

Ivaretagelse av kjønnslemlestedede kvinner

Kulturell kompetanse hos sykepleier

Kandidatnummer: 895
Lovisenberg Diakonale Høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 7896
Dato: 02.01.2024



Lovisenberg
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg Diakonale Høgskole Dato: 02.01.2024
<u>Tittel:</u> Ivaretagelse av kjønnslemlestedede kvinner: Kulturell kompetanse hos sykepleier	
<p><u>Innledning:</u> Hvert år står 4 millioner jenter og kvinner i fare for å bli kjønnslemlestet. I Norge ser vi på kjønnslemlestelse som et alvorlig overgrep. Å bli kjønnslemlestet gir ingen helsemessige fordeler, og mange kvinner må leve med komplikasjoner resten av livet. Det vil være sannsynlig at sykepleier kan møte disse kvinnene i helsesektoren. Flere kvinner rapporterer om manglende kompetanse hos sykepleier når det kommer til kjønnslemlestelse. Det vil derfor være interessant å se på hvordan kulturell kompetanse hos en sykepleier påvirke ivaretagelsen av kvinner som trenger behandling på grunn av kjønnslemlestelse.</p> <p><u>Metode:</u> Bacheloroppgaven har brukt generell litteraturstudie som metode. Det har blitt gjennomført systematisk søk i databasen CINAHL, hvor fire artikler er valgt ut med utgangspunkt i de definerte inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Resultatene i artiklene vil sammen med eksisterende litteratur og lovverk bli brukt for å svare på oppgavens problemstilling.</p> <p><u>Resultat:</u> Kulturell kompetanse, holdninger og kulturelt kompetent helsearbeid blir trukket frem som hovedelementer i alle artiklene. Funn fra samtlige artikler viser til at kulturell kompetanse er en forutsetning for kulturelt kompetent helsearbeid. Funn belyser også hvordan holdninger påvirker hvilken kompetanse sykepleier kan tilegne seg, og at gode holdninger er en viktig faktor for god ivaretagelse av kjønnslemlestedede kvinner.</p> <p><u>Diskusjon:</u> Resultatene blir diskutert i lys av de tre hovedfunnene fra artiklene. Innledningsvis diskuteres den kulturelle kompetansen til deltagerne i studien. Deretter vil funn vedrørende kulturelt kompetent helsearbeid som forutsetning for at kjønnslemlestedede kvinner skal føle seg ivaretatt diskuteres. Avslutningsvis diskuteres betydningen av holdningene sykepleiere har når det kommer til kjønnslemlestet, og dets påvirkning på følelsen kvinnene får av ivaretagelse ved eventuell behandling.</p>	

(Totalt antall ord: 271)

FORORD

Denne generelle litteraturstudien tar utgangspunkt i en forberedende prosjektbeskrivelse levert som eksamen i emne BSY-402. Eksamensbesvarelsen har kandidatnummer 531. Gjennom bacheloroppgaven har jeg bearbeidet tidligere tekst fra prosjektbeskrivelsen gjennom bacheloroppgavens innledning, bakgrunn og metode.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Hensikt	2
1.1.1	Problemstilling	3
1.1.2	Avgrensinger	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Begrepsavklaring	4
2.2	Kjønnslemlestelse.....	5
2.2.1	Komplikasjoner av kjønnslemlestelse	5
2.3	Sykepleierens rolle i møte med kjønnslemlestelse	6
2.4	Kulturell kompetanse & kulturelt kompetent helsearbeid	7
2.5	Menneske-til-menneske-forhold	8
2.5.1	Interaksjonsfaser.....	8
2.6	Etiske og juridiske rammer	9
3	Metode	11
3.1	Generell litteraturstudie.....	11
3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	11
3.3	Søkeprosessen.....	12
3.3.1	Utselgelse av artikler.....	12
3.4	Øvrig fag- og forskningsartikler.....	14
4	Resultater	15
4.1	Presentasjon av resultatene i matrise	15
4.2	Syntese av resultatene.....	17
5	Diskusjon.....	18
5.1	Resultatdiskusjon.....	18
5.1.1	Kulturell kompetanse hos sykepleiere.....	18
5.1.2	Kulturelt kompetent helsearbeid	20
5.1.3	Holdninger.....	23
5.2	Metodediskusjon	25
5.2.1	Generell litteraturstudie, litteratursøk og utvelgelse av artikler	25
5.2.2	Styrker og svakheter ved de utvalgte artiklene	25
6	Konklusjon.....	28
	Referanseliste	30
	Vedlegg	34

1 Innledning

Kvinnelig kjønnslemlestelse praktiseres i en rekke land i Afrika (Austveg, 2019b, s.74). Det er en tradisjon som er forankret i kulturelle og moralske verdier, og har mange steder vært praktisert i tusener av år. I Norge ser vi på kjønnslemlestelse som et alvorlig overgrep, og praksisen strider mot grunnleggende menneskerettigheter (Savosnick, 2019, s.77). Mange kvinner opplever komplikasjoner i etterkant av kjønnslemlestelsen, og som sykepleier vil det derfor være aktuelt å møte disse kvinnene i helsesektoren (Helsedirektoratet, 2014).

I 2019 var det anslått at rundt 17 000 kvinner i Norge har blitt kjønnslemlestet før de kom til landet (Austveg, 2019b, s.74). Dette utgjør omtrent halvparten av kvinnene som innvandrer fra land der det er kjent at kjønnslemlestelse forekommer (DAMVAD, 2014, s.6). På verdensbasis er omtrent 200 millioner jenter og kvinner kjønnslemlestet, og hvert år står 4 millioner jenter i fare for å måtte gjennomgå praksisen (Unicef, 2023).

Det å bli kjønnslemlestet har ingen kjente helsemessige fordeler, og de kvinnene som har vært gjennom praksisen vil ha en stor risiko for å lide av komplikasjoner resten av livet.

Kjønnslemlestelse er smertefullt og traumatiserende, og er gjerne utført under usterile forhold (WHO, 2016, s.1). I tillegg til helserisikoer kan en del daglige aktiviteter hindres på grunn av anatomiske forvrenginger (WHO, 2016, s.5)

Å bli kjønnslemlestet bryter med rekke veletablerte menneskerettighetsprinsipper. En rekke traktater og avtaler har også erklært kjønnslemlestelse for å være en manifestasjon av vold mot jenter og kvinner, og en praksis som opprettholder ulike kjønnsnormer og stereotyper som strider mot menneskerettighetene (WHO, 2016, s.5). Det faktum at kjønnslemlestelse er en innebygd sosiokulturell praksis, har gjort den fullstendige elimineringen ekstremt utfordrende (WHO, 2016, s.1).

For kvinner i Norge kan det være en smertefull ambivalens ovenfor å ha blitt utsatt for kjønnslemlestelse, og derfor ovenfor å ta imot behandlingstilbud (Austveg, 2019b, s.74).

Norge har hatt en del aggressive kampanjer mot kvinnelig kjønnslemlestelse, og det har blitt lagt stor vekt på forebygging. Retorikken har bygd på verdier, og at kvinnene nå har kommet til et sivilisert land som ikke aksepterer slikt barbari som kjønnslemlestelse (Austveg, 2019b, s.74). Dette kan ha hatt gjort det vanskeligere å leve som kjønnslemlestet kvinne i Norge, og ført til at kvinnene føler seg stigmatisert (Austveg, 2019b, s.74). Kvinnene som har vært utsatt

for kjønnslemlestelse er ofte ambivalente for om de skal søke helsehjelp, noe som også gjelder de kvinnene som har betydelige problemer i etterkant (Austveg, 2019a). Det kan være forbundet med skam å søke hjelp for å få utført medisinsk behandling. Skammen kan muligens gjenspeiles i den aggressive måten det offisielle Norge har håndtert problematikken på (Austveg, 2019a).

Åtte sykehus i Norge tilbyr behandling av komplikasjoner etter kjønnslemlestelse. Helseforetakene har ansvar for at det tilbys god og helhetlig helsehjelp til kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse og trenger behandling (Savosnick, 2019, s.81). De fleste behandlingstilbudene retter seg mot de fysiske plagene, samtidig som det er klart at noen sliter psykisk (Austveg 2019b, s. 74).

En god relasjon mellom pasientene som kommer til behandling og sykepleier som tar dem imot vil kunne være med på at de som trenger behandling kommer til dette. Det vil være mange pasienter som har både krenkende og såre opplevelser, og føler at sykepleier ikke alltid legger til rette for best mulig ivaretagelse. Derfor kreves det enda mer oppmerksomhet rettet mot hvordan sykepleier forholder seg til pasientene, noe som også er en grunnleggende side av faglig og forsvarlig sykepleie (Thollin, 2009). Et flertall har rapportert om manglende kunnskap blant helsepersonell når det gjelder håndtering og ivaretagelse av kjønnslemlestedede kvinner som kommer til behandling (Taraldsen et al., 2021). Selv om det er bevis som viser ugunstige helseutfall assosiert med kjønnslemlestelse, er helsepersonell fortsatt ofte uvitende om de mange negative helsekonsekvensene, og utilstrekkelig trent til å gjenkjenne og behandle dem ordentlig (WHO, 2016, s.5) Kvinner har opplyst om at de savner at helsepersonell tar opp problematikken rundt kjønnslemlestelse, og det forekommer at temaet er mer tabu for helsepersonellet enn for de berørte kvinnene (Ulvund, 2021, s.829).

1.1 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å se på hvordan kulturell kompetanse hos sykepleiere kan virke inn på ivaretagelsen hos kvinner som kommer til behandling vedrørende kjønnslemlestelse. Ved bruk av Joyce Travelbee sitt menneske-til-menneske-forhold, og syntetisering av allerede eksisterende materiell, vil målet med denne studien være å utvikle en forståelse om hvordan kulturell kompetanse hos sykepleiere påvirker ivaretagelsen av kjønnslemlestedede kvinner som kommer til behandling.

1.1.1 Problemstilling

Hvordan kan den kulturelle kompetansen til sykepleier påvirke ivaretagelsen av kvinner som kommer til behandling på sykehus etter tidligere gjennomført kjønnslemlestelse?

1.1.2 Avgrensinger

Jeg har i denne litteraturstudien valgt å avgrense til voksne kvinner, det vil si kvinner over 18 år. De fleste av kvinnene i Norge som har vært gjennom kjønnslemlestelse, har gjennomgått type III, noe som gjorde det naturlig å velge denne typen for studien. Konteksten vil være behandling på sykehus. Studien tar for seg relasjon mellom sykepleier og pasient, annet helsepersonell vil derfor ikke være fokusområde.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget har tatt utgangspunkt i sentrale begreper og definisjoner fra teori som belyser og underbygger den valgte problemstillingen. Kjønnsslemlestelse vil først defineres som begrep, før det vil fremstilles teori om konsekvenser og komplikasjoner knyttet til praksisen. Sykepleierens rolle i møte med den kjønnsslemlestedede kvinnen og litteratur knyttet til kulturell kompetanse vil presenteres. Videre vil relasjonsbygging belyses gjennom Joyce Travelbee sin teori. Avslutningsvis vil etiske og juridiske rammer som ligger til grunn for yrkesutøvelsen bli presentert.

2.1 Begrepsavklaring

Det vil under foreligge begrepsavklaringer av begrepene som er sentrale gjennom litteraturstudien.

Kjønnsslemlestelse

Kjønnsslemlestelse er et helseskadelig inngrep på kvinners kjønnsorgan, og kan deles inn i fire overordnede typer; type I, II, III og IV. (Helsedirektoratet, 2014, s.3; Eget arbeid, 2023, s.3). De aller fleste kvinner som kommer til Norge er av type III, kalt infibulasjon (Savosnick, 2019, s.77). Infibulasjon blir definert ved at det skjæres vekk vev fra klitoris, indre og ytre kjønnslepper, før kjønnsleppene festes sammen slik at de gror og danner et hudsegl som dekker det meste av vulva. Det vil gjenstå en åpning på ca. 1 cm i diameter for passasje av urin og menstruasjonsblod (Johansen, 2019, s. 54).

Kulturell kompetanse

Kulturell bevissthet innebærer bevissthet i egen kultur. Kulturell kunnskap innebærer kunnskap om andre kulturer, og kultursensitivitet handler om empati, tillit og respekt i menneskelige relasjoner. Dette danner grunnlaget for begrepet kulturell kompetanse (Ingstad, 2021, s.106-107). Kulturell kompetanse vil utdypes videre i underkapittel 2.3.

Ivaretagelse

Gjennom denne litteraturstudien vil ivaretagelse bli brukt med definisjonen om at pasienten føler seg trygg og sett, og at sykepleier er til stede og anerkjenner følelsene pasienten har (Bentsen & Danielsen, 2016).

2.2 Kjønnsløstelse

Kjønnsløstelse, ofte kalt kvinnelig omskjæring, er en gammel praksis. Tradisjonelt har den blitt sett på som en god og moralsk verdsett handling i mange ulike samfunn. I disse samfunnene har kjønnsløstelsen vært en smertefull, men en nødvendig handling for at jenter skulle ha mulighet for å utvikle seg til sosialt verdsette kvinner (Helsedirektoratet, 2014). Dette innebærer at i samfunn der kjønnsløstelse er vanlig, forventes det at praksisen videreføres. Dersom dette ikke følges, kan det medføre utestengelse, noe som bidrar til en sosial forventning og press om at kjønnsløstelse er for kvinners beste (NKVTS, u.å.). Hudseglet som blir beskrevet i begrepsavklaringen, kan beskrives som en kulturell konstruert jomfruhinne. Den skal beskytte og bevise jomfrudom, og derav kvinnens moral (Johansen, 2019, s.54). Uansett årsak, reflekterer kjønnsløstelse dypt forankret ulikhet mellom kjønn. Innsatsen for å forhindre og til slutt utrydde kjønnsløstelse over hele verden må fortsette, men det må i tillegg anerkjennes og bli gitt bistand til den eksisterende befolkningen av kvinner som allerede lever med konsekvensene (WHO, 2016, s.1).

2.2.1 Komplikasjoner av kjønnsløstelse

Som tidligere nevnt har kjønnsløstelse ingen kjente helsemessige fordeler, og de som har gjennomgått det har stor sannsynlighet for å leve med komplikasjoner resten av livet (WHO, 2016, s.1). De fleste kvinner beskriver infibulasjon som deres mest smertefulle erfaring og noe de aldri kommer til å glemme (Johansen, 2019, s.55). Komplikasjoner av kjønnsløstelsen vil avhenge av ulike forhold, slik som omfanget av inngrepet, ferdighetene til omskjæreren, instrumentene som ble brukt, hygieniske forhold, metoder for reduksjon av smerter, samt aspekter knyttet til helingsprosessen (Helsedirektoratet, 2014, s.6). Fjerning eller skade på sunt kjønnsvev vil gi forstyringer av kroppens naturlige funksjoner, og kan gi umiddelbare og langsiktige helsekonsekvenser (WHO, 2016, s.5).

Det er vanlig å skille mellom akutte komplikasjoner og komplikasjoner på lang sikt (Helsedirektoratet, 2014, s.6). De langtidsskadene det rapporteres mest av i Norge er smerter og ubehag i underlivet, infeksjoner i kjønnsorganer eller urinveier og andre vannlatingsproblemer, i tillegg til skjedekatarr, cyster og arrdannelse i ytre kjønnsorgan. Det kan også forekomme seksuelle problemer (Savosnick, 2019, s.81). Infibulasjon vil også gi en økt risiko for langvarige smerter ved menstruasjon med lekkasje av menstruasjonsblod over lengre tid, gjentatte urinveisinfeksjoner, vannlatingsproblemer med en smertefull forlenget vannlatning, eventuelle nyreskader, smerter i underlivet og fødselskomplikasjoner

(Savosnick, 2019, s. 81). Dette kan indikere at det vil være en større risiko for umiddelbare skader ved infibulasjon, sammenlignet med type I, II og IV. (WHO, 2016, s.5).

Litteraturen viser også at det er stor variasjon hvordan kjønnslemlestelse vil påvirke hver enkelt kvinnes psykiske helse. Noen har vonde minner knyttet til selve handlingen, men mener likevel at inngrepet ikke har hatt en stor påvirkning på deres psykiske helse i en vesentlig grad (Helsedirektoratet, 2014, s.8). Studier har vist at det er økt forekomst av psykiske plager slik som angst, depresjon, konsentrasjonsvansker, gjenopplevelse gjennom mareritt, og følelse av mindreverd særlig hos kvinner som har vært utsatt for infibulasjon (Savosnick, 2019, s. 81).

2.3 Sykepleierens rolle i møte med kjønnslemlestelse

Helsepersonell i Norge møter som oftest kvinner med langsiktige helsemessige symptomer etter en kjønnslemlestelse (Ulvund, 2021, s.827). Møte med pasienter fra områder hvor praksisen praktiseres kan være utfordrende. Derfor vil det være viktig at kvinnene blir møtt uten fordommer og sensasjonspregede forestillinger, men med forståelse og kunnskap (Aambø, 2021b, s.299). Det er viktig å forstå at kvinnene som har vært gjennom kjønnslemlestelse kan bli fornærmet av begrepet «lemlestelse», da de ikke ser på seg selv som lemlestet (Momoh et al., 2016, s.30). Skader etter infibulasjon er irreversible, men det kan være aktuelt med kirurgi for å lindre plagene, og inngrepet omtales som deinfibulering (Ulvund, 2021, s.829). I møte med kjønnslemlestelse må sykepleier ha kunnskap for å kunne stille de riktige spørsmålene. Før eventuell kirurgi må kvinnene være godt forberedt, da inngrepet kan være mer dramatisk for en ugift kvinne enn en kvinne som har født mange barn (Ulvund, 2021, s.828-829). Det vil være ekstremt viktig at kvinnen får bekreftelse på valget hun har tatt, og hun vil trenge pre- og postoperativ sykepleie, informasjon og støtte (Ulvund, 2021, s.289). Sykepleier må derfor ikke være dømmende og følsomme overfor kultur og verdier når de snakker med kvinnene (Momoh et al., 2016, s.32). Det er avgjørende at sykepleier ikke viser noe tegn til sjokk, avsky eller redsel ved eventuelle undersøkelser av underliv til kvinner som har opplevd kjønnslemlestelse. En god opplevelse for kvinnen kan gjøre henne mer tilbøyelig for å avsløre eventuelle medisinske problemer i fremtiden (Momoh et al., 2016, s.32).

Kommunikasjon er et sentralt verktøy når det kommer til å møte minoritetsgrupper.

Profesjonell, helsefaglig kommunikasjon bør alltid være hjelpende, i den forstand at det er

faglig velbegrunnet og til hjelp for pasienten (Eide & Eide, 2010a, s.18). Sykepleier må ta utgangspunkt i at pasienten er en selvstendig person, og bør ses på som en autoritet, ikke en pasient på behandling. Sykepleier må ta hensyn til hvordan kjønnslemlestelse oppleves og hva som er viktig og vesentlig for pasienten. Dette trekker frem betydningen av å møte pasienten med respekt, ta pasientens perspektiv på alvor, og la pasienten beholde en stor innflytelse på egen situasjon (Eide & Eide, 2010a, s.19).

2.4 Kulturell kompetanse & kulturelt kompetent helsearbeid

Kunnskap er en av hovedkomponentene når det kommer til kulturell kompetanse. For en sykepleier vil det innebære å ha helserelatert kunnskap om ulike minoritetsgrupper, og diagnoser eller sykdommer som ofte forekommer i disse gruppene (Debesay & Tschudi-Madsen, 2022, s.32). Det vil derfor være sykepleiers oppgave å utvikle en evne til å samle kulturelle data som er relevante for pasienten, og vurdere tilstand på en sensitiv måte som tar hensyn til pasientens kultur. Målet vil være at sykepleier får informasjon for å kunne forstå pasientens problem, og kan formulere en kulturell relevant behandlingsplan akseptabel for begge parter (Debesay & Tschudi-Madsen, 2022, s.32). Det uttrykkes mangel på bevissthet og evne hos sykepleier til å gjenkjenne og diskutere bekymringene til kvinner rundt kjønnslemlestelse, spesielt de kvinnene som har vært gjennom infibulasjon (Ormrod, 2019, s.630). Kulturell kompetanse omhandler at helsepersonell skal oppnå kunnskap og forståelse for ulike kulturelle verdier, oppfatninger og handlinger relatert til sykdom og behandling (Debesay & Tschudi-Madsen, 2022, s.31).

Holdninger og verdier er grunnleggende for at en sykepleier skal ha mulighet til å utvikle kulturell kompetanse. Dette omhandler å være bevisst på egne oppfatninger og verdier, og manglende oppmerksomhet vil ubevisst påvirke vår atferd ovenfor andre (Debesay & Tschudi-Madsen, 2022, s.32-33). Mangel på slik bevissthet beskrives som den mest alvorlige barrieren for kulturelt kompetent pleie og behandling (Debesay & Tschudi-Madsen, 2022, s.33).

Et kulturelt kompetent helsearbeid vil innebære at helsepersonell tar hensyn til menneskers ulike erfaringer og reaksjoner ut ifra deres kultur, religion, etnisitet og bakgrunn (Ingstad, 2021, s.105). Helsearbeidet kan ikke kalles kompetent før helsepersonellet først og fremst er opptatt av mennesket som enkelt individ, med pasientens personlige erfaringer, kunnskaper, sosiale og økonomiske situasjon, og hvordan disse faktorene påvirker pasientens reaksjoner

på pleien eller behandlingen som gis (Ingstad, 2021, s.105). For at et helsearbeid skal kalles kulturelt kompetent, vil det være vesentlig at det utføres likeverdige helsetjenester til minoritetsgrupper. Likeverdig tjenesteyting vil sikre gode og adekvate tjenester til alle, også de mest utsatte og sårbare gruppene, slik som kjønnslemlestedede kvinner (Aambø, 2021a, s.183). En likeverdig helsetjeneste vil gi mulighet til å tilpasse helsetilbudet til ulike pasientgruppers forskjellige behov, og at alle får lik tilgang på tjenestene (Aambø, 2021a, s.183).

2.5 Menneske-til-menneske-forhold

Joyce Travelbee sin teori baseres seg på sykepleiefagets mellommenneskelige dimensjon (Kirkevold, 2006, s.113). Travelbee mener at om det skal være en forståelse for hva sykepleie innebærer, må det også være en forståelse for hva som foregår mellom sykepleier og pasient. Hvordan oppleves denne interaksjonen, og hvilke konsekvenser kan dette ha for pasienten og dens tilstand? (Kirkevold, 2006, s.113).

Travelbee definerer sykepleie slik;

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1971, referert i Kirkevold, 2006, s.113).

Teorien er bygd på eksistensialistisk filosofi, og tar utgangspunkt i at menneske er et enestående, uerstattelig individ (Kirkevold, 2006, s.114). Å finne mening i livets ulike erfaringer er i følge Travelbee av fundamental betydning. Mening er «grunnen som gis til en bestemt livserfaring av individet som gjennomlever erfaringen» (Kirkevold, 2006, s.115).

2.5.1 Interaksjonsfaser

Menneske-til-menneske-forhold definerer Travelbee som et mål etter flere gjennomgåtte interaksjonsfaser; det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati, og gjensidig forståelse og kontakt (Kirkevold, 2006, s.117).

Et innledende møte mellom pasient og sykepleier vil være preget av at de ikke kjenner hverandre, og det vil derfor bygges på generaliserte stereotypier, og oppfatninger til hverandre. Sykepleiers oppgave i denne fasen vil å være klar over hvordan stereotypiske inntrykk preger pasienten, og må bryte ut av denne kategoriseringen for å få øye på det særegne individet pasienten er (Kirkevold, 2006, s.117). Siste fase i menneske-til-menneske-

forhold omhandler den gjensidige forståelsen og kontakten mellom pasient og sykepleier. Dette vil være et resultat basert på interaksjonene som har skjedd i de tidligere fasene. Pasient og sykepleier vil her dele nær forbundne tanker, følelser og holdninger, som representerer hvordan de forholder seg til hverandre (Kirkevold, 2006, s.118).

2.6 Etiske og juridiske rammer

Norsk sykepleier forbund (NSF)

Norsk sykepleier forbund har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Som sykepleier har man et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, jf. retningslinje 1 (NSF, 2023; Eget arbeid, 2023, s.4). Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv, iboende verdighet, og retten til å ta egne valg (NSF, 2023). Retningslinjene 1 og 2 beskriver samhandling mellom sykepleier og profesjon, og sykepleier og pasient (NSF, 2023; Eget arbeid, 2023, s.4). Yrkesetisk retningslinje 2 omhandler hvordan sykepleier skal ivareta hvert enkeltindivids verdighet og integritet. 2.3 underbygger sykepleieres ansvar for å ivareta pasientens enkelte behov for helhetlig omsorg (NSF, 2023; Eget arbeid, 2023, s.4).

Den 3. yrkesetiske retningslinjen, ved 3.3, viser til at sykepleier har et grunnleggende ansvar for å motarbeide enhver form for diskriminerende atferd. Sammen med 3.5, som omhandler at sykepleiere skal bidra aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester, viser det at kulturell kompetanse hos sykepleier kan innvirke på ivaretagelsen av minoritetsgrupper i helsesektoren (NSF, 2023).

Straffeloven

I Norge er det to paragrafer i straffeloven som omhandler kjønnslemlestelse. §§284 og 285 viser til at det foreligger straff for å utføre kjønnslemlestelse (Straffeloven, 2005). Paragrafene skiller mellom kjønnslemlestelse med fengsel inntil 6 år, og grov kjønnslemlestelse med fengsel inntil 15 år (Straffeloven, 2005; Eget arbeid, 2023, s.4). Straffelovens §284 tar også for seg at det foreligger bot eller fengsel med inntil 1 år for yrkesutøvere i for eksempel helse- og omsorgstjenesten som ved anmeldelse eller på en annen måte unnlater å søke for å avverge en kjønnslemlestelse (Straffeloven, 2005).

Verdens helseorganisasjon (WHO)

WHO har utarbeidet retningslinjer for behandling av helsekomplikasjoner på grunn av kjønnslemlestelse (WHO, 2016). Hovedformålet med retningslinjene er å gi anbefalinger om håndtering av helsekomplikasjoner som er forårsaket av kjønnslemlestelse. De dekker utvalgte emner relatert til kjønnslemlestelse som har blitt sett på som kritisk viktige av en internasjonal tverrfaglig gruppe av helsepersonell, pasientforkjempere og andre interesserte (WHO, 2016, s.11).

3 Metode

I dette kapitlet vil generell litteraturstudie som metode bli beskrevet. Videre vil valgte inklusjons- og eksklusjonskriterier beskrives, før søkeprosessen vil bli gjort rede for.

Utvelgelse av artikler vil bli presentert i tabell 2. Til slutt vil øvrig fag- og forskning som er blitt brukt i studien bli presentert.

3.1 Generell litteraturstudie

Generell litteraturstudie som metode omhandler å syntesere og analysere allerede eksisterende materiell (Popenoe et al., 2021). Her skal forfatter analysere resultater fra flere ulike vitenskapelige studier, for å kunne beskrive kunnskapen som ett emne. Dette gjøres for å trekke konklusjoner med kliniske anvendelser (Popenoe et al., 2021).

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kvalitative og/eller kvantitative studier	Fagartikler, litteraturstudier, diskusjonsartikler
Studier fra 2013	Studier eldre enn 2013
Fagfelleverderte artikler	
Språk: engelsk, og skandinavisk	Andre språk
Studier fra land med vestlig helsevesen	Andre land
Relevant for sykepleieutdanning	Studier innenfor andre utdanninger enn sykepleie
Studier som inneholder sykepleier- og/eller pasienterfaringer	Studier med andre fokus
Type III kjønnslemlestelse	Studier med fokus kun på type I, II eller IV
Kvinner over 18 år som har gjennomgått kjønnslemlestelse	Barn og ungdom

Inklusjonskriteriet «kvalitative og/eller kvantitative studier» ble valgt på bakgrunn av at det skal skrives en litteraturstudie som baserer seg på forskning. En fagfelleverdert artikkel vil øke troverdigheten og kvaliteten på studien, og dette ble derfor inkludert som et inklusjonskriterie (Utdanningsforskning, 2016). Kjønnslemlestelse type III ble skrevet ned som inklusjonskriterie da det er flest kvinner med type III i Norge (Savosnick, 2019, s.77).

Det er ønskelig å få både pasient og sykepleiers erfaring innenfor kulturell kompetanse blant helsepersonell, og dette ble derfor lagt inn som inklusjonskriterie. «Kvinner over 18 år» ble valgt da jeg ønsker å avgrense studien til å ha fokus på voksne kvinner som pasienter slik at det blir et mer definert utvalg. «Studier eldre enn 2013» ble ekskludert for å være sikker på at forskningen i studiene er tilnærmet dagens praksis. I de utvalgte artiklene var det ønskelig med helsevesen fra land med best overføringsverdi i forhold til Norge (Thidemann, 2019, s.84). «Studier fra land med vestlig helsevesen» ble derfor et inklusjonskriterie.

3.3 Søkeprosessen

Søkeprosessen har blitt gjennomført over en lengre periode i de sykepleiefaglige databasene CINAHL og Medline. Valget falt til slutt på fire artikler fra CINAHL. Innledningsvis ble det gjort enkle søk for å se etter eksisterende materiell. Dette ga resultater med artikler som tilsynelatende virket av interesse. Relevante emneord og begreper fra overskrifter ble notert ned til bruk senere i søkeprosessen. Referanselisten til flere relevante oversiktsartikler ble gjennomgått for å se etter ytterligere artikler av relevans. Dette dannet grunnlaget for et mer strukturert litteratursøk. Strukturert søk vil presenteres i tabell 2.

3.3.1 Utvelgelse av artikler

Tabell 2.

Database og dato for søk	Cinahl, 20.11.23
Søkeord og kombinasjoner	(MH "Female genital mutilation") AND (MH "Professional Knowledge+)
Avgrensinger i søket	Tid: Publisert etter 2013 Språk: Engelsk Resultat type: Akademiske tidsskrifter Geografisk: Vestlige land (USA, Australia & New Zealand, Canada, Europa, UK og Irland) Fulltekst
Antall treff totalt	39
Antall gjennomleste titler	39
Antall gjennomleste abstrakt	15
Antall gjennomleste fulltekstartikler	6

Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	6
Inkludert artikkel nummer 1	Levy, A.T., Beausang, J.K., Finely, E.D. & Wolf, S.M. (2020). Provider Knowledge and Attitudes About Female Genital Mutilation/Cutting in Philadelphia. <i>Springer Nature, 2020(23)</i> , 45-53. https://doi.org/10.1007/s10903-020-01018-1
Inkludert artikkel nummer 2	Ugarte-Gurrutxaga, M., Mazoteras-Prado, V., Melgar de Corral, G., Molina-Gallego, B., Mordilo-Mateos, L. & Gómez-Cantarino, S. (2023). Nurses and health professionals facing female genital mutilation: a qualitative study. <i>BMC Nursing, 2023</i> , 22:408. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01549-6
Inkludert artikkel nummer 3	Ogunsiji, O., Ogbeide, A.E. & Ussher, J. (2023). Experiences of Primary Healthcare Workers in Australia towards Women and Girls Living with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Qualitative Study. <i>Healthcare, 2023</i> , 11, 702. https://doi.org/10.3390/healthcare11050702
Inkludert artikkel nummer 4	Donnenwirth, J.A., Hess, R.F. & Wyss, L. (2020). Searching for content on female genital cutting/mutilation in curriculums of U.S Nursing Schools. <i>Elsevier 2020</i> , 80-85. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.10.006

Søkeordene «MH Female Genital Mutilation» og «MH Professional Knowledge+» ble satt sammen med «AND» i det endelige strukturerte søket. Disse søkeordene tok utgangspunkt i sentrale deler av problemstillingen; kjønnslemlestelse og kompetanse hos sykepleier. Søket ble avgrenset innenfor de beskrevne inklusjons- og eksklusjonskriteriene, noe som resulterte i 39 treff. Ut ifra disse treffene ble alle titler lest gjennom, samt 15 abstrakter, noe som ga 6

artikler av relevans. Alle de relevante artiklene ble lest gjennom, og 4 ble valgt ut som grunnlag til litteraturstudien.

De inkluderte artiklene ble valgt på grunnlag av inklusjonskriteriene. Alle artiklene inneholder funn som kan være relevante i forhold til å besvare problemstillingen. Det er artikler som omhandler kulturell kompetanse hos sykepleiere, og har hovedfokus på kjønnslemlestelse. Artiklene er fagfellevurdert nyere forskning, fra vestlige land og samtlige er skrevet på engelsk.

3.4 Øvrig fag- og forskningsartikler

Det meste av faglitteraturen som er benyttet i litteraturstudien er hentet fra artikler funnet i databasen CINAHL og pensumlister gjennom bachelorstudiet på Lovisenberg Diakonale Høgskole. Tidsskriftet og Helsedirektoratet er også to kilder som har stått sentralt i oppgaven. Helsedirektoratet sin *Veileder for helsestasjon- og skolehelsetjenesten* fra 2014 har blitt benyttet for begrepsavklaring av kjønnslemlestelse, og gitt grunnleggende faglig informasjon om praksisen (Helsedirektoratet, 2014). I likhet med Helsedirektoratet har Verdens helseorganisasjon sine *Retningslinjer for håndtering av kjønnslemlestedede kvinner*, blitt anvendt for å gi underbyggende litteratur til studien (WHO, 2016).

Marit Kirkevold har i boken *Sykepleieteorier* skrevet om Joyce Travelbee sin menneske-til-menneske-forhold teori, noe som har vært en sentral del av litteraturstudien (Kirkevold, 2006).

Forfatteren Berit Austveg har blitt anvendt ved to ulike kilder. Hun har publisert en artikkel på Tidsskriftet hvor det er hentet ut generell informasjon om kjønnslemlestelse og dens forekomst (Austveg, 2019a). Hun er igjen referert til i boken *Asylsøkere og flyktninger: Psykisk helse og livsmestring*. Her skriver hun om Norges forhold til kjønnslemlestelse, og beskriver hvordan noen kvinner kan føle stigmatisering dersom de forteller at de er utsatt for praksisen (Austveg, 2019b).

Judith Ormrod og Comfort Momoh et al., sine to artikler funnet i databasen CINAHL, har blitt anvendt for underbyggende teori, samt gi en dypere forståelse på sammenhengen mellom kulturell kompetanse og ivaretagelse av kjønnslemlestedede kvinner (Ormrod, 2019; Momoh et al., 2016). Disse er anvendt da det har vært mangel på trykt litteratur med relevans for problemstillingen.

4 Resultater

De utvalgte forskningsartiklene og deres hovedfunn vil bli presentert i en matrise gjennom tabell 3. Til slutt vil en oppsummering og syntensering av resultatene i artiklene beskrives.

4.1 Presentasjon av resultatene i matrise

Tabell 3.

Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering med sjekkliste
Donnenwirth, J.A. (2021) USA	Searching for content on female genital cutting/mutilation in curriculums of U.S Nursing Schools	Å identifisere omfanget, plassering og pedagogiske tilnærminger angående kjønnslemlestelse i sykepleieutdanning	Design/metode: Kvantitativ studie. Utvalg: 403 sykepleiestudenter Datasamling: Elektronisk tverrsnittundersøkelse	Studien trekker frem hovedpunkter når det kommer til bevissthet angående kjønnslemlestelse, og mangel om informasjon i utdanningen: 1. Sykepleiere må bli forberedt på å kommunisere effektivt og gi omsorg på en kulturell sensitiv måte. 2. Sykepleiebøker og utdanningen generelt mangler informasjon og læring rundt kjønnslemlestelse	Fagfellevurdert: JA Sjekkliste: 9/9 Vedlegg: 1
Levy, A.T. et al. (2021) USA	Provider Knowledge and Attitudes About Female Genital Mutilation/Cutting in Philadelphia	Å utforske grunnleggende kunnskap hos studenter innenfor helsepersonell, og å identifisere kunnskapshull for å kunne bedre pensum angående	Design/metode: Kvantitativ studie. Utvalg: 229 utdelte undersøkelser, hvor 227 kom tilbake fullstendige. Datasamling:	Studien kan trekke frem hovedpoenger når det kommer til erfaring, bakgrunnskunnskap og holdninger om kjønnslemlestelse: 1. Få tall av helsepersonellet har	Fagfellevurdert: JA Sjekkliste: 9/9 Vedlegg: 2

		kjønnslemlestelse for utdanning.	Frivillig undersøkelse av helsepersonell	erfaring med kjønnslemlestelse 2. Noe kunnskap om helsekonsekvenser, men ikke de kulturelle meningene i forhold til kjønnslemlestelse	
Ogunsiji, O. Et al. (2023) Australia	Experiences of Primary Healthcare Workers in Australia towards Women and Girls Living with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Qualitative Study	Å rapportere om primærhelsepersonells erfaringer med å ta vare på kvinner som lever med kjønnslemlestelse.	Design/metode: Kvalitativ studie. Utvalg: 19 deltagere fra klinikker, kommunehelsesentre og kvinneklinikker på sykehus. Krav om å måtte jobbe som helsepersonell. Datasamling: Semistrukturerte intervjuer og dybdeintervjuer	Studien trekker frem hovedpoenger når det kommer til primærhelsetjenestens erfaringer med kjønnslemlestedede kvinner: 1. Helsepersonell trenger å være mer kunnskapsrike innen omsorg og støtte til kvinner som lever med kjønnslemlestelse 2. Viktigheten om å øke bevisstheten om kjønnslemlestelse blant helsepersonell 3. Stor behov for mer opplæring	Fagfellevurdert: JA Sjekkliste: 9/9 Vedlegg: 3
Ugarte-Gurrutzaga, M. Et al. (2023) Spania	Nurses and health professionals facing female genital mutilation: a qualitative study	Å identifisere kunnskap, holdninger og ferdigheter til helsepersonell angående kjønnslemlestelse.	Design/metode: Kvalitativ studie Utvalg: 47 helsepersonell. Sykepleiere, pediatri, jordmødre og gynekologer.	Studien trekker frem hovedpunkter når det kommer til kunnskapsnivået: 1. Mangel på kunnskap og usikkerhet rundt kjønnslemlestelse 2. Bedre opplæring av helsepersonell når det gjelder kulturell	Fagfellevurdert: JA Sjekkliste: 9/9 Vedlegg: 4

			<p>Datasamling: Semistrukturerte dybde intervjuer og fokus grupper. Intervjuene ble gjort over telefon imellom 30-45 minutter.</p>	<p>kompetanse kan gjøre kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient lettere</p>	
--	--	--	--	--	--

4.2 Syntese av resultatene

Alle de inkluderte artiklene inneholder funn som kan bidra til å svare på problemstillingen. De underbygger viktigheten av god kunnskap og kulturell kompetanse hos sykepleiere som møter kjønnslemlestedede kvinner i helsesektoren. Det blir presentert tre hovedfunnene gjennom artiklenes enkeltfunn; Mangel på kulturell kompetanse hos sykepleier som møter kjønnslemlestedede kvinner blir trukket frem i artiklene, og viser til at utdanningsforløp og lite opplæring skaper usikkerhet hos sykepleier som skal ivareta kjønnslemlestedede kvinner. Det trekkes også frem viktigheten av et kulturelt kompetent helsearbeid. Kjønnslemlestedede kvinner skal ha mulighet til å føle kontroll over helseavgjørelsene sine. Holdninger hos helsepersonell trekkes frem som siste hovedfunn. Holdningene kan ses i sammenheng med for lite kunnskap om kjønnslemlestelse hos helsepersonellet.

5 Diskusjon

Dette kapitlet er delt inn i en resultatdiskusjon og en metodediskusjon. Resultatdiskusjonen vil inneholde diskusjon av forskningsartiklenes resultater med et utgangspunkt i problemstillingen. Resultatene vil bli kritisk vurdert opp mot tidligere beskrevet fagkunnskap og teori, i forhold til aktuelt lovverk og etikk, samt i lys av aktuelle rammefaktorer. Metodediskusjonen vil vurdere styrker og svakheter ved generell litteraturstudie som metode, litteratursøket, utvelgelse av artikler, og styrkene og svakhetene ved forskningsartiklene.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Kulturell kompetanse hos sykepleiere

Det kommer tydelig frem i alle de utvalgte artiklene at det er mangel på kunnskap om kjønnslemlestelse i helsesektoren (Donnenwirth et al., 2021; Levy et al., 2021; Ogunsiji et al., 2023; Ugarte-Gurrutxaga et al., 2023). Donnenwirth et al. (2021) undersøkte ved skoler hvorvidt elever ved ulike sykepleierutdanninger hadde lært om kjønnslemlestelse. Et stort flertall kunne fortelle at det var minimalt av utdanningsforløpet som inneholdt pensum om kjønnslemlestedede kvinner. Det blir fortalt av studentene som deltok i studien at det er et emne som blir nevnt, men gis veldig lite oppmerksomhet gjennom utdanningen. 84% av bachelorprogrammene kunne rapportere om at kjønnslemlestelse ble dekket på under én skoletime (Donnenwirth et al., 2021, s.82-83). Kjønnslemlestedede kvinner kan ses på som en sårbar gruppe, og det vil derfor være viktig at sykepleier allerede fra endt utdanning bidrar aktivt for å imøtekomme ivaretagelsesbehovet til denne gruppen, jf. yrkesetisk retningslinje 3.5 (NSF, 2023). Utdanningsforløpet vil sette et grunnlag for kompetansen sykepleier har om kjønnslemlestelse når de er ferdig utdannet.

Kunnskap er en av hovedkomponentene når det kommer til kulturell kompetanse. Sykepleier må ha helserelatert kunnskap om minoritetsgrupper, slik som kjønnslemlestedede kvinner (Debesay & Tschudi-Madsen, 2022, s.32). Dersom sykepleier er utstyrt med mer kunnskap om kjønnslemlestelse og hvorfor det praktiseres, kan det være med på å bryte ned eventuelle barrierer mellom helsepersonell og pasientgruppen, noe som vil føre til bedre ivaretagelse av kvinnene (Momoh et al., 2016, s.33). Det kommer frem i studien til Levy et al. (2021) at 86,3% av sykepleierne i studien ikke har hatt en formell opplæring når det kommer til ivaretagelse av kjønnslemlestedede kvinner. 47,1% rapporterer om at de føler seg ukomfortable med å betjene disse pasientene på grunn av manglende kunnskap om praksisen (Levy et al.,

2021, s.47). Kunnskapen sykepleier har ved et innledende møte med de kjønnslemlestedede kvinnene vil sette et grunnlag for relasjonen som blir skapt mellom partene. Vi kan se i Travelbee sin teori om menneske-til-menneske-forhold at et innledende møte mellom pasient og sykepleier ofte vil bygges på generaliserte stereotypier og oppfatninger (Kirkevold, 2006, s.117). Kulturell kompetanse kan derfor være helt avgjørende ved et innledende møte mellom sykepleier og en kjønnslemlestet kvinne. Det vil være sykepleiers oppgave å utvikle en evne til å samle kulturelle data som er relevante for pasienten og vurdere tilstanden slik at det tas hensyn til pasientens kultur (Debesay & Tschudi-Madsen, 2022, s.32). I Ogunsiji et al. (2023) sin studie kommer det frem at kun én helsesøster hadde tilstrekkelig kunnskap når det gjelder kjønnslemlestelse. De resterende sykepleierne uttrykte mangel på kunnskap om hva de skal spørre kvinnene om, nødvendig informasjon de skal gi dem, samt tegn og symptomer å se etter (Ogunsiji et al., 2023, s.6-7). Dette kan vi også se i studien til Ugarte-Gurrutxaga et al. (2023), hvor det konkluderes med at når det kommer til kunnskap om kjønnslemlestelse, er det kun litt kjent for sykepleierne. Selv om det ikke er blitt verken sett eller identifisert, er det noe kjent fra et teoretisk synspunkt (Ugarte-Gurrutxaga et al., 2023, s.4).

Kjønnslemlestelse blir i noen samfunn sett på som en nødvendig handling for at jenter skal utvikles til sosialt verdsatte kvinner, noe som skaper en sosial forventning om at praksisen skal gjennomføres (Helsedirektoratet, 2014, s.3; NKVTS, u.å.). Uansett årsak vil kjønnslemlestelse reflektere en ulikhet mellom kjønn (Johansen, 2019, s.54). Ugarte-Gurrutxaga et al. (2023) kan vise til at det er mangel på ferdigheter til å håndtere kvinnene, manglende kunnskap om oppfølging, og mangel på kompetanse til å ta opp problematikken (Ugarte-Gurrutxaga et al., 2023, s.6). Kjønnslemlestelse har ingen helsemessige fordeler, og de fleste kvinnene må leve med komplikasjoner som varer livet ut (WHO, 2016, s.1). Komplikasjonene vil avhenge av ulike forhold. Fjerning eller skade på sunt vev vil forstyrre kroppens naturlige funksjoner, og kan gi langsiktige komplikasjoner (Helsedirektoratet, 2014, s.6; WHO, 2016, s.5). Skader etter infibulasjon er irreversible, og det kan være aktuelt med deinfibulering for å lindre plagene (Ulvund, 2021, s.829). I møte med kvinnene må derfor sykepleier ha kunnskap for å stille de riktige spørsmålene. Kvinnene vil trenge informasjon og støtte (Ulvund, 2021, s.829). Det kan være vanskelig for noen kvinner som lever med komplikasjonene å diskutere bekymringene sine med sykepleier, noe som viser til viktigheten at sykepleier er utstyrt med god kulturell kompetanse. Den kulturelle kompetansen vil kunne være med å gjøre slik at kvinnene føler seg ivaretatt dersom de uttrykker bekymringer (Ormrod, 2019, s.630). Ikke alle kvinnene kjenner til sammenhengen mellom plagene sine og

kjønnslemlestelsen, og hvilke forandringer det har ført til (Ulvund, 2021, s.829). Når en kulturell endring er kroppsliggjort slik som kjønnslemlestelse, vil det skje en endring på individnivå for kvinnene. Kjønnslemlestelsen handler ikke bare om endringer i sosiale forventninger, men i et nettverk av holdninger, emosjoner og verdier, og gir en grobunn for skam, lidelse, smerter og indre konflikter (Aambø, 2021b, s.308). Travelbee beskriver i sin teori at lidelse kan oppstå når mennesker opplever ulike typer tap, nedsatt egenverd eller ved å bli adskilt fra andre, noe som kan føre til tap av kroppslig, åndelig eller emosjonell integritet (Kirkevold, 2006, s.114). Som sykepleier i møte med disse kvinnene vil kulturell kompetanse være viktig for å kunne ivareta verdigheten og integriteten til kvinnene som enkeltindivider, jf. yrkesetisk retningslinje 2 (NSF, 2023).

Allerede fra utdanningsforløpet vil det være viktig at sykepleier utvikler en kulturell kompetanse. Det vil danne grunnlaget for kunnskapen sykepleier har om kjønnslemlestelse ved oppstart av arbeidslivet. Kunnskap er en hovedkomponent i kulturell kompetanse, og mer kunnskap hos sykepleier vil kunne bryte ned eventuelle barrierer med de kjønnslemlestedede kvinnene. For kvinnene kan det være vanskelig å fortelle om bekymringene sine rundt kjønnslemlestelse, og det kan være helt avgjørende at sykepleier er utstyrt med god kulturell kompetanse for å gi disse kvinnene optimal ivaretakelse.

5.1.2 Kulturelt kompetent helsearbeid

Ogunsiji et al. (2023) fremhever i sine resultater behovet for at alle er oppdaterte når det gjelder å tilby kulturelt kompetente og trygge helsetjenester, som gir kjønnslemlestedede kvinner mulighet til å føle kontroll over helseavgjørelsene sine (Ogunsiji et al. 2023, s.6). Helsearbeid kan ikke kalles kompetent før helsepersonellet først og fremst arbeider ut ifra pasienten som enkeltindivid med personlige erfaringer (Ingstad, 2021, s.105). De kjønnslemlestedede kvinnene må ses på som enestående, og Travelbee trekker frem at det er viktig at sykepleier anerkjenner kvinnene som uerstattelige, unike individer (Eide & Eide, 2010b, s.135). Det vil omhandle at sykepleier kommuniserer sin egen opplevelse som sykepleier ved å sette til side all forutforståelse om hvordan kvinnene burde være eller skulle vært (Eide & Eide, 2010b, s.137). Flere av sykepleierne i studien har jobbet i akuttomsorgen og oppgir at de aldri har kommet over noen opplysninger eller formell opplæring om kjønnslemlestelse (Ogunsiji et al., 2023, s.7). Som sykepleier foreligger det et ansvar for å ivareta kjønnslemlestedede kvinners behov for helhetlig omsorg, jf. yrkesetisk retningslinje 2.3

(NSF, 2023). Opplæring og bevissthet blant helsepersonell vil derfor være helt avgjørende for at den helhetlige omsorgen og ivaretagelsen skal være oppnåelig (Ogunsiji et al., 2023, s.7).

Kulturelt kompetent helsearbeid omhandler at personlig erfaringer kan påvirke pasientens reaksjoner på pleien eller behandlingen som gis (Ingstad, 2021, s.105). De fleste kvinner som har gjennomgått infibulasjon beskriver det som den mest smertefulle erfaringen de har, og det vil være mange pasienter som har både krenkende og såre opplevelser, og føler derfor ikke at sykepleier alltid legger til rette for best mulig ivaretagelse (Johansen, 2019, s.55; Thollin, 2009). Det vil være viktig at sykepleier tar seg tid til å gi god og forståelig informasjon. Skal kvinnene kunne ta til seg informasjonen vil tillit mellom partene spille en stor rolle. Kvinnene må kunne stole på at informasjonen som blir gitt både vil de vel og er av relevant kunnskap (Aambø, 2021b, s.310). Travelbee trekker frem empati som en erfaring mellom to mennesker i en av sine interaksjonsfaser i menneske-til-menneske-forhold. Empati beskrives som evnen til å forstå et annet individ sin psykologiske tilstand i et bestemt øyeblikk (Kirkevold, 2006, s.117). Å etablere en relasjon og kunne ha empati vil være vesentlig for å skape best mulig ivaretagelse av kvinnene, og et flertall av kvinner kan understreke behovet for at sykepleier er kulturelt bevisst i sitt helsearbeid (Ormrod, 2019, s.631).

Uansett om helsepersonellet i studien til Ogunsiji et al. (2023) hadde erfaring med å ta vare på kjønnslemlestedede kvinner eller ikke, beskrev de viktigheten av å bruke tid på tillitsbygging og vise en genuin interesse for å bli kjent med kvinnene. De beskriver hvor viktig det er å ha et fokusområde som bygger på relasjoner, og bli mer kjent med kvinnene når det kom til opprinnelsesland og kulturell tro (Ogunsiji et al., 2023, s.9). Dette kan også bekreftes av Travelbee sitt menneske-til-menneske-forhold, hvor det defineres at relasjon utvikles ved å bruke tid sammen (Kirkevold, 2006). Kjønnslemlestelse av kvinner er en skikk som i mange land oppfattes som et rent kvinneanliggende. For å skape en god relasjon, og en tillit til pasienten vil derfor enkle tilpasninger slik som for eksempel bruk av en kvinnelig tolk dersom pasienten er fremmedspråklig, være viktig (Ulvund, 2021, s.829).

Ved studien til Levy et al. (2021), blir det stil spørsmål om hvor vidt sykepleier føler seg forberedt til å utøve helsearbeid til pasienter med kjønnslemlestelse. Som nevnt tidligere kommer det frem at 47,1% føler seg ukomfortable med å behandle kjønnslemlestedede kvinner, og i tillegg kan 77,5% fortelle at de føler seg uforberedt til å diskutere kjønnslemlestelse med kvinner som kommer fra kulturer der det praktiseres (Levy et al., 2021, s.47). Sykepleierne i Norge vil i høyeste grad møte kvinner med langsiktige helsemessige plager etter

kjønnslemlestelse (Ulvund, 2021, s.827). Donnenwirth et al. (2021) trekker frem studenter i utdanningsforløpet til å bli sykepleier. Studentene belyser viktigheten med at en sykepleier må vite hvordan de skal ta vare på kvinner som har vært gjennom kjønnslemlestelse. De trekker frem at det allerede fra tiden som student er viktig å være klar over denne praksisen, slik at de er best mulig forberedt for å utøve kulturelt kompetent helsearbeid når de er ferdig utdannet (Donnenwirth, 2021, s.82-83). For at kvinnene skal føle seg ivaretatt, og for at helsearbeidet skal bli kulturelt kompetent, vil det å føle seg forberedt være en viktig faktor. Ca. 30 prosent av alle kjønnslemlestedede kvinner sliter med post-traumatisk stress lidelse. Kvinnene kan ha følt seg trygge i omskjæringssituasjonen, men når de har migrert til land hvor kjønnslemlestelse er forbudt, havner de i en situasjon hvor risikoen for traumatisering er stor (Aambø, 2021b, s.306). Det vil derfor være viktig at kvinnene får bekreftelse ovenfor valget som er tatt, og de vil trenge informasjon og støtte (Ulvund, 2021, s.829).

I studien til Ugarte-Gurrutxaga et al. (2023) kommer det frem at det både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er flere helsepersonell som enten ikke oppdager at en kvinne er kjønnslemlestet, eller at det ignoreres selv om det er identifisert (Ugarte-Gurrutxaga et al., 2023, s.7). Identifisering av kjønnslemlestelse omhandler å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov, jf. yrkesetisk retningslinje 3.5 (NSF, 2023). Årsakene til ignorering blir gruppert, men det er en helhetlig bekymring for at mangel på strategier og kunnskap hindrer de som har en nøkkelrolle i å identifisere de kvinnene som er blitt eller står i fare for å bli kjønnslemlestet (Ugarte-Gurrutxaga et al., 2023, s.7). Det er viktig at sykepleier ikke er engstelig for å overskride tabuer slik at kvinnene ikke blir tilstrekkelig undersøkt eller informert (Ulvund, 2021, s.803). Kvinner som har gjennomgått infibulasjon kan ha fått langtidsskader slik som cyster og arrdannelser, og infeksjoner i kjønnsorganer eller urinveiene (Savosnick, 2019, s.81). For noen kvinner kan det derfor være helt avgjørende at kjønnslemlestelsen blir identifisert.

Det er et behov for et kulturelt kompetent helsearbeid. Kjønnslemlestedede kvinner må føle at de har kontroll over helseavgjørelsene sine, og sykepleier må arbeide ut ifra kvinnene som enkeltindivider. Personlig erfaringer kan påvirke kvinnenes reaksjoner på pleien som blir gitt. Empati og relasjonsbygging vil derfor være viktig for å gi best mulig ivaretagelse av kvinnene, noe Travelbee underbygger. Det må bygges tillit, og sykepleier må ikke være engstelig for å snakke om praksisen med kvinnene.

5.1.3 Holdninger

I studien til Levy et al. (2021) vises det til at over halvparten av helsepersonellet trodde jenter kunne nekte for å bli kjønnslemlestet. Det kan ses på som bekymringsfullt, når praksisen nesten alltid utføres uten samtykke (Levy et al., 2021, s.50). I Norge er kjønnslemlestelse en ulovlig praksis, jf. straffeloven §§284 og 285, og det bryter med en rekke menneskerettighetsprinsipper (Straffeloven, 2005; WHO, 2016). To av deltagerne i Ugarte-Gurrutxaga et al. (2023) mener at håndtering av kjønnslemlestelse ikke faller inn under deres kompetanse, selv om det er stor sannsynlighet for at de møter kvinner som har gjennomgått praksisen, eller som står i fare for å bli utsatt for det (Ugarte-Gurrutxaga et al., 2023, s.6). Dersom helsepersonell unnlater å bruke avvergingsplikten sin ovenfor kvinner som står i fare for å bli utsatt for kjønnslemlestelse, kan det risikeres bot eller fengsel jf. straffelovens §284 (Straffeloven, 2005).

Ogunsiji et al. (2023) beskriver forskjell i holdninger hos sykepleierne når det gjelder kjønnslemlestelse. Flertallet av deltagerne som visste lite om kjønnslemlestelse hadde den umiddelbare holdningen om at praksisen er dårlig og barbarisk basert på filmer, dokumentarer og utdatert informasjon. Kjønnslemlestelse beskrives som forferdelig, samt traumatiserende og urovekkende å se på (Ogunsiji., 2023, s.7). I møte med det som i offentligheten har blitt omtalt som voldelig, primitivt og barbarisk, kan det være at sykepleier setter til side kritisk tenkning og blir mistenksom, belærende eller fordømmende (Aambø, 2021b, s.309). Selv om slike negative holdninger ikke kommer til direkte uttrykk, kan de oppleves både sårende og ydmykende for kvinnene som har vært gjennom praksisen. Mange unnlater å oppsøke helsehjelp av slike grunner (Aambø, 2021b, s.309-310). I forhold til de negative holdningene forklarte noen av sykepleierne praksisen som en kulturell norm. De beskriver at det er en del av kvinnekulturen, og at mange ikke forstår hele problemet (Ogunsiji et al., 2023, s.7). Holdninger blant helsepersonell kan ses i lys av NSF sin 3. yrkesetiske retningslinje, ved 3.3, som viser til at sykepleiere har et grunnleggende ansvar for å motarbeide enhver form for diskriminerende atferd (NSF, 2023). Det er viktig at sykepleier er bevisst på egne stereotypier, fordommer og antagelser, og ikke setter sin egen kultur som standard og vurderer andre ut ifra denne (Debesay & Tschudi-Madsen, 2022, s.33).

Flere kvinner kan fortelle at de savner at sykepleier tar opp problematikken rundt kjønnslemlestelse, og det kan forekomme at temaet er mer tabu for helsepersonell enn for kvinnene selv (Ulvund, 2021, s.829). Deltagerne i Ogunsiji et al. (2023) rapporterer om en

viktig erfaring når det kommer til omsorg for kvinner som har gått gjennom kjønnslemlestelse. Kvinnene har manglende vilje til å avsløre informasjon om deres kjønnslemlestelse, og de nekter å snakke om det (Ogunsiji et al., 2023, s.8). Det kan hevdes at frykt for å bli dømt for valget om å gjennomgå kjønnslemlestelse kan hindre kvinner som bor i utviklede land fra å snakke åpent til helsepersonell om helseproblemer som har oppstått i forbindelse med praksisen (Momoh et al., 2016, s.339). Kvinnenes nøling med å gi informasjon kan skyldes manglende tillit helsepersonell, og redsel for stigmatisering (Ogunsiji et al., 2023, s.8). Når man lever i et flerkulturelt samfunn, er det som sykepleier viktig å takle kultursensitive temaer slik som kjønnslemlestelse. Det som oftest hindrer kvinnene i å komme til behandling er mistillit, tidligere opplevelse av å bli dømt, og avsky fra helsepersonell. Sykepleier kan bidra til å bryte ned disse barrierene ved å få en forståelse av hvorfor kjønnslemlestelse praktiseres, kjenne til komplikasjonene av prosedyren, og utvikle en holdning som er ikke-dømmende og følsom ovenfor praksisen. Dersom sykepleier tar en aktiv rolle i å gjøre dette, vil annet helsepersonell bli oppfordret til å gjøre det samme, noe som kan være med på å forbedre ivaretagelsen av kjønnslemlestedede kvinner (Momoh et al., 2016, s.33).

Betydningen av å vise empati, lytte etter nyanser og forsøke å forstå er svært viktig i møte med kjønnslemlestedede kvinner (Aambø, 2021b, s.310). Travelbee beskriver i den siste fasen i sitt menneske-til-menneske-forhold, den gjensidige forståelsen og kontakten mellom pasient og sykepleier. Dette vil være et resultat basert på de tidligere interaksjonene som har oppstått. Kvinnene og sykepleier vil her ha mulighet for å dele nære forbundne tanker, følelser og holdninger, som representerer hvordan de forholder seg til hverandre (Kirkevold, 2006, s.118).

Det er forskjell i holdninger hos sykepleiere i møte med kjønnslemlestedede kvinner. Ved lite kunnskap er den umiddelbare holdningen til sykepleier at kjønnslemlestelse er en dårlig og barbarisk praksis. Som sykepleier vil det være viktig å være bevisst på egne fordommer og antagelser, slik at det ikke kommer i veien for å gi kvinnene best mulig ivaretagelse. Kvinnene kan nøle med å gi informasjon til sykepleier om kjønnslemlestelse, noe som kan skyldes redsel for stigmatisering. Det vil derfor være viktig at man som sykepleier i et flerkulturelt samfunn takler kultursensitive temaer slik som kjønnslemlestelse.

5.2 Metodediskusjon

5.2.1 Generell litteraturstudie, litteratursøk og utvelgelse av artikler

Generell litteraturstudie ble valgt som metode grunnet oppgavens rammer, men er relevant for å svare på problemstillingen, da det oppsummerer nyere forskning innenfor kjønnslemlestelse og kulturell kompetanse. En styrke ved metoden er at det presenteres tilgjengelig litteratur slik at leseren ikke behøver å ha tilgang til hver enkelt forskningsstudie innenfor emnet (Aveyard, 2019, s.4). Metoden gjør at det kan ses sammenhenger, og dermed trekke konklusjoner slik at det å komme med forslag til endring i dagens praksis vil bli enklere (Popenoe et al., 2021).

Begrensingene i oppgaven, slik som ordramme og kun ett litteratursøk, har lagt føringer for litteraturstudien. Det vil være en fordel at synonymmer og søkeord er kombinert i litteratursøket, slik at søket blir mer tilpasset problemstillingen (Thidemann, 2019, s.88).

Flere litteratursøk i ulike databaser kunne ha resultert i andre artikler, som kunne fått frem nye perspektiver og vinklet oppgaven annerledes.

Det endelige litteratursøket inneholder kun to søkeord, hvorav begge er emneord. Dette kan ses på som en svakhet ved at søket muligens ikke blir like spisset dersom det hadde blitt brukt flere søkeord. Grunnlaget for to søkeord omhandler at ved flere søkeord, og di gitte avgrensingene, ble utvalget av artikler minimalt. Dette gjorde at det ikke ble mulig å velge ut fire artikler fra samme søk, slik rammene i oppgaven tilsier.

I utvelgelsen av artikler ble det tatt valg som har påvirket det endelige utvalget. Det var ønskelig å finne artikler som hadde overførbarhet til Norge. To av artiklene stammer fra USA, en fra Australia og en fra Spania. Det kan diskuteres om helsevesenet i artiklene kan sammenlignes med norsk ut ifra hvordan helsevesenet i landene fungerer, samt kulturelle forskjeller. Alle landene vurderes likevel som vestlige land, og har velfungerende helsevesen, og det ble derfor tatt en avgjørelse om at artiklene er tilnærmet likt Norge, og av relevans for oppgaven. Kvalitetsvurdering av artiklene er presentert i vedlegg 1-4.

5.2.2 Styrker og svakheter ved de utvalgte artiklene

For å belyse den valgte problemstillingen har det blitt brukt en parallell undersøkelse Det vil si at både kvantitative og kvalitative studier har blitt inkludert. Dette er blitt gjort for at de kvalitative og kvantitative data skal styrke hverandre (Thidemann, 2019, s.77).

To av artiklene har kvalitativ metode (Ogunsiji et al., 2023; Ugarte-Gurrutxaga et al., 2023), og to har kvantitativ (Donnenwirth et al., 2021; Levy et al., 2021). Hensikten med kvalitativ forskning er å kunne få kunnskap om meninger, erfaringer og opplevelser fra menneskene deltatt i studien, samt å utforske prosesser som samhandling (Thidemann, 2019, s.76). Kvalitativ data ble samlet inn ved bruk av semistrukturerte dybdeintervjuer og fokusgrupper (Ogunsiji, 2023, s.4; Ugarte-Gurrutxaga et al., 2023, s.2). Det ble samlet inn kvantitative data gjennom frivillig spørreundersøkelse og tverrsnittsundersøkelse (Levy et al., 2021, s.47; Donnenwirth et al., 2021, s.81). En styrke ved kvantitativ metode vil være at det ofte tar utgangspunkt i en større deltagergruppe, i forhold til kvalitative grupper. Dette vil være med på å generalisere til ett bredere utvalg av mennesker (Thidemann, 2019, s.76). Ved bruk av parallell undersøkelse vil det være mulig å anskaffe informasjon av ulik karakter, og et mer variert og allsidig datamateriale (Thidemann, 2019, s.77).

Den valgte konteksten i problemstillingen er behandling på sykehus, og det har blitt inkludert artikler fra ulike avdelinger. Dette kan ses på som en svakhet, da sykepleierne ved de ulike avdelingene kan ha ulik erfaring, og det kan være ulikt miljø. Det vil likevel være fellestrekk ved avdelingene, ved at alle møter kjønnslemlestedede kvinner som trenger ivaretagelse. Da utvalget av artikler ikke er det bredeste, er det derfor valgt artikler med ulik kontekst innenfor sykehus. Dette ble gjort for å få et større perspektiv på den kulturelle kompetansen til sykepleierne som skal ivareta kjønnslemlestedede kvinner som kommer til behandling.

Innholdet i samtlige av artiklene vurderes til å være av relevans for å besvare problemstillingen. Alle artiklene inneholder forskning fra sykepleieperspektiv eller i sykepleierutdanning. Dette kan se på som en svakhet da forskning fra både sykepleier- og pasientperspektiv kan gi en større dybdeforståelse for hvordan den kulturelle kompetansen påvirker ivaretagelsen av kjønnslemlestedede kvinner. Likevel gir de utvalgte artiklene en helhetlig forståelse av hvordan kulturell kompetanse hos en sykepleier har en innvirkning på ivaretagelse.

Artiklene har en ulik redegjørelse for den kulturelle kompetansen hos sykepleiere. Donnenwirth et al. (2021) og Levy et al. (2021) legger frem en mangel om informasjon og utvikling av kunnskap allerede fra sykepleierutdanning, og at det vil være en fordel dersom fokuset økes ved utdanningene (Donnenwirth et al., 2021; Levy et al., 2021). Ogunsiji et al. (2023) og Ugarte-Gurrutxaga et al. (2023) trekker frem at sykepleiere trenger å bli mer kunnskapsrike innenfor omsorg og støtte til kvinner som har gått gjennom kjønnslemlestelse,

og at det er et stort behov for mer opplæring når det kommer til den kulturelle kompetansen til sykepleiere (Ogunsiji, et al., 2023; Ugarte-Gurrutxaga et al., 2023).

6 Konklusjon

I denne litteraturstudien har det ved syntensering og diskusjon av resultater fra fire ulike forskingsartikler sammen med relevant fagkunnskap og teori, blitt belyst hvordan kulturell kompetanse hos sykepleier kan ha en påvirkning på ivaretagelsen av kjønnslemlestedede kvinner.

Funnene viser at kulturell kompetanse hos sykepleier er viktig for å skape best mulig ivaretagelse av kjønnslemlestedede kvinner som kommer til behandling på sykehus. Kulturell kompetanse vil være med å gi sykepleier kunnskap og mulighet for å utøve omsorg som er tilpasset kvinnene. Sykepleier må allerede fra utdanningsforløpet utvikle et grunnlag for kulturell kompetanse. Kvinnene vil trenge informasjon og støtte, og det vil derfor være viktig at sykepleier har nok kompetanse slik at kvinnene kan føle en tillit overfor informasjon som blir gitt vedrørende deres bekymringer. Dersom sykepleier er utstyrt med mer kunnskap om kjønnslemlestelse og hvorfor det praktiseres, kan det være med på å bryte ned eventuelle barrierer mellom helsepersonell og pasientgruppen. Dette er noe som kan føre til bedre ivaretagelse av kvinnene.

Kulturelt kompetent helsearbeid er fremhevet i studien som en viktig faktor for at kjønnslemlestedede kvinner skal føle på ivaretagelse. Kulturelt kompetent helsearbeid kan ikke utøves uten kulturell kompetanse. Ved å tilby kulturelt kompetente og trygge helsetjenester, vil dette være med på å gi de kjønnslemlestedede kvinnene mulighet til å føle kontroll over helseavgjørelsene sine. Det vil være viktig at sykepleier har empati, og bruker tid på å etablere en relasjon med kvinnene. Som sykepleier foreligger det et ansvar for å ivareta kvinnenes behov for helhetlig omsorg, og et kulturelt kompetent helsearbeid kan være helt avgjørende for at slik omsorg skal være oppnåelig.

Funn i studien beskriver forskjell i holdninger hos sykepleiere når det kommer til kjønnslemlestelse. Flere kjønnslemlestedede kvinner kan fortelle at de savner at sykepleier tar opp problematikken, og at det ofte kan virke mer tabu for dem enn de berørte kvinnene. Som sykepleier vil det være viktig å takle kultursensitive temaer, og utvikler en holdning som er ikke-dømmende ovenfor kvinnene. Frykt for å bli dømt kan hindre kvinnene i å snakke åpent med sykepleier. Dette viser en viktighet i å skape en forståelse av kulturen rundt praksisen.

Basert på de funnene som er gjort gjennom litteraturstudien vil et forslag være å øke fokuset på kjønnslemlestedede kvinner allerede fra utdanningsforløpet til sykepleiere. Litteraturstudien viser til hvordan økt fokus kan gi en bedre kulturell kompetanse, med holdninger som viser forståelse for kvinnenes valg, vil føre til et kulturelt kompetent helsearbeid hvor kvinnene føler seg ivaretatt.

Referanseliste

- Aambø, A. (2021a). Tilgang til helse- og omsorgstjenester. *Innvandrerens helse og helsetjenestens ansvar*. (1.utg., s.183-204). Cappelen Damm Akademiske.
- Aambø, A. (2021b). Kvinnelig kjønnslemlestelse. *Innvandrerens helse og helsetjenestens ansvar*. (1.utg., s.299-312). Cappelen Damm Akademiske.
- Austveg, B. (2019a). Kjønnslemlestelse av kvinner – stigma og behandling. *Tidsskriftet: Den Norske Legeforening*, DOI: 10.4045/tidsskr.19.0163
- Austveg, B. (2019b). Seksuell helse og mental helse i et innvandrerperspektiv. I L. Lien, R. Dybdahl, H. Siem, I. Julardzija & H.H. Bakke (Red.) *Asylsøkere og flyktninger: Psykisk helse og livsmestring*. (1. utg., S.60-76). Universitetsforlaget.
- Aveyard, H. (2019). Why do a literature review in health and social care? *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (4. utg., S. 1-17). Open International Publishing.
- Bentsen T.R. & Danielsen, M.S. (2016). Pårørende må ivaretas. *Sykepleien 2016;104(10): 47-48*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.59115>
- DAMVAD. (2014, mai). *Utbredelse av kjønnslemlestelse i Norge: Registeranalyse*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).
<https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/utbredelse-av-kjønnslemlestelse-i-norge.pdf>
- Debesay, J. & Tschudi-Madsen, C. (2022). Sykepleierens kompetansebehov i møte med minoritetspasienter. I J. Debessay & C. Tschudi-Madsen (Red.) *Migrasjon, helse og profesjon* (1. utg., S. 26-43). Gyldendal Norsk Forlag.
- Det Norske Akademis ordbok*. Oslo: Det Norske Akademi for Språk og Litteratur. November 2023 <https://naob.no>

- Donnenwirth, J.A., Hess, R.F. & Wyss, L. (2020). Searching for content on female genital cutting/mutilation in curriculums of U.S Nursing Schools. *Elsevier* 2020, 80-85.
<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.10.006>
- Eget arbeid (2023). *Prosjektbeskrivelse til bachelor. Kandidatnummer 531*. [Upublisert eksamensoppgave]. Lovisenberg diakonale høyskole.
- Eide, H. & Eide, T. (2010a). Hva er hjelpende kommunikasjon? *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2 utg. S. 11-64). Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H. & Eide, T. (2010b). Relasjonsteorier *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2 utg. S. 129-150). Gyldendal Norsk Forlag.
- Helsedirektoratet. (2014, mars). *Forebygging av kjønnslemlestelse: Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse*. Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/forebygging-av-kjønnslemlestelse/Forebygging%20av%20kjønnslemlestelse%20%20Veileder%20for%20helsestasjons%20og%20skolehelsetjenesten.pdf/_attachment/inline/ac5e966b-7744-43ba-8cde-a6179426c660:e9ae674fd1cca87574d9d54ee88cc715e4f7f837/Forebygging%20av%20kjønnslemlestelse%20-%20Veileder%20for%20helsestasjons%20og%20skolehelsetjenesten.pdf
- Ingstad, K. (2021). Etnisitet, migrasjon og helse. *Sosiologi i helsefag og sykepleie* (2. utg., S. 97-113). Gyldendal.
- Kirkevold, M. (2006). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (2.utg. 5. opplag.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Levy, A.T., Beausang, J.K., Finely, E.D. & Wolf, S.M. (2020). Provider Knowledge and Attitudes About Female Genital Mutilation/Cutting in Philadelphia. *Springer Nature*, 2020(23), 45-53. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01018-1>
- Momoh, C., Olufade, O. & Redman-Pinard, O. (2016). What nurses need to know about female genital mutilation. *British Journal of Nursing*, 2016(25), 30-34.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.9.S30>

NKVTS. (u.å). Begrunnelser for kjønnslemlestelse.

<https://kjonnslemlestelse.nkvts.no/innhold/praktisering-av-kjonnslemlestelse/begrunnelser-for-kjonnslemlestelse/>

Norsk Sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. <https://www.nsf.no/etik0/yrkesetiske-retningslinjer>

Ogunsiji, O., Ogbeide, A.E. & Ussher, J. (2023). Experiences of Primary Healthcare Workers in Australia towards Women and Girls Living with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Qualitative Study. *Healthcare*, 2023, 11, 702.

<https://doi.org/10.3390/healthcare11050702>

Ormrod, J. (2019). The experience of NHS care for women living with female genital mutilation. *British Journal of Nursing*, 2019(28), 628-622.

<https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.10.628>

Savosnick, G. (2019). Kjønnslemlestelse. I L. Lien, R. Dybdahl, H. Siem, I. Julardzija & H.H. Bakke (Red.) *Asylsøkere og flyktninger: Psykisk helse og livsmestring*. (1. utg., S.77-89). Universitetsforlaget.

Straffeloven. (2005). *Lov om straff* (LOV-2005-05-20-28). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28?q=straffeloven>

Taraldsen, S., Owe, K.M., Bødtker, A.S., Bjørntvedt, I.W. Eide, B.M., Sandberg, M., Hagemann, C.T., Øian, P., Vangen, S. & Sørbye, I.K. (2021). Omskjæring hos kvinner bosatt i Norge – konsekvenser og behandling. *Tidsskriftet: Den Norske Legeforening*, DOI:10.4045/tidsskr.21.0509

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Ugarte-Gurrutxaga, M., Mazoterias-Prado, V., Melgar de Corral, G., Molina-Gallego, B., Mordilo-Mateos, L. & Gómez-Cantarino, S. (2023). Nurses and health professionals facing female genital mutilation: a qualitative study. *BMC Nursing*, 2023, 22:408.

<https://doi.org/10.1186/s12912-023-01549-6>

Ulvund, I. (2021). Sykepleie til pasienter med gynekologiske lidelser. I U. Knutstad (Red.) *Sykepleieboken 3: Utøvelse av klinisk sykepleie*. (3. utg., S.801-849). Cappelen Damm Akademiske

Unicef. (2023, august). *Beskyttelse mot krig, vold og overgrep*. UNICEF.

<https://www.unicef.no/vart-arbeid/internasjonalt/beskyttelse>

Utdanningsforskning. (2016, 15. april). *Hva er en fagfellevurdert artikkel?*

<https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/hva-er-fagfellevurdert-artikkel>

Willman, A. (2023). *Teorier för omvårdnad*. (1. utg.) Studentlitteratur.

WHO. (2016). *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. World Health Organization (WHO).

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/206437/9789241549646eng.pdf?sequence=1>

Østensen, E. & Wahl, A.K. (2021). Opplevelser og reaksjoner hos mennesker med hudsykdom. I A.K.T. Heggstad & U. Knutstad (Red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2*. (4 utg. S. 267- 286). Cappelen Damm Akademiske

Vedlegg



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Donnenwirth, J.A., Hess, R.F. & Wyss, L. (2020). Searching for content on female genital cutting/mutilation in curriculums of U.S Nursing Schools. <i>Elsevier</i> 2020, 80-85. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.10.006				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvantitativ studie med tversnittundersøkelse.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltagerne er representert av studenter fra ulike skole med sykepleierutdanning	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Beskriver hva kjønnslemlestelse er, og hvorfor det er viktig med et fokus på dette i utdanning. Hovedfunnene kan relateres til klinisk praksis.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Analysert ved hjelp av beskrivende og konklusjonsstatistikk.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: De sentrale hovedfunnene er delt inn i underoverskrifter i resultatkapitlet.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene kan brukes i praksis. Kan relateres til hvordan utdanningen burde endres i forhold til lære om kjønnslemlestelse i fremtiden, og hvilken kunnskap studenter sitter igjen med etter endt utdanning.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? ***	X		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Donnenwirth, J.A., Hess, R.F. & Wyss, L. (2020). Searching for content on female genital cutting/mutilation in curriculums of U.S Nursing Schools. <i>Elsevier</i> 2020, 80-85. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.10.006				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvantitativ studie med tversnittundersøkelse.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltagerne er representert av studenter fra ulike skole med sykepleierutdanning	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Beskriver hva kjønnslemlestelse er, og hvorfor det er viktig med et fokus på dette i utdanning. Hovedfunnene kan relateres til klinisk praksis.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Analysert ved hjelp av beskrivende og konklusjonsstatistikk.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: De sentrale hovedfunnene er delt inn i underoverskrifter i resultatkapitlet.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene kan brukes i praksis. Kan relateres til hvordan utdanningen burde endres i forhold til lære om kjønnslemlestelse i fremtiden, og hvilken kunnskap studenter sitter igjen med etter endt utdanning.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? ***	X		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.



Kommentar: Konkluderer ut ifra hovedresultatene. Kan se en tydelig rød tråd gjennom studien, og konklusjonen kan anvendes i praksis.			
Totalt antall poeng: ****	9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernesporsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Kommentar: Konkluderer ut ifra hovedresultatene. Kan se en tydelig rød tråd gjennom studien, og konklusjonen kan anvendes i praksis.			
Totalt antall poeng: ****	9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernesporsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Levy, A.T., Beausang, J.K., Finely, E.D. & Wolf, S.M. (2020). Provider Knowledge and Attitudes About Female Genital Mutilation/Cutting in Philadelphia. <i>Springer Nature</i> , 2020(23), 45-53. https://doi.org/10.1007/s10903-020-01018-1				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvantitativ metode. Frivillig undersøkelse utdelt til helsepersonell, samt separate undervisningsøkter	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltagerne representerer helsepersonell, som er relevant i forhold til problemstilling om kunnskap og holdninger innenfor helsesektoren	x		
4.	Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Presenterer hva kjønnslemlestelse er, og hvorfor det er viktig med et fokus på det. Viser til hvorfor det er viktig med fokus selv i land utenfor Afrika. Kan relatere funnene til praksis.			
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Statistikk over de utfylte skjemaene i form av prosent, ved bruk av Microsoft Excel.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Hovedfunnene er representert som egne underoverskrifter i resultatkapitlet	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis?	x		



	Kommentar: Relaterer til utdanning av helsepersonell, og hvordan resultatene kan brukes videre i praksis.			
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Underbygger resultatene, og gir en logisk oversikt over hvordan det kan brukes i praksis.	x		
	Totalt antall poeng: ****	9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Ogunsiji, O., Ogbeide, A.E. & Ussher, J. (2023). Experiences of Primary Healthcare Workers in Australia towards Women and Girls Living with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Qualitative Study. <i>Healthcare</i> , 2023, 11, 702. https://doi.org/10.3390/healthcare11050702				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer og dybde intervjuer.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltagerne er fra ulike klinikker innen sykehus, og alle er helsepersonell.	X		
4.	Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Det legges frem informasjon om forekomst og hvilket kunnskapsnivå det er blant nåværende helsepersonell. Beskriver hva kjønnslemlestelse er og hvorfor det bør være fokus. Funnene kan relateres til praksis.	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Intervjuene ble transkribert, før de ble analysert manuelt. Fem-faset syklus for dataanalyse.	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Hovedfunnene kommer klart frem og presenteres med egne underoverskrifter i resultatkapitlet.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Resultatene viser til hvilken kunnskap sykepleiere har om kjønnslemlestelse, og hvilken opplæring	X		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.



	som er nødvendig i fremtiden. Det bli også lagt frem hvordan en forståelse fra pasientperspektiv kan brukes i praksis.			
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen representerer hovedfunnene. Den legger frem hvordan kunnskapsnivået til helsepersonell er, og hva som bør fokuseres på fremover.	X		
	Totalt antall poeng: ****	9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Ugarte-Gurrutxaga, M., Mazoteras-Prado, V., Melgar de Corral, G., Molina-Gallego, B., Mordilo-Mateos, L. & Gómez-Cantarino, S. (2023). Nurses and health professionals facing female genital mutilation: a qualitative study. <i>BMC Nursing</i> , 2023, 22:408. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01549-6				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltagerne representerer helsepersonell som har stor sannsynlighet for å møte kjønnslemlestedede kvinner innenfor helsesektoren	x		
4.	Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Legger frem hvorfor det er viktig i Spania, og hvorfor det burde være et fokusområde. Deltagere som er relevant at møter kjønnslemlestedede kvinner i helsesektoren. Kan relatere til klinisk praksis.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Innholdsanalyse brukt til datanalyse	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Hovedfunn presenteres som egne underoverskrifter i resultatkapitlet	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis?	x		



	Kommentar: Resultatene kan brukes for å besvare problemstillingen om at det trengs bedre tilnærming angående pasienter som har vært gjennom kjønnslemlestelse			
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Representerer resultatene i underoverskriftene som er fremstilt i resultatkapitlet. Legger frem hovedpunktene fra konklusjonen.	x		
	Totalt antall poeng: ****	9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.