



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Kvinner utsett for kjønnslemlesting - i møte med
helsetenester**

Faina Martynova og Elin Tafjord Skoge

Totalt antall sider inkludert forsiden: 48

Molde, 06.05.11



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Kvinner utsett for kjønnslemlesting - i møte med helsetenester

Tittel på engelsk: Women subjected to genital mutilation - encounters with health services

Forfatter(e): Faina Martynova og Elin Taffjord Skoge

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 15

Årstall: 2011

Veileder: Liv Bachmann og Bente Malones

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 18.01.2011

Antall ord: 12 441

Samandrag

Bakgrunn:

130 millionar kvinner i verden er kjønnslemlesta. I Noreg er denne gruppa aukande på grunn av innvandring frå land der kjønnslemlesting praktiserast. Det er sannsynleg at sjukepleiarar i aukande grad vil møte desse kvinnene i framtida.

Hensikt:

Hensikt med oppgåva var å belyse korleis kvinner, som har vore utsett for kjønnslemlesting, blei ivaretatt når dei kom i kontakt med helsetenester i eit vestleg land.

Metode:

Litteraturstudium basert på 13 forskingsartiklar, 12 kvalitative og 1 kvantitativ.

Resultat:

Kjønnslemlesta kvinner opplevde å kjenne seg annleis i ein vestleg kontekst, og tidlegare erfaringar hadde betydning for opplevinga av helsetenester. Sjølv om mange rapporterte om gode helsetenester, viste resultat at dei opplevde dårleg kommunikasjon, lite kulturforståing og manglande kunnskap blant helsepersonell om kjønnslemlesta kvinners særskilte behov.

Konklusjon:

Det er eit behov for auka kunnskap blant helsepersonell, ikkje berre om kva kjønnslemlesting er, komplikasjonar og behandling, men også kunnskap om kulturell bakgrunn, og utfordringar i forhold til samhandling og kommunikasjon. Det er også behov for gode metodar for å auke kunnskapen blant kjønnslemlesta kvinner. Dette synest å vere nøkkelen til å kunne oppnå forståing og gode relasjonar og slik kunne gje god sjukepleie for kjønnslemlesta kvinner.

Nøkkelord:

Kvinner, kjønnslemlesting, omskjering, helsetenester, oppleving

Abstract

Background:

Female genital mutilation affects more than 130 million women today. In Norway this number is increasing based on increasing immigration from countries that practices female genital mutilation. It is likely that nurses will be meeting these women more often in the future.

Purpose:

To illustrate how women who have been subjected to genital mutilation are taken care of in encounters with health services in a developed country.

Method:

Literature study based on 13 research articles. 12 qualitative and 1 quantitative.

Results:

Women undergone genital mutilation experienced feeling different in a developed context, and previous experiences had significance for the experience of health services. Although many reported good health services, showed results that they experienced poor communication, lack of understanding and lack of knowledge among health professionals about FGM women's special needs.

Conclusion:

There is a need for increased knowledge among healthcare professionals. This concerns not only what genital mutilation means, complications and treatment, but also knowledge of cultural background, and challenges in relation to interaction and communication. There is a need for good methods to increase knowledge among genitally mutilated women. This appears to be the key to achieving understanding and be able to give nursing care of high standard for genitally mutilated women.

Keywords:

Women, female genital mutilation, female circumcision, health services, experience.

Innhald

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Studiens hensikt	2
1.3 Problemstilling	2
1.4 Omgrepavklaring	2
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Kjønnslēmlesting.	3
2.1.1 Historikk, religion og kultur	3
2.1.2. Kva er kjønnslēmlesting?	4
2.1.3. Helsekonsekvensar av kjønnslēmlesting	5
2.1.4. Førebygging og lovverk.	6
2.2 Samhandling i ein fleirkulturell kontekst.	7
2.2.1. Tverrkulturell Sjukepleie	7
2.2.2. Tverrkulturell kommunikasjon	8
3.0 Metodebeskriving	10
3.1 Datasamling	10
3.2 Inklusjonskriteriar	14
3.3 Kvalitetsbedømning	14
3.4 Ethiske omsyn	15
3.5 Analyse	15
4.0 Resultat	18
4.1 Tidlegare erfaringar har betydning for korleis kvinnene opplevde helsetenester.	18
4.2 Kvinnene opplevde mangel på kulturforståing	20
4.3 Kvinnene opplevde mangel på god kommunikasjon	21
4.4 Kvinnene opplevde mangel på kunnskap og erfaring blant helsepersonell.	23
5.0 Diskusjon	25
5.1 Metodediskusjon	25
5.2 Resultatdiskusjon	28
5.2.1 Tidlegare erfaringar i ei ny verd.	28
5.2.2 Kultursensivitet og fleirkulturell samhandling	31
5.2.3 Tverrkulturell kommunikasjon og relasjonar	33
5.2.4 Fagleg kunnskap og erfaring om kjønnslēmlesting	36
4.0 Konklusjon	38
6.1 Konklusjon	38
6.2 Forslag til vidare forskning	39
Litteraturliste:	40

Vedlegg 1: PIO skjema

Vedlegg 2: Artikkel skjema

Vedlegg 3: Kvalitetssikrings skjema

Vedlegg 4: Liste over relevante funn

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for val av tema

Kvinneleg omskjering er ein kulturell praksis, der dei ytre kjønnsdelane blir meir eller mindre fjerna, ofte på ein brutal måte. Det utset dei unge jentene for store smerter, og fører ofte til at kvinnene får livsvarige helseskadar. Det er eit maktovergrep og ei grov krenking av verdigheita og den personlege integriteten til kvinnene (Talle 2003).

Det er antekt at om lag 130 millionar kvinner lever med kjønnslemlesting i dag. Kvart år risikerar 2 millionar nye jenteborn å bli kjønnslemlesta. Praksisen er fyrst og fremst utbredt i 28 land i Afrika og Midt- Austen, men det er også grupper i India, Indonesia og Malaysia. I Djibouti, Eritrea, Etiopia, Mali, Sierra Leone, Somalia og Sudan er meir enn 80% av den kvinnelege befolkninga kjønnslemlesta (Vangen et al. 2006).

Folkegrupper der kjønnslemlesting blir praktisert, har i stadig større grad migrert til andre delar av verda. Kvinner som har vore utsett for kjønnslemlesting er ei veksande gruppe i det norske samfunnet og det føre med seg eit behov for kunnskap om desse kvinnes særskilde behov.

I 1980 fanst det 326 kvinner i Noreg frå land i Afrika som praktiserer omskjering, mens i 2004 var det opp mot 6500 kvinner busett i Noreg, som var omskorne før dei kom til Noreg (Lien 2005). Januar 2011 var det busett 73480 menneske frå Afrika i Noreg, 27 523 av desse var frå Somalia (Statistisk sentralbyrå 2011). I Somalia blir 98% av kvinnene omskorne (Talle 2003). Det finnast difor i dag langt over 10 000 kjønnslemlesta kvinner i Noreg.

Fleire av desse kvinnene vil ha behov for helsetenester i framtida, og innan f. eks gynekologi, svangerskap og fødsel, urologi og psykisk helse vil kvinner utsett for kjønnslemlesting ha særskilte behov for omsorg og pleie.

1.2 Studiens hensikt

Hensikt med oppgåva var å belyse korleis kvinner, som har vore utsett for kjønnslemlesting, blei ivaretatt når dei kom i kontakt med helsetenester.

1.3 Problemstilling

Korleis opplev kvinner utsett for kjønnslemlesting møtet med helsetenester i eit vestlig land?

1.4 Omgrepavklaring

Vestlige land: Det er vanskeleg å finne eit dekkande uttrykk for kva vi legg i dette omgrepet utan å vere stigmatiserande, men vi hadde behov for å synleggjere at vi fokuserer på kvinnene sine møter med helsetenester i eit land som er vesensforskjellig frå deira opprinnelsesland. Omgrepet ”vestleg- og ikkje-vestleg” blei innført i norsk offisiell statistikk frå 1995. Vestlege land omfattar Vest-Europa, USA, Canada og Oseania (Statistisk sentralbyrå 2010). I artikkane brukast omgrepet ”developed countrys”.

Kjønnslemlesting: I forskingslitteratur og i utgreiingar utgitt av Verdens helseorganisasjon (WHO) brukast ulike omgrep om kjønnslemlesting av kvinner, blant anna kvinneleg omskjering. I handlingsplan mot kjønnslemlesting brukast omgrepet kjønnslemlesting (Female genital mutilation, FGM), for å tydeleg signalisere at dette er eit alvorlig overgrep mot jenter og kvinner (Departementene 2008).

Helsetenester: I denne studien inneber dette helsetenester både førebyggjande, i primærhelsetenesta og i spesialisthelsetenesta der sjukepleie er ein naturleg del.

Kvinnene: Kvinner utsett for kjønnslemlesting blir i teksten ofte omtalt som ”kvinnene” for å få betre flyt i språket.

Sjukepleiar: Vi inkluderar her sjukepleiarar, og sjukepleiarar med vidareutdanning t.d. jordmødre, helsesøstrer og psykiatriske sjukepleiarar.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 *Kjønnslemlesting.*

I dette kapittelet vil vi belyse fakta om kjønnslemlesting: Vi omtalar historikk, religion og kultur. Deretter presenterar vi forskjellige type kjønnslemlesting og helsekonsekvensar, samt førebygging og lovverk.

2.1.1 Historikk, religion og kultur

Ingen veit sikkert når, eller kvar skikken med å omskjere kvinner oppstod, men det er ein tradisjon med lange historiske røter. Både kvinneleg og mannleg omskjering skjedde sannsynlegvis allereie i det antikke Egypt. Det vil seie for meir enn 4000 år sidan. Det er mykje som tyder på at skikken oppstod i eit kulturelt og kommersielt sentrum, og at den derifrå har spreidd seg gjennom handel og kulturkontakt. Områder der kvinnelig omskjering er utbreidd samanfall framleis med handelsruter som band saman sentrum og periferi i dei mektige før - moderne statane rundt Egypt og Afrikas horn (Talle 2010). Det kan påvisast at kvinneleg omskjering eksisterte som kulturell og sosial praksis før spreiding av både kristendom og islam, men ikkje over heile området der skikken i dag er utbreidd. Det er antatt at spreiding av islam har spelt ei nøkkelrolle i spreinga av kjønnslemlesting i nyare tid (Talle 2010).

Kor gamle jentene er når dei blir kjønnslemlesta varierer frå nyfødt (sju dagar), til etter at ein har født sitt fyrste barn. Det mest vanlige er at inngrepet enten skjer på småbarnstadiet, rett før puberteten eller før ekteskap (Johansen 2005). Inngrepet blir vanlegvis utført i jenta sin heim, i familiekretsen, utan bedøving og oftast av kvinner i godt vaksen alder. Omskjerarane er spesielt utvalde kvinner. Kunnskapen blir erverva ved praktisk erfaring og læring. Mødrer, tanter og bestemorar er ofte med for å halde jenta fast under inngrepet (Talle 2010).

Det er ulike oppfatningar om bakgrunnen til at det utførast kjønnslemlesting, men forskarar meiner det dreiar seg om ein generell kontroll over kvinna si fruktbarheit og seksualitet

(Talle 2003). Forsking av Vangen et al. (2006) visar at dei praktiserande meiner lemlestinga er naudsynt for å bli ei rein kvinne med høg moral. Det hevdast at ingen vil gifte seg med ei kvinne som ikkje er omskoren. Nokon praktiserande trur skikken er pålagd dei gjennom religion, men ingen religion krev dette. Både blant kristne, jødar og muslimar praktiserast kjønnslemlesting.

I samfunn der kjønnslemlesting er ein konvensjon, blir den uomskorne jenta sett på som ein unormal, marginalisert og utstøytt person. Det ville være ei stor skam, for ikkje å sei ein umulig tanke, både for jenta sjølv og hennar familie, at ho ikkje blei gift. Det ville sette heile hennar framtid på spel, og vere ein større trussel enn sjølve inngrepet (Talle 2010).

Kjønnslemlesting bryt med ei rekkje likestillingsprinsipp, særleg kvinna sin rett til kontroll over eigen kropp, seksualitet og helse (Departementene 2008).

2.1.2. Kva er kjønnslemlesting?

Det finnst ulike former for kvinneleg kjønnslemlesting. Verdas helseorganisasjon (WHO) har foreslått å gruppere dei i fire type:

Type 1: Fjerning av forhuda på klitoris, med eller utan heilt eller delvis fjerning av klitoris.

Type 2: Fjerning av forhuda og klitoris, pluss delvis eller fullstendig fjerning av dei små kjønnsleppene. Kallast også klitoridektomi, men då er ofte berre klitoris fjerna.

Type 3: Delvis eller fullstendig fjerning av de ytre genitalia, samt skraping/skjering og attsynging av dei store kjønnsleppene slik at vaginalopninga blir forsnevra. Dette kallast også infibulason, men her er det er ikkje alltid at klitoris er fjerna under hudseglet.

Type 4: Alle andre former, inklusive prikking og stikking i klitoris, strekking av klitoris og/ eller kjønnslepper, kauterisering ved brenning av klitoris og omliggande

vev, innføring av etsande stoff i vagina for å minske lumen, samt nokre andre inngrep og skadar.

Kjønnslemlesting type 2 er den vanlegaste forma, og berekningar viser at om lag 85% av kjønnslemlesta kvinner har ein eller anna variant av denne typen, eller i liten grad type 1 eller 4, evt kombinasjonar av desse (Talle 2010).

Om lag 15% er utsett for type 3, eller infibulering. Det er fysisk den mest radikale forma for kjønnslemlesting. Dette inngrepet forandrar det kvinnelege kjønnsorganet til ei jamn, glatt og lukka flate mad eit avlangt arr, og ei ørlita opning i den nedste delen. Denne forma er særleg utbreidd på Afrikas horn, i nordlege Sudan og i grenselandet mellom Egypt og Sudan (Talle 2010). Dei fleste kjønnslemlesta kvinner i Noreg kjem frå Somalia der over 90% av jentene gjennomgår infibulasjon. Dette er difor den mest utbreidde forma her i landet (Johansen 2006a).

2.1.3. Helsekonsekvensar av kjønnslemlesting.

Fordi dette er eit sensitivt tema, er det vanskeleg å studere medisinske komplikasjonar etter kvinneleg omskjering. Ut ifrå forskning kan ein likevel sei at det er ein relativ sterk samanheng mellom kjønnslemlesting og risikoen for å utvikle gynekologiske eller obstretiske komplikasjonar seinare i livet. Risikoen aukar med inngrepets omfang (Vangen et al. 2006).

Kjønnslemlesting er skadelege inngrep på jenters og kvinners kjønnsorgan. Dei akutte komplikasjonane knytt til sjølve inngrepet er smerter, bløding, hindra urinlating pga hevelse, samt skadar på urinrør, blære, skjede og endetarm. I tillegg kan sår frå inngrepet utvikle seg og føre til meir omfattande infeksjonar eller sepsis. Kraftig bløding og infeksjon kan bli livstruande. I mange tilfelle der komplikasjonar oppstår, får ikkje kvinnene tilgang på medisinsk hjelp (Vangen et al. 2006).

Ein stor del av dei kvinnene som har vore utsett for kjønnslemlesting av omfattande typar, slik som infibulering, utviklar kroniske underlivsplager. Kjente seinkomplikasjonar er langsam og smertefull urinlating, opp til 15 – 20 min, hyppige urinvegsinfeksjonar, kronisk bekkeninfeksjon, bindevevssvulstar i arret, cystedanning i skjeden, oppsamling av

menstruasjonsblod i skjeden, menstruasjonssmerter, smerter ved samleie, manglande orgasme og infertilitet. Mange av desse plagene kan også oppstå ved mindre omfattande typar kjønnslemlesting. Hjå kvinner som er infibulert kan kirurgisk opning (defibulering) vere god behandling for ein del av plagene (Departementene 2008).

Kvinner, som har gjennomgått kjønnslemlesting, har auka risiko for fødselskomplikasjonar. Forsking viser ein høgare førekomst av akutt keisarsnitt, bløding etter fødsel, lav apgarskåre hos barnet og perinatale dødsfall, også etter migrasjon til eit vestleg land, men generelle helseforhold og ikkje optimal perinatal omsorg kan vere av betydning her (Vangen et al. 2006).

Forsking seier det er sterke indikasjonar på at kjønnslemlesting gjev kvinnene eit psykisk traume, som dei ber med seg vidare i livet. Dei sterke smertene og opplevingane frå sjølve inngrepet kan reaktiverast seinare, som ”flash backs”, ved situasjonar som minner om inngrepet. Dette kan vere ved initiering av seksuell aktivitet, fødsel eller gynekologisk undersøking (Vangen et al. 2006).

2.1.4. Førebygging og lovverk.

Helsearbeid i forbindelse med kvinnelig kjønnslemlesting har to sentrale formål: at kvinner som er omskorne, skal få tilbod om behandling og rehabilitering basert på respekt, og å hindre at fleire jenter blir kjønnslemlesta (Ulvund 2008). Til tross for at styresettet i enkelte afrikanske land ser denne skikken som ein del av sin kultur, føreligg det ein resolusjon frå FN mot omskjering av jenter.

I Noreg er kjønnslemlesting av jenter / kvinner, i alle formar, forbode og straffbart (Almås 2010). Noreg fikk lovforbod mot kjønnslemlesting i 1995. Loven inneheld bestemningar både om forbod mot kjønnslemlesting, og pålegg om avvergingsplikt når det gjeld å forhindre at inngrep faktisk skjer. Lovtekstane beskrivast i relasjon til andre lover og retningsliner for teieplikt, meldeplikt og melderett (Lov om forbod mot kjønnslemlestelse 1995) .

For å kunne førebygge kjønnslemlesting og komplikasjonar, samt tilby god behandling, er det naudsynt at helsepersonell har relevant kunnskap og erfaring. Sosial- og

helsedirektoratet har arbeidd med kompetansebygging og haldningsskapande prosjekt i fleire år, og det er vedtatt ein handlingsplan mot kjønnslemlesting, men det er behov for meir skulering og informasjon retta mot helsesyster, jørdmødre, psykologar, fastlegar og helsepersonell i spesialisthelsetenesta (Departementene 2008).

2.2 Samhandling i ein fleirkulturell kontekst.

I dette kapitlet skal vi sjå på særskilte utfordringar ved samhandling og kommunikasjon i møtet mellom menneske frå ulike kulturar, i lys av den Amerikanske sjukepleieteoretikaren Joyce Travelbee (1926-1971).

2.2.1. Tverrkulturell Sjukepleie

Noreg er eit fleirkulturelt samfunn. For å kunne møte menneske med ein framand kulturbakgrunn på ein meiningsfull måte, ikkje minst som helsearbeidar, er det viktig å vite noko om korleis ein sjølv og andre er forma av røter og kultur (Hanssen 2001). For å gje god og adekvat omsorg til alle type pasientar er det viktig at vi som sjukepleiarar innhentar informasjon om pasientens kulturelle bakgrunn, for slik å betre forstå korleis vi kan tilpasse pleia til den individuelle pasienten (Slettebø 2002).

Travelbees sjukepleiedefinisjon byggjer på eit eksistensialistisk inkluderande menneskesyn:

Sjukepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleier hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om mulig finne en mening med disse erfaringene (Travelbee 1999, 29).

Sjukepleia sitt mål og hensikt kan berre oppnåast ved å etablere eit menneske- til menneskeforhold seier Travelbee. Eit menneske til menneskeforhold inneheld ein eller fleire opplevingar og erfaringar mellom den som har behov for sjukepleie og sjukepleiaren. Sjukepleiaren tek i vare desse behova gjennom intellektuell tilnærming kombinert med evne til å bruke seg sjølv terapeutisk (Travelbee 1999).

Eit fleirkulturellt samfunn gjev utfordringar i sjukepleiefagleg arbeid. Her er kultursensitivitet ei sentral førutsetting. Dette inneber å anerkjenne forskjellar utan å fordømme det som er ulikt det ein sjølv stend for. Det blir naudsynt å reflektere over eigen kultur og verdigrunnlag, og over sjukepleiarens møte med andre kulturar. Det må også takast hensyn til ulike behov i den praktiske sjukepleia (Damsgaard 2010).

Travelbee (1999) peikar på at den kulturen personen er ein del av, vil ha betydning for vedkomande si oppfatning av sjukdom og liding. Travelbee seier at det for sjukepleiaren er viktigare å kjenne til pasienten si oppleving av sin situasjon, og kva meining ho sjølv tillegg den, enn å forhalde seg til hennar diagnose.

Enhver sykdom eller skade er en trussel mot selvet, og personens opplevelse av sin sykdom er langt viktigere enn et diagnosesystem for helsepersonell. Man kan ikke på forhånd vite hvordan den enkelte opplever sin sykdom, før helsearbeideren utforsker dette sammen med vedkommende og får fram hvilke meninger hun tillegger sin tilstand (Travelbee 1999, 87).

2.2.2. Tverrkulturell kommunikasjon

Det er ingen tvil om at kommunikasjon på tvers av kultur og språkgrenser byr på store utfordringar når det gjeld gjensidig forståing. Dette gjeld ikkje minst i helsevesenet (Eide og Eide 2007). Profesjonell, helsefaglig kommunikasjon er basert på yrket sitt verdigrunnlag. I dei internasjonale retningslinene for sjukepleiarar heiter det:

Sykepleie ytes uavhengig av alder, hudfarge, trosoppfatning, kultur, funksjonshemming eller sykdom, kjønn, seksuell legning, nasjonalitet, politisk oppfatning, etnisk bakgrunn eller sosial status (Norsk sykepleieforbund 2006, 13).

Travelbee beskriv kommunikasjon som sjukepleiaren sitt viktigaste reiskap når det gjeld å etablere eit verkeleg menneske- til menneske- forhold til pasienten. Kommunikasjon er ein prosess der menneske formidlar sine tankar og følelsar til kvarandre, denne kommunikasjonen skjer både ved hjelp av ord, og ved mimikk, tonefall, bevegelsar og berøring, sokalla nonverbal kommunikasjon (Travelbee 1999).

Økt innvandring medfører at profesjonell kommunikasjon bør inkludere det tverrkulturelle perspektivet når dette er nødvendig. Til dette trengs ferdigheter i tverrkulturell kommunikasjon. Slike ferdigheter er ikke grunnleggende forskjellige fra generelle kommunikative ferdigheter, men de krev ei tileggsforståing som inkluderer kunnskap om, og respekt for ulikskapar i leveste, veremåtar og kulturelle uttrykksformer. I spesielle tilfeller føregår kommunikasjonen også ved hjelp av tolk (Brataas, Steen- Olsen og Skimmeli 2003).

Ikkje alle pasientar har lært seg norsk eller engelsk slik at dei sjølve kan meddele kvar dei har smerter, kva som uroar dei, eller korleis pleia er lagt opp. Difor må det arbeidast for at profesjonelle tolkar er tilstades i helsetenestene, uansett nivå og kontekst (Slettebø 2002).

3.0 Metodebeskriving

Avsluttande bacheloreksamen i sjukepleie, ved Høgskolen i Molde, skal vere eit litteraturstudium. I følge Willmann, Stolz og Bahtsevani (2006) inneber eit litteraturstudie å systematisk søkje etter, granske og kritisk bedømme litteratur som er relevant for studiens føremål. Vi har valt å bruke retningsliner for bacheloreksamen i sjukepleie ved høgskolen i Molde som retningsgjevande metode for vår studie, fordi vi då sikrar at studien oppfyller dei krava høgskulen sett.

Dalland (2007) beskriv metodedelen i ein litteraturstudie slik:

Dersom man skriver en litterær oppgave basert på eksisterende kunnskap, må det gjøres rede for hvordan man har kommet frem til den litteraturen man har valgt å bruke. Dette tilsvarer metodedelen i en undersøkelse (Dalland 2007, 267).

3.1 Datasamling

Vi starta vår/ sumar 2010 med å lese bakgrunns litteratur, både skjønnlitterær og fagleg litteratur, for slik å tileigne oss den teoretiske basiskunnskap, som var naudsynt for å innhente relevant datamateriale. Retningsliner for bacheloroppgåve, kull SpH08, seier litteraturstudien skal basere seg på 10 til 15 originale forskingsartiklar.

I forkant av hovedsøk etter aktuelle artiklar blei det utført ei rekkje prøvesøk, og det blei lagt ned mykje arbeid i å utarbeide gode søkeord i PIO-skjema for å få presise og relevante treff i dei ulike databasane.

Vi starta med ”P” i skjemaet. Den skulle innehalde kva for populasjon eller problem vi ville forske på (Nordtvedt et al. 2007). Vi fann ulike ord som beskreib populasjonen. Det skulle vere kvinner som var kjønnslemlesta. På norsk brukast også kvinneleg omskjering, mens det på engelsk er endå fleire synonyme uttrykk. Gjennom kunnskap vi skaffa oss frå bakgrunnsteori og prøvesøk kom vi fram til desse engelske søkeorda: Circumcision, female genital cutting, female genital mutilation og infibulation.

”I” står for intervensjon og beskriv kva for tiltak, eller intervensjon, vi ynskjer vurdert. Det skal vere ei vid tolking som beskriv ulike type eksponeringar i klinisk praksis (Nordtvedt et al. 2007). Vi ville sjå på helsetenester desse kvinnene møtte i eit vestleg land, og som gav utfordringar i forhold til deira kjønnslemlesting. Vi starta søk med desse engelske søkeorda: Observation, intervention, communication, nursing, midwifery og challeng. Seinare blei challeng flytta til ”O” og healthcare blei teke med.

Til slutt sette vi inn ord under ”O” i skjemaet. Dei beskriv kva for utfall/ endepunkt vi er interessert i. Kva for effekt av tiltaket ynskjer vi vurdert? (Nordtvedt et al. 2007). Vi ville finne ut korleis kvinnene opplevde møtet med helsetenestene. Vi starta med desse søkeorda: Experience, reflection, coping, quality of life og adaptation. Seinare utvida vi med challeng og complications.

Vi brukte booleska søkeoperatørar, som kombinerer ord på ulikt vis. I fylje Willmann, Stoltz og Bahtsevani (2006) skal alle databasar forstå dei booleska søkeoperatørane. Vi brukte OR som samlar artiklar som inneheld eit eller fleire av søkeorda, og AND som samlar artiklane som inneheld alle søkegruppene. Vi søkte i fritekst og kombinerte dei ulike orda i same kolonne med OR, tilslutt kombinerte vi dei tre (to) kolonnene med AND.

Vi utførde søka i fritekst og valde avansert søk (advanced search). Vi brukte trunckeringssteikn (* eller \$) på søkeorda. Ved å skrive t.d. observ* fikk vi også med artiklar med ord, som starta med observ, t.d. observing, observed og observation.

Ved søk i OVID databasar brukte vi Mesh termer. Dette gav oss nye søkeord som gav fleire treff på relevante artiklar. Mesh term tyder ”medical subject heading” og er ferdig kontrollerte emneord, som beskriv innhaldet i artikkelen (Willmann, Stoltz og Bathsevani 2006). Det kunne vere ulike Mesh termer for dei ulike Ovid databasar, sjå vedlegg for databasane sitt PIO- skjema (Vedlegg nr: 1).

Ved dei søka som gav mange treff la vi inn grenser (limits). Dette var årstall (2002 – current), kjønn (female) og språk (norsk, engelsk, dansk, svensk). Vi forventa at det var kvalitative studiar som ville gje best svar på våre problemstillingar og hensikt, men valde å ikkje sette dette som ei grense sidan det kunne tenkjast at kvantitative studiar kunne belyse temaet frå ein annan ståstad.

Ved funn av artiklar vi ville lese og kvalitetssikre for mogleg inkludering i studien, undersøkte vi om desse var tilgjengeleg i fulltekst for direkte utskrift. Om dei ikkje var det, bestilte vi dei gjennom bibsys frå biblioteket ved høgskolen i Molde.

Database: OVID Medline.

Vi hadde vårt fyrste søk i OVID Medline sidan vi syntes å ha mange relevante treff her under prøvesøka. Ved limits "2002 – current" fekk vi her 41 treff ved å kombinere søkeorda i P+I+O med AND, og bruke relevante "mesh terms". Vi leste gjennom 25 abstract og skreiv ut eller bestilte 11 artiklar til gjennomlesing, som syntes å vere relevante. Vi var usikre om vi kunne gå glipp av relevante artiklar med vår søkestrategi, og prøvde difor å kombinere "P" i skjemaet enkeltvis med "I" og "O". Vi fekk då henholdsvis 138 og 102 treff, noko som resulterte i 4 nye artiklar.

Ved vårt andre hovudsøk 13.12. 2010 brukte vi litt andre "mesh terms" og tok med "infibulated" under "P" og "complicat*" under "O". Resultatet blei 55 treff, 14 aktuelle artiklar hadde vi funne i første søk, men vi fann 1 ny artikkel til gjennomlesing og kvalitetssikring.

Database: OVID Psych Info.

Den 07.10.10 utførde vi vårt andre søk, no i OVID Psych Info. Søkeorda var dei same, også Mesh termene blei dei same som i Medline. Det var adskillig mindre treff på søkeorda i denne databasen, men vi fekk 15 treff, leste 7 abstract, og fann 2 nye relevante artiklar til gjennomlesing og kvalitetssikring.

Ved søk 13.12.10 brukte vi litt endra søkeord, bl.a. blei "Challeng*" flytta til "O" og "complicat*" lagt til. Vi fekk 24 treff, og ved limits 2002, Female, Norsk, svensk, dansk, engelsk, fekk vi 13 treff, og 1 artikkel var ny og relevant.

Database: OVID British Nursing Index.

Vi fortsette å søke i OVID sidan det er lett å lagre søkehistoriene i desse databasane, og ha god oversikt over dei ulike søka. Ved søket i Nursing Index 13.12.10 brukte vi same søkeord som i Medline, men nye mesh termer dukka opp t.d. "reflected practice" og "patients empowerment". Vi hadde forventningar til denne databasen, men fann lite

relevante artiklar. Ved "limit 2002 – current" gav søket 14 treff. Vi fann 3 dubletter, leste 3 nye abstract, men fann bere 1 relevant artikkel.

Database : Nursing database.

Den 18.01.11 føretok vi oppdaterte søk i dei ulike OVID basane for å sjå om nye artiklar var kome til, men det var det ikkje. I tillegg søkte vi på nursing database. Vi brukte dei same søkeorda, men la til "FGM" som er ein mykje brukt forkortelse for female genital mutilation. Vi la også til mesh termene "labour complications" og "pregnancy complications". Vi hadde sett at dei fleste artiklane vi hadde funne dreia seg om svangerskap, fødsel og barsel. Vi fekk 18 treff ved "limit 2002 – current", men mange var dubletter, naturleg nok. Vi leste 3 nye abstract, og fann 1 ny relevant artikkel.

Database: Pro-Quest.

Vi ville gjerne ha eit breitt søkegrunnlag, sidan vi tenkte det kunne vere vanskeleg å finne nok artiklar om temaet vårt. Ved søk 13.12.10 på pro-quest database brukte vi dei same søkeorda som i Medline. Her er det ikkje mesh termer, men vi fekk 28 treff. 5 hadde vi funne før, 2 nye artiklar var relevante. 1 var ikkje tilgjengeleg i Noreg.

Database: Sience Direct.

Fleire av artiklane vi fann i andre databasar, som var tilgjengeleg i fulltekst, blei skrivne ut frå Sience Direct. Difor gjorde vi også søk i denne databasen. Vi fekk 21 treff, 3 var dubletter, men ein artikkel var ny og relevant.

Database: Norart og SweMed.

Vi gjorde søk i databasane Norart og SweMed, der vi brukte norske og svenske søkeord. Ved å søke på søkeord i både P, I og O og kombinere med "AND" fikk vi ingen treff. Vi søkte difor med berre ord i P: kvinnelig omskjæring, könsstympling, kjønnslemlestelse og infibulasjon. Vi fikk treff på to artikler som var interessante, men ikkje aktuelle for studien.

Manuelt søk:

Ved gjennomlesing av ein artikkel frå 2010, blei det vist til ein artikkel frå 2007, som syntes svært relevant. Vi søkte opp denne manuelt i Ovid Medline. Den var i fulltekst og blei skriven ut, og tatt med i kvalitetsbedømminga.

Søkehistorikken blei lagra etter kvart. Antal treff for kvart enkelt søkeord blei ført inn i PIO skjema for kvar database (Vedlegg nr: 2), og antal artikkeltreff blei ført inn i eit artikkelskjema (Vedlegg nr: 3).

3.2 Inklusjonskriteriar

- Artiklar skrivne på engelsk, norsk, dansk eller svensk.
- Artiklar frå 2002 – notid. Med hovudtyngda frå 2006 – notid. - Artiklar som er frå 2002 til 2005 blir kunn tekne med om dei er av særskild god kvalitet og er viktige i forhold til hensikt og problemstilling. Grunnen til at vi tek med desse årstala er at det i desse åra var mykje debatt og forskning innan temaet, og særleg i Noreg og Sverige.
- Forskingsartiklar som er refereebedømt, tek etiske omsyn og har kvalitetsgradering 1. Artiklane må omhandle:
 - Pasientperspektiv.
 - Vaksne kvinner som har gjennomgått kjønnslemlesting.
 - Desse kvinnene i møte med helsetenester i vestlege land.
 - Helsetenester som kan innebære utfordringar i forhold til deira kjønnslemlesting. Dette dreiar seg i hovudsak om svangerskapsomsorg, fødsel og barsel. Men også t.d. gynekologi/ seksuelle problem, urologi, mage/ tarm og psykiatri.

3.3 Kvalitetsbedømming

Etter søk i databasane sat vi att med 24 artiklar til kvalitetsbedømming. Alle artiklane blei lesne av forfattarane kvar for seg, med fokus på metode og resultat, for å få eit inntrykk av om dei var tilstrekkeleg relevant for hensikt og problemstillingar. Vi la også vekt på at artiklane var tilfredsstillande i forhold til etiske omsyn. På bakgrunn av dette, blei 8 artiklar ekskludert utan vidare kvalitetssikring, etter felles diskusjon og vurdering.

Dei resterande 16 artiklane blei lesne på nytt, først av ein forfattar, som brukte bilag H for kvalitetsbedømming av studiar med kvalitativ metode, og bilag G for kvalitetsbedømming for studiar med kvantitativ metode (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2006). Deretter blei artiklane gådd gjennom av den andre forfattaren på same måte.

Etter felles gjennomgang av kvalitetsbedømminga blei ytterlegare 2 artiklar ekskludert frå studien, den eine fordi den baserte seg på ein tidlegare studie og var av middels kvalitet, den andre var ein del av ein studie vi allereie hadde inkludert og gav ikkje nye resultat som var relevant for vår studie. Vi brukte også Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatenestes database for statistikk om høgare utdanning for å sikre at artiklane var refereebedømt. Ellve artiklar var bedømt til nivå 1, mens tre artiklar hadde nivå 2.

Vi hadde no 14 artiklar med kvalitet Grad 1. Metoden for artiklane var 13 kvalitative og 1 kvantitativ. Alle artiklane var skrivne på engelsk. 4 artiklar var frå Sverige, 2 frå Noreg, 2 frå Sveits, 2 frå Storbritannia, 2 frå USA, 1 frå Canada og 1 frå Australia.

9 av artiklane var frå dei siste 5 år. Dei 5 andre var frå 2002 – 2005, men blei tekne med fordi dei var særskilte aktuelle i forhold til hensikt for studien. Kvalitetsbedømminga av artiklane førte vi inn i ein oversiktstabell (Vedlegg nr: 3).

3.4 Etiske omsyn

Alle inkluderte artiklar er godkjende av etisk komitè. Det blei vist til at deltakarane vart spurde på førehand om dei ville delta og kva dette innebar for dei. Ofte kom det fram at særlege omsyn måtte takast i forhold til deltakarane og mange var usikre på om dei ville delta, på grunn av temaets sensitivitet. Vi har også i vårt arbeid kjent på at vi må ta etiske omsyn i forhold til korleis vi uttrykkjer oss i teksten, for å unngå å støyte nokon. Dette har vore viktig for oss.

3.5 Analyse

Forfattarane har tatt utgangspunkt i tematisk analyse, basert på forskning av V Braun og V Clarke (2006), og U.H. Granheim og B Lundman (2004), samt retningslinjer for bachelor i sjukepleie frå høgskulen i Molde når vi har gjennomført analysen i studien.

Granheim og Lundman (2004) seier ”*tematisk analyse er ein systematisk metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre og mening (tema) på tvers av eit datasett*”.

Vi merka artiklane med nummer frå 1 – 14 og starta med å lese gjennom artiklane og streke under meiningsberande einingar, som svarte på vår hensikt og problemstilling, i

resultatdelen i tekstane. Vi gjorde dette først saman, men det tok mykje tid, så vi delte artiklane mellom oss og bytta etterpå for å kvalitetssikre kvarandre sitt arbeid. Etter dette blei alle dei meiningsberande einingane merka med nummer frå 1 – 14, etter kva artikkel dei var funne i, og skreiv inn i eit arbeidsdokument. Vi gjorde oss kjent med dette dokumentet og formulerte fire hovudtema, som vi gav kvar sin farge. I arbeidet identifiserte vi tre undertema i kvart temaområde, som hjelpte oss å plassere einingane under rett tema. Dette var:

Tidlegare erfaringar i ei ny verd.

- oppleving av smerte og frykt
- å føle seg annleis
- oppleving av betre helsetenester

Kulturforskjellar.

- å føle seg framand og sårbar
- kulturforståing og sensitivitet
- ønske om kvinneleg helsepersonell

Kommunikasjon.

- verbal og nonverbal kommunikasjon
- mangel på kommunikasjon
- utfordringar ved bruk av tolk og språkbarrierar

Kunnskap.

- mangel på kunnskap blant helsepersonell
- kunnskap og oppfatting blant kvinnene
- etiske dilemma

Vi merka dei ulike tema med kvar sin farge i worddokumentet, og gjekk deretter gjennom heile teksten saman og merka kvar eining med den fargen dei høyrde inn under. Deretter kopierte vi alle einingane i same farge og limte dei inn i eit nytt dokument oppdelt i tema og undertema.

Vi starta no prosessen med å redusere tekstens volum, men likevel behalde essensen. Vi gjekk gjennom kvart enkelt undertema og formulerte setningar på norsk, som dekte innhaldet i teksten, og når vi fann einingar ,som hadde same innhald, skreiv vi opp nummer på artikkelen. Denne prosessen gav oss setningar med nummer bak som viste kor

mange treff vi hadde på funnet. På denne måten kunne vi lett finne tilbake til originaltekstane i arbeidsdokumentet.

Vi følte at vi no hadde funne fire temaområde som kunne belyse hensikta med studien, men resultatata kom ikkje nok fram til å gje presise og klare svar på problemstillingane. Vi såg også at omfanget av studien blei for stort og uoversiktleg, når vi skulle belyse hensikta både frå pasient- og helsepersonellperspektiv. Difor beslutta vi å inkludere kunn pasientperspektiv i våre resultat. Dette førde til at ytterligere 1 artikkel, som berre hadde helsepersonellperspektiv blei ekskludert. Vi tok ut funn med helsepersonellperspektiv, fjerna ei problemstilling, og omdefinerte våre fire tema nærare knytt opp mot hensikt og problemstilling. Desse var:

- Tidlegare erfaringar har betydning for korleis kvinnene opplever helsetenester.
- Kvinnene opplevde mangel på kulturforståing
- Kvinnene opplevde mangel på god kommunikasjon
- Kvinnene opplevde mangel på kunnskap og erfaring blant helsepersonell

Vi gjekk gjennom dei norske setningane og undertema som vi hadde formulert, og spissa innhaldet til 18 relevante og fokuserte funn, som vi førte inn under dekkande tema. Desse funna meiner vi beskriv resultatata av studien vår på ein god måte (Vedlegg 4).

4.0 Resultat

4.1 Tidlegare erfaringar har betydning for korleis kvinnene opplevde helsetenester.

Eit hovudfunn i vår studie er at kvinnenes tidlegare erfaringar, i forhold til å vere ei kvinne som var kjønnslemlesta, hadde innverknad på korleis dei opplevde helsetenestene i ein vestlig kontekst. Det kjem fram i sju studiar at kvinner, som tidlegare såg seg sjølv som normale og stolte, fekk ei ny oppleving av å vere unormal og skamfull. Dei følte seg annleis og mindreverdige, og dette gav dei ei tilleggsbelastning i møte med helsetenester, som dei ikkje opplevde i opprinnelseslandet (Upvall, Mohammed og Dodge 2009, Thierfelder, Tanner og Bodiang 2005, Lundberg og Gerezgiher 2008, Berggren, Bergstrøm og Edberg 2006, Murray et al. 2010, Abdullahi et al. 2009, Ahlberg et al. 2004).

”If it was in Somalia it would have been different because everybody is circumcised and you share with the others and you are not alone. Here the uncircumcised are the majority... they see us as a big thing and you feel inferior” (Ahlberg et al. 2004, 59).

Det blei rapportert om at dette kunne føre til at kvinnene ikkje nytta anbefalte helsetenester, slik som studien til Abdullahi et al. (2009) om livmorhalscreening der kvinnene seier skam og forlegenheit hindra dei i å ta del i screeninga, og i studien til Berggren, Bergstrøm og Edberg (2006), som viser at kvinner ikkje møtte til svangerskapskontroll, sjølv om dei visste at dei hadde helseproblem, fordi dei følte skam for å vere gravid igjen og igjen, og blei dårleg behandla av helsepersonell.

Kjønnslemlesta kvinner har erfaringar med at fødsel og barsel er forbunde med komplikasjonar for mor og barn og eit tydeleg funn i studien er at kvinnene opplevde frykt og angst fordi dei assosierte fødsel med fare for liv og helse. Særleg keisarsnitt uttrykte kvinnene motstand mot, fordi det i opprinnelseslandet var forbunde stor risiko med eit slikt inngrep (Vangen et al. 2004, Lundberg og Gerezgiher 2006, Berggren, Bergstrøm og Edberg 2006, Johansen 2006b, Murray et al. 2010).

I fylje Straus, McEwen og Hussein (2007) meinte kvinnene at keisarsnitt var unødvendig og dei kjende ikkje til prosedyrane. Dette har samsvar med funn som viser at kvinnene er

redd for keisarsnitt, og difor prøvde de å ete mindre i svangerskapet, for slik å redusere fødselsvekta på barnet og auke sjansen for vaginal fødsel (Lundberg og Gerezgiher 2008).

“Childbirth is like going into a tunnel, and you never know whether you are coming out alive” (Vangen et al. 2004, 33).

Det viste seg også at kvinnene gjenopplevde smerta og traumet frå si eiga kjønnslemlesting i forbindelse med graviditet, fødsel og gynekologiske undersøkingar (Vangen et al. 2004, Berggren, Bergstrøm og Edberg 2006, Johansen 2006b).

“In my dreams, my delivery and my circumcision are sort of mixed up. I am lying there pregnant, but only six years old as I was at my circumcision, and there are people around me with knives cutting me up everywhere. It is just awful” (Vangen et al. 2004, 33).

I studien til Johansen (2006b) er eit hovudfunn at det var vanskeleg for jordmødrene og kvinnene sjølv å skilje mellom direkte smerte og gjenopplevd smerte.

Det at kvinnene sjølv hadde god kunnskap hadde stor betydning for å oppleve gode helsetenester. Økt kunnskap blant kjønnslemlesta kvinner om helse, fødselsomsorg, ulike gynekologiske undersøkingar, og helsesystemet i det nye landet, førte til at kvinner fekk auka tillit til vestlige helsetenester (Lundberg og Gerezgiher 2008, Murray et al. 2010, Abdullahi et al.2009). Kunnskap om lov mot kjønnslemlesting og reinfibulasjon førde også til endring i kvinners haldningar og praksis. Det kom fram i studiar av Lundberg og Gerezgiher (2008).

“I and my husband asked the midwife to open the stitches for me because we found them meaningless and harmful. After opening, my three deliveries became easier and less painful, and there were no complications” (Lundberg og Gerezgiher 2008, 220).

4.2 Kvinnene opplevde mangel på kulturforståing

I åtte studiar viser funn at kvinnene opplevde mangel på respekt og kulturforståing. Kvinnene rapporterte om sårande kommentarar, lite forståing, og dei følte seg ofte sårbare og åleine. Kvinnene opplevde at dei ikkje blei høyrd (Vangen et al. 2004, Upvall, Mohammed og Dodge 2009, Thierfelder, Tanner og Bodiang 2005, Straus, McEwen og Hussein 2009, Berggren, Bergstrøm og Edberg 2006, Chalmers og Omer-Hashi 2002, Murray et al. 2010, Ahlberg et al. 2004).

I studien til Staus, McEwen og Hussein (2009) er eit funn at kvinnene følte dei blei fordømde og sett på som uvitande. Dette førde til at dei følte seg mindreverdige og ikkje hadde kontroll over sin situasjon. Dette kjem også sterkt til uttrykk i ein annan studie frå Canada der kvinnene også opplevde nedverdige kommentarar og å bli sett på som uintelligente.

“Every day they make negative comments that insult my culture and my family. All I need was respect and kind care... I am the woman living with FG, not them. They have no business making comment`s” (Chalmers og Omer-Hashi 2002, 273).

I fleire studiar viser funn at kultur spelar inn for korleis kjønnslemlesta kvinner opplever helsetenester. I fire studiar kjem det fram at kvinnene og helsepersonell hadde ulik forståing av kva som var god omsorg for kjønnslemlesta kvinner i forbindelse med svangerskap og fødsel (Lundberg og Gerezgiher 2008, Berggren, Bergstrøm og Edberg 2006, Chalmers og Omer-Hashi 2002, Murray et al. 2010). I tre studiar viser funn at kvinnene etter fødsel i sitt opprinnelege land blei omringa av familien, mor, slektingar og vener både heime og på sjukehuset. Dei tok ansvar for omsorga for mor og barn i 40 dagar. I ein vestleg kontekst opplevde kvinnene, som budde vekk frå sine slektingar, at dei følte seg einsame og forlatt (Lundberg og Gerezgiher 2008, Berggren, Bergstrøm og Edberg 2006, Murray et al. 2010).

“During two childbirths, I had my family, my mother and all relatives around me. This was a great support for me, and minimized my fear and pain. I also felt secure. In my country you get all support and help from family members and even from

neighbors. During my third pregnancy in Sweden I was thinking too much about childbirth because I was far away from my family” (Lindberg og Gereziher 2008, 220).

I ein australsk studie av Murray et al. (2010) kjem det fram at det var vanskelig for kvinner å forhalde seg til helsesystemet. Dei rapporterte om at det er vanlig å føde barn ute i naturen i heimlandet. Her i fødestua måtte kvinnene ligge i senga. Situasjonen var ny og ukjent.

Chalmers og Omer-Hashi (2002) har også funn som viser at kvinnene føler dei ikkje får forståing for at dei har større smerter enn sine medsysstre etter fødsel på grunn av kjønnslemlesting, større rupturskadar og arrvev. Imidlertid viser forskningsarbeid av Murray et al. (2010) at nokre kvinner beskriv jordmødrene som snille, rolege, hjelpsame, beroligande og ”verkeleg gode menneske”.

Upvall, Mohammed og Dodge (2009), Thierfelder, Tanner og Bodiang (2005), Abdullahi et al. (2009) og Carroll et al. (2007) viser at kvinnene føretrekk omsorg av kvinnelig helsepersonell. Dei følte seg meir sjølvstikker når dei mottok omsorg frå ei jordmor i staden for mannlige legar. Det å diskutere kvinnehelse med ein mann viste seg å vere ekstremt vanskeleg. Kvinnene følte at dei kunne kommunisere meir effektivt med kvinneleg helsepersonell.

4.3 Kvinnene opplevde mangel på god kommunikasjon

I fleire studiar kjem det fram at språkbarrierar og dårleg kommunikasjon også var ein kjelde til at kvinnene ikkje kjende seg godt ivaretatt. Dårleg tilgang på tolk var eit problem, og språkbarrierar gjorde kommunikasjonen vanskeleg (Upvall, Mohammed og Dodge 2009, Berggren, Bergstrøm og Edberg 2006, Carroll et al. 2007). Kvinnene tok ikkje opp tema om kjønnslemlesting på grunn av språkbarrierar og at dei kjende seg sårbar. Frykt for stigmatisering blei også rapportert som ei årsak (Vangen 2004, Berggren, Bergstrøm og Edberg 2006, Johansen 2006b). Ein studie frå Australia, seier at når informasjon blei forstått av kvinnene, følte dei seg komfortable, avslappa og hadde meir kontroll under behandling (Murray et al. 2010). Dette blir underbygd i den Amerikanske studien av Upvall, Mohammed og Dodge (2009), som framhevar god kommunikasjon og

god tolketeneste som viktig for å skape tillit og unngå mistillit mot helsevesenet. I studien Murray et al. (2010) snakkar kvinnene om at dårleg kommunikasjon gav dei "ein følelse av å ikkje vite". Dette gjorde at dei kjende seg redde, mistenksame og hadde mangel på tillit.

Murray et al.(2010) fant i sin studie at kvinnene hadde ingen eller liten kunnskap om sine rettigheter i forhold til sjukehussystemet, behandling og tilgang til helseopplysningar. Kvinnene kjende ikkje til prosedyrar, for eksempel behovet for å kle av seg i forbindelse med gynekologiske undersøkingar, og dette var ei årsak til bekymring blant kvinnene (Abdullahi et al. 2009). Spørsmålet om siste menstruasjon blei ikkje forstått og rutinemessige blodprøvetakingar under svangerskapskontroll var skremmande (Upvall, Mohammed og Dodge 2009).

Kvinnene ønska informasjon gitt verbalt. Dei kunne ikkje dra nytte av skriftleg informasjon, fordi dei praktiserte oral tradisjon i opprinnelseslandet (Straus, McEwen og Hussein 2009, Abdullahi et al. 2009, Carroll et al. 2007, Vangen et al. 2004).

"I have all the leaflets here, I translated them, but they are no use at all... it's oral in our culture... When someone gives me a letter, book, reading, no, I don't want to read it, I want to see and I want to hear it" (Straus, McEwen og Hussein 2009, 183).

Viktig informasjon blei ikkje mottatt, og kvinnene opplevde behov for meir informasjon t.d. om korleis kvinna skal forberede seg under svangerskap og fødsel, og informasjon om smertelindring og fødselsprosedyrar (Vangen et al. 2004, Thierfelder, Tanner og Bodiang 2005, Lundberg og Gerezgiher 2008, Johansen 2006b, Chalmers og Omer-Hashi 2002).

Carroll et al. (2007) viser til at den positive nonverbale kommunikasjonen, som å vise respekt, å føle seg verdsett, og å forstå den psykososiale konteksten til pasienten, er ein viktig del i pasientomsorga. Likevel viser funn frå tre studiar at den nonverbale kommunikasjonen opplevast som mangelfull (Straus, McEwen og Hussein 2009, Johansen 2006b, Carroll et al. 2007).

"At no stage of her labor or delivery did the midwife touch Shukri's body, apart from the genitals" (Johansen 2006b, 520).

4.4 Kvinnene opplevde mangel på kunnskap og erfaring blant helsepersonell.

Kunnskap blant helsepersonell blir omtalt i alle studiane, og i 9 studiar kjem det fram at svangerskapsomsorg, fødsel og barsel opplevdes utilfredsstillande for kvinnene på grunn av lite kunnskap blant helsepersonell. Kvinnene både frykta og opplevde å ikkje få adekvat omsorg under fødsel og barsel, t.d. å ikkje bli opna på rett måte, og utsettast for unødig ruptur og keisarsnitt, på grunn av liten erfaring med infibulerte kvinner (Vangen et al. 2004, Straus, McEwen og Hussein 2009, Lundberg og Gerezgiher 2008, Berggren, Bergstrøm og Edberg 2006, Johansen 2006, Chalmers og Omer-Hashi 2002, Murray et al. 2010, Ahlberg et al. 2004, Carroll et al. 2007).

“During delivery, we have to ask the midwives to cut... It is very frustrating to be confronted with a situation where the professionals appear as though they do not have control” (Ahlberg et al. 2004, 60 - 61).

Dette blei understøtta av kvantitativ forskning som viser at infibulerte kvinner hadde keisarsnitt og tredjegrads ruptur signifikant oftare enn kontrollgruppa (Wuest et al. 2009)

Lite fagleg kunnskap førte også til at jordmødre visste lite om kva kvinnene hadde behov for og ynskte under fødsel og barsel. Tiltak blei utført på grunnlag av antaking og ikkje kunnskapsbasert. Til dømes antok jordmødre at sidan vestlege kvinner helst ville unngå episiotomier, ville infibulerte kvinner unngå kutt i infibulasjonen (Vangen et al. 2004, Lundberg og Gerezgiher 2008, Johansen 2006b). I den norske artikkelen av Johansen (2006b) kom det fram at jordmødre prøvde å roe fødande kvinner, som hadde panikk, med å seie at dei skulle prøve å unngå å opne. Dette gjorde opplevinga verre for kjønnslemlesta kvinner, sidan det å ikkje bli opna på rett måte var det kvinnene frykta mest.

Lite erfaring og kunnskap blant helsepersonell førde også til andre utilfredsstillande situasjonar. I Vangen et al. (2004), Upvall, Mohammed og Dodge (2009), Thierfelder, Tanner og Bodiang (2005), Berggren, Bergstrøm og Edberg (2006), og Abdullahi et al. (2009) opplevde kvinnene at helsepersonell gav uttrykk for sjokk, avsky og sterke følelsar

når dei kom til gynekologiske undersøkingar eller i forbindelse med fødsel. Dei opplevde også at det kom fleire legar, eller anna helsepersonell inn for å sjå på dei under undersøkinga, og dei følte seg eksponert, og sårbare.

“I think if they knew about it (FGM), so that they don` t have a shock when they see... you know, my vagina:, “what the hell happened to this women?” , and if they... had a bit of education and they were sensitive... I think that would make it easier for me” (Abdullahi et al. 2009, 684).

God kunnskap blant helsepersonell førde til at kvinnene følte tryggleik og tillit. Studien til Lundberg og Gereziher (2008) viser at helsepersonell, som hadde god kunnskap og erfaring om kvinners kjønnslemlesting, gav kvinnene tryggleik. Dei følte seg tilfreds, takknemlig og godt ivaretatt under svangerskap, fødsel og barsel. Dette har samsvar med funn frå andre studiar som Berggren, Bergstrøm og Edberg (2006), Chalmers og Omer-Hashi (2002).

“When I went for antenatal care I met a midwife who asked me if I was circumcised. She had good knowledge because she had taken care of many Somali women, and she advised me to attend the lessons for pregnant women at the centre” (Lundberg og Gereziher 2008, 220).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Forfattarane sin metode for gjennomføring av litteraturstudien har vore basert på retningslinene for bachelor i sjukepleie ved høgskolen i Molde. I tillegg har vi brukt Dalland (2007) og Willmann, Stoltz og Bahtsevani (2006) som støttelitteratur. Førelesningar og vegleiing ved høgskolen har også vore til god hjelp i arbeidet.

Vi var tidleg einige om å få ein oversikt over arbeidsprosessen med studien, og sette opp ein plan. Vi organiserte våre praksisperiodar slik at vi kunne tilbringe mykje tid saman, og dette har vore ei god ordning for oss, særleg i perioden med kvalitetsbedømming og analyse. At vi oppnådde eit så tett og godt samarbeid, og hatt god struktur i prosessen, er ein styrke for vår studie.

Sidan det er lite teori om vårt tema i pensumlitteratur, brukte vi tid på å innhente grunnleggande kunnskap frå andre kjelde. Vi har opparbeidd oss god kunnskap om emnet, som har vore ein stor fordel i arbeidet med å analysere tekstane. Det er ikkje så mange med høg kunnskap om emnet, og litteratur på norsk er begrensa. Det er mulig det hadde vore ein fordel å tatt inn meir teori frå andre land, dette kan vere ei svakheit i studien.

Vi har ikkje så mange henvisningar til forskning i teoridelen og dette kan vere ei svakheit, men vi meiner likevel at delar av materialet til sosialantropologen Aud Talle er presentasjon av hennar forskning (Talle 2010). Vi merka oss særleg ein artikkel ho omtalar, men kunne ikkje finne studien i databasane (Talle 2010, 87). Vi prøvde difor å kontakte henne for å spørje om forskinga var publisert, men lukkast ikkje med dette.

Vi la ned mykje arbeid med å utarbeide PIO skjema med gode søkeord, og dette gav oss presise søk. Vi fann nok aktuelle artiklar tidleg i prosessen, og lagra søkehistorikken frå OVID etter kvart. Dei andre databasane skreiv vi ut søkehistorikken med det same. Vi bestilte ikkje artiklane etter kvart som vi fann dei, og når vi seinare skulle ta fram søkehistorikken frå OVID hadde rekkefylja på artiklane endra seg, slik at vi måtte på nytt lese gjennom alle funna for å finne igjen artiklane vi hadde plukka ut, slik at vi kunne bestille dei eller skrive dei ut. Dette gav oss ein del ekstraarbeid, og vi ser at det hadde

vore ein fordel å skrive ut all søkehistorikk og bestille aktuelle artiklar etter kvart. Vi skreiv inn metodedelen av studien samstundes som søkeprosessen, og dette har vore ein klar fordel, og gitt struktur og oversikt.

Vi hadde 24 artiklar til kvalitetsbedømming, men etter ekskludering sat vi att med 14 av dei. Prosessen med å ekskludere artiklar som ikkje var relevante blei i første omgang basert på ei kritisk vurdering i forhold til tilstrekkeleg relevans for vår hensikt og problemstilling, og om dei hadde teke tydelege etiske omsyn. Dette hjelpte oss å utelukke 8 artiklar. Dei 2 andre som blei ekskludert, blei fullstendig kvalitetssikra, og det viste seg at dei ikkje nådde opp til grad 1 for kvalitet. Arbeidet med kvalitetssikringa var tidkrevjande, men interessant. At vi bytta artiklar og vurderte kvarandre sitt arbeid er ei styrke for kvaliteten i denne prosessen. Det grundige arbeidet med søkeprosessen og kvalitetssikring hadde lønt seg, og vi hadde mykje relevant datamateriale å velje i. Vi meiner vi fann fram til det meste av tilgjengeleg forskning i databasane vi brukte. Om vi hadde søkt i andre databasar, eller variert med endå fleire søkeord, er det mulig vi hadde funne fleire artiklar. Særleg fleire artiklar, som omhandla andre tema enn svangerskap og fødsel, sakna vi.

Analyseprosessen opplevde vi som den mest spanande delen av studien, men også den mest tidskrevande. Dette var ein prosess i studien med diskusjon og det var ofte vanskeleg å skilje klart mellom dei ulike tema. Vi såg at det blei overlappingar, men vi ville dele opp einingane i såpass mange undertema for å få betre oversikt. Vi kvalitetssikra også kvarandre sitt analysearbeid med å bytte artiklane, og dette ser vi på som ei styrke for gyldigheita til analyseresultata.

Det var interessant å sette seg inn i dette forskingsmaterialet om eit så gripande tema, og det var lett å la seg rive med og synest at det meste som stod der var viktig. Vi tok difor fram hensikt og problemstilling og la dei ved sidan av oss, mens vi las og streka under meiningsberande einingar. Slik kunne vi halde fokus og ikkje ta med for mykje tekst. Vi fekk likevel eit arbeidsdokument på over seks tusen ord, og det vart difor vanskeleg å ha oversikt over materialet i arbeidet med å finne fram til resultata for studien. Vi tok ut relevante meiningsberande einingar frå både helsepersonell- og pasientperspektiv, men skilde desse i arbeidsdokumentet. Vi ser i ettertid at vi kunne ha begrensa omfanget av

materiale utan at det hadde gått ut over datametnaden, og det kan vere at vi brukte unødige mykje tid på dette arbeidet.

9 av artiklane hadde pasientperspektiv, 4 av artiklane hadde både pasient- og helsepersonellperspektiv, mens 1 artikkel hadde berre helsepersonellperspektiv. Vi hadde i utgangspunktet tenkt å likestille dei to perspektiva, men vurderte no om vi skulle gå vekk frå helsepersonellperspektivet, og berre sjå på pasientperspektivet. Vi valde å inkludere berre pasientperspektivet i våre resultat, men bruke resultat frå helsepersonellperspektiv til å nyansere resultatene i resultatdiskusjonen. Vi meiner funna understøtta kvarandre, og difor styrker diskusjonen i studien. Dette resulterte i at nok 1 artikkel blei ekskludert frå resultatet. Vi avgjorde relativt seint i studien å ha pasientperspektivet som hovudtema, etter at vi såg at vi måtte avgrense omfanget av studien for at den skulle bli meir tydeleg. Dette burde vi ha avgjort tidlegare, og dette gav oss ein del unødige arbeid. Vi fekk i alle fall eit godt grunnlag for resultat og resultatdiskusjon, og det er ein styrke for studien.

Vi valde å bruke fargekodar på PC'en, men skreiv også ut arbeidsdokumentet og farga teksten for hand. Vi endra litt på tema og undertema undervegs, og då var systemet vi brukte på PC meir hensiktsmessig, fordi vi lett kunne endre fargekodar og flytte einingane til rett tema. Sidan vi hadde så mykje tekst blei det ein del arbeid med å leite fram og organisere teksten, for å samle og tydeleggjere våre funn. Men resultatet blei godt organiserte filer, som vi lett kunne finne fram til, ved vidare skriving av resultat og diskusjon. Dette meiner vi har styrka vår studie. Om vi hadde skreve ut einingane, klippa dei opp, og lagt dei utover, hadde vi kanskje fått eit visuelt inntrykk, som vi har gått glipp av ved vår metode.

Nokre artiklar såg på helsetenester generelt, men dei fleste artiklane hadde tema innan svangerskap, fødsel og barsel. Dette kan ha gjeidd eit noko einsidig bilete, og kan vere ei svakheit i studien. Vi valde å ta med 1 artikkel frå 2002, 2 frå 2004 og 1 frå 2005. Dette kan ha gjeidd oss data som ikkje lenger er heilt relevante, men vi vurderte at dokumentasjon frå desse åra var relevant å ta med på grunn av at temaets aktualitet i denne tida.

Vi har eit breitt teoretisk grunnlag i vår diskusjon, dette har gjedd oss ein nyansert bilete og styrka breidda i studien. Det at temaet for studien har vore så interessant å sette seg inn i, og engasjert oss sterkt, har hatt stor positiv betydning for arbeidet.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Tidlegare erfaringar i ei ny verd

Sosialantropologen Elise B. Johansen beskriv smerta som kjønnslemlesta kvinner opplever når dei møter ei ny verd. I Noreg møter dei motsette verdiar, og kjønnslemlestinga dei har vore gjennom går frå å vere nødvendig og meiningsfull, til unødvendig og øydeleggjande. Dette kan gjere at kjønnslemlestinga opplevast som meir smertefull. I tillegg møter dei fordømming, som kan gje kvinna skamfølelse over noko ho før var stolt over. Slik må dei bere ei tredobbel smerte: Smerta frå omskjeriinga, smerta frå at omskjeriinga blir meiningslaus, og smerta ved å møte fordømming frå eksilsamfunnet (Johansen 2006a).

Også sosialantropolog, Aud Talle, trekkjer fram stigmatiseringa kvinnene opplev i møte med helsetenester. Dei likte dårleg all fokusering på at dei var kjønnslemlesta når dei skulle til undersøkingar eller skulle føde. All merksemda om kjønnslemlesting i samband med helsetenester, bidrog sterkt til å forsterke oppfattinga av seg sjølve som *annleis* (Talle 2003). Dette samsvarar med funn vi har avdekka i vår litteraturstudie, der kvinnene beskriv tilleggsbelastninga med å kjenne seg *annleis*, og korleis dette påvirkar deira møte med helsetenester (Upvall, Mohammed og Dodge 2009, Thierfelder, Tanner og Bodiang 2005, Lundberg og Gerezgiher 2008, Bergren, Bergstrøm og Edberg 2006, Murray et al. 2010, Abdullahi et al. 2009, Ahlberg et al. 2004). Dette er eit viktig funn, fordi det kan tyde på at det er behov for ei bevisstgjeriing om at vi, som sjukepleiarar, kan gje kjønnslemlesta kvinner tilleggsbelastningar i vår iver etter å vise interesse og engasjement, eller ved forutinntatte førestillingar.

Vår erfaring frå undervisning i temaet under sjukepleieutdanninga, er at det blir vektlagt kunnskap om kva kjønnslemlesting er, ulike typar, komplikasjonar og behandling, mens behov for kunnskap om kva kvinnene har med seg av erfaring og bakgrunnsteppe, ikkje blir særleg lagt vekt på. Vi vil sende eit signal til høgskulane at undervisning om

kjønnslemlesting bør ha eit utgangspunkt om meir heilskapeleg ivaretaking av desse kvinnene sine ulike problem og behov.

I Noreg var det mykje debatt om temaet kvinneleg omskjering dei fyrste åra på 2000-talet. Det blei også gitt ut ”Veileder for helsepersonell om kvinnelig omskjering” (Statens helsetilsyn 2000), der det blir beskrive at kvinnene kjem hit til landet i ein vanskeleg livssituasjon med mange ulike problem. Så opplev dei ei einssidig fokusering på at dei er kjønnslemlesta, mens andre viktige problem blir neglisjert. Dette opplevast som stigmatisering og blir ei belastning for kvinnene. Vegleiaren anbefalar at helsepersonell også sett seg inn i kulturbakgrunn og generell livssituasjon til kjønnslemlesta kvinner.

I 2008 kom det ein ”Handlingsplan mot kjønnslemlesting 2008-2011” (Departementene 2008), og her blei det presisert at departementa vel å bruke nemninga kjønnslemlesting, for å tydeleg signalisere at det dreia seg om alvorlege overgrep mot jenter og unge kvinner. Vi slutta oss til dette standpunktet og bestemte at vi også ville bruke dette omgrepet når vi tok til på vår studie. I vårt arbeid har vi imidlertid gått gjennom ein lære- og modningsprosess som gjer at det i mange samanhengar føllast feil å bruke dette omgrepet. Om vi skulle presentere vår studie for omskorne kvinner, ville det opplevast stigmatiserande og uetisk og kalle dei for kjønnslemlesta. Ordet skaper ein avstand, og gjev tydeleg inntrykk av at det er ”oss” og ”dei andre”. Vi tenker at det er betre å bruke ord som kvinnene sjølve brukar, slik som omskjering, eller sydd.

Mens Talle (2003) beskriv korleis vi konstruerar ei førestilling om at kjønnslemlesta kvinner er ”dei andre”, beskriv Travelbee (1999) at hensikta med sjukepleie berre kan oppnåast ved å etablere eit menneske til menneskeforhold. Ho seier vidare at dette forholdet utviklar seg ved ei intellektuell tilnærming kombinert med evna til å kunne bruke seg sjølv terapeutisk. Dette står i kontrast til kvarandre, og viser at det i tillegg til intellektuell innsikt, er behov for empati og forståing på eit djupare plan.

Den psykiske smerta, som kjønnslemlesta kvinner opplev, kjem i tillegg til dei fysiske smertene. Dette er også ei tredobbel smerte, nemleg sjølve kjønnslemlestinga, når kvinna skal starte eit seksuelt samliv, og i forbindelse med fødsel (Talle 2010). Våre funn viser at det kan vere vanskeleg å skilje mellom den psykiske og fysiske smerta som kvinnene opplev (Vangen et al. 2004, Lundberg og Gerezgiher 2008, Berggren, Bergstrøm og

Edberg 2006, Johansen 2006b). Disse funna blir bekrefta i anna forskning som beskriv at det er sterke indikasjonar på at kjønnslemlesting gjev kvinnene eit psykisk traume som dei ber med seg resten av livet. Dei ekstreme smertene og opplevingane frå sjølve inngrepet kan reaktiverast i situasjonar der sjukepleiar møter kvinnene, t.d. gynekologiske undersøkingar, fødsel og barsel (Vangen et al. 2006). Dette samansette bildet kan føre til at møtet mellom sjukepleiar og omskorne kvinner kan opplevast vanskeleg for begge partar.

Vi har ikkje sjølve erfaring frå klinisk praksis med å møte omskorne kvinner, men gjennom arbeidet med studien har vi også fått innblikk i korleis jordmødre, helsesystrar og sjukepleiarar har erfart å møte desse kvinnene. Dei beskriv inntrykk som støttar opp om våre funn, slik som at kvinnene var tydeleg ukomfortable i situasjonane, virka redde og sårbare, og uttrykte smerte som var vanskeleg å forstå og av og til blei tolka som overdriven (Vangen et al. 2004, Johansen 2006b, Widmark, Tishelman og Ahlberg 2002). Dette kan tyde på at vi kan møte store utfordringar i å forstå kvinnes smerteoppleving, og korleis vi best kan yte god sjukepleie. Travelbee hevdar at å hjelpe eit menneske som lider under langvarig smerte, er ei ytterst kompleks og vanskeleg oppgåve. Det er vanskeleg å kommunisere opplevinga av smerte til andre på ein slik måte at dei får ei viss innsikt i kva som opplevast. Smerteopplevinga kan trulig aldri formidlast slik at andre verkeleg forstår den og kan fatte fullt ut kva den som har smerta gjennomgår (Travelbee 1999).

Funn i vår studie viser at kvinnene også opplevde angst og frykt på grunn av tidlegare erfaringar. Særleg var dette aktuelt ved fødsel, keisarsnitt og barsel, fordi dette vart forbunden med fare for liv og helse (Vangen et al. 2004, Lundberg og Gereziher 2008, Berggren, Bergstrøm og Edberg 2006, Johansen 2006b, Murray et al. 2010). Denne frykta er forståelig sidan det t.d. i Somalia dør 1200 kvinner pr 100 000 fødande kvinner, som det nest høgaste talet i verden. Til samanlikning er det tilsvarande talet for Noreg 7 kvinner pr 100 000 (Tal pr. 2008 UNSTATS Millennium Indicators). Det er avgjerande at vi har forståing for desse erfaringane som kvinnene ber med seg, og klarer å formidle tryggleik og at vi har god kompetanse på trygg fødselsomsorg.

Like viktig er det at kvinnene får moglegheit til å tilegne seg ny kunnskap. Økt kunnskap blant kjønnslemlesta kvinner om helse, fødselsomsorg, ulike gynekologiske undersøkingar, og helsesystemet i det nye landet, førte til at kvinner fekk auka tillit til vestlige

helsetenester viser våre funn (Lundberg og Gerezgiher 2008, Murray et al. 2010, Abdullahi et al. 2009). Kvinnene bekrefta at den nye kunnskapen førte til endra haldningar, og til at dei kjende seg trygge og ivaretatt (Lundberg og Gerezgiher 2008). Dette samsvarar med erfaringar Aud Talle har frå sitt feltarbeid, som viser at det er kvinnene sjølv som er nøkkelen til endring, sjølv om også lover og offentleg debatt bidreg (Talle 2010).

5.2.2 Kultursensivitet og fleirkulturell samhandling

Gjennom vår studie kom det fram at omskorne kvinner opplevde mangel på kulturforståing og respekt. Dei fekk høyre sårande kommentarar, og følte seg dårleg behandla av helsepersonell (Vangen et al. 2004, Upvall, Mohammed og Dodge 2009, Thierfelder, Tanner og Bodiang 2005, Straus, McEwen og Hussein 2009, Berggren, Bergstrøm og Edberg 2006, Chalmers og Omer-Hashi 2002, Murray et al. 2010, Ahlberg et al. 2004). Om dette var bevisste handlingar frå helsepersonell si side, eller blei oppfatta slik av kvinnene fordi dei ikkje kjende til kontekstens terminologi og kodar for samhandling er ikkje råd å seie, men truleg er det ein kombinasjon av desse faktorane. Vi bør uansett ta dette til oss og vere bevisst på våre haldningar og korleis vi uttrykkjer oss i møte med omskorne kvinner.

Ein definisjon på kultur seier at *"Med kultur forstår vi de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av et samfunn"* (Magelssen 2002, 17). Alle menneske er påvirka av sin kultur, og som sjukepleiar er det viktig at vi har ei grunnleggjande kulturellevistisk haldning i samhandling med andre menneske (Hanssen 2001). Gjennom å vere mindre etnosentriske oppnår vi å vise respekt og vere meir sensitiv i dialogen, og å snakke *med kvarandre* og ikkje *til den andre* (Magelssen 2002). Alle kulturar har både positive og negative aspekt, og ikkje alt kan utan vidare aksepteras berre fordi *det er kultur*. Difor er det viktigare å respektere og forhalde seg til det einskilde menneske, enn å vere oppteken av å dømme den kulturen personen kjem frå (Hanssen 2001).

I to studiar kjem det fram at kvinnene opplevde å ikkje bli høyrd (Berggren, Bergstrøm og Edberg 2006, Chalmers og Omer-Hashi 2002). I slike situasjonar kan kvinna føle seg oversett. Eide og Eide (2007) seier at det å bli oversett er noko av det mest sårande ein kan

bli utsett for i samvær med andre. Og om ein blir sett, er *måten* å blir sett på avgjerande for korleis ein føler seg. Når Travelbee (1999) snakkar om eit menneske til menneskeforhold understrekar ho at dette ikkje må forvekslast med sjukepleiar – pasientforhold. Ho presiserar at det skal vere eit likeverdig forhold mellom likeverdige menneske prega av gjensidig forståing og kontakt. Dei fleste sjukepleiarar har eit mål om å vise kultursensitivitet, men både vi og pasientar vil nok oppleve at vi ikkje alltid lukkast med dette. Det er nærliggjande å tru at både faktorar som kunnskap om tverrkulturell samhandling, og om kulturbakgrunn, samt ytre faktorar som tidspress, og innlærte handlingsmønster og prosedyrar spelar inn.

Eide og Eide (2007) hevdar at å uttrykke moralsk kritikk er noko som lett kan oppstå. Eit skeptisk blikk, eit heva augebryn eller ei kritisk bemerkning kan være nok. Moralsk kritikk er verken hjelpande eller rettferdig. Det bryt ned motivasjon og styrke til å gjennomføre det man ynskjer. Kvinnene nytta ikkje helsetenester pga at dei ville unngå sårbare og nedverdiggande opplevingar viser funn i to studiar (Berggren, Bergstrøm og Edberg 2006 og Abdullahi et al. 2009). Dette dreia seg om svangerskapsomsorg, og vi ser at om kvinnene har dette som utgangspunkt, vil sjansen for at vanskelege opplevingar kan oppstå i forbindelse med fødsel og barsel. Sidan omskorne kvinner har større risiko for komplikasjonar må det vere svært viktig å opparbeide eit godt forhold til helsetenestene gjennom svangerskapsomsorga. Vi støtter oss til utsagn frå jordmødre, som seier at dei gjerne ville vere kultursensitive og vise kvinnene respekt. Dei hadde ei oppfatting av at kjønnslemlesting var ein barbarisk og kvinneundertrykkjande praksis, og dei opplevde sterke følelsar i møtet med omskorne kvinner. Både behov for å ta ekstra godt vare på dei, fortvilning og sinne mot deira menn og kulturen generelt kom til uttrykk (Vangen et al. 2004, Johansen 2006b, Widmark, Tishelman og Ahlberg 2002). Likevel opplevde kvinnene sårbare og nedverdiggande situasjonar, dette kan tyde på at vi som sjukepleiarar og kvinnene ikkje har den same forståinga og dei same sosiale kodane slik at samhandlinga blir ekstra vanskeleg.

Kvinnene i vår studie gav uttrykk for at dei kjende seg einsame og forlatt trass i at dei fekk gode helsetenester. Dette hadde ofte samanheng med at ulik kultur gav ulik forståing av kva som var god omsorg og helsehjelp. Mens kvinnene sakna å ha familien eller sjukepleiar hos seg, og var vande med at dei tok hand om henne og barnet i 40 dagar, syntest helsepersonell at det kunne vere ei belastning med mange familiemedlemmar

tilstades (Lundberg og Gerezgiher 2008, Berggren, Bergstrøm og Edberg 2006, Chalmers og Omer-Hashi 2002 og Murray et al. 2010). Dette debatterast også i boka ”Den profesjonelle sykepleier”. Pasienten og hennar familie har som utgangspunkt at det å bli sterk og frisk har samanheng med å bli ivaretatt av sine næraste, mens sjukepleiaren kanskje meiner kvinna har behov for ro og kvile. Slike ulike utgangspunkt kan lett skape vanskelege situasjonar både i samhandlinga og i den praktiske sjukepleia. I møte med noko som er framandt for oss kan det være lett å stigmatisere (Damsgaard 2010). Vi er sjukepleiarar ikkje berre gjennom vår utdanning og profesjon, men vi er også forma av våre normer, verdiar og kultur. Dette gjer at vi har ei personleg oppfatning om kva som er god sjukepleie, og det kan vere vanskeleg å vere open for at andre si *sanning* kan vere likeverdig.

Ved stigmatisering av omskorne kvinner vil det bli vanskeleg å oppnå eit menneske til menneske forhold slik Travelbee beskriv det, og målet for god sjukepleie blir ikkje nådd. I studiane til Upvall, Mohammed og Dodge (2009), Thierfelder, Tanner og Bodiang (2005), Abdullahi et al. (2009) og Carroll et al. (2007) viser funn at kvinnene fann det vanskeleg å forhalde seg til mannleg helsepersonell, dette bekreftast i Hanssen (2001) der det står at ei rekkje kulturar har reglar for berøring mellom kjønna og det kan vere behov for at helsepersonell er av same kjønn som pasienten. Viss ei kvinne likevel må mota pleie eller undersøkast av ein mann kan det vere til stor hjelp å ha ei anna kvinne tilstades.

5.2.3 Tverrkulturell kommunikasjon og relasjonar.

Joyce Travelbee beskriv kommunikasjon som sjukepleiaren sitt viktigaste reiskap for å etablere eit menneske- til menneskeforhold til pasienten. Den kan brukast til å kome andre menneske nærare, eller til å støyte dei vekk, til å gje hjelp, eller til å såre (Travelbee 1999). Våre funn viser at kjønnslemlesta kvinner opplevde dårleg kommunikasjon på grunn av språkbarrierar og mangel på tolk (Upvall, Mohammed og Dodge 2009, Straus, McEwen og Hussein 2009, Berggren, Bergstrøm og Edberg 2006, Carroll et al. 2007). I stortingsmeldinga ”Om innvandring og det fleirkulturelle Norge” (St.meld. nr. 17, 1996-97) heiter det at forholda skal leggjast til rette for at offentlig tilsette får trening i bruk av tolk. Det er den offentlig tilsette som har ansvar for å bestille tolk når dette er naudsynt, eller når den framandspråklige ynskjer dette sjølv. Ved valg av tolk må ein ta omsyn til pasientens etniske bakgrunn. Faktorar som kjønn, alder og sosial status kan også ha

betyding (Brataas og Steen-Olsen 2003). Vår erfaring både frå praksis og litteratur er at dette ikkje blir prioritert. Vi opplev at det er ei litt oppgitt haldning blant sjukepleiarar når det gjeld å ha ei tilfredsstillande tolketeneste.

Fråver av kommunikasjon var også eit funn. Frå kvinnene si side kunne det dreie seg om at dei kjende seg sårbare i forhold til at dei ikkje kunne språket og difor lot vere å ta opp tema om kjønnslemlesting. Kvinnene opplevde også at helsepersonell ikkje tok opp temaet, eller ikkje gav anna viktig informasjon (Vangen et al. 2004, Berggren, Berstrøm og Edberg 2006, Johansen 2006b). Dette blir bekrefta av helsepersonell som seier dei fann det vanskeleg å kommunisere med kvinnene på grunn av språkbarrierar, eller at dei var redd for å ikkje vere kultursensitive nok (Vangen et al. 2004, Thierfelder, Tanner og Bodiang 2005, Johansen 2006, Widmark, Tishelman og Ahlberg 2002, Ahlberg et al. 2004). I Hanssen (2001), seier ho at for å kunne kommunisere klart omkring helsetenester er det naudsynt å kjenne til kvarandre sine referanserammer. Vi opplever at kommunikasjon er eit sentralt tema i utdanning av helsepersonell, men likevel noko som stadig blir nemnd som ei kjelde til utilfredsstillande pasientopplevingar, vanskelege sjukepleiesituasjonar, feilbehandlingar og misforståingar. Dette betyr at dette er eit vanskeleg område som ikkje berre kan lærast gjennom teori, men kanskje lærast best gjennom erfaring og bevisst søken etter å oppnå god kommunikasjon som opplevast som grunnlag for gode relasjonar for begge partar .

Profesjonell, hjelpande kommunikasjon er ikkje det same som kommunikasjon i dagleglivet, men har eit helsefagleg formål. Den skal vere fagleg godt grunna og til hjelp for mottakaren (Eide og Eide 2007). Mangel på god kommunikasjon resulterte i at kvinnene fikk ein følelse av å ikkje vite, dei forstod ikkje ulike prosedyrar, og dei blei bekymra, mistenksame og fikk liten tillit til helsetenestene. Dei opplevde også å ha liten kunnskap om sine rettigheter i forhold til helsesystemet (Murray et al. 2010, Abdullahi et al. 2009, Upvall, Mohammed og Dodge 2008). Med eit slikt utgangspunkt er det kanskje ikkje lett å føle at ein kan oppnå ein likeverdig relasjon, slik som Travelbee beskriv den, og det er forståeleg at kvinnene opplevde situasjonane vanskeleg. Ved å vere bevisst på dette i møte med omskorne kvinner, og hjelpe dei til å oppnå meir kunnskap og tryggleik, kan vi bidra til å gje kvinnene betre opplevingar i møte med helsetenester.

Kvinnene hadde problem med å mota og forstå informasjon som blei formidla skriftleg (Straus, McEwen og Hussein 2006, Abdullahi et al. 2009, Carroll et al. 2007, Vangen et al. 2004). Dette har samanheng med at dei praktiserte ein oral tradisjon i heimlandet, og sjølv dei som kunne lese og forstod språket, var dei ikkje vande med å forhalde seg til skriftleg informasjon. At vi som sjukepleiarar vel å dele ut ei brosjyre i staden for å gje informasjonen muntleg, kan ha si årsak i at dette er ein måte å formidle informasjon på som vi meiner er profesjonell og sikker. Det synest sikrare å gje ei brosjyre som forklarar viktig informasjon på kvinna sitt morsmål, enn å munnleg prøve å informere i ein situasjon der språkbarrierar, tidspress, og ulik kulturell bakgrunn er alternativet.

Å gje informasjon og veiledning er ei av hjelparens viktigaste kommunikative oppgåver. Informasjonen bør være så fullstendig som mogleg, og bidra til å gjere situasjonen forutsigbar for pasienten. Den bør difor kome på rett tidspunkt og i god tid, slik at pasienten veit kva som skal skje og korleis ho skal forhalde seg (Eide og Eide 2007). Kvinnene opplevde at viktig informasjon ikkje blei mottatt, og ynskja betre verbal informasjon (Vangen et al. 2004, Thierfelder, Tanner og Bodiang 2005, Lundberg og Gerezgiher 2008, Johansen 2006b, Chalmers og Omer- Nashi 2002). Dei opplevde også at den nonverbale kommunikasjonen var utilfredsstillande (Straus, McEwen og Hussein 2009, Johansen 2006b, Carroll et al. 2007). Det kan bli vanskeleg for oss som sjukepleiarar å byggje bru mellom pasient og hjelpar i slike situasjonar. Ved samtale med jordmødre under vår praksis på fødeavdeling kom det fram at det var viktig at det blei oppretta god kommunikasjon mellom kommunejordmødre og fødeavdelinga på eit tidlig tidspunkt, slik at kvinna kunne få god informasjon og forberede seg . Dette hadde stor betydning for ei trygg og positiv fødselsoppleving.

Til samanlikning viste studiar der kvinnene opplevde god kommunikasjon, at kvinnene følte seg komfortable, forstått og at dei hadde kontroll (Widmark, Tishelman og Ahlberg 2002, Murray et al. 2010). Anna litteratur framhevar at å sjå det einskilde menneske er ein viktig eigenskap i kommunikasjonen. Travelbee seier at det er mennesket vi skal bli kjent med og ikkje pasienten, vi skal oppfatte og respondere på det unike ved akkurat dette mennesket (Travelbee 1999), og Eide og Eide (2007) seier at sjølv om kulturforskjellar kan vere store er individuelle behov som anerkjenning, respekt og omsorg felles. Uansett kulturell bakgrunn er det avgjerande at vi legg fordommar til side og leve oss inn i den

enkelte sin unike situasjon. Vi har alle behov for å bli minna på desse viktige grunnleggande faktorane for å kunne yte god sjukepleie.

5.2.4 Fagleg kunnskap og erfaring om kjønnslemlesting

God fagleg kunnskap er ein del av grunnlaget for å kunne gje god sjukepleie, saman med personlege eigenskapar og kunnskap om menneskelige relasjonar. I vår studie viste det seg å vere eit tydeleg funn at kvinnene opplevde å ikkje bli tilfredsstillande ivaretatt fordi helsepersonell hadde manglande kunnskap om kjønnslemlesting, og korleis dei skulle gje god sjukepleie til omskorne kvinner (Vangen et al. 2004, Straus, McEwen og Hussein 2009, Lundberg og Gerezgiher 2008, Berggren, Bergstrøm og Edberg 2006, Johansen 2006b, Chalmers og Omer-Hashi 2002, Murray et al. 2010, Ahlberg et al. 2004, Carroll et al. 2007). Dei opplevde blant anna at jordmødre utførde feil prosedyrar, t.d. mange episiotomiar og unødige keisarsnitt fordi dei ikkje kunne opne ei infibulering. Det blir bekrefta av jordmødre at dette har skjedd på grunn av for dårleg fagleg kunnskap. Dei fortel om manglande utdanning innan emnet og mangel på retningsliner og prosedyrar (Vangen et al. 2004, Thierfelder, Tanner og Bodiang 2005, Lundberg og Gerezgiher 2008, Johansen 2006b, Widmark, Tishelman og Ahlberg 2002).

I Noreg gav Statens helsetilsyn ut ein vegleiar for helsepersonell om kvinneleg omskjering i 2000. Dei to Norske studiane Vangen et al. (2004) og Johansen (2006b) har nedslåande resultat om kunnskap blant helsepersonell, og dette kan kanskje tyde på at arbeidet med å opparbeide kunnskap og erfaring blant helsepersonell tek lang tid. . Det er mogleg at arbeidet som er lagt ned først no gjev positive resultat i Noreg, det kan berre framtidig forskning vise. To Svenske studiar Lundberg og Gerezgiher (2008) og Berggren, Bergstrøm og Edberg (2006) har imidlertid positive funn om kvinner som opplevde god kunnskap blant helsepersonell. Vi kjenner ikkje til om Sverige har ein annan strategi for å auke kompetansenivået, men det kjem uansett tydeleg fram at dette er eit område som må satsast meir på.

I samtale med jordmødre under vår praksis på fødeavdelinga i Molde sa dei at dei opplevde å ha god kunnskap om korleis dei skulle ivareta omskorne kvinner. Dette kan

tyde på at kompetansen er aukande. Andelen av kjønnslemlesta kvinner i Noreg har jo også auka kraftig, og det er trulig at kompetanseheving blir stadig meir aktuell.

Damsgaard (2010) reflekterer over at profesjonsutdanningane blir stadig meir retta mot eit teoretisk kunnskapsgrunnlag. Det er kanskje ei feil utvikling. Kvar ligg den gode balansen mellom teoretisk kunnskap, forskingsarbeid og den klinisk praktisk retta undervisninga? Kvinnene i dei Svenske studiane, som hadde opplevd god kunnskap, snakka om jordmødre som hadde erfaring med omskorne kvinner frå tidlegare praksis, mens jordmødre viste til manglar både i teoretisk utdanning og klinisk praksis.

Departementa gav ut "Handlingsplan mot kjønnslemlesting" i 2008. Denne omhandlar i stor grad førebyggjande arbeid for å hindre kjønnslemlesting, og gjev liten kunnskap om korleis kvinner som er omskorne skal takast best mogleg vare på. Den vedtok likevel tiltak for ei kompetanseheving i forhold til kjønnslemlesting blant helsepersonell. Denne skulle innebere fylkesvise kurs, seminar og andre opplæringstiltak for helsesøstrer, jordmødre, psykologar, fastlegar og helsepersonell i spesialisthelsetenesta, og skulle gjennomførast i perioden 2008-2011. Jordmødre ved fødeavdelinga i Molde bekrefta at det blei arrangert kurs og seminar, men at det var mest gynekologar og legar som tok desse kursa, for så å vidareformidle læringa til jordmødre og sjukepleiarar. Vi trur at dei sjukepleiefaglige sidene ved å ivareta omskorne kvinner ikkje blir formidla gjennom denne måten å drive kompetanseheving på.

6.0 Konklusjon

6.1 Konklusjon

Hensikta med denne litteraturstudien var å belyse korleis kvinner, som har vore utsett for kjønnslemlesting, blei ivaretatt i møte med helsetenester.

Våre resultat viste at kvinnenes tidlige erfaringar hadde betydning for deira oppleving av helsetenester. Kjønnslemlesting gav kvinnene både fysiske og psykiske smerter som dei tok med seg vidare i livet, og dette utløyste reaksjonar som angst og frykt i situasjonar som fødsel og gynekologiske undersøkingar. Dei fikk også ei oppleving av å vere annleis i ein vestleg kontekst, der omsjeringa gjekk frå å vere nødvendig og meiningsfull, til unødvendig og øydeleggjande..

Vår litteraturstudie viste at omskorne kvinner opplevde vanskelege sjukepleiesituasjonar på grunn av ulik kulturforståing, språkbarrierar og mangel på tolk. I møte med kvinnene må helsepersonell ha evne til kultursensivitet, kommunikasjon og samhandling, for å skape fungerande og trygge relasjonar. Mange av kvinnene var avhengig av ei god tolketeneste, og verbal informasjon for å forstå informasjon og føle seg trygg og ivaretatt.

Manglande fagleg kunnskap og erfaring blant helsepersonell var eit framtreddande funn i studien. Resultatet kunne vere stigmatisering og sjukepleie som ikkje var kunnskapsbasert. Dette skapte traumatiske opplevingar for omskorne kvinner. Det var også behov for gode metodar for å auke kunnskapen blant kvinnene.

For at omskorne kvinner skal føle seg ivaretatt i møte med helsetenester i eit vestlig land, må helsepersonell ha kunnskap, ikkje berre om kva kjønnslemlesting er, komplikasjonar og behandling, men også kunnskap om kvinnenes erfaringar og kulturbakgrunn. Når sjukepleiaren har slik kunnskap dannar det eit grunnlag for ei kulturell relativistisk haldning i samhandling med kvinnene. På den måten kan vi oppnå eit likeverdig forhold mellom likeverdige menneske prega av gjensidig forståing og kontakt. Det er eit godt utgangspunkt for å kunne gje god sjukepleie.

6.2 Forslag til vidare forskning

Det kan synest som mykje av fokuset, når det gjeld forskning omkring temaet kjønnslemlesting, ligg i å førebyggje at kjønnslemlesting skjer. Dette er eit viktig arbeid, men forskning på korleis vi kan førebyggje at kvinner, som allereie er omskorne, lever med tilleggsbelastningar kunne det med fordel forskast meir på. Korleis blir seinverknningar av kjønnslemlesting fanga opp i helsesystemet? Oppsøker omskorne jenter/ kvinner skulehelseteneste, helsestasjonar, psykiatrisk sjukepleiar og liknande for å søkje hjelp for plager på grunn av kjønnslemlesting? Har dei kunnskap om kva hjelp dei kan få for å lindre, eller ber dei sine plager for seg sjølv?

Litteraturliste:

- Abdullahi, A., J. Copping, A. Kessel, M. Luck and C. Bonell. 2009. Cervical screening: Perceptions and barriers to uptake among Somali women in Camden. *Public Health* 123(10): 680-685.
- Ahlberg, Beth Maina, Ingela Krantz, Gunilla Lindmark and Marian Warsame. 2004. "It's Only a Tradition": Making Sense of Eradication Interventions and the Persistence of Female, Circumcision, within a Swedish Context. *Critical Social Policy* 24 (1): 50-78.
- Almås, Hallbjørg, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth (red). 2010. *Klinisk sykepleie* 2. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berggren, Vanja, Staffan Bergström and Anna- Karin Edberg. 2006. Being Different and Vulnerable: Experiences of Immigrant African Women Who Have Been Circumcised and Sought Maternity Care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing* 17(1): 50-57.
- Brataas, Hildfrid Vikkelsmo og Tove Steen-Olsen (red). 2003. *Kvalitet I samspill. Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS- Norwegian Academic Press.
- Braun, Virginia og Victoria Clarke. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3 (2): 77-101.
- Carroll, Jennifer, Ronald Epstein, Kevin Fiscella, Teresa Gipson, Ellen Volpe and Jean-Pierre Pascal. 2007. Caring for Somali women: Implications for clinician- patient communication. *Patient Education and Counseling* 66 (1): 337-345.
- Chalmers, B. and K. Omer-Hashi. 2002. What Somali women say about giving birth in Canada. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 20(4): 267-282.
- Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Damsgaard, Hilde Larsen. 2010. *Den profesjonelle sykepleier*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Departementene. 2008. *Handlingsplan mot kjønnslemlestelse*. Q- 1138 B. Oslo: Departementene.
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Graneheim, U.H. og B. Lundman. 2004. Qualitative content analysis in nursing research:

- concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24(2): 105-112.
- Grimen, Harald og Benedicte Ingstad (red).2006. *Kulturelle perspektiver på helse og sykdom*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hansen, Ingrid. 2005. *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Høgskole i Molde. 2010. *Retningslinjer for avsluttende bacheloroppgave*. Avdeling for helse- og sosialfag Bachelorgrad i sykepleie. Molde: Høgskole i Molde.
- Johansen, R. Elise B. 2005. *Fra kunnskap til handling - handbok om kvinnelig omskjæring for helse- og sosialarbeidere, pedagoger og ansatte i mottak*. Statens forvaltningstjeneste.
- Johansen R. Elise B. 2006a. Smerte påført I kulturens navn: Omskårede kvinners erfaring i eksil. I *Kulturelle perspektiver på helse og sykdom*. Grimen, Harald og Benedicte Ingstad (red). Oslo: Universitetsforlaget.
- Johansen, R. Elise B. 2006b. Care for Infibulated Women Giving Birth in Norway: An Anthropological Analysis of Health Workers, Management of a Medically and Culturally Unfamiliar Issue. *ProQuest Medical Library* 20(4): 516-544.
- Lien I. L. 2005. *Tiltak mot kjønnslemlestelse*. Norsk institutt for by- og regionforskning. Evaluering av OK prosjektet – det nasjonale prosjektet for iverksetting av tiltak i handlingsplanen mot kjønnslemlestelse. Oslo: NIBR.
- Lov om forbud mot kjønnslemlestelse av 15, desember 1995 nr.74 (kjønnslemlestelsesloven). http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19951215-074.html&emne=lov*%20om*%20forbud*%20mot*%20kjønnslemlestelse*&& (lest 20.09.10).
- Lundberg, Pranee C. and Alganesh Gerezgiher. 2008. Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery* 25(2): 214-225.
- Magelssen, Ragnhild. 2002. *Kultursensitivitet. Om å finne likhetene I forskjellene*. Oslo: Akribe Forlag.
- Murray, Linda, Carol Windsor, Elizabeth Parker and Odette Tewfik. 2010. The Experiences of African Women Giving Birth in Brisbane, Australia. *Health Care for Women International* 31(5): 458-472.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2006. *Tema: Sjekkliste for kvalitativ og*

- kvantitativ forskning. <http://www.kunnskapscenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms>
(Lest 20.09.10)
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. 2009. *Tema: Referebedømming*.
<http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/?search=advanced> (Lest 28.01.11).
- Norsk Sykepleierforbund. 2001. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinar. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Slettebø, Åshild. 2002. *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Statens helsetilsyn. 2000. *Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring. IK-2723*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Statistisk Sentralbyrå. 2010. <http://www.ssb.no/ssp/utg/200804/15/> (Lest 18.10.10).
- Statistisk Sentralbyrå. 2011. <http://www.ssb.no/innvbef/tab-2011-04-28-01.html>
(Lest 28.04.11).
- Straus, Lianne, Ewen, Andy and Faduma, Mohamed Hussein. 2009. Somali women's experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers. *Midwifery* 25(2): 181-186.
- Stortingsmelding nr.17, 1996-97. *Om innvandring og det fleirkulturelle Norge*.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep> (Lest 15.10.10).
- 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.
- Thierfelder, Clara, Marcel Tanner and Claudia M. Kessler Bodiang. 2005. Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health* 15(1): 86-90.
- Travelbee, Joyce. 1999. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ulvund, Ingeborg. 2008. Kjønnslæsting-kvinnelig omskjæring. I *Sykepleieboken* 3. 1. utg. U. Knutstad (red), 706-709. Oslo: Arkibe.
- UNSTATS Millennium Indicators.
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/SeriesDetail.aspx?srid=553&crd=706> (Lest 25.04.11).
- Upvall, Michelle J., Khadra Mohammed and Pamela D. Dodge. 2009. Perspectives of

- Somali Bantu refugee women living with circumcision in the United States: A focus group approach. *International Journal of Nursing Studies* 46(3): 360-368.
- Vangen, S., R., Hoffmann, K., Flo, B. Lorentzen og S. Sand .2006. Omskjæring av kvinner- komplikasjoner og behandling. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 126(4): 475-477.
- Vangen, Siri, R. Elise B. Johansen, Johanne Sundby, Bente Træen and Babill Stray-Pedersen. 2004. Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. *European journal of Obstetrics and Gynecology and reproductive biology* 112(1): 29-35.
- Widmark, Catarina, Carol Tishelman and Beth Maina Ahlberg. 2002. A study of Swedish midwives, encounters with infibulated African Women in Sweden. *Midwifery* 18(2): 113-125.
- Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellom forskning och klinisk verksamhet*. Sverige: Lund Studentlitteratur.
- Wuest S., L., Raio, D., Wyssmueller, MD., Mueller, W., Stadlmayr, DV., Surbek and A. Kuhn. 2009. Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 116(9): 1204-1209.

PIO-skjema for Databasesøk. Vedlegg nr: 1

P	Treff	I	Treff	O	Treff
Database: OVID Medline. Søkedato: 07.10. 2010.					
Circumcise*	713	Observ*	1872477		
Female circumcision. Mesh: Circumcision female.	814	Intervention*	384601	Experience*	520289
Genital* cutting*	93	Midwife* Mesh: Nurse midwives. Midwifery. Nurse`s role.	44020	Reflect*	300557
Infibulation*	122	Nurs* Mesh: Nursing staff, hospital	482803	Coping	24544
Female genital mutilation*	453	Challeng*	263602	Quality of life.	130170
		Communicat* Mesh: Nurse patient relations. Patient participation. Communication	233659	Adapt* Mesh: Adaptation psychological. Adaptation physiological	322067
	Kombinert med OR gav 1616 treff.	AND	Kombinert med OR gav 3013134 treff	AND	Kombinert med OR gav 1204352 treff.

					Resultat: 41 treff.
Database: OVID Medline. Søkedato: 13.12. 2010.					
Circumcise*	702	Observ*	1469550		
Female circumcision. Mesh: Circumcision female.	813	Observation*	458051	Experience*	516500
Genital* cutting*	96	Midwife* Mesh: Nurse midwives. Midwifery. Nurse`s role. Maternal healthservices. Prenatal care.	66612	Reflect*	297308
Infibulation*	122	Nurs*	223746	Coping	24480
Female genital mutilation*	452	Healthcare*	64922	Quality of life.	130165
Infibulated	31	Communicat* Mesh: Nurse patient relations. Communication	85995	Adapt* Mesh: Adaptation psychological. Adaptation physiological	319917
				Challenge*	231185
				Complicat*	859754
				Complication * Mesh: Complication	775656

				s. Obstretic labour. Pregnansy complications	
	Kombinert med OR gav 1606 treff.	AND	Kombinert med OR gav 2181719 treff.	AND	Kombinert med OR gav 2135690 treff.
					Resultat: 55 treff.
Database: OVID Psych Info.Søkedato: 07.10. 2010.					
Circumcise*	79	Observ*	104261	Experience*	157865
Female circumcision Mesh: Circumcision: female	48	Intervention*	97002	Reflect*	63712
Genital* cutting*	56	Midwife* Mesh: Nurse midwives . Midwifery. Nurse`s role.	678	Coping*	21591
Infibulation*	11	Nurse* Mesh: Nursing staff, hospital.	26016	Quality of life* Mesh: ”Quality of life”	19560
Female genital* mutilation*	88	Challeng*	64146	Adapt* Mesh: Adaptation, psykological. Adaptation, physiologcal.	40329
		Communicat*	70623		

		Mesh: Communication . Nurse- patient relations. Patient participation.			
	Kombinert med OR gav 217 treff	AND	Kombinert med OR gav 313345 treff	AND	Kombinert med OR gav 263754 treff
					Resultat: 15 treff.
Database: OVID Psych Info. Søkedato: 13.12. 2010					
Circumcise* Mesh: Circumcision.	261	Communicat* Mesh: Communication . Cross cultural communication .	66793	Experience*	166602
Female circumcision	50	Observ* Mesh: Observsrs	75572	Reflect*	67175
Genital* cutting*	59	Midwife* Mesh: Nursing. Midwifery. Health care delivery	19056	Client satisfaction*	2123
Infibulation*	11	Nurse*	18739	Quality of care*	4211
Infibulated	2	Healthcare* Mesh: Health care services.	74860	.Coping	22538

		Health personnell.			
Female genital* mutilation*	91	.		Adapt* Mesh: Adaptation. Health behavior.	49728
				Quality of life	13711
				Challenge*	58601
				Complicate*	6549
				Complication * Mesh: Obstretic complications	6761
	Kombinert med OR gav 315 treff.	AND	Kombinert med OR gav 245871 treff.	AND	Kombinert med OR gav 329505 treff.
					Resultat 13 treff.
Database: OVID British Nursing Index Søkedito: 13.12.2010.					
Circumcise* Mesh: Circumcision	131	Communicat* Mesh: communication	2896	Experience* Mesh: Staff: attitudes.	16576
Female circumcision	33	Observe*	353	Reflect* Mesh: Evidence based practice. Consumer	7347

				satisfaction. Reflective practice.	
Genital* cutting*	2	Observation* Mesh: Health visiting. Nurce patient relations	5620	Coping* Mesh: Health and quality of life.	5252
Infibulation*	5	Intervention*	5567	Quality of life*	4245
Female genital* mutilation*	68	Midwife* Mesh: Midwife patient relations. Midwifery	5850	Adapt*Mesh: Body image.	1422
		Nurse* Mesh: Nurse practitioner	41269	Challenge* Mesh: Patients: empowerment	6189
		Healthcare*	3335	Complicate*	100
				Complication * Mesh: Postnatal complications . Labour complications . Pregnancy complications .	4262
	Kombinert med OR gav 136 treff	AND	Kombinert med OR gav 56290 treff	AND	Kombinert med OR gav 36877 treff

					Resultat: 14 treff
Database: OVID Nursing database: Søkedato: 18.01. 2011					
Circumcise* Mesh: Circumcision	278	Communicat* Mesh: communication . Nurse patient relation	43158	Experience* Mesh: Health and quality of life.	49052
Female circumcision*	384	Observe*	17787	Reflect* Mesh:. Consumer satisfaction. Reflective practice.	16021
Genital* cutting*	12	Observation*	12549	Coping*	5545
Infibulation*	14	Midwife* Mesh: Midwife patient relations. Midwifery. Maternity services.	12122	Quality of life Mesh: Quality of life.	15878
Female genital* mutilation*	50	Nurse* Mesh: Nurse practitioner. Nurse patient relations	194514	Adapt*	26935
FGM	17	Healthcare*	18025	Challenge*	19359
				Complicate*	2932

				Complication * Mesh: Postnatal complications . Labour complications . Pregnancy complications .	26174
	Kombiner med ORgav 386 treff	AND	Kombiner med OR gav 247159 treff	AND	Kombiner med OR gav 132028 treff
					Resultat: 34 treff
Database: Pro-Quest. Søkedato: 13.12-10.					
circumcise* OR female circumcision* OR genital* cutting* OR infibulation* OR female genital* mutilation		communicate* OR communication * OR observe* OR observation* OR midwife* OR nurse* OR healthcare*		experience* OR reflect* OR coping OR “quality of life” OR adapt* OR challenge* OR complication*	

	AND		AND		Resultat 28 treff.
Database: Sience Direct. Søkedato: 13.12-11.					
circumcise* OR female circumcision* OR genital* cutting* OR infibulation* OR female genital* mutilation*			AND	experience* OR reflect* OR coping OR (quantity of life) OR adapt* OR challenge* OR complication*	Resultat 28 treff

Vedlegg 2: Artikkelskjema

Dato	Søkeord	Antall treff	Dublett	Leste abstract	Lesne/bedømde artiklar	Inkluderte artiklar
Database: OVID Medline						
07.10 2010	PIO Nr: 1	41	0	25	11	9
	P+I/ P+O	138/102	11	33	4	2
13.12 2010	PIO nr: 2	55	14	9	1	0
Database: OVID Psych Info						
07.10 2010	PIO nr: 3	15	2	7	2	1
13.12 2010	PIO nr: 4	13	8	2	1	0
Database: OVID British Index						
13.12 2010	PIO nr: 5	14	3	3	1	1
Database: OVID Nursing Database						
18.01 2011	PIO nr: 6	18	8	3	1	0
Database: Pro-Quest						
13.12 2010	PIO Nr: 7	28	5	8	1	0
Database: Sience Direct						
13.12 2010	PIO nr: 8	21	3	6	1	0

Vedlegg 3:

OVERSIKTSTABELL I FORHOLD TIL INNHOLD OG KVALITET I VURDERTE OG INKLUDERTE ARTIKLER.

Forfattarar År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltakarar/ Fråfall	Hovudfunn	Kva litet
Siri Vangen, R.Elise B. Johansen, Johanne Sundby, Bente Træen, Babill Stray- Pedersen 2004 Norway European Journal of Obstetrics& Gynecology and Reproductive Biology	Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway	Hensikta var å undersøke korleis svangerskapsomsorg kan ha betydning for fødselsforløp blant kvinner, som var omskorne.	>Kvalitativ studie. Studien nyttar dybdeintervju.	29 frivillige kvinner for intervju. 6 ekskludert, der 2 kvinner ikkje var omskorne, 3 hadde ingen fødselserfaring og 1 ikkje møtte. Intervju blei gjennomført med 23 somaliske innvandarkvinner som hadde født 58 barn i Noreg (18-55 år). I tillegg 36 norske helsepersonell med erfaringar frå svangerskap, fødsel og kjønnslemlesting.	>omskjering blei ikkje anerkjent som eit viktig problem under fødselsforløp, og var ikkje generelt tema blant norske helsepersonell i svangerskapsomsorg. >somaliske kvinner frykta mangel på erfaring og ikkje optimal behandling ved fødsel > alle kvinnene uttrykte ei sterk frykt for keisarsnitt >helsepersonell var usikre på prosedyrar i forhold til infibulerte kvinner i fødsel.	Grad I 93 %
Michele J. Upvall, Khadra Mohammed,	Perspectives of Somali Bantu refugee women	Hensikta med studien var å undersøke somaliske	>Kvalitativ studie >Fokusgrupper med 5-6	23 somaliske flyktningkvinner som nyleg busette	>Forutsetting for å utvikle kompetente helsearbeidarar i forhold til kulturelle	Grad I 93 %

<p>Pamela D. Dodge 2009 United States, International Journal of Nursing Studies</p>	<p>living with circumcision in the United States: A focus group approach.</p>	<p>Bantu flyktingar sine oppfatningar av helsetenester, i forhold til at dei var kvinner utsett for kjønnslemlesting og nylig busett i USA.</p>	<p>deltakarar. Opne spørsmål, for å lede samtalen i gruppene. >Lydopptak, oversatt og tolka ved tematisk analyse.</p>	<p>seg i sørvestlige Pennsylvania i USA. Alder 19 – 43. Ingen fråfall.</p>	<p>ulikskapar, inneber evne til god kommunikasjon og prosedyrar. >Dei somaliske kvinnene ynskja å bli aksepterte uavhengig av anatomiske forskjellar og ikkje fokusere på kjønnslemlesting. >Helsearbeidarar må også utvikle sine ferdigheiter i å arbeide i samarbeid med tolk, og inngje tillit, for å minske mistillit mot helsevesenet. >Tidlegare erfaringar i flyktningleirar og opprinnelsesland i Afrika hadde innverknad på noverande oppleving av helsetenester.</p>	
<p>Clara Thierfelder, Marcel Tanner, Claudia M. Kessler Bodiang 2005 Sveits European</p>	<p>Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system</p>	<p>Hensikta med studien var å få kunnskap om korleis kvinner som hadde gjennomgått FGM opplevde helsetenester av gynekologar og jordmødre i det Sveitsiske helsevesen, og om helsepersonell</p>	<p>Kvalitativ metode. Studien nyttar gruppediskusjonar fordelt på fire fokusgrupper, og individuelle intervju med de Afrikanske kvinnene. Telefonintervju med strukturerte, opne spørsmål, med helsepersonell i seks</p>	<p>24 somaliske kvinner og 5 kvinner frå Eritrea. 37 helsepersonell (17 gynekologar, 17 jordmødre og 3 sjukepleiarar).</p>	<p>-Sjeldan pasientane ses av helsepersonell -fråvær av faglige retningslinjer gir opphav til misforståingar. -mangelfull pasientundervisning -mangel på kunnskap om kjønnslemlesting. –mangel på kommunikasjon mellom helsepersonell og brukarar, samt innafor kvinners</p>	<p>Grad I 93%</p>

Journal of Public Health		behandla desse pasientane hensiktsmessig.	Sveitsiske fylker.		lokalsamfunn -kvinner og helsepersonell sine forslag om korleis ein kan forbetre tenester ved det sveitsiske helsevesen inneber kompetansebygging og faglige retningslinjer om kjønnslemlesting, og nødvendige tiltak. Tilgang til kulturelt tilpasset informasjon og sjølvhjelpsgrupper i lokalsamfunnet.	
Lianne Straus, MSc, Andy McEwen, PhD, Faduma Mohamed Hussein 2009 UK	Somali women,s experience of childbirt in the UK: Perspectives from Somali health workers	Å bruke ei forteljande tilnærming for å undersøke kulturelle og sosiale faktorar under fødselsforløp, og å belyse korleis dette heng saman med oppfatningar og opplevingar av fødsel til Somaliske kvinner og helsearbeidarar.	Kvalitativ metode . I studien blei kvinnene dybdeintervjua munnleg og samtalanene tekne opp. Deltakarane blei rekruttert gjennom somaliske kvinnegrupper i London over 6 veker. Data blei samla frå deira erfaring både som helsearbeidarar og som mødrer (6 hadde født barn i Storbritannia) . I kvinnene si rolle som helsepersonell blei erfaringar med andre somaliske kvinner formidla.	8 kvinner opprinneleg frå Somalia, som var helsearbeidarar med erfaring både frå Storbritannia og Somalia. Alder for deltakarane varierte frå 23 til 57 år.	-mangelfulle helsetenester til kjønnslemlesta kvinner under graviditet og fødsel, føre til problem i fødesituasjonen. -Somalisk tradisjon for verbal kommunikasjon (t.d. informasjon) var ikkje tatt på alvor og anerkjent. -mangelfull felles non-verbal kommunikasjon -pasientane ønsket å bli sett og høyrd -kulturforskjellar i omsorga (i Somalia kunne kvinnene forholde seg til ei jordmor) -eksisterande konsekvensar og press som fylje av migrasjon, blei forsterka	Grad I 100%

					p.g.a. kvinnene sine fødselserfaringar i Storbritannia.	
Pranee C. Lundberg, PhD, RH (Associate Professor), Alganesh Gerezgiher, BMSc, RN (Nurse) 2008 Sweden Midwifery	Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden	Hensikta med studien var å undersøke opplevingar og erfaringar til Eritreiske innvandrar kvinner busett i Sverige, relatert til svangerskap, fødsel og barsel.	Kvalitativ metode Ved hjelp av etnografisk tilnærming Semi-strukturert intervju med åpne spørsmål. Intervjuene ble tatt opp på kassett, deretter transkribert og analysert til slutt	I studien ble rekruttert 15 frivillige innvandrer kvinner	I studien ble identifisert 6 tema: -kvinnene hadde frykt og angst -kvinnene opplevde ekstreme smerter og langsiktige/sein komplikasjonar som fylje av kjønnslemlesting -helsearbeidarar sin kunnskap om kjønnslemlesting og helse system -de-infibulation og re-infibulasjon -avgjersle mot kvinnelig omskjering av døtre	Grad I 100%
Vanja Berggren, Staffen Bergstrøm, Anna- Karin Edberg 2006 Sverige Journal of	Being Different and Vulnerable: Experiences of immigrant African Women Who Have Been Circumcised and Sought Maternity Care in Sweden	Hensikta med studien var å undersøke opplevingar og erfaring, i møte med svensk helsepersonell, i forbindelse med svangerskapsomsorg og fødsel, for kjønnslemlesta kvinner frå	Kvalitativ metode med eit utforskande design. Det blei gjennomført intervju	I utgangspunktet var 22 deltakarar: 6 frå Eritrea, 11 frå Somalia, 5 frå Sudan. 1 kvinne ble ekskludert frå analysen. I analysen blei då 21 kvinner inkludert.	-kvinnene var sårbare fordi dei følte seg annleis, lemlesta og forlatne. -kvinnene følte seg blottlagt i møte med Svensk helsepersonell. -kvinnene prøvde å tilpasse seg ein ny kulturell kontekst -behov for individualisert, kulturelt tilpasset omsorg og støtte -helsepersonell behov for	Grad I 100%

Transcultural Nursing		Somalia, Eritrea og Sudan busett i Sverige			meir kunnskap om kvinnelig omskjering	
Johansen, R. Elise B 2006 Norway Medical Anthropology Quarterly	Care for Infibulated Women Giving Birth in Norway	Hensikta med studien var å undersøke kvifor norske helsearbeidarar ikkje oppnår optimale resultat blant Somaliske kvinner, til tross for at dei er høgt kvalifiserte, føler stort ansvar i sitt arbeid, og prøver å være sensitiv i forhold til kulturelle utfordringar.	Dette er en del av den største kvalitative studie innan FGM i Noreg. Nokre data er samla frå erfaringar til helsepersonell, mens andre deler av studien fokuserer på somaliske kvinners og menns erfaring. Informantane blei rekruttert frå sjukehus og tre fødeklinikkar i Noreg, Det blei brukt 2/3 caseintervju like etter fødsel og 1/3 ordinære dybdeintervju. Forskaren samla også data fra 1997 til 2002 som ble inkludert i analysen.	40 helsepersonell: 25 jordmødre, 9 gynekologar, 3 legepraktikantar, og 3 sjukepleiarar Deltakarane var frå sjukehus og tre fødeklinikkar med høgt antal pasientar med innvandrarbakgrunn.	-forskning har vist korleis helsepersonale opplever møte med infibulerte kvinner - det inneber tekniske utfordringar knytt til korleis å skjære eller kutte når ein infibulasjon skal opnast - ein kombinasjon av lite kunnskap, tabu, taushet, følelsesmessige og etiske dilemma, og eit ynskje om å ta omsyn til kultur, skapte vanskelege situasjonar. - korleis måle og forstå smerte til disse kvinnene under fødselen, viste seg vanskeleg, fordi det var uklare grenser mellom fysisk smerte og psykisk smerte, f.eks på grunn av „ flash-backs” -helsepersonell utførte nokre gonger skadelige prosedyrar, som var i strid med medisinske retningslinjer.	Grad I 85%
Widmark C., Tilshelman	A Study of Swedish	Hensikta med studien var å	I studien blei det brukt ein fleittrinnsmetode for å nå	- 86 svarte på den innleiande	-emosjonelle og kommunikasjonsrelaterte	Grad 1

<p>C., Ahlberg BM 2002 Sweden Midwifery</p> <p>Ekskludert i analyseprosessen.</p>	<p>midwives, encounters with infibulated African women in Sweden</p>	<p>undersøke svenske jordmødrene sine opplevingar av, og haldningar til infibulasjon og infibulerte kvinner, samt jordmødrenes erfaring i å gje dei omsorg, og den utdanning jordmødrene beskriv å ha fått for å bli kompetent til å gje optimal omsorg til infibulerte kvinner</p>	<p>deltakarar som hadde erfaring med infibulerte kvinner. Desse møttest i 8 små diskusjonsgrupper (2-5 delt.), og i tillegg individuelle intervju. Eit sitat frå ei Somalisk barselkvinne blei brukt som utgangspunkt for samtale og refleksjon.</p>	<p>spørjeundersøkinga, 39 var invitert til å delta, 26 takka ja. - 26 jordmødre mellom 37 og 53 år, født i Sverige, rekruttert frå 3 svangerskapsklinikkar og 2 helsestasjonar som ligg i to byar i Midt-Sverige. Deira erfaring som jordmor var mellom 5 og 33 år.</p>	<p>utfordringar i omsorga til infibulerte kvinner - for å gje optimal omsorg treng jordmødrene meir teoretisk kunnskap og klinisk erfaring. -jordmødrenes forpliktelse til den svenske loven skapar dilemma i møte med kvinner og deira familiar. - data indikerer kommunikasjonsproblem på ulike nivå mellom jordmødre og kvinnene og deira familie.</p>	<p>100%</p>
<p>B. Chalmers, K. Omer-Hashi 2002 Canada Journal of reproductive and infant psychology</p>	<p>What Somali women say about giving birth in Canada</p>	<p>Denne studien blei gjennomført for å få informasjon om Somaliske kvinner, utsett for kjønnslemlesting, sin oppfatning av sitt svangerskap og fødsel, og nylige omsorg for sitt barn.</p>	<p>I samanheng med ein kvantitativ studie med 122 lukka spørsmål, blei det stilt 4 kvalitative opne spørsmål, desse blir presentert i denne artikkelen. Analysen blei utført med kvantitative metodar.</p>	<p>> 432 Somaliske kvinner som har født barn i Canada i løpet av dei siste 5 år, blei spurde om å delta. > 41 kvinner takka nei til å delta i studien. > Kvinnene blei rekruttert frå 21 byer i regionen</p>	<p>> kvinnene følte ofte at sjukepleiarane var ufølsomme og fordømande. >det er behov å endre kunnskap om kjønnslemlesting, samt haldningar til kvinnene under svangerskap og fødsel >ynskje om mindre medisinske tiltak i klinisk arbeid (50% s.c)</p>	<p>Grad I 100%</p>

				Toronto og Ontario..	<ul style="list-style-type: none"> > økt følsomhet for tverrkulturell praksis saman med respektfull behandling, er nødvendig >Treng meir hjelp med baby, omsorg, støtte og respektfull behandling pga store postpartum- smerter. >Treng meir privatliv under fødsel og i sengepost, fredfull og stille rom, respekt for besøkande >Kvinnene takknemlige for god omsorg > språk og kultur problem 	
<p>A. Abdullahi J. Copping A.Kessel M. Luck C. Bonell</p> <p>2009</p> <p>UK</p> <p>Public Health</p>	Cervical screening: Perceptions and barriers to uptake among Somali women	Hensikt med studien var å utforske barrierar for Somaliske kvinner i Camden, Canada mot å gjennomføre livmorhalscreening, samt belyse måtar å auke deltakinga.	Kvalitativ studie. Det blei danna 7 fokus- grupper med 5 – 7 deltakarar, i tillegg blei det gjort 8 individuelle dybde-intervju.	50 somaliske kvinner, født i Somalia. Kvinnene var mellom 25-64 år.	<ul style="list-style-type: none"> > kunnskap om hensikta med livmorhalskreftundersøking var begrensa blant somaliske kvinner > mangel på forståing av risikofaktorar for livmorhalskreft > mange hadde ei fatalistisk holdning som: "Guds vilje" om dette er kreft eller andre helseproblem. > Ei pinleg og sårbar undersøking forbundet med kvinnelig omskjering; > Deltakarane rapporterar 	Grad 1. 93%

					<p>grunnar til å ikkje delta som:</p> <ul style="list-style-type: none"> -mangel på kunnskap om behovet for livmorhalskreft undersøking - praktiske problem som tidsavtale, behov for barnepass, språkvanskar -frykt for testen og negative erfaringar frå tidlegare. <p>> Deltakarane har foreslått mulige løysingar som:</p> <ul style="list-style-type: none"> -opplæring og informasjon om livmorhalskreft og undersøkinga –auka kunnskap blant helsepersonell, spesielt når det gjelder kvinnelig omskjering -informasjon bør vere verbal og gitt av Somaliske kvinner <p>>allmennlegar bør i større grad oppfordre Somaliske kvinner til å delta i livmorhals-screening.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

<p>S. Wuest, L. Raio, D. Wyssmueller, r, MD. Mueller, W. Stadlmayr, DV. Surbek, A. Kuhn.</p> <p>2009</p> <p>Sveits</p> <p>Department of Obstetrics and gynaecology</p>	<p>Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland.</p>	<p>Hensikta med studien var å fastslå kva for ynskjer og behov gravide kvinner, som var kjønnslemlesta hadde, i forhold til defibulering i svangerskap og fødsel på eit sjukehus i Sveits.</p>	<p>Denne kvantitative studien blei gjennomført frå 1999 til 2008. Nødvendige data blei dokumentert i kvinnenes journalar.</p>	<p>122 kvinner med FGM og ei kontrollgruppe med 110 kvinner utan FGM, blei registrert i forhold til svangerskapsomsorg og fødsel/barselomsorg.</p>	<p>>Dei fleste kvinnene ønska defibulering under fødsel, og kun 4 ønska re-infibulasjon etter fødsel. >Det var ingen forskjell med kontrollgruppa ang: barnets tilstand, blodtap eller lengde på fødselsforløp, men forekomsten av akutt keisarsnitt og tredjegrads rifter var signifikant større >53% var svært fornøgd med omsorga dei hadde mottatt i forhold til FGM, 23% var meir eller mindre fornøgd mens 12% var ikkje fornøgd. 12% svara ikkje.</p>	<p>Grad 1 85%</p>
<p>B.M.Ahlberg, I.Krantz, G. Lindmark, M. Warsame</p> <p>2004</p>	<p>It,s Only a Tradition: Making sense of eradication interventions and the persistence of female circumcision, within a Swedish context</p>	<p>Hensikta med studie var å belyse kvifor kvinnelig omkjæring fortsetter til tross tiltak for å få slutt på det, migrasjon til ikkje-praktiserande</p>	<p>> Kvalitativ studie basert på gruppe intervju og individuelle intervju i somaliske samfunn i Sverige. > gjennomført i to store byer sentralt i Sverige.</p>	<p>110 personar, opprinneleg frå Somalia: 30 menn, 50 kvinner, 10 jenter, 5 gutar 15 forskjellige spesialistar.</p>	<p>>Redsel for å oppdra døtre som ikkje er omskorne i det Svenske samfunnet. >Språkproblem skapte vanskelige og frustrerende situasjonar under fødsel. >Kvinnene følte seg uvelkommen når dei tek imot helsetenester. >Kvinnene var utsett for</p>	<p>Grad 1 85%</p>

<p>Sverige</p> <p>Critical Social Policy (elektronisk ressurs)</p>		<p>land, og diskusjon om Somaliske immigrantar sitt syn på kvinneleg omskjering.</p> <p>> Ein del av studien fokuserar på Somaliske innvandrara sine erfaringar med Svensk helsevesen.</p>		<p>> Det var vanskeleg å rekruttere deltakarar p.g.a mistenksomheit, og sensitivt tema.</p>	<p>latterliggjøring.</p> <p>>Manglande kunnskap hjå helsepersonell.</p>	
<p>J. Carroll, R. Epstein, K. Fiscella, T. Gipson, E. Volpe, P. Jean-Pierre</p> <p>2007</p> <p>USA</p> <p>Patient education and counseling.</p>	<p>.Caring for Somali women: Implications for clinician – patient communication.</p>	<p>Hensikta med studien var å utforske Bantu og ikkje-Bantu Somaliske kvinners erfaring med kommunikasjon i førebyggjande helsearbeidstenester i USA, for å betre forstå rolla kommunikasjon spelar i desse populasjonane.</p>	<p>>Ein kvalitativ studie. Individuelle dybdeintervju som blei tatt opp og transkribert. Analyse ved bruk av forskingsbasert teori, ein kode/ redigeringsmetode. 23 stk (68%) hadde behov for tolk under intervju.</p>	<p>.Av 45 rekrutterte deltakarar, deltok 34 kvinner født i Somalia, men som har budd i Rochester, New York frå 2 mnd – 9 år. 15 stk var Bantu Somaliske, og 19 var ikkje-Bantu Somaliske kvinner. Alder: 18 – 53 år, med eit gj.snitt på 27 år.</p>	<p>God kvalitet i førebyggjande helsetenester inneber:</p> <p>> Effektiv verbal og nonverbal kommunikasjon</p> <p>> føle seg verdsett og forstått.</p> <p>>Tilgang på kvinnelege tolkar og helsepersonell</p> <p>>Sensitivitet og respekt i forhold til kvinnes gynekologiske helse, særleg i forhold til kjønnslemlesting.</p> <p>> Kunnskap om kjønnslemlesting blant helsepersonell.</p>	<p>Grad 1 100%</p>

<p>L. Murray C.Windsor E. Parker</p> <p>2010</p> <p>Australia</p> <p>Health Care for Women Internationa l</p>	<p>The Experiences of African Women Giving Birth in Brisbane, Australia</p>	<p>Hensikt med studien var å avdekke personlege berettingar om fødselsopplevingar til afrikanske flyktningskvinner i Brisbane, Australia, og å utforske felles tema som kom fram frå deira erfaringar, og dele den kunnskapen som produserast gjennom studien.</p>	<p>Kvalitativ studie med semistrukturert intervju, tatt opp på en berbar datamaskin.</p> <p>>Pasient- perspektiv</p>	<p>> 10 afrikanske flyktningskvinner (Sudan, Etiopia, Somalia og Liberia) som har født barn i Australia i løpet av dei siste 5 år.</p>	<p>> Følelsar av ”å ikkje vite, kjenne seg einsam og annerledes”. Knytt til språkbarrierar, tidlegare erfaringar/ traumer, kjønnslemlesting og møte med eit helsevesen med lite multikulturell kompetanse.</p>	<p>Grad 1. 100 %</p>
---	---	--	---	---	---	--------------------------

Vedlegg 4.

Liste over relevante funn.

(O= oransje, G= grønn, B= blå, R= rosa. Nr. visar til nr på artikkel, 1 – 14.)

Tidlegare erfaringar har betydning for korleis kvinnene opplevde helsetenester:

- **Å føle seg annleis** (O: 2,2,3,3,5,6,6,6,6,8,11,12,12,12,12. O: 3,6)
- **Frykt for liv og helse ved fødsel, særleg keisarsnitt** (O: 1,1,6,7,7,10. O: 1,5,5,6,7)
- **Gjenoppleving av traume** (O: 1,5,6,7,7,7)
- **Økt kunnskap hos kvinnene** (R: 5,5,10,11,14,14)

Kvinnene opplevde mangel på kulturforståing:

- **Mangel på respekt og kulturforståing, sårande kommentarar**
(G: 1,2,4,4,6,6,9,9,10,10,12)
- **Å ikkje bli høyrd** (G: 6,6,6,6,9,)
- **Å føle seg sårbar og aleine, og mangel på tillit**
(G: 1,3,4,5,6,6,9,9,10,10,10.G: 6)
- **Ulik forståing om kva god omsorg inneber**
(G: 5,5,6,7,7,7,8,8,9,9,9,10,14)
- **God omsorg, empati** (O: 5,5,5,6,9,10,13)
- **Ønske om kvinneleg helsepersonell** (G: 2,3,3,11,14,14)

Kvinnene opplevde mangel på god kommunikasjon:

- **Språkbarrierar** (B: 4,9,10,10,12,12,14. B: 4. B: 2,4. B: 2,11,11. B:2,6,14,14. B: 11)
- **Fråver av kommunikasjon** (B: 4,4,7,7,7,14. B: 1,6,7. B:1,3,3,3,5,7,7,7,9.
- **Tradisjon for verbal kommunikasjon** (B: 1,4,4,4,4,11,11 ,14,14)
- **God kommunikasjon.** (B: 8,8,10,11,14)
- **Lite kunnskap om vestleg helsesystem, og syn på sjukdom og kroppens funksjon** (R: 1,2,2,3,4,5,6,10,11,14)

Kvinnene opplevde mangel på kunnskap og erfaring blant helsepersonell:

- **Lite kunnskap blant helsepersonell** (R: 1,5,5,5,6,6,6,7,8,9,9,10,14.
R:4,7,7,9,12,14)
- **Uttrykk for sjokk og sterke følelsar frå helsepersonell**
(O: 1,2,3,6,11,11)
- **God kunnskap blant helsepersonell** (R: 5,8)