller er viktig for å fordele arbeid og hensikt til de menneskene som er involvert i en situasjon der de må samarbeide. Det skal være balanse mellom den sykepleierrollen og det med menneskelig for å gi sykepleie. Sykepleiere skal være faglig og dyktig i hvordan de går

frem i deres arbeid. Det er viktig at pasienten ser og kan være trygg på at sykepleieren har kunnskap. I denne begrunnelsen vil vi også ta med at Joyce Travelbee jobbet som psykiatri sykepleier i 1960 tallet. Hennes teori om menneske til menneske relasjon var for at sykepleieren skulle bruke seg selv terapeutisk i møte med pasientene hun jobbet med.

Det gjør det lettere å forholde seg til menneske når man vet hvem de er og de representerer. Vi er enig med Travelbee om at det å se menneske og bli kjent med individet er viktig og sentral del av å gi god omsorg. Menneske til menneske forhold skal være den rød-tråden for utøvelsen av sykepleie. Vi mener at det gjøre det lettere for pasienten i denne oppgaven å se hvem de skal forholde seg til.

Det at sykepleieren har tydeliggjort tidsrammen for sted, tid og hensikten for samtalen, vil bidra til å skape en bedre relasjon mellom sykepleieren og pasienten. Fordi tydeliggjøring av rammen skaper ofte raskere og bedre kontakt Eide & Eide (2007). I begynnelsen av samtalen kan sykepleieren gjøre rede for hva samtalen skal gå ut på, deretter spørre om pasienten har noe spørsmål. Det er viktig å skap en åpen samtale mellom pasienten og sykepleieren. Her er det viktig at sykepleieren inviterer pasienten til å snakke om det som pasienten synes er viktig. Sykepleier kan starte med å stille lærespørsmål som « hva vil du få ut av denne samtalen?».

Mennesker kommuniserer gjennom kroppsspråk og ved bruk av ord, altså verbal og ikke verbal kommunikasjon. Pasienten er fra Somalia og religion har mye å si i den somaliske kulturen. Sykepleieren kan ta hensyn til at i følge religion islam som somaliere følger skal ikke kvinne og menn håndhile. Hvis sykepleieren er en mann og møter somalisk kvinnelig pasient som framstår som religiøs, er det fint at sykepleieren viser respekt ved å ta hånden sin mot bryst som en måte å hilse på. Når man kommuniserer med andre er det viktig å ha riktig tonefall, ansiktsuttrykk. Dette er noe som pasienten observer ved sykepleieren som har betydning for hvordan budskapet kommer frem til den andre (Eide, Eide 2007).

En av de viktigste sykepleierens oppgaver er å gi tilstrekkelig informasjon om hvordan oppholde i avdelingen vil være, og veiledning om hvordan pasienten skal forholde seg til den nye omgivelsen. Når man skal gi informasjon må man gå ut ifra hvem pasienten er, gjøre det så lett som mulig for pasienten. Sykepleieren skal gjøre informasjonen forståelig og kommunisere det på best mulig måte (Eide, Eide, 2007).

Når sykepleieren har fått bedre kjennskap til pasients personlige bakgrunn, kunnskaper, holdninger og verdier kan man ha bedre forståelse motsetninger mellom sine egne og pasients

tanker og forventninger (Kristoffersen 2011). Den opplysningen om pasientens utdanningsnivå, menneskesyn, kultur og religion som sykepleieren tilegner seg ved kommunikasjon med pasienten. Dette vil hjelpe sykepleieren til å ha bedre forståelse for hvem pasienten er og hvordan sykepleieren skal forholde seg til pasienten (ibid).

Denne pasient gruppen kommer fra en kultur der omskåret kvinner blir sett på som kvinner som har dyd og ære og ikke et offer. Derfor er det viktig at sykepleieren er bevisst over hvordan hun kommuniserer, slik at kommunikasjonen ikke preges av holdningen sykepleieren har om kjønnslemlestelse. (Talle, 2010)

I artikkelen Vangen et al. (2004) kommer det frem at norske helsepersonell mener at kjønnslemlesting er barbarisk skikk som er unødvendig. Hvis sykepleieren har denne meningen skal hun ikke videreføre sin holdning til pasienten. Sykepleier er forpliktet til å respekterer pasienten livssyn selv om den kan kollidere med sitt. Sykepleier skal være klar over sin verdier og normer, men også ha kritisk tenking og være klar over at det er ikke alle etnisitet som deler samme livssyn. Helsepersonell kan ikke tvinge sin normer og livssyn på andre fra en annen kultur, det må være en forståelse blant helsepersonell at kultur må evalueres i den tid og sted den eksisterer i. Hvis det ikke er forståelse fra sykepleieren for pasientens situasjon kan det føre til en ubalanse og dårlig kommunikasjon som fører til at pasienten vender seg bort. Det kan være faglig og personlig utfordring sykepleie står ovenfor, men det er viktig å ha en balanse mellom fagkunnskap og personlige meninger.

Som nevnt har begge forfatteren av oppgaven jobbet som tolk tidligere. En av forfatterne har vært i tolke situasjon gjennom telefonen der en omskåret kvinne og sykepleier hadde samtale. Samtalen gikk ut på at pasienten hadde smerter nedentil ved menstruasjonen, og pasienten hadde også smerte under samleie. Sykepleieren anbefalte pasienten å få kirurgisk behandling slik at pasienten kunne leve med mindre smerter nedentil. Pasienten takket nei til kirurgisk behandling og sa at mannen hennes hadde ikke likt det. Pasienten fortalte videre at hun skulle vente til hun føder slik at ved fødselen kunne det som var sydd sammen åpnes for at barnet kunne komme gjennom. Man kunne høre via telefonen frustrasjonen i stemmen til sykepleieren. Hun prøvde å forklare til pasienten kvinnens rett over sin egen kropp og retten til å kunne ha glede av samleie. Pasienten fikk med seg budskapet men tok ikke imot rådet som sykepleieren ga. Som en kvinne som har oppvokst opp i Norge og samtidig komme fra samme nasjon som pasienten som er nevnt ovenfor, forstår jeg hennes synspunktet selv om jeg ikke er enig. Pasienten kommer fra en kultur der friheten av kvinnens seksualitet ikke er

like åpen som det er i det norske samfunnet. Sykepleieren kommunisert til pasienten gjennom hennes verdier og normer. Det jeg observerte og forstå i denne situasjonen var at både sykepleieren og pasienten kommuniserte fra sine synspunkter, ingen av dem prøvde å forstå hverandre synspunkter.

Som sykepleier skal vi møte pasienten hvor den er, derfor er det viktig å ta hensyn til at pasienten ikke ser på omskjæring på lik linje som sykepleieren. I norsk helsevesen blir kjønnslemlestelse sett på som alvorlig overgrep ovenfor de berørte kvinnene, noe som kan gjør at de blir sett på som ofre for skikken. Sykepleieren skal gi tilstrekkelig informasjon som er tilpasset pasienten, men passe på at meningen som sykepleieren sitter med om skikken ikke fører til at pasienten føler seg som offer (Magelssen, 2008).

Vangen (2004) skriver at det er begrenset kunnskap om kjønnslemlestelse blant sykepleierne i Norge . Dette fikk vi også bekreftet da vi tok kontakt med avdelingssykepleieren ved gynekologisk avdelingen. Hun fortalt at det var begrenset kunnskap blant sykepleierne. Men om det måtte være behov for assistanse i denne problematikken tok de kontakt med Rikshospitalet i Oslo.

Som sykepleiestudenter har vi også fått inntrykk at våre medstudenter som er fremtidige sykepleiere har lite eller ingen kunnskap om kjønnslemleste, noe som mange av dem også har bekreftet.

Det er viktig med tverrkulturell sykepleie i samarbeid med pasienter fra andre kulturer. Sykepleieren vil møte på pasienter med andre kulturelle bakgrunn. Dette betyr at forskjellen er større, hvordan pasienten uttrykker smerte, sorg, ser på sykdom og helse kan være ulikt enn sykepleierens. Travelbee sin menneske-til-menneske teori er essensiell i forhold med sykepleie og pasienten. Kristoffersen (2011) skriver at kulturell forståelse er viktig, men det er viktig at sykepleieren opptrer profesjonelt. Sykepleie skal ikke være redd for å si eller gjøre noe «feil» i den forstanden at hun kan ikke utføre sykepleie.

Kristoffersen (2011) skriver at sykepleierens ønske om å framstå som respekterende og aksepterende ovenfor kultur kan skade sykepleier og pasient relasjonen. Sykepleieren kan være redd for å si noe feil eller gjøre noe feil slik at det kan gå utover sykepleierens profesjonalitet. Det er viktig å se pasienten som en medmenneske som har samme behov om å bli trøstet og støttet som seg selv. Når sykepleier fokuserer på ta være på kulturen enn pasienten kan hun mistolk pasients uttrykk for misnøye som noe kulturell, mens hos en norsk

pasient vil hun kanskje tolke det som psykologisk. Det er viktig at sykepleier tar seg tiden til å bli kjent med mennesket og få en innblikk i hvordan pasienten har blitt formet av sitt kulturelt bakgrunn, religion og utdanning.

Vi må deretter etter vår beste evne ha innsikt og forståelse av pasient situasjonen. På den måten kan vi ivareta pasientens spesifikke behov og forme vår ord og gjerning ut fra situasjonen. Uavhengig av pasients bakgrunn er det viktig at sykepleier har hensiktsmessig, saklig og fornuftig handlingsplan. Kristoffersen (2011) mener at en kritisk holdning til sine holdninger og verdier kan bidra til å bygge tillitsforhold mellom pasient og helsepersonell og på den måten kan sykepleieren ivareta pasientens integritet og menneskeverd.

Mennesker har stereotypeoppfatninger, dette kan vær knyttet til kjønn, hudfarge, profesjon, utseende og kleskode Eide & Eide (2007). Sykepleieren og pasienten har sine stereotype oppfatninger, dette vil de kunne forvente og observere ved først kontakt. Disse oppfatninger man har om hverandre kan vi bekrefte eller avkrefte ved først inntrykk. Pasienten har sin stereotypeoppfatninger om helsepersonell slik som sykepleiere har sin oppfatningen av hvem hun møter. Pasienten kan for-eksempel forvente at sykepleieren er grinete og autoritære, da er det viktig at sykepleieren viser at hun er barmhjertig og lyttende hjelpere. Hvis pasienten har den oppfatningen at sykepleier er vennlig og omsorgsfull er det viktig at vi betrefter dette ved første møte (Eide & Eide, 2007).

Klær har mye å si for første inntrykk. Eksempel på det er: en kvinnelig pasient som kommer fra Somalia kommer for å møte sykepleieren kledd i jeans og en hvit T-skjorte uten hijab. Dette kan tolkes som om at pasienten er integritet og kan utrykk seg godt muntlig i det norsk språket. En annen eksempel er: en kvinnelig pasient med samme kulturell bakgrunn som hun som er nevnt ovenfor, kommer for å møte sykepleieren kledd i skjørt og hijab, altså full dekket. Dette kan tolkes som om kvinnen har sterk tilknytting til religionen og kulturen sin. Videre kan det tenkes at hun ikke er like integritet som den kvinnen som er nevnt oven for som kom inn med jeans og hvit t-skjorte. Det kan også tolkes at hun kan ha vanskeligheter med å snakke norsk. Dette er noe sykepleiere observerer ved pasienten og henter inn informasjon før samtalen starter.

Det er viktig at sykepleieren har en balanse mellom profesjonalitet og medmenneskelighet. Fordi Sykepleieren skal framstå som en dyktig helsepersonell som vet hva hun snakker om. Hun skal være faglig og tydelig. Sykepleieren må observer om pasienten har smerter, hun må

også være klar over at mennesker fra ulike kulturer uttrykker smerter på ulike måter (Kristoffersen 2011). Hun må hente inn informasjon om mat ønsker siden pasienten har et annet kultur bakgrunn er dette viktig. Sykepleieren skal også framstå som en varm og åpen menneske som man kan skape relasjon med.

Sykepleieren skal sette sammen den opplysningen som hun har fått fra pasienten. Deretter skal hun bruke den informasjonen til å tilrettelegge tilpasset pleie og ivareta kjønnslemlestet kvinnen

4.3 Empati og Sympati

I denne delen vil vi ta for oss empati og sympati som er to begreper som omgår og er knyttet til hverandre.

I følge Travelbee (2001) er empati er evnen til å forstå og leve seg inn i andres psykisk tilstand. Sykepleieren kan ikke oppleve empati for alle pasienter på grunn av at det er avhengig om pasienten og sykepleieren har likt erfaring. Derfor er det viktig i dette tilfellet at sykepleieren blir godt omskåret kvinne derfor er det greit at sykepleieren blir kjent med

Vi mener at det vil være vanskelig for sykepleieren å sette seg nøyaktig i en annen handling eller situasjon som den omskåret kvinnen. Men likevel kan sykepleien prøve å se fra den omskåret kvinnes side Sykepleieren kan også vise empati ved å vise forståelse, verbalt og non verbalt. Kommuniser med kvinnen som er omskåret og forklare hva som skal skje videre og hva pasienten selv ønsker og tanker (Eide & Eide).

Det er nesten ingen sykepleiere i Norge som kan tenke eller føle, det å være omskjæret. Eller være mellom to kulturer der den ene ser omskjæring på noe positivt mens den andre ser det som alvorlig inngrep, likevel kan sykepleieren sykepleien ha følt smerte som den omskårede kvinnen har blir innlagt eller annet følelse fra annet situasjon som med venner eller familie.

Travelbee beskriver i sin sykepleierteori at det er vanskelig for oss mennesker å forstå noe som vi ikke kjenner til eller noe vi ikke har erfart selv (Kristoffersen, 2011). Dette viser hvor viktig det er å få forståelse for hvorfor kvinner blir kjønnslemlestet. Vi kan vi informasjon gjennom kunnskap om at omskjæring av kvinner praktiseres på grunn av tradisjon, kultur og religiøse grunner.

Sympati og medfølelse oppnår man når sykepleieren og pasienten videre utvikler forholdet deres fra empatifasen. I denne fasen ønsker sykepleieren å gjøre noe med problemet eller plagen. Sykepleieren har bekymringer og ønsker å hjelpe pasienten i deres plager. Videre krever denne fasen at sykepleieren gjør en handling (Travelbee 2001:). Når sykepleieren viser sympati for pasienten må hun være bevis på sine følelser samtidig som må hun huske også uten sympati og medfølelse at menneske til menneske forholdet mellom sykepleieren og pasienten som i dette tilfelle er omskåret kvinner.

4.4 Gjensidig forståelse og kontakt

Etter at sykepleieren og omskåret kvinnen har hvert gjennom de fasene som er nevnt tidligere kan resultatet bli gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee 2001:211). Gjensidig forståelse og kontakt kan man oppnå når handlingen som ble iverksatt av sykepleieren fører til lindring av pasientens plager. (Travelbee 2001)

Når sykepleieren har kunnskap og ferdigheter som skal til for å hjelpe den omskårte kvinnen kan det etableres den gjensidige forståelse og kontakt. Dette er på grunn av at sykepleieren kan oppfatte, reagere og se hvor unik pasienten er. Sykepleieren i denne fasen bryr seg og har omsorg for pasienten. (Travelbee 2001)

De fleste kvinner som er omskåret som har emigrert til vestlige land har endret deres syn om kjønnslemlestelse. Dette kommer frem i studie som er gjort av Van den Muijsenbergh et.al (2012). Denne endringen kan skyldes økt kunnskap om de fysiske og psykiske skadene skikken medfører kvinnene. Det kan også skyldes holdningen den nye samfunnet som kvinnen bor i har til kjønnslemlestelse.

Etter at den gjensidig forståelse og kontakt er bygget opp vil pasienten føle seg trygg på sykepleieren og dette kan føre til at den omskåret kvinnen blir åpen for dialog som kan være forebyggende for at denne skikken blir ført videre.

I denne fasen får omskåret kvinnen tillit til sykepleieren, siden hun allerede har vist gjennom sine handling at hun er til å stole på og derfor blir det lettere å samarbeide med hverandre.

5. Konklusjon

Vi skal oppsummere utgangspunktet fra problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon ivareta kvinner som er omskåret?*

Målet med denne oppgaven er å framheve sykepleieansvar og øke kunnskapen om kjønnslemlestelse blant sykepleiere uten videre utdanning.

Andre helsepersonell kan også ta i bruk denne kunnskapen og lære mer om kjønnslemlestelse. Med økt kunnskap kan man møte omskjæret kvinner med økt forståelse.

For at sykepleieren skal ivareta kvinner som er omskåret har vi tatt utgangspunktet i Travelbees teori, etablering av menneske forhold. Vi har brukt de fem ulike fasene, det innledende møte, fremveksten av identitet, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt til å etablere et forhold til pasienten. Det er viktig at sykepleieren kjenner pasienten og henter inn bakgrunnsopplysninger. Etter at hun har gjennomført alle fasene blir det lettere for sykepleieren å skape tillit, ha åpen dialog og skape relasjon med pasienten. Da vil mest sannsynlig pasienten føle seg tryggere. (Travelbee, 2001)

Funnene av artiklene viser det at manglende faglig kunnskap og erfaring blant norsk helsepersonell om temaet, noe som førte til at kvinnene følte seg dømt. I møtet med omskåret kvinner må sykepleieren ha evne til å forstå kvinnen opplevelse av sin situasjon. Sykepleieren skal ha kunnskap om kjønnslemlestelse, kultur, kommunikasjon, samhandling for å skape relasjon.

Selv om denne oppgaven tar somalisk kvinner som pasienter, kan den også bli brukt i møte med andre kvinner med en annen kulturell bakgrunn enn Somalisk.

Omskårede kvinner kan være innlagt på forskjellige sykehusposter som akuttten, kirurgisk, medisinsk og andre avdelinger av helt annet grunn enn omskjæring men likevel trenger de vår hjelp som sykepleier til for eksempel stell og personlig hygiene. Kunnskap om kjønnslemlestelse kan for eksempel være til nytte når man skal karakterisere en omskåret kvinne på sykehusposter. Det er viktig at helsepersonell vet at omskåret kvinner har annerledes underliv anatomi slik at det ikke kommer som overraskelse.

Vi mener at dette viktigst her er at sykepleier har kunnskap om kjønnslemlestelse, evnen til å reflektere og forstå andre og respektere deres kultur og religion. I møte med kjønnslemlestelse vil sykepleieren møte endel utfordringer men når hun har fagkunnskap vil det gjøre lettere og da kan hun håndtere ting på faglig og forsvarlig måte.

Det viktigste er å øke kunnskap blant sykepleier og andre helsepersonell, ikke bare om kjønnslemlestelse men også kunnskap om kulturell bakgrunn og kommunikasjon. Vi synes at det er også behov for gode metoder for hvordan helsepersonell kan øke kunnskap blant omskjæret kvinner fordi dette vil kunne hjelpe til å oppnå forståelse og god relasjon og dette vil gjøre lettere å gi god sykepleie til kjønnslemlestet kvinner

I denne oppgaven har vi fått endel nye kunnskap om denne temaet som vi kan ta med oss videre i vår sykepleiekarriere.

LITTERATURLISTE:

Pensumlitteratur:

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter: (5.utg)* Oslo: Gyldendal Norsk Akademisk

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk (2. utg.)*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Johannessen, A., Tufte P.A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (4. utg.)*. Oslo: Abstrakt forlag.

Kristoffersen, N Jahren. Nordtvedt, F. & Skaug, E.A. (red.) (2011). *Grunnleggende sykepleie, bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Kristoffersen, N Jahren. Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (red) (2011). *Grunnleggende sykepleie, bind 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Selvvalgt litteratur

Evaluering av OK-prosjektet – det nasjonale prosjektet for iverksetting av tiltak i handlingsplanen mot kjønnslemlestelse

*Foss, N. (red.) (2010) *Omskjæring. Stopp*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Handlingsplan mot kjønnslemlestelse (2008-2011). Lokalisert:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/handlingsplan-mot-kjonnslemlestelse-2008/id512071/>

*Hanssen , I (2005) *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* Oslo Gyldendal Norsk forlag AS

<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Truet-med-omskjaring---fikk-opphold-5574235.html>

*Lidén, H og Bentzen, T. (2008). *Kjønnslemlestelse i Norge*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning, Rapport 2008:8.

*Lien, IL (2005). *Tiltak mot kjønnslemlestelse*. NIBR – rapport 2005:8

Lov om forbud mot kjønnslemlestelse av 15, desember 1995 nr.74 (kjønnslemlestelsesloven) (online)URL: <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1995-12-15-74> (lest 05.02.2016)

Lov om pasient- og brukerrettigheter URL: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

*Magelssen, R (2008) *Kultursensitivitet*. Oslo Akribe AS 2.utgave

Seland, M (red.) (2002). *Omskjæring av kvinner*. Oslo MIRA senteret

McCrae N, Mayer F. (2014) *The role of nurses in tackling female genital mutilation*. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748913002186>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress AS (2011). Arbeid med kjønnslemlestelse i Norge. Rapport 112011.

Norges sykepleierforbund (Sist oppdatert 09.08.2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Online). URL : https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (Lest 04.02.2016)

*Schultz, J. H., & Lien, I. L. (2013). *Meaning-making of female genital cutting: Children's perception and acquired knowledge of the ritual*. *International Journal of Women's Health* URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3634398/>

Slettebø, Å. (2013) *Sykeleie og etikk* (6.utgave). Oslo: Gyldendal norsk forlag AS

Statistisk Sentralbyrå. Nøkkeltall for innvandring og innvandrere lokalisert <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall> Sist oppdatert: 5. november 2015

Sundby, J., Johansen, R. E. B., Vangen, S., & Barre, A. (2004). Bare et lite snitt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.URL: <http://tidsskriftet.no/article/1080631>

Talle, A., (2003). *Om kvinnelig omskjæring - debatt og erfaring*. Oslo: Norske Samlaget.

Talle, A., (2010). *Kulturens makt. Kvinnelig omskjæring som tradisjon og tabu*. 1.utg., 1. opplag. Oslo: Høyskoleforlaget AS – Norwegian Academic Press.

Travelbee, J., (2001). *mellommenneskelige forhold i sykepleie* Oslo Gyldendal Norsk Forlag AS

Utne, M (2003). Omskjering av kvinner i eit norsk helseperspektiv (online) Lokalisert: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/omskjering-av-kvinner-i-eit-norsk-helseperspektiv> (lest 01.02.2016)

Johansen , R.E.B.,Barre,A., Sundby,J.Vangen, S. (2004) Bare et lite snitt Tidsskrift for Den norske legeforening 124:2506-8. Nr. 19 7 oktober URL:

*Vissandjee B, Denetto S, Migliardi P, Proctor J (2014). *Female Genital Cutting and the Ethics of Care: Community Engagement and Cultural Sensitivity at the Interface of Migration Experiences* URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4012131/>

*Vloeberghs E, van der Kwaak A, Knipscheer J, Van den Muijsenbergh M (2012). *Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in The Netherlands*. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23534507>

WHO - Verdens helseorganisasjon (sist oppdatert februar 2016) Female genital mutilation (online) Lokalisert: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/index.html> (lest 10.02.2016)

Vedlegg 1: PICO-skjema

Patients/population/problem HVEM?	Intervention/initiativ/action HVA?	Comparison ALTERNATIVER?	Outcome RESULTAT/EFFEKT?
Female genital mutilation <i>(FGM)</i> Female circumcision Female genital cutting	Nurse Care Role Nursing staff Hospital	Culture Communication	Sensitivity Take care Safe guard Experience Reflect

Vedlegg 2: Søkehistorikk

<u>Database</u>	<u>Søkeord</u>	<u>Treff</u>	<u>Artikkel</u>	<u>Søkedato</u>	<u>Årstall</u>
Cinahl	Female genital mutilation Nurse Role	698 artikler 48 20	The role of nurses tackling female genital mutilation	08.02.16	2014
Cinahl	Circumcision female Migrants	2066 1460 18	Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands	08.02.16	2012
Cinahl	Female, genital, cutting 2006-2016 Immigrants	430 18	Meaning-making of female genital cutting: children's perception and acquired knowledge of the ritual	10.02.16	2013
PubMed	Female genital mutilation Culture Sensitivity	2858 1314 17	Female Genital Cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences	15.02.16	2014