

UNIVERSITETET I  
NORDLAND

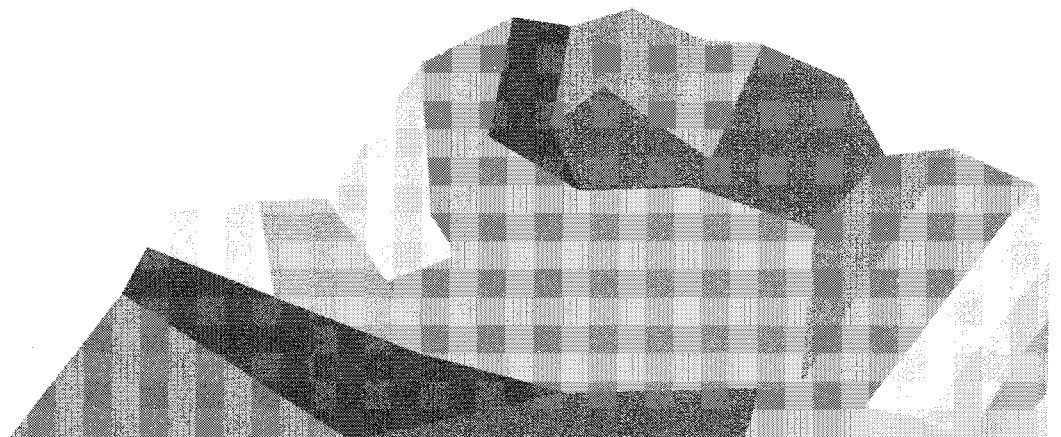
**SY 180H 000**  
**Bacheloroppgave i sykepleie**

**"Omskjærte kvinners møte med vestlig kultur"**

**Kandidatnummer: 18**

**Innlevering 26.10.12**

[Haugersteen, Espen]



# Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	i
1.0 INNLEDNING .....	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema .....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	2
1.3 Avgrensning .....	3
1.4 Definisjon av sentrale begrep .....	4
1.5 Formål med oppgaven .....	4
1.6 Oppgavens disposisjon .....	4
2.0 METODE .....	5
2.1 Hva er en metode .....	5
2.2 Valg av metode .....	5
2.3 Begrunnelse for valg av metode og metodekritikk .....	6
2.4 Presentasjon av litteratur .....	7
2.5 Forskningsartikler .....	8
2.6 Etske overveielser .....	9
3.0 JOYCE TRAVELBEE .....	10
3.1 Sykepleie teori .....	10
4.0 HISTORIE OG TRADISJON .....	13
5.0 KOMPLIKASJONER VED OMSKJÆRING .....	15
5.1 Typer av kjønnslemlestelse .....	15
5.2 De akutte komplikasjoner .....	15
5.3 Senkomplikasjoner .....	16
5.4 Etske utfordringer .....	20
6.0 DRØFTING .....	21
7.0 AVSLUTTNING .....	29
7.1 Oppsummering og konklusjon .....	29
8.0 LITTERATURLISTE .....	30

## **1.0 INNLEDNING**

Jeg er en sykepleiestudent som tar desentralisert deltidsutdanning i bachelor i sykepleie ved Universitetet i Nordland, Vesterålen. Denne oppgaven er en bacheloroppgave, for å få min bachelorgrad.

Oppgaven inneholder totalt 9.722 ord, som er 722 ord over størrelsen som var bestemt, men innenfor 10 % regelen.

### **1.1 Begrunnelse for valg av tema**

I min praksis i forebyggende og helsefremmende arbeid var jeg utplassert ved en fødeavdeling. I denne praksisen var jeg til stede ved seks fødsler, hvor fire av de som fødte var innvandrerkvinner. Disse kvinnene kom fra Somalia og Eritrea.

Jeg observerte at kvinnene var omskåret og at fødslene til disse kvinnene ikke forløp uten komplikasjoner. Underveis i praksisen snakket jeg med jordmødre og barnepleiere på avdelingen om omskjæring, og spurte om det var vanlig at kvinner som var omskåret hadde mer komplikasjoner under fødselen i forhold til kvinner som ikke var omskåret. De hadde et inntrykk av at noen av kvinnene valgte å spise mindre, slik at barnet ikke skulle bli for stort, og ikke påførte dem for store smerter under fødselen.

I tiden etter praksisen tenkte jeg mye på opplevelsene jeg hadde hatt på fødeavdelingen. Jeg kunne ikke forstå hvorfor tradisjonen med omskjæring enda praktiseres i vår tid. Som kjæreste og far til to jenter kunne jeg ikke fatte hvordan andre "alfa hanner" aksepterer at en slik kjønnslemlestelse kan utføres på noen man er glad i.

Etter hvert ble jeg oppmerksom på hvor mange kvinner som hadde innvandret til vår region fra land hvor omskjæring praktiseres. Det slo meg at disse kvinnene kommer jeg som sykepleier kanskje til å møte i min yrkesutøvelse i fremtiden, og jeg spurte meg selv om jeg hadde tilstrekkelig kunnskap om hvilke lidelser kvinner som er kjønnslemlestet har etter slike inngrep, og svaret ga seg selv, det hadde jeg ikke. Jeg undersøkte i pensumlitteraturen, men

fant ikke mye om temaet. I boken *Kultursensitivitet* (2008) skriver Magelssen litt om temaet, men der står det lite om lidelser etter inngrepet.

Med mine opplevelser i forebyggende og helsefremmende praksis, og spørsmålene jeg satt igjen med i tiden etter praksis, og en vishet om at jeg hadde store sjanser om å møte omskjærte kvinner i fremtiden, hadde jeg lyst å lære mer om emnet. Siden tiden nærmet seg for bachelor oppgaven, bestemte jeg meg for å skrive om "Omskjærte kvinners møte med vestlig kultur".

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Omskjærte kvinner har vært utsatt for store traumer under omskjæringen. Disse traumene følger dem resten av livet. Noen av lidelsene som følger på grunn av omskjæringen kan vi som sykepleiere overse, da de anses som "vanlige" blant omskjærte kvinner fordi disse lidelsene ikke settes i sammenheng med lemlestelsen i hjemlandet. Andre lidelser kan vi som sykepleiere bidra til at kvinnene får behandlet. Da er det viktig at vi som sykepleiere er klar over hvilke lidelser disse kvinnene kan få på grunn av kjønnslemlestelsen. Jeg mener også det er viktig at vi som sykepleiere kjenner til historien og kulturen rundt omskjæringen, da kan det være lettere å bryte barrierer, unngå stigmatisering, og yte best mulig hjelp (Foss m.fl. 2010).

I oppgaven kommer jeg til å skrive litt om omskjæringens historie, dette for å forsøke å få en forståelse hvorfor denne tradisjonen enda praktiseres, og også hvilke grader av omskjæring som praktiseres. Om arbeidet mot kjønnslemlestelse skal gi resultater, er det viktig at vi har forståelse for årsakene som har gitt kunnskap og frykt (Barne- og likestillingsdepartementet 2008). Så problemstillingen min er følgende:

***Hvordan møter sykepleiere omskjærte kvinner i sykehus?***

### 1.3 Avgrensning

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til kvinner som allerede er omskjæret. Det er i hovedsak disse kvinnene vi som sykepleiere kommer til å møte i sykehus. I Norge er det en egen lov som forbyr kjønnslemlestelse, «Lov om forbud mot kjønnslemlestelse», denne trådte i kraft i 1995 (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress no. 1. 2011). Denne loven forhindrer at vi som sykepleiere kommer til å oppleve omskjæring på sykehus i Norge.

Jeg kommer også til å begrense oppgaven til å omhandle kvinner som kommer fra Somalia. Det er 97,9 % av kvinnene i Somalia som er omskåret. Infibulasjon er ikke en uvanlig form for omskjæring i Somalia, denne formen kan gi mest plager i ettertid, så det er store sjanser for at kvinner fra Afrikas Horn har de største problemene, og som vi som sykepleiere kan komme til å møte, da mange av disse er flyktninger i Norge (Foss m.fl. 2010).

Oppgaven avgrenses også i kvinnes alder. Jeg har valgt å skrive om kvinner i alderen 15 til 35 år. I Somalisk skikk er det viktig at jentene gifter seg tidlig og føder friske barn før fruktbarheten avtar i 35 til 40 års alderen (i bid). I denne perioden er det slik jeg ser det, størst sjanse for at vi som sykepleiere kommer til å møte disse kvinnene med lidelser forårsaket av kjønnslemlestelse, og hvor det er naturlig at de søker. De fleste kvinnene kommer kanskje for første gang i kontakt med et organisert helsevesen, hvor de får informasjon om at mange av deres plager ikke er vanlige kvinneplager, men plager som er resultat av omskjæringen. Siden de fleste kvinnene er omskåret i Somalia, settes ikke slike plager i sammenheng med omskjæringen (ibid).

Jeg vil også se på de mest vanlige skader og lidelser på Somaliske kvinner, som vi som sykepleiere kan møte. I oppgaven kommer jeg også til å se på hvilke etiske utfordringer vi som sykepleiere kan komme til å møte, med omskjærte Somaliske kvinner som pasienter. Jeg kommer ikke til å skrive om kvinnens familiære forhold, selv om disse forholdene er viktige for kvinnes totale helse. Dette for å begrense oppgavens omfang.

## **1.4 Definisjon av sentrale begrep**

I Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress sin rapport «Arbeid med kjønnslemlestelse» (rapport 1. 2012), leser jeg at mange kvinner som kommer fra land hvor omskjæring praktiseres føler seg stigmatisert ved bruk av ordet kjønnslemlestelse. Jeg velger å bruke både ordet kjønnslemlestelse og omskjæring. Jeg tror ordet lemlestelse skaper større oppmerksomhet og forståelse, enn bruk av ordet omskjæring, og vil veksle med å bruke disse to ordene.

## **1.5 Formål med oppgaven**

Formålet med oppgaven er å få økt forståelse om omskjæring og forsøke å belyse hvilke lidelser den omskjærte kvinnen kan ha når hun møter det norske helsevesenet. Et annet formål er og selv lære mer om emnet. Med denne kunnskapen kan jeg møte omskjærte kvinner med en økt forståelse, og bidra til forståelse hos fremtidige kollegaer.

## **1.6 Oppgavens disposisjon**

I kapittel en redegjør jeg for begrunnelse for valg av tema. Videre presentere jeg problemstillingen og avgrensningen i oppgaven og skriver om formålet med oppgaven.

I kapittel to redegjør jeg for metodevalget mitt. Jeg skriver om hva en metode er, og hvilken metode jeg valgte i denne bacheloroppgaven, og begrunnelsen for det. Metodekritikk skriver jeg også om. Jeg presenterer litteraturen jeg har brukt, pensumlitteratur, forskningsbasert og selvvalgt litteratur. Videre presenterer jeg forskningsartikkelen og skriver om etiske overveielser. I kapittel tre redegjør jeg for sykepleieteorien til Joyce Travelbee. I kapittel fire redegjør jeg for historie og tradisjoner i forhold til omskjæring hos somaliske kvinner. I kapittel fem redegjør jeg for komplikasjoner ved omskjæring. Jeg skriver om typer av omskjæring, akutte komplikasjoner og senkomplikasjoner. Til slutt i dette kapittelet skriver jeg om etiske utfordringer. I kapittel seks redegjør jeg funnene jeg har gjort i oppgaven, og drøfter dem opp mot sykepleieteorien jeg har valgt og erfaringer fra praksis. I kapittel sju har jeg min oppsummering og konklusjon og kapittel åtte er litteraturliste.

## 2.0 METODE

### 2.1 Hva er en metode

I Dalland (2012) sier Tranøy, at det å være vitenskapelig, er å være metodisk. Med det mener han at vitenskap og metode går hånd i hånd. Men at det også er uenighet hva som kjennetegner en vitenskapelig metode, og at det ikke finnes en felles metode for alle vitenskaper, men gjør det klart at det finnes fagspesifikke vitenskapelige metoder.

Hvilken metode en velger å bruke, er verktøyet en velger for å få svar på det en ønsker å undersøke. Verktøyet hjelper oss til å finne og systematiserer den informasjonen det er behov for, slik at en finner svar på det en ønsker å løse. Verktøyet brukes også til å vise hvordan en er kommet frem til løsningen. I følge Dalland (2012) forteller metoden oss hvordan en skal gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (ibid).

I Dalland (2012) siteres Vilhelm Aubert på spørsmålet hva metode er, hvor han sier det slik:

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

Han skriver også i sin bok «*Metode og oppgaveskriving for studenter*» (2012) at en metode er verktøyet vi kan bruke for å klargjøre problemstillingen.

### 2.2 Valg av metode

For å belyse min problemstilling har jeg brukt litteraturstudium som metode.

Litteraturstudium betyr i følge Dalland (2012) å skrive en oppgave bygd på kunnskap fra bøker og andre dokumenter. Litteraturstudiet kan dreie seg om noe en har sett eller opplevd i praksis, eller noe interessant fra pensum eller faglitteratur. Den litterære oppgaven stiller også krav til å være metodisk (ibid).

## 2.3 Begrunnelse for valg av metode og metodekritikk

Ved å bruke litteraturstudium som metode kan en gjøre systematisk søking, kritisk granskning og sammenligne litteraturen innom et valgt område eller problemstilling. Litteraturen utgjør data som bygger på vitenskapelige tidsskriftsartikler eller andre vitenskapelige rapporter (Dalland 2012).

I valg av litteratur har jeg forsøkt å være kritisk. Jeg har vurdert hver enkelt kilde, denne vurderingen synes jeg var vanskelig, da jeg måtte søke mye for å finne stoff som kunne hjelpe meg å finne den rette litteraturen. Jeg ble tipset om en kilde mens jeg jobbet med prosjektbeskrivelsen, denne kilden ledet meg til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, her fant jeg litteratur og rapporter. Mange av rapportene jeg har benyttet er gjort på oppdrag fra Barne-, likestillings-, og inkluderingsdepartement. Mange av oppdragene er det Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) som har utarbeidet. NKVTS er et selskap under Unirand AS som er heleid av Universitetet i Oslo (Jonassen og Saur 2011). Siden NKVTS er et universitets eid foretak, anser jeg kilden dem bruker i sine publikasjoner som pålitelige. Men, som en leser i Dalland (2012) er det viktig med en god og nøyaktig kildehenvisning slik at leseren kan kvalitetssikre at materialet en har brukt har et opphav.

Når en velger litteraturstudie som metode, er mye av faglitteraturen en bruker allerede bedømt og testet i praksis. Det gjør kilden mer pålitelig kompetent. Men skrevet litteratur blir raskt irrelevant, utviklingen går raskt og en må hele tiden være observant på endringer skapt av ny viten (Dalland 2012).

Jeg har brukt både primærlitteratur og sekundærlitteratur. Jeg leser i Dalland (2012) at primærlitteratur er en originalartikkel, hvor forfatteren viser til egnede teoretiske artikler, basert på forskning. Artikler som er tydet av andre enn forfatter, kalles sekundærlitteratur. Ulempen med sekundærlitteratur er at forfatterens budskap kan bli endret når andre tolker det (ibid).



## 2.4 Presentasjon av litteratur

I pensumlitteraturen, fant jeg forholdsvis lite om omskjærte kvinner. I arbeidet med prosjekt beskrivelsen ble jeg tipset under gruppearbeidet om Omskjæring Stopp (Foss, m.fl.2010), og om å kontakte Safia Abdi, som er sykepleier, og jobbet mye med omskjæring som tema. Hun tipset meg om to hjemmesider. Den ene var [www.amathes.no](http://www.amathes.no), og den andre var hjemmesiden til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress [www.nkvts.no](http://www.nkvts.no). I oppgaven har jeg kun brukt stoff fra Nasjonalt kunnskapssenter sine sider. Her har jeg bestilt og lastet ned ulike rapporter til oppgaven. Den vitenskapelige artikkelen jeg valgte å bruke fant jeg ved å søke på "female cutting" på BIBSYS. Der fant jeg artikkelen «Unge somaliske kvinner snakker om omskjæring» (Fangen og Thun, 2007). Jeg søkte også på BIBSYS etter bøker om gynekologiske lidelser, hvor jeg søkte på ordet "gynekologiske lidelser". Jeg fant flere bøker, men har kun brukt stoff fra boken «Kvinneliv» (Baron-Faust, 1998). Jeg har også brukt Google scholar, da brukte jeg søkeordene "plan mot kjønnslemlestelse" og fant Barne- og likestillingsdepartementet sin handlingsplan 2008-2011.

«Omskjæring Stopp» (Foss, m.fl. 2010) tar for seg kvinnelig omskjæring, og helsemessige konsekvenser. Forfatterne berører flere emner som er meget engasjerende, og gir et godt innblikk i temaet omskjæring og utfordringer rundt emnet.

«Unge somaliske kvinner snakker om omskjæring» (Fangen og Thun, 2007) er en vitenskapelig artikkel hvor forfatterne har snakket med unge somaliske kvinner som er innvandret til Norge. Kvinnene redegjør for sitt syn på omskjæring før de innvandret, og deres syn nå. De forteller også om kulturelle årsaker, tradisjon, religion og forventninger.

«Kvinneliv» (Baron-Faust, 1998), er en bok om hva kvinner bør vite om gynekologisk helse. Denne boken brukte jeg mest som et supplement til pensumlitteraturen i gynekologi.

På hjemmesiden til «Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress» fant jeg mye relevant materiale. Noe har jeg brukt som selvvalgt pensum, jeg har vist til hjemmesiden i teksten og i litteraturlisten.

«Handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011» viser til fakta om kjønnslemlestelse. Denne planen ser på hvordan en bedre kan jobbe for å forhindre kjønnslemlestelse, og øke kunnskapen blant aktører som jobber med kjønnslemlestelse.

«Grunnleggende sykepleie bind 4» (Kristoffersen, m.fl. 2008) brukte jeg til å lese om Travelbees sykepleier teori. Travelbees teori er verktøyet jeg har brukt til å vise hvilket syn jeg har jobbet innenfor i teoridelen og drøftingen.

I Kultursensitivitet (Magelssen, 2008) leste jeg om kjønnslemlestelse.

I «Sykdomslære, Indremedisin, kirurgi og anestesi» (Jacobsen, m.fl. 2009) leste jeg om de ulike sykdommer omskjæring kan føre til.

I «Basisbok i sykepleie» (Blix og Breivik, 2006) leste jeg om kommunikasjonens betydning mellom pasient og sykepleier og om hvordan vi bør gå frem når vi som sykepleiere må hjelpe pasienten til å ivareta sin personlige hygiene.

I «Klinisk sykepleie 1 og 2» (Almås, m.fl. 2001) leste jeg om fistler og hva som kan føre til dannelsen av fistler.

I «Metode og oppgaveskriving» (Dalland, 2012) har jeg hentet veiledning og råd på hvordan oppgaven skulle løses metodisk.

## **2.5 Forskningsartikler**

På Bibsys søkte jeg på omskjæring av kvinner. Jeg søkte på det engelske ordet "Female cutting". Jeg fant flere artikler som var engelskspråklig, men få som var skrevet på norsk. Av de som var skrevet på norsk, synes jeg artikkelen som heter "*Unge somaliske kvinner snakker om omskjæring*" virket spennende og bestilte denne fra skolens bibliotek. Det var en vitenskapelig artikkel skrevet av Katrine Fangen og Cecilie Thun. Fangen var post.dok.stipendiat ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved Universitetet i Oslo og Thun var doktorgradsstipendiat ved Senter for kvinne- og kjønnsforskning ved Universitetet i Oslo når artikkelen ble skrevet. De hadde åtte møter med ni kvinner i alderen 15 til 23 år som hadde bodd i Norge i tre år eller mindre.

Fangen og Thun (2007) fant ut i sine studier hvordan kvinnene så på omskjæringen før de emigrerte, og etter at de kom til Norge. De forteller hvordan ærbarheten preget valgene til foreldrene, og hvor lite disse kvinnene pratet om lemlestelsen med hverandre i Somalia. Selv

de som viste sine lemlestinger til hverandre når de vokste opp, hadde ikke tradisjon for å snakke om det.

Når kvinnene diskuterte sin helse var de i mot omskjæring, men ved et religiøst syn var de for. Det bekrefter uttalelsene som kommer frem i boken «*Omskjæring. Stopp*» (Foss, m.fl. 2010), at mange ikke har kjennskap til islamske lover, de som er religiøse lærde blir villedet og påvirket av de som tror det er et religiøst ritual, og at det finnes mennesker med egne planer og hensikter og har liten religiøs kunnskap. De legger ansvaret over på religionen, slik at de kan praktisere omskjæring (Foss m.fl. 2010 ).

Kvinnene fortalte også i artikkelen, om hvordan de så på omskjæring som noe positivt mens de vokste opp i Somalia, og hvordan dette synet endret seg etter de ble voksen. De ble mer fokusert på de kroppslige plagene i det daglige, mens tradisjon og kultur fikk mindre betydning. Smertene som omskjæringen påførte, var i deres kultur en del av det å bli kvinne. Her i Norge opplever de at vi forsøker å unngå smerter, ved å smertelindre. Smertene går da fra å være rituelle til tilfeldige (Fangen og Thun, 2007).

Det blir også fortalt om hvordan omskjæring påvirker seksuallivet negativt. Hvordan en mister følelsen da nerver blir skadet, noe som fører til mindre glede. Hvordan kvinnene åpnes etter sammensying med samleie, noe som oppleves smertefullt og traumatisk. Og hvordan mange kvinner velger samleie for ikke å bryte med tradisjoner. De forteller også om tradisjoner knyttet opp mot familien og religionen. Hvor viktig det er å følge tradisjonen for å bli gift, og hvordan de blir stemplet om en ikke følger familiære og religiøse normer (ibid).

## **2.6 Etiske overveielser**

Når en velger et litteraturstudium som metode, er opplysningene allerede anonymisert av forfatteren av den litteraturen en velger å bruke, så det stilles ingen krav til anonymisering. Men det er nøye å oppgi forfatter, tittel og utgivelsesår, slik at leseren selv kan sjekke eventuelle opplysninger. I mine eksempler fra praksis er opplysningene anonymisert slik at pasientene ikke blir skadelidende (Dalland, 2012).

## 3.0 JOYCE TRAVELBEE

### 3.1 Sykepleie teori

Jeg valgte å bruke Joyce Travelbees sykepleierfilosofi fordi den ser på ethvert menneske som en unik person. Hun mener også at kulturen vi mennesker kommer fra, påvirker hvordan en oppfatter sykdom og lidelser, og at vi som sykepleiere skal ha fokus på hvordan pasienten opplever det å være syk, isteden for å behandle pasienten ut fra en diagnose. For å få et godt menneske til menneske forhold sier Travelbee at kommunikasjonen er avgjørende. Disse momentene og flere andre i hennes filosofi, passer med mange av mine tanker og meninger om hvordan en bør møte mennesker fra andre kulturer, med andre normer og regler enn de vi har i vårt samfunn. Joyce Travelbee er født i USA i 1926. Hun har jobbet som psykiatrisk sykepleier. Egenskaper mellom mennesker er sentral i hennes sykepleiefilosofi (Kristoffersen, m.fl. 2005).

For at en sykepleier skal klare å gjennomføre sine planer og nå sine mål, må det være gode relasjoner mellom pasienten og sykepleieren på de menneskelige plan, og at en opptrer for hverandre som enkeltstående mennesker. I hennes sykepleieteori er det vesentlig at mennesker tillegger hendelser og situasjoner en mening. Også det å ha en god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er sentral, i det å dele meninger og opplevelser for å bygge gode relasjoner. Travelbee vektlegger moralsk handling i sykepleien. Andre fundamentet i sykepleien er følelser, kunnskap, teknisk dyktighet og etisk forståelse (ibid).

Et forhold mellom mennesker, mener Travelbee er en prosess med flere faser:

Det «*innledende møte*» er den første fasen, hvor en gransker hverandres måte å opptre på og vurderer mennesket som en møter ut fra observasjoner. Som sykepleier mener Travelbee at en må ikke danne seg en mening om pasienten ut fra observasjoner, men lære seg å kjenne pasienten som det mennesket pasienten er. Om sykepleier ikke ser pasienten som det menneske pasienten er, vil omtanken bli generell og vanemessig. Da har en ikke forutsetning for å gi en personlig pleie (ibid).

«*Framvekst av identiteter*». Etter hvert får en bedre kjennskap til hverandre på det personlige plan, da vil meningene en dannet seg om hverandre i begynnelsen endres, og en møter

hverandre med et mer åpent sin, og får en mer personlig kontakt. Da forstår en pasienten bedre, ut fra pasientens stå sted. Pasienten vil da oppfatte sykepleieren som spesiell og unik i sammenligning med andre sykepleiere. I boken blir det beskrevet som fremvekst av identitet, som er den andre fasen (ibid).

«*Empati*» er den tredje fasen. Travelbee beskriver empati som den evnen en har til å forstå den psykiske situasjonen pasienten er i. En må ha evnen til å forstå tilstanden og forsøke å hjelpe uten og involvere seg personlig. Empati baserer seg ikke på om en liker, eller ikke liker pasienten. Men er en prosess en baserer på kunnskap. En sykepleier som har empati, kan få mye informasjon ut fra pasientens opplevelser og opptreden. Hun mener også at for å være empatisk, må en ha erfaringer som en kan sammenligne med selv. Har en ikke erfaringer, kan en heller ikke forvente at en kan ha empati i alle situasjoner. En kan også oppleve å komme i situasjoner hvor en ikke kan knytte erfaringer opp mot situasjonen. Da blir det vanskelig å sette seg inn i situasjonen, men muligheten til å utvikle seg er hele tiden tilstede. Egne erfaringer og møter med andre pasienter er med på å bygge kompetanse, som en kan benytte seg av senere (ibid).

«*Sympati*» som er den fjerde fasen, baserer seg på et ønske om å hjelpe pasienten. Ønsket oppstår på grunn av de erfaringene en har gjort seg om pasienten under empati fasen. Når en formidler sympati, viser en pasienten at en ønsker å hjelpe og støtte. Når en viser sympati, viser en også en forståelse for pasientens situasjon, som fører til at pasienten er bedre rustet til å klare situasjonen han er i (ibid).

«*Etablering av gjensidig forståelse og kontakt*» (*femte fase*). Det oppstår når sykepleieren gjennom faglig dyktighet, innlevelse og handling viser pasienten omsorg og et ønske om å hjelpe (ibid).

I Travelbees filosofi, beskriver hun et menneske syn hvor et hvert menneske er unikt og uerstattelig. Den sier at før eller siden vil alle mennesker oppleve lidelser, og hvordan hver enkelt opplever en lidelse er personlig. Vi mennesker forsøker og finne meningen med de lidelsene som oppstår, som kan føre til en at en gjennom lidelser lærer og utvikler seg som menneske (ibid).

Hun skriver også at den kulturen pasienten hører til, vil påvirke pasientens syn på sykdom og lidelser. Og at familien mange ganger er avgjørende i den sykes situasjon. Og det og utøve sykepleie også kan dreie seg om og involvere seg i samfunnet og familie (ibid).

Travelbee har ikke noen klare begreper på hva helse er, hun mener en må klargjøre begreper om hva helse dreier seg om. Hun skriver også at det er svært ulikt hvordan en opplever helse. Noen kan oppleve å ha god helse på tross for at en er syk, mens andre kan oppleve at helsen er dårlig, selv om de ikke har en diagnose på en sykdom. Det er den enkelte pasients opplevelser av hvor syk han er, som bestemmer hvordan helsen oppleves (ibid).

Sykepleiefilosofien til Travelbee er kjent, og akseptert. Den går ut på at sykdom og smerter er unngåelig i våre liv. Om sykepleie sier hun en må hjelpe den syke som lider, til å finne meningen i situasjonen han er i. For å klare å hjelpe på best mulig måte er det viktig at en etablerer en god kontakt mellom pasienten og sykepleieren, det hun kaller et menneske til menneske forhold. Forebygging og å fremme helse er også elementer hun skriver om i sin filosofi når det gjelder hvordan en utøver sykepleie. Hun mener det er viktig at sykepleiere understøtter håpet hos mennesker som lider. Så lenge de som lider har et håp, er det letter å møte de konsekvenser lidelsen gir en i nået og frem i tid (ibid).

Et menneske er en pasient når det søker en sykepleier for hjelp, når pasienten opplever problemer eller en krise, sier Travelbee. Opplevelsen av pasientens situasjon og hva pasienten føler rundt den, er viktigere å legge vekt på, en hva diagnosen forteller. Pasienter kan få alvorlige lidelser, selv om diagnosen ikke er av en alvorlig art. Hun skriver også at vi mennesker har som regel to måter å reagere på, den ene er " hvorfor meg?" og den andre er "hvorfor ikke meg?» (ibid).

## 4.0 HISTORIE OG TRADISJON

På verdensbasis finnes det 130-140 millioner kjønnslemlestedede jenter og kvinner. Lemlestelsen er knyttet til folkegrupper og ikke stater. Det er registrert i 28 land i Afrika og Midtøsten, men utføres også i India, Indonesia og Malaysia (Barne- og likestillingsdepartementet, 2008:02, s. 10).

Omskjæring har vært praktisert i minst 2000 år før Kristus fødsel. Avbildninger fra oldtidens Egypt viser at både menn og kvinner ble omskåret. Det finnes også historier som forteller at faraoene omskjærte sine kvinner. Disse påstandene kan vi selvfølgelig aldri få bekreftet, men ut fra nevnte avbildninger er man trygg på at omskjæringen praktisertes. Denne tiden er før-kristen og før- islamsk tid, så tradisjonen kommer ikke fra kristen eller islamsk tro. En ser også hvor omskjæring praktiseres mest. Tradisjonen følger gamle handelsruter fra den gamle imperiestaten som var lokalisert i midtre Nilen. Disse rutene gikk sør-øst over (Foss, m.fl. 2010).

I følge somaliske tradisjoner, er omskjæringen et bevis på at en er kvinne. Det å bli kvinne førte med seg stolthet. Mødrene valgte å omskjære sine døtre for å vise at de var jomfruer før de giftet seg. Da de fleste kvinner er infibulert, finnes det ikke noen jomfruhinne. Så omskjæringen symboliserer det som skal gjennomtrenges. Jo tettere en kvinne er sydd igjen, jo høyere moral har denne kvinnen. Om en kvinne ikke er sydd, vil ikke menn gifte seg med henne. Å ta bare litt av den omskjærtes kjønnsorganer, er ikke nok til å sikre jentas ærbarhet. Det er ikke bare den omskjærtes ære som står på spill, men hele familiens. Morens ære er mest utsatt om hun ikke får døtrene sine omskjæret, da hun er ansvarlig for oppdragelse og lydighet. Mannens ære kan også såres gjennom kvinnen. Generelt støtter samfunnet i Somalia, Koranens etikk og islamske normer som gjelder kvinnenens manerer og bluferdighet, men uskrevne lover som gjelder ære og skam, betyr mer. Jenter i Somalia blir fortalt at klitoris kommer til å vokse seg lang. Klitoris blir sett på som et mannlig organ på feil sted, siden den er på feil sted må den fjernes. Hygienisk sett ble det fortalt at en ville bli plaget med infeksjoner om en ikke ble omskjæret. Denne urenheten gjaldt også mot religionen. Om en ikke ble omskåret, var det både skittent og forbudt. Det førte til at en ikke fikk be, og ble ikke sett på som muslim. Ortodoks islam sier ikke noe om at en skal omskjæres. Men for mange i Somalia er det vanskelig å skille mellom religion og tradisjon. Siden det er vanskelig å skille,

utføres omskjæringen i den tro om at det er et religiøst påbud. Somaliere flest kan tradisjonen men ikke religionen (Fangen og Thun, 2007).



## 5.0 KOMPLIKASJONER VED OMSKJÆRING

### 5.1 Typer av kjønnslemlestelse

I møte med omskjærte kvinner er det viktig at en kjenner til hvilke typer av kjønnslemlestelse som praktiserer. Dette for å unngå misforståelser og møte pasienten mest mulig forberedt. Med å møte forberedt og ha kunnskap virker ikke møte med kvinnene så støtende og sårende (Foss, m.fl. 2010).

Typer av kjønnslemlestelse:

Type 1: Klitoridektomi, delvis eller total fjerning av klitoris og/eller forhuden.

Type 2: Eksisjon, delvis eller total fjerning av klitoris og de små kjønnsleppene.

Type 3: Infibulasjon, delvis eller fullstendig fjerning av ytre kjønnslepper og gjensying slik at urinrørsåpningen dekkes av en hud seil og skjedeåpningen forsnevres til ca. 1 cm i diameter.

Type 4: Alle andre former, inklusive prikking og stikking i klitoris, strekking av klitoris og/eller kjønnslepper, etsning eller brenning av klitoris og omliggende vev, og innføring av etsende stoffer i skjeden for å minske hulrommets størrelse.

(Foss, m.fl. 2010:27-29).

### 5.2 De akutte komplikasjoner

Jeg velger å nevne noen av de akutte komplikasjoner som kan oppstå når en kvinne blir omskåret. Dette for at vi som sykepleiere skal ha et grunnlag for å skjønne hvilke traumer de blir utsatt for i barndommen. I «*Omskjæring Stopp*» (Baron-Faust, 1998) leser jeg at samleier, gynekologiske undersøkelser og fødsler kan føre til at kvinnene gjenopplever omskjæringen (Foss, m.fl. 2010). Selve omskjæringen fører til store smerter. Noen opplever blodtrykksfall forårsaket av smerter og angst. Det blør og det kan oppstå livstruende blødninger. Mange opplever urinretensjon på grunn av smerter, hevelser eller skader. Mange av inngrepene foregår i usterile omgivelser. Infeksjoner i sår, slimhinner og abscesser kan også oppstå. Det forekommer også tilfeller av tetanus og blodforgiftninger. Vev i området rund kjønnsorganet kan også bli skadet. Urinrør, urinblære, mellomkjøttet, kjertler i skjedeinngangen opplever man blir skadet. Skader i skjeden og endetarmen kan føre til unormale forbindelsesganger (fistler) som kan gi urinlekkasje og lekkasje av avføring. Frakturer i lårbein, overarm og

kravebein kan oppstå når kvinnene blir holdt fast med makt under inngrepet. Luksasjoner er heller ikke uvanlig. Mange velger ikke å drikke, det øker diuresen og økt diurese fører til vannlatning som er smertefullt. Det fører til dehydrering. Liggesår og trykkskader kan oppstå da kvinnene blir liggende lenge i ro, da bena er sammenbundet slik at sårene skal gro sammen etter infibulasjon ([www.nkvts.no](http://www.nkvts.no)).

### 5.3 Senkomplikasjoner

På «Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress» (NKVTS) leser jeg at risikoen for senkomplikasjoner øker med omfanget av lemlestelsen. Kvinner med type-3 lemlestelser, har to og en halv gang større sjanser for senkomplikasjoner, enn kvinner som har fått utført type-1 lemlestelse. Kvinner som har fått utført en type-3 lemlestelse, har 86 % sjanse for å få kroniske fysiske plager ([www.nkvts.no](http://www.nkvts.no)).

Jeg har valgt å skrive om de mest vanlige komplikasjonene omskjærte kvinner kan få og som vi sykepleiere kan komme i kontakt med. De mest vanligste komplikasjoner er:

**Langsom og smertefull vannlatning:** På grunn av lemlestelsen kan vannlatningen ta lang tid. Det fører til at urin og sekret kan bli liggende bak i hudbroen og det dannes krystaller og steiner i skjeden og urinrøret. En slik tilstand kan være smertefull og føre til at man oftere er utsatt for infeksjoner. Kvinner som er omskåret har oftere urinveisinfeksjon og skjedekatarr (bakteriell vaginose). Omskjæringen kan føre til at hudbroen kan dekke urinrørsåpningen. Da kommer urinen ut som dråper, og blæren tømmes ikke skikkelig, og det oppstår lettere infeksjoner (Foss, m.fl. 2010).

I «Sykdomslære» skriver Jacobsen (2009) at når urinen ikke får tilstrekkelig med passasje i de nedre urinveier, vil ikke blæren tømme seg normalt. Det kan føre til urinveisinfeksjon og skade, da urinstrømmen fra nyrer og i urinledere stopper opp og skaper trykk. Musklene i urinblæren blir overbelastet og erstattes av arrvev. Blæreveggen blir svakere og det kan oppstå hulrom. I disse hulrommene blir det liggende urinrester igjen. Det fører til at det har lett for å oppstå steiner og infeksjoner (Jacobsen, m.fl.2009).

**Opphoping av menstruasjonsblod i skjeden:** Dette problemet rammer spesielt dem som er omskjæret i grad tre. Åpningen til skjeden er så trang at passasjen til menstruasjonsblodet hindres. Det blodet som blir stående, kan forårsake et trykk i skjeden, livmorhulen og bukhulen. Trykket fører til et press, som gir intense smerter under menstruasjonen. Ansamlingen med blod og sekreter kan føre til infeksjoner i skjeden. Disse infeksjonene kan spre seg videre til livmoren og eggledere. Det er påvist at kvinner som er omskåret har en forhøyet forekomst av bakteriell vaginose (Foss, m.fl. 2010). Eggledere som er defekte er årsaken til at 25 % av kvinnene er sterile. Infeksjoner og betennelser er en av årsakene til at egglederen blir tette (Baron-Faust, 1998).

**Kronisk bekkeninfeksjon:** I Barne- og likestillingsdepartementets handlingsplan mot kjønnslemlestelse (2008) leser jeg at kronisk bekkeninfeksjon er en senkomplikasjon som kan oppstå. Bekkeninfeksjon er en alvorlig tilstand, hvor infeksjonen ofte omfatter organene som fører til graviditet. Infeksjonen kan føre til at det befruktete egget ikke fester seg i livmoren og til sterilitet. Unormal utflod, smerter ved samleie, smerter i bekken, smerter i maven, unormale blødninger, kvalme og feber kan være symptomer på bekkeninfeksjon om en kan mistenke denne diagnosen. Det er viktig at infeksjonen blir oppdaget tidlig. Infeksjoner i indre kjønnsorganer fører mange ganger til smerter når en sitter eller går ([www.nkvts.no](http://www.nkvts.no)).

**Arrdannelse og tilstopping av kjertelens utførsels gang:** Mørkhudede personer har lettere en andre å få arrvev hvor det etableres mye vev (keloid). En kan risikere å få mer keloider om en forsøker å fjerne arrvevet. Plastiske operasjoner kan forsøkes (Foss m. fl. 2010). Keloider er som regel brede og buler ut. For de fleste er de sjenerende, og kan virke hemmende (Jacobsen, m.fl. 2009). Ved kjønnslemlestelse vil inngrepet noen ganger føre til at utførselsgangene til kjertlene skades. Kjertlene fylles med væske og kan bli opptil åtte centimeter. Denne lidelsen er vanlig og veldig brysom. Ofte blir disse blærene infisert (Foss, m.fl. 2010).

**Fistler:** En fistel er en kanal som kan skapes mellom to organer eller fra et organ og ut av kroppen. Om ikke sår gror skikkelig, kan det oppstå fistler. Betennelsessykdommer i tarmen kan også føre til fistler (Almås, m.fl. 2001). Ved omskjæring ser man at det kan oppstå skader på tarm eller urinveier. Dette skjer mange ganger fordi jentene ikke klare å ligge rolig under lemlestingen. Ved kjønnslemlestelse grad tre, danner det seg som regel arrvev etter

lemlestelsen. Arrvevet hindrer mange ganger barnets hode å komme forbi skjedeåpningen under fødsler. Da får vevet for lite blod og skades. Disse skadene kan skape fistler mellom tarm og skjede eller urinblæren og skjeden. Det kan føre til at urin og avføring kommer ut av skjeden (Foss, m.fl. 2010).

**Smerter ved samleie og manglende orgasme:** Under lemlestelsen kan nervene i kvinnens kjønnsorgan skades. Mange ganger gir det kraftige smerter ved den minste berøring, det innvirker som regel på sexlysten, da samleier blir smertefulle. Gjenåpningen er også smertefull om det skjer ved kirurgiske inngrep eller blir utført med penetrering av mannen. Opplevelsen av disse smertene fører mange ganger til at kvinnene er redd for nye smerter og ikke våger å ha sex senere i livet. Da klitoris og de små kjønnsleppene er fjernet ved grad tre lemlestelse, mister kvinnen følsomheten, det kan føre til at orgasmen uteblir. De fleste kvinnene som er lemlestet, har på tross av lemlestelsen seksuelle lyster (Ibid).

På Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress sine hjemmesider leser jeg at 42 % av kvinnene som var spurt ved klinikk for kjønnslemlestelse i London, hadde seksuelle problemer og vanskeligheter under samleie. 80 % av problemene var mangel på orgasme. Hjemmesiden viser også til Obermeyer (2005) som sier at dataen som foreligger om kjønnslemlestelse og seksualitet, har metodiske og begrepsmessige svakheter. En kan ikke ut fra data som er tilgjengelig, si at kjønnslemlestelse skader seksualfunksjonen, slik at den seksuelle nytelsen blir fraværende. Videre leser jeg at noen kvinner som er infibulert, har deler av klitorisen i behold og at andre kroppsdeler og erogene soner, kan erstatte nedsatte følelser i kjøsorganene ([www.nkvts.no](http://www.nkvts.no)).

**Komplikasjoner ved svangerskap og fødsler:** Som nevnt tidligere er det mange senkomplikasjoner som kan føre til infeksjoner. Infeksjonene kan føre til at eggledere blir tette og forandringer i livmoren. Resultatet kan være at kvinnene blir ufruktbare. Smerter under samleiet fører noen ganger til at kvinnene velger å avstå fra seksuelle handlinger som gir dem smerter. Mange kvinner blir ikke gravid (Ibid). Studier viser at kjønns lemlestedde kvinner har større sjanser for å få komplikasjoner under fødselen enn kvinner som ikke er lemlestet. Det viser seg at jo mer omfattende lemlestelsen er, jo større er sjansen for komplikasjoner (Ibid).

Hos kjønnslemlestedede kvinner ser man at de oftere bruker keisersnitt for å forløse barnet. De kan også oppleve blødninger etter fødselen. Kvinnene må oftere klippe under fødselen, og det kan skje at kvinnene får problematiske rifter i skjeden. Arrvevet i underlivet, kan føre til at barnet blir sittende fast, hode stopper i arrvevet og framfødselen blir forhindret. Sjansen for at mor skal dø under fødsel er større i land hvor omskjæring praktiseres, enn i europeiske land. Grunnen til at dødeligheten er større i land hvor omskjæring praktiseres er flere, men blødninger under fødselen er kjent. Kjønnslemlestedede kvinner har større risiko for at det skal oppstå blødninger under fødselen, enn i forhold til kvinner som ikke er lemlestet.

Når mor er lemlestet har fostret og barnet større dødelighet. En kan også oppleve at det oftere oppstår sykdom både i mors liv og etter fødselen. Under fødselen kan det være vanskelig å observere og overvåke barnet hos kvinner som er omskåret med type-3. Kvinner som føder i sitt hjemland, har oftere problemer med fødslene, i forhold til kvinner som føder i land de er flyktet til. Minnene som knytter seg til omskjæringen, kan bli forsterket ved fødsler og gynekologiske undersøkelser (Ibid).

Hos kvinner som er kjønns lemlestet opplever man oftere akutte keisersnitt, blødninger etter fødselen, resusitering av barnet, dødfødsler eller at barnet dør i løpet av det første leve uken (Barne- og likestillingsdepartementet 2008). Mange kvinner som er flyktet til vestlige land, er redd for dårlig innstilling og faglig udyktighet hos helsepersonell som skal hjelpe dem under fødselen ([www.nkvts.no](http://www.nkvts.no)). Kvinner som er omskåret med type -3, har problemene fordelt slik i prosent:

Av kvinner som er lemlestet sier 83 % at de ikke oppnår orgasme. 67 % sier de har menstruasjonsmerter, 58 % lider av langsom og smertefull vannlatning. 42 % av kvinnene har smerter ved samleie etter tre måneder og 38 % er plaget med urinveisinfeksjon som vender tilbake. Problemer med arrvevet har 21 %, mens 13 % av kvinnene har kronisk bekkeninfeksjon. Problemer med kjertelutførselsgangene oppgir 12 %. Når det gjelder barnløshet som skyldes infeksjon eller samleieproblemer er 9 % av kvinnene rammet. Mens 7 % av kvinnene er plaget med at gammelt menstruasjonsblod samler seg i skjeden(Ibid). I samfunn hvor alle er omskåret, vil mange av plagene anses som normale. Dette fordi ingen setter lidelsene og omskjæringen i sammenheng (Fangen og Thun, 2007).

## **5.4 Etiske utfordringer**

Som sykepleier kan det å forholde seg til pasienter som er omskjærte vekke følelser. I vestlig kultur vekker det mange ganger avsky når en tenker på smerten og lidelser som blir påført en kvinne ved en slik handling. Sitt eget syn og samfunnets normer og regler blir satt på prøve. Både samfunnets regler og normer, og de fleste mennesker, ser på omskjæring som et alvorlig overgrep. På den andre siden opplever kvinner som er omskjæret og som møter kulturen i et vestlig land, at det ikke er forståelse for deres skikker, som er sterkt befestet i tradisjon og religion. Synet på hva som er det rette, kan gi etiske utfordringer (Foss, m.fl. 2010).

## 6.0 DRØFTING

Mange kvinner som er omskåret møter den vestlige kulturen med ulik bakgrunn. Noen kommer i et miljø hvor andre personer har kjennskap til hvordan samfunnet fungerer, og hjelper dem til og finne seg til rette, mens andre kommer alene og er avhengige av at samfunnet informerer dem om normer, regler og rettigheter, opplever jeg. I boken «*Omskjæring Stopp*» skriver Foss m. fl. (2010) at det er skjedd endringer de siste åtte årene. For åtte år siden opplevde man at kvinnene hadde dårlig med språkkunnskap, og nesten ikke kontakt med andre mennesker. De hadde også dårlig med utdanning. I dag møter man kvinner med større nettverk, bedre språkforståelse og flere er bedre utdannet.

Jeg tror denne endringen er noe vi ser i større byer, men på mindre steder møter vi kvinnelige innvandrere som ikke er integrert like bra som i større byer. Men på enkelte mindre steder kom flyktninger og innvandrere tidlig. Gjennom mitt frivillige arbeid i Røde Kors, fikk jeg et inntrykk at det på disse plassene ble tidlig etablert mye kunnskap om innvandrere og deres problemer. Disse kunnskapene tror jeg ikke alle i vår yrkesgruppe valgte å benytte seg av. Grunnen til at jeg tenker det, er at jeg i mine møter med pasienter fra andre kulturer, opplever at helsepersonell er usikker på skikker og kulturer, og har liten erfaring med innvandrere som pasienter.

Flere som jobber med kjønnslemlestelse etterlyser et tverrfaglig samarbeid. Mange som jobber med temaet opplever at de blir jobbende alene, uten kontakt med de andre yrkesgrupper, som jobber med samme tema (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress no. 1. 2011). Videre leser jeg i «Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress» sin rapport nr. 1 (2011). I denne rapporten skulle dem blant annet kartlegge profesjonene som jobbet med kjønnslemlesting og finne ut hvilke behov dem hadde i forhold til kunnskap. Oppdraget var gitt av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Det ble sendt ut 1021 skjemaer til alle kommuner og andre som kunne tenkes jobbet med kjønnslemlesting. De fikk svar fra 255 adressater, det utgjorde 25 % (ibid.)

Da er det lett å tenke at kjønnslemlestelse ikke er det som blir prioritert høyest i de gruppene som kan komme til å møte kvinner med lidelser som er et resultat av kjønnslemlestelse. Da kan man heller ikke forvente at kompetansen om problemene kjønnslemlestelse gir er

tilfredsstillende. Da mener jeg at vi som sykepleiere og behandlende lege i sykehus, kan hjelpe kvinner som er kjønnslemlestet til et liv uten smerter og problemer, både fysisk og psykisk. Ute i distriktene kan det tenkes at mange av lidelsene som lemlestingen gir blir sendt fra fastlegen og til sykehus for utredning. Dersom vi som sykepleiere har kunnskap og at vi ser sammenhenger mellom kjønnslemlestelsen og symptomene de forteller oss de har, så kan vi hjelpe disse kvinnene, slik at de får den mest hensiktsmessige behandlingen. Det er i tråd med Travelbee, som sier at vi som sykepleiere må være målbevisst i vårt møte med pasienter, bruke den kunnskap og forståelse vi innehar, til å oppdage hvilke behov for sykepleie pasienten har, og slik at vi kan hjelpe på best mulig måte. Travelbee sier også vi som sykepleiere må se lidelsene enkeltmennesket har og ikke gjøre lidelsen til et allment problem (Kristoffersen, m.fl. 2005).

For å hjelpe disse kvinnene best mulig, slik at de får tillit til oss sykepleiere tror jeg det er viktig at vi kjenner til deres historie, kultur, normer og regler. Det kan gi forklaring på hvorfor kvinner er omskåret, og vise til at mange av dem ikke hadde noen valg, da det var en forventning fra omgivelsene rundt. Disse forventningene var "kamouflert" i den tro at religionen krevde det, og det fulgte ære og bevis om kvinnelighet (Fangen og Thun, 2007). Om omskårne kvinner opplever at vi som sykepleiere sitter på denne kunnskapen, kan det kanskje redusere deres opplevelse av stigmatisering. Noen kvinner er redd for å kontakte helsevesenet for å få hjelp. De tror at en mangler kompetanse og er redd for å bli stigmatisert ([www.nkvts.no](http://www.nkvts.no)).

At historie, normer og regler er med og påvirker, slik at det er blitt en tradisjon å omskjære kvinner, og det at kvinnene tror at lidelsene etter omskjæringen er normale, fordi at de ikke har andre referanser på grunn av de fleste er omskåret (Foss m. fl. 2010), kan en sette i sammenheng med sykepleiefilosofien til Travelbee. Hun sier at kulturen de kommer fra, er med på å definere hva som er sykdom og lidelser. Og gjennom det første møte etableres det en kontakt som er spesiell for denne relasjonen. Da utvikles det et empatisk forhold og sympatiske følelser, som er med på å skape en felles forståelse og kontakt (Kristoffersen, m.fl. 2005). Med å utvikle en felles forståelse og kontakt, er det lettere å få en forståelse om pasientens kulturelle bakgrunn, som kan forklare noe av årsaken til lemlestingen utføres tror jeg.



Et annet problem vi som sykepleiere kan møte når vi har kontakt med kvinner som er lemlestet, er språkbarrierer. Jeg har opplevd i løpet av min praksis at tilfeldige bekjente, venner, familie og barn har blitt brukt som tolk for kvinner som har vært pasient på sykehuset. Andre ganger har man benyttet tolketjeneste pr. telefon. En kan jo undres på om hvor behagelig det mennesket som er omskåret har det, som må ligge og utlevere seg om sine lidelser i kjønnsorganene til venner, familie og tilfeldige. Jeg synes det er en uverdigg situasjon, selv ville jeg hatt store problemer med å takle en slik situasjon. Et resultat av bruk av mellomledd i samtalen, kan være at den lemlestete kvinne vegrer seg for å fortelle om hvordan situasjonene er, og vi som sykepleiere mister viktig informasjon. Om vi som sykepleier har kunnskap om kjønnslemlestelse, og de problemer som kan følge med lemlestelsen, kan kunnskapen hjelpe oss til å få en god dialog og en bedre kontakt. Da kan det bli lettere for pasienten også å uttrykke seg om sine problemer. Vi som sykepleiere kan også motivere og bidra til at flere med innvandrerbakgrunn utdanner seg som sykepleiere, det vil hjelpe til økt forståelse, og forhåpentligvis en enklere kommunikasjon. Det er viktig at sykepleiere får klarhet i hvordan pasientene føler seg og hvordan han opplever omstendigheten. Gjennom samtalen å lese den non- verbale kommunikasjonen kan en skaffe seg et inntrykk av hvordan pasienten føler seg. Ved å lytte hva pasienten har og si, spørre om det er noe en lurer på, og forklare for pasienten hvordan du oppfatter det han sier, får en frem pasientens behov. En kan oppleve at pasientens situasjon gjør det slik at han ikke får uttrykket seg slik han ønsker, og belyse sine problemer, da er det avgjørende at en oppfatter signalene slik at en kan gjøre noe med pasientens situasjon (Blix og Breivik, 2006).

Kommunikasjon er viktig i Travelbees teori. Hun sier at kommunikasjon er et av de viktigste hjelpemidlene vi som sykepleiere har i å skape gode relasjoner mellom pasienten og sykepleieren. Der man benytter seg av tale og non-verbale signaler. Det å klare å skape en god kommunikasjon, er av stor betydning for at behandlingen blir ut fra pasientens behov. Det og skaffe et virkelig menneske – til menneske forhold er det som fører til at våre mål som sykepleiere blir oppnådd. Og en god gjensidig kommunikasjon er viktig i å etablere et virkelig menneske – til – menneske forhold (Kristoffersen, m.fl. 2005).

Som sykepleier på et sykehus møter man pasienter med mange problemstillinger og lidelser. Man forsøker å hjelpe etter beste evne. Noen ganger informerer vi pasienten om hvilke muligheter som finnes der en jobber for å bedre situasjonen, andre ganger må man sende

pasienten til et høyere omsorgs nivå, det har jeg observert flere ganger i min praksis. Når det gjelder kjønnslemlestede kvinner, så kan man oppleve at de ikke ser sammenheng mellom lemlestelsen, og sine problemer (Foss, m.fl. 2010). Da mener jeg at en av våre sykepleieroppgaver er å forklare hvilke lidelser kjønnslemlestelse kan føre til, og symptomene på disse. Ut fra symptomene kan vi forklare hva vårt helsevesen kan hjelpe dem med, og om kvinnen ønsker det kan vi som sykepleiere i samarbeid med leger, få inngrepet utført der ønsket kompetanse finnes. Spesialisthelsetjenesten har kompetanse til å gi mye av den hjelpen kvinnene trenger. De fleste kvinnene som spesialisthelsetjenesten hjelper, er kvinner med type-3 kjønnslemlestelse. Disse kvinnene blir deinfibulert, slik at ikke hudlappen hindrer menstruasjonsblod og urin i å passere (Foss, m.fl. 2010). De kjønnslemlestedede kvinnene spesialisthelsetjenesten kommer til å stifte mest bekjentskap med, er kvinner som har blitt lemlestet med type-3. Det er disse kvinnene som opplever lidelser som preger det daglige virke. Som et resultat av denne type kjønnslemlestelse ser en også at noen ikke lengre er i stand til å bli gravid og ha en verdig seksualitet. En vil oppleve at behovet for hjelp kommer til å vedvare så lenge det kommer flyktninger og asylsøkere fra kulturer hvor kjønnslemlestelse utføres. Deinfibulere (åpne) er det inngrepet som spesialisthelsetjenesten utfører for kvinner som er utsatt for type-3 kjønnslemlestelser. Da fjerner man seglet som stenger for urinrørsåpningen og skjeden. Det fører til at menstruasjonsblodet og urinen kommer ut uhindret. Risikoen for infeksjoner og endometriose reduseres. Da det kan være en fare for sterilitet ved infeksjoner og endometriose er det en fordel at deinfibuleringen gjennomføres så tidlig som mulig etter kvinnen er kommet i puberteten, dette for å begrense skadene lemlestelsen kan påføre kvinnen. Det å oppleve en deinfibulasjon kan skape frykt hos kvinnene, og de kan ønske og ikke utføre inngrepet. Da må man akseptere den avgjørelsen, for å unngå nye overgrep, og heller forsøke å motivere til å forsøke ved et senere tidspunkt.

Det kan skje at kvinner som er kjønns lemlestet med type-3, er blitt gravid uten vanlig samleie. Da har mannen hatt sæd avgang ved skjedeinngangen. Da sårkantene skal heles før fødselen, anbefales det at åpningen skjer i midtre del av svangerskapet. Siden det kan være fare for spontanaborter i de tolv første ukene av svangerskapet anbefales ikke åpning da, da deinfibuleringen kan få skylden for aborten. Om en enda er lukket ved fødselen, er risikoen for at mor og barn skal få problemer stor, så det anbefales ikke (Foss, m.fl. 2010). Jeg syntes det hørt merkelig ut at omskjærte kvinner ble gravid ved at mannen kun ejakulerte ved skjedeinngangen, tilfeldigvis møtte jeg gynekologen hvor jeg hadde praksis, så jeg spurte om

hvor vanlig det var. Hun hadde ikke opplevd det i sin tid som gynekolog. På hjemmesiden til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatiske stress leser jeg at det er ulike kulturelle koder om hva som er god seksualitet og seksuell nytelse ([www.nkvts.no](http://www.nkvts.no)). Så vår kulturelle bakgrunn er kanskje med og påvirker hva en mener er en god seksuell nytelse.

Deinfibulasjon gjennomføres som regel med lokalbedøvelse og er som regel et poliklinisk inngrep. Kvinner som er sterkt traumatisert etter kjønnslemlestelsen, har som regel en mulighet til å få narkose, slik at de slipper å gjenoppleve lemlestelsen. Kvinner som utfører deinfibulasjon opplever sjeldent problemer som følge av inngrepet. Men noen ganger kan kvinnene være redd for reaksjoner fra familie og omgangsvenner, da kan det være en fordel at det attesteres at det var medisinsk nødvendig (Foss, m.fl. 2010).

Vår målsetning og motiv som sykepleiere er å få pasienten til å mestre situasjonen, være sterk, lære av og om sykdommen og de erfaringer man opplever med å være syk. Videre skal vi forebygge sykdom og fremme pasientens helse sier Joyce Travelbee i sin teori. Hun sier videre at familien er betydningsfull i enkelte situasjoner, men det er pasienten sykepleien skal dreie seg om (Kristoffersen, m.fl. 2005). Det er i trå med at vi som sykepleiere må forsøke å bidra slik at omskjærte kvinner kan få hjelp til å bli behandlet, slik at de får begrenset sine plager, og ett så normalt følelsesliv som mulig. Også at den omskjærte kvinnen er et selvstendig menneske, som har rett til å bestemme over sin egen kropp og valg som de gjør, uten at samfunnet skal påvirke valgene kvinnen gjør mener jeg.

Det vi i den vestlige verden opplever som en uforståelig handling, som er så uvirkelig, at vi ikke kan tenke oss og utsette våre kvinner for slike lidelser, kan føre til at vi blir forutinntatt og preget i vårt syn på de somaliske kvinnene som er omskåret. Omskjæring er forbudt med lov i Norge, lovforbudet og den uforståelige handlingen er jeg er redd, er med å prege vår forståelse, slik at vi ikke klarer å fremstå som upåvirket av handlingen i møte med den somaliske kvinnen. Om vi ikke er upåvirket, kan det hende at en gir signaler om at en er utilpass med situasjonen. Det vil vanskeliggjøre muligheten for å få en fruktbar relasjon mellom oss som sykepleiere og den somaliske kvinnen som er omskåret. Uroligheter ute i verden som vi setter i sammenheng med muslimer og somaliere kan også være med å gjøre oss forutinntatt og bidrar til at vi dømmer en religion og en gruppe mennesker, er jeg redd for. Men samtidig er det viktig at vi får frem vårt syn på hva vår kultur anser som akseptabelt og

normalt. Om en lærer begge kulturene å kjenne, er det letter å bygge broer, å skape en felles forståelse. Å arbeide med kjønnslemlestelse av kvinner, fører til at våre meninger om kvinners rettigheter, og syn på hva som er rett og galt, blir satt på prøve. Både på det faglige plan og det personlige. Innvandrere som praktiserer omskjæring, føler at de dømmes fordi de utfører en handling som for dem oppleves moralsk riktig, nødvendig og er en selvfølge for dem. Om følelsene får fritt spillerom, kan det ødelegge for den gode dialogen som skaper samhandling og gir passende resultater (Foss, m.fl. 2010).

I sin sykepleierteori sier Travelbee at vi som mennesker har vanskelig med å fatte noe som vi ikke kjenner til, uten å ha erfart av selv (Kristoffersen, m.fl. 2005). Det understreker bare hvor viktig det er å få en forståelse hvorfor kvinner blir kjønnslemlestet. Gjennom kunnskap kan vi gi informasjon om at kjønnslemlesting blir utført på grunnlag av feiltolkninger av det religiøse budskap, som gir rom for at normer og regler har mulighet å tilpasse seg ut fra de lærdes ønsker.

Som sykepleier i sykehus kan vi også møte disse kvinnene som pasienter som kommer for å få gjennomført en planlagt behandling. Vi kan også møte dem som pasienter som trenger akutt hjelp. I min praksis har jeg opplevd at legen har ordinert at vi skulle legge inn urin kateter på pasienter som måtte ha hjelp til å tømme blæren, og hos pasienter som det er viktig å kontrollere diuresen hos. Jeg tror at vi som sykepleiere kommer til å oppleve en større pågang av kvinner som er omskåret med type-3 som pasienter hvor det er nødvendig å legge inn urinkateter. Grunnen til at jeg tror dette, er at det virker som at vi kommer til å oppleve innvandring fra Somalia i flere år til på grunn av situasjonen landet er i, med uroligheter og fattigdom. Et annet moment er at mange somaliere ser på omskjæring som noe ærefult som må gjennomføres. En mistenker at noen familier reiser ut av Norge for å få utført kjønnslemlestelsen på sine barn. Dette er vanskelig å bevise, og man tror det kan skje (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress rapport nr. 1. 20011).

Jeg har prøvd å finne noe om kateterisering av omskårede kvinner i pensumlitteraturen og i selvvalgt pensum, men har ikke lyktes. Jeg valgte derfor å spørre på avdelingene jeg har hatt praksis. Ingen av sykepleierne jeg snakket med hadde opplevd dette og heller ikke hadde tenkt over problemet. Jeg tror at et slikt inngrep kan ha mange mulige problemstillinger. Den omskjærte kvinnen kan føle det stigmatiserende at en sykepleier skal legge inn urinkateter.

Det kan bli en ekstra belastning for den kjønnslemlestedede kvinnen om vi sykepleiere ikke har erfaringer med slike utfordringer hvor urinrøret er skjult av hudfolden. Det kan også tenkes at kvinnen føler hun mister litt av æren om et slikt inngrep skjer. Det kan også tenkes at kommunikasjonsproblemer kan oppstå i situasjoner hvor en må handle raskt, da tenker jeg på akutte hendelser hvor kvinnen må for eksempel opereres raskt og en ikke har tid til å forklare hvorfor det er viktig å legge inn urinkateter. Jeg tenker at noen ganger kan det være lurt å foreslå for legen at det beste er å benytte seg av suprapubisk kateter.

Travelbee sier at vi som sykepleiere må betrakte pasienten for å finne ut hvilke behov pasienten har. Når vi har klarlagt behovene til pasienten, får en avgjøre om vi har de kunnskapene vi trenger for å hjelpe pasienten. Når vi har avklart om hvordan pasientens behov skal gjennomføres, skal vi planlegge hvordan fremgangsmåte vi velger og eventuelle andre måter å løse behovet på (Kristoffersen, m.fl. 2005). Det sier meg at man må ta hensyn til pasientens behov, og benytte den kunnskapen en har til å velge de beste løsningene for pasienten. Det gir de de beste forutsetningene for å lykkes.

Omskjæringen blir også sett på som hygienisk i to betydninger. Den ene er at man blir sett på som uren i religiøs sammenheng. De somaliske kvinnene blir også opplært i at om en ikke lar seg omskjære kan det oppstå infeksjoner i underlivet (Fangen og Thun, 2007). Vi lærer i studiet at det er viktig å ivareta pasientens hygiene. Ved at vi som sykepleiere ivaretar pasientens hygiene, fremmer vi helse, forebygger sykdom og hjelper til slik at pasienten føler velvære (Blix og Breivik, 2006). Da tror jeg at noen omskjærte kvinner kan ha vanskelig med å forstå hvorfor at deres omskjæring kan være uhygienisk med tanke på faren for infeksjoner i kjønnsorganene, når de er opplært til at omskjæringen forhindrer infeksjoner. Om de er pleiepasient og har behov for kroppsvask, kan de føle det støtende når vi som sykepleiere stiller dem og begrunner det med at omskjæringen fører til infeksjonsfare og det er viktig å ha en tilfredsstillende hygiene. Jeg har ikke funnet noe i pensumlitteraturen og selvvalgt litteratur som tar for seg intimstell. Men jeg tror med kunnskap om kvinnens kulturelle bakgrunn og deres syn på omskjæring, kan vi som yrkesgruppe møte disse kvinnene på en respektfull måte, som ikke fører til de store belastningene. Vi må bruke av vår kunnskap om infeksjonsfarer som følger med omskjæring, og forklare hvorfor infeksjonsfaren oppstår. Det å passe et annet menneske sitt stell, dreier seg ikke bare om gode prosedyrer og rett utførelse, men like mye

om å vise verdighet og forståelse. En må også respektere den andres bluferdighet (Blix og Breivik, 2006).

Travelbee viser til i sin sykepleierteori at sykepleiere med anlegg til å bruke egne erfaringer til å skjønne hvorfor mennesker reagere som de gjør, kan bruke sine erfaringer til å hjelpe pasienten til det bedre. Sykepleieren må også ha god forståelse for pasientens forutsetninger, og selv reflektert over egnene meninger og standpunkter om pasientens sykdom (Kristoffersen, m.fl. 2005). En sykepleier er også et menneske. Med å sette seg selv inn i pasientens situasjon, kan en forstå hvordan pasienten føler det og reagerer, da kan det bli lettere å motivere og hjelpe pasienten. Vi må også skjønne hvorfor pasienten er kommet i den situasjonen den er, og som sykepleier tenkt igjennom hva en selv mener om situasjonen og lidelsene til pasienten.

## 7.0 AVSLUTTNING

### 7.1 Oppsummering og konklusjon

De fleste somaliske kvinner som innvandrer, kommer fra en annen kultur hvor normer og regler kan virke uforståelig for oss. I sin kultur følger ærbarhet og stolthet med lemlestelsen, men i vår kultur vekker det avsky. Disse motsetningene fører som regel til avstand mellom kulturene, noe som fører til at det gode menneske til menneske forholdet som Travelbees sykepleierteori bygger på kan bli vanskelig å etablere. Mange av de lidelsene som kjønnslemlestelse kan føre til, kan vårt helsevesen og vi som sykepleiere redusere med forholdsvis enkle metoder. Jeg mener det er viktig at vi som sykepleiere ser på historien til omskjæringen, i vårt møte med den omskjærte kvinnen i sykehus. Vi må skjønne at tradisjonen er gammel, og etterhvert er blitt innlemmet i religionen. Det har ført til samfunnet har krevd, at for å bli ærbar og en god troende måtte en velge å omskjære sine døtre. Når en tenker på at religionen ikke krever at omskjæringen skal utføres, har kvinner lidd på grunn av feilinformasjon i flere tusen år. Om vi som sykepleiere har disse kunnskapene, og møter kjønns lemlestete kvinner, så tror jeg at vi har et bedre grunnlag for å etablere gode fruktbare relasjoner mellom den omskjærte kvinnen som pasient og oss sykepleiere. Det bidrar til en økt forståelse, bedre kommunikasjon, mere relevant informasjon som vil gi en bedre pleie av kvinnenens lidelse. Men det krever at de lærde troende forkynner at religionen aldri har forlangt at en kvinne skulle kjønnslemlestes. Da tror jeg det er et håp for at disse lidelsene tar slutt.

## 8.0 LITTERATURLISTE

### Pensumlitteratur

Almås, H. (red.) (2001) *Klinisk sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 3. utgave.

Almås, H. (red.) (2001) *Klinisk sykepleie bind 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 3. utgave.

Blix, E.S., Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 5. utgave.

Jacobsen, D. m.fl. (2010). *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2. utgave.

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

### Selvvalgt litteratur (totalt 429)

Baron-Faust, R. (1998). *Kvinneliv. Hva alle kvinner bør vite om gynekologisk helse*. Oslo: WEM3 AS. **(45 sider)**

Foss, N. (red.) (2010) *Omskjæring. Stopp*. Oslo: Cappelen Damm AS. **(198 sider)**

Kristoffersen, N.J. m.fl. (2005). *Grunnleggende sykepleie bind 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 1. utgave. **( 8 sider)**

Barne- og likestillingsdepartementet (2008). *Handlingsplan mot kjønnslemlestelse*. Oslo. Handlingsplan 2008 – 2011. **(29 sider)**

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress AS (2011). *Arbeid med kjønnslemlestelse i Norge*. Rapport 1/2011. **(112 sider)**



**Fra internett:**

Borgen, G. (2009). *Komplikasjoner ved kjønnslemlestelse*. Tilgjengelig fra:  
[http://www.nkvts.no/tema/Sider/Kjonnslemlestelse\\_komplikasjoner.aspx](http://www.nkvts.no/tema/Sider/Kjonnslemlestelse_komplikasjoner.aspx) [Lest 15.10.12].

**(3 sider)**

Fangen, K., Thun, C. (2007). *Unge somaliske snakker om omskjæring*. Tilgjengelig fra:  
[http://www.duo.uio.no/publ/iss/2007/70971/unge\\_somaliske\\_kvinner.pdf](http://www.duo.uio.no/publ/iss/2007/70971/unge_somaliske_kvinner.pdf) [Lest 03.09.12]

**(34 sider)**

Werrum, Ø. (2011) *Hvordan identifisere bekkeninfeksjon*. Tilgjengelig fra:  
<http://helsenet.info/2/2011/11/hvordan-a-identifisere-bekkeninfeksjon.html>[Lest 15.10.12]

**(1 side)**