
Hvem skal forme kvinnekroppen?

REDAKSJONELT

SUNDBY J

Kultur, kirurgi og konflikt

I alle land og i alle kulturer uttrykkes mening, moral, status og tilhørighet gjennom symboler. Her hjemme vet vi atrike menn har raske biler, at ærbare kvinner ikke går med for korte skjørt og at ungdommer med moderne innstilling harring både i nesen og i øyebrynet. Mange av disse symbolene er direkte knyttet til menns og kvinners kropp.

I vår del av verden er grenseoppgangen mellom den kulturelt formede kroppen og medisins- og helse-relaterte problemerhårfin. Vi har for lenge siden tatt i bruk medisin og kirurgi for å endre den kroppen vi har fått utdelt, slik at den tilpasses våre aksepterte normer. Våre idealer dreier seg i stor grad om å bevare eller gi en illusjon av ungdom ellerslankhet, helst begge deler. Derfor er overvekt et av de største allmennmedisinske problemer blant kvinnelige pasienter i USA, og kulturelt formede sykdomsbilder som anoreksi, overspising og bulimi blir epidemiske. Forståelsesrammen og behandlingen forankres i medisinen, men det må skikkelige kulturanalyser til for å forstå hva disse kroppsoverorientertesymptomene bunner i (1, 2).

Når det gjelder for store eller for små bryster hos kvinner, er behandlingen direkte medisinsk forankret. Videdefinerer det som et psykisk problem knyttet til selvbilde eller som et fysisk problem knyttet til det å ha for "tungepupper", og legger mer vekt på dette enn på å bevare brystenes egentlige funksjon, nemlig melkeproduksjon. I USA er nåbrystkorrigerende kirurgi på fremmarsj igjen etter noen års nedgang fordi noen av implantatmaterialene ble funnet å være helseskadelige (3).

Ikke i fullt så stor grad medisinsk forankret er fjerning av kroppshår, selv om kjemikaliene som noen kvinner bruker på leggene og under armene, må godkjennes før salg.

Til tross for at vi gjennom eksempler fra egen kultur burde kunne forstå andres behov for kroppsoverorientertemetaforiske uttrykk for kulturell renhet, blir vi likevel engstelige, skremte og opprørte når en gruppe innvandrerepresentere seg for oss med en kulturelt forankret praksis - kvinnelig omskjæring - som direkte endrer den måten vi ertant til å se, definere og gjenkjenne kjønnsorganer på. Nå er ikke engstelse for avvik fra kjønnsorganers "normalitet" noe fremmed for oss. Vi bekymrer oss med stor profitt for

menns potens, og lager legemidler som kan love evig reisning. Vi kan gjøre små penis-er større med kirurgi, og gynekologer møter kvinnelige pasienter som er bekymret for omjomfruhinnen fremdeles er der eller om de små kjønnsleppene er for lange.

Likevel har norske leger og jordmødre ikke helt greid å håndtere fenomenet omskjæring av somaliske kvinner i Norgemed profesjonell ro (4). Vi som er vant til å tenke på seksualitet som noe som er løsrevet fra reproduksjon og rituelltilhørighet og som i flere tiår har fokusert på kvinners rett til å nyte og ønske seksuell tilfredsstillelse i fullfrihet, kan føle oss provosert og krenket av at kvinner i andre land kan gå aktivt inn for denne skikken og faktiskgjøre det til et stort personlig problem at vi ikke vil hjelpe dem med dette. Ifølge noen kulturelle normer, foreksempel i Somalia, kan en ikke-omskåret kvinne ansees som en "ikke-kvinne", som befengt med skam, hun er uestetisk ogikke til å stole på. Hun kan for eksempel kanskje ikke giftes bort. Likevel tenker vi med vår medisinske kunnskap atdette må være galt. Det kan ikke, ifølge våre normer, være riktig å fjerne vitale, nødvendige kroppsdeler uten at det er medisinske grunner til det. Og det kan ikke være riktig at dette skal gjøres av et moderne helsevesen medbegrunnelsen at da blir det ikke så farlig som hvis det gjøres av ukyndige. Alt det vi kaller "naturlige funksjoner"risikerer å bli skadet gjennom amatørmessig kirurgisk manipulering av organene. Urinering, menstruasjon, samleie, fødsel og av og til tarmtømming kan bli hemmet under denne praksisen. I første runde med fødende somaliske omskårnekvinner i Norge ble det sikkert gjort en god del ikke særlig velbegrunnede kirurgiske inngrep - som keisersnitt - somikke egentlig var nødvendig, fordi vi ikke visste hvordan disse kvinnene skulle behandles. Derfor er det betimelig nåren gruppe av norske og somaliske fagfolk (4) nå setter seg ned og gir noen praktiske råd om hvordan vi kan håndteredette.

Vi har fått en lov som forbyr omskjæring av kvinner, men vi har ingen lov som forbyr omskjæring av menn. Denneeksplisitte loven er viktig for å hindre at unge jenter og barn blir omskåret. Den kan brukes i dialog medinnvandrerfamilier, også i forbindelse med ønsket om å få hjelp for problemer forbundet med omskjæring. Hvordan kan en somalisk kvinne vite hva som er "normale" naturlige funksjoner eller seksuell lyst, når alle hennes medsøstre også eromskåret? Og hvordan kan en somalisk mann vite at hans kones problemer er knyttet til omskjæring, når han aldri haropplevd seksuell omgang med ikke-omskårne kvinner? Problemet for oss er at det ikke bare dreier seg om medisinskehåndgrep, men helhetlig håndtering. Den medisinske praksis må endres sammen med opplysningsvirksomhet overforinnvandrergrupper, bedre kulturell forståelse av pasienters bakgrunn og respekt for deres egenart. Det må vi klare utenå inngå kompromiss om helsefare, og med ydmykhet og respekt i stedet for avsky og tvang.

Johanne Sundby

LITTERATUR

1. Douglas M. Rent og urent. En analyse av forestillinger om urent og tabu. Oslo: Pax, 1997.
2. Sundby J. Genital mutilation of women - is it a concern for gynecologists? Acta Obstet Gynecol Scand 1996; 6: 513-5.
3. Haseltina FP, Jacobson BG. Women's health research - a medical and policy primer. Washington: Health Press, 1997.
4. Austveg B, Johansen REB, Hersi AH, Mader FA, Rye S. Kvinnelig omskjæring - veien videre. Tidsskr Nor Legeforen 1998; 118: 4243-6.

Publisert: 10. november 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. september 2026.