

Kvinnlig omskärelse

- patient och vårdpersonals upplevelser från mötet

FÖRFATTARE	Line Lyckman Mathilda Waltersson
PROGRAM/ KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp Examensarbete i omvårdnad, 15 hp VT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Monica Pettersson
EXAMINATOR	Lisen Dellenborg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Kvinnlig omskärelse – upplevelser från mötet mellan patient och vårdpersonal
Titel (engelsk):	Female circumcision – experiences from the encounter between patient and health professionals
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/Examensarbete i omvårdnad/OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	23 sidor
Författare:	Line Lyckman Mathilda Waltersson
Handledare:	Monica Pettersson
Examinator:	Lisen Dellenborg

SAMMANFATTNING

Inledning: Uppskattningsvis har mellan 100-140 miljoner flickor och kvinnor i hela världen blivit utsatta för kvinnlig omskärelse. Man uppskattar även att ytterligare ca tre miljoner flickor varje år riskerar att bli omskurna. I Sverige möter sjuksköterskan omskurna kvinnor inom många olika verksamheter i vården. För de flesta är kvinnlig omskärelse en svår tradition att möta. Det väcker känslor som ilska, avsky och en stor oförståelse. Dessa känslor kan många gånger vara ofrånkomliga, men i mötet med kvinnor som genomgått omskärelse ger dessa känslor med stor sannolikhet upphov till ett dåligt möte. Genom självgranskning och observation av likheter eller olikheter mellan den främmande kulturen och sin egen kan man öka förståelsen för andra kulturer. **Syftet** med uppsatsen är att belysa hur förståelse och kunskap om kvinnlig omskärelse har betydelse i vårdmötet, ur ett patient- och sjuksköterskeperspektiv. **Metoden** som valdes var litteraturöversikt där vi granskat resultaten i tidigare studier. I **resultatet** framkom tre teman under sjuksköterskeperspektivet: *Kulturella skillnader och brist på kunskap, Känslor och Kommunikation*, och fyra teman under patientperspektivet: *Kommunikation, Brist på kunskap hos vårdpersonal, Brist på kulturell och personlig sensitivitet och Reaktionen och attityder från vårdpersonal*. **Konklusionen** är att det är viktigt med en ökad interkulturell kompetens hos sjuksköterskor. Det finns ett ökat behov av undervisning om interkulturell kompetens och kommunikationsfärdigheter i sjuksköterskeutbildningen för att kunna möta denna grupp av kvinnor och deras familjer på ett respektfullt sätt.

Nyckelord: Kvinnlig omskärelse, interkulturell kompetens, kommunikation, etnocentrism

Vi vill tacka vår handledare Monica Pettersson
för stöd och vägledning.

Tack!

För kontakt med författarna:

Line Lyckman, line.lyckman@gmail.com

Mathilda Waltersson, mathilda.waltersson@gmail.com

INNEHÅLL	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Historik/Tradition	1
Terminologi	2
Olika typer av kvinnlig omskärelse	3
Komplikationer	4
Socialstyrelsens riktlinjer	5
Centrala begrepp	6
<i>Kultur</i>	6
<i>Interkulturell kompetens</i>	6
<i>Etnocentrism</i>	6
<i>Kommunikation</i>	7
PROBLEMFORMULERING	7
SYFTE	7
METOD	8
LITTERATURSÖKNING	8
Urvalskriterier för informationskällor	8
Val av sökord	8
Urvalskriterier för artiklar	8
Sekundärsökning	9
Etiska ställningstaganden	9
DATAANALYS	9
RESULTAT	10
SJUKSKÖTERSKEPERSPEKTIVET	10
Kulturella skillnader och brist på kunskap	10
Känslor	11
Kommunikation	11
PATIENTPERSPEKTIVET	12
Kommunikation	12
Brist på kunskap hos vårdpersonal	12
Brist på kulturell och personlig sensitivitet	13
Reaktioner och attityder från vårdpersonal	13
DISKUSSION	14
METODDISKUSSION	14
RESULTATDISKUSSION	15
Kommunikation	16
Etnocentrism	17
Interkulturell kompetens	18
Kliniska implikationer	20
REFERENSER	21
BILAGOR	
Bilaga 1	
Bilaga 2.	
Bilaga 3.	

INTRODUKTION

INLEDNING

Uppskattningsvis har mellan 100-140 miljoner flickor och kvinnor i hela världen blivit utsatta för kvinnlig omskärelse. Man uppskattar även att ytterligare ca tre miljoner flickor varje år riskerar att bli omskurna (1). Åldern då omskärelsen äger rum kan vara allt från en dag upp till då kvinnan föder sitt första barn, beroende på den lokala traditionen (2). Den vanligaste åldern är mellan 4-8 år (3).

Enligt Svensk lag är det förbjudet med kvinnlig omskärelse. Lagen säger:

”1 § Ingrepp i de kvinnliga yttre könsorganen i syfte att stympa dessa eller åstadkomma andra bestående ändringar av dem (könsstympning) får inte utföras, oavsett om samtycke har lämnats till ingreppet eller inte. Lag (1998:407)” (4).

Sjuksköterskan möter omskurna kvinnor i många olika verksamheter inom vården. Detta innebär både tekniska och etiska utmaningar (5). För de flesta är kvinnlig omskärelse en svår tradition att möta. Det väcker känslor som ilska, avsky och en stor oförståelse. Dessa känslor kan många gånger vara ofrånkomliga, men i mötet med kvinnor som genomgått omskärelse ger dessa känslor med stor sannolikhet upphov till ett dåligt möte (6).

Hur upplever dessa omskurna kvinnor den västerländska vården? Vilka svårigheter finns och hur uppfattar de vårdpersonalens reaktioner, attityder, kunskapsnivå och kommunikation? Hur ska vi som vårdpersonal ge en god omvårdnad och skapa ett bra möte med de kvinnor som har gått igenom en omskärelse och hur ska vi ta till oss den traditionen utan fördomande? Med grund i dessa frågor är syftet med uppsatsen att belysa hur förståelse och kunskap om kvinnlig omskärelse har betydelse i vårdmötet, ur ett patient- och sjuksköterskeperspektiv.

BAKGRUND

Historik/tradition

Man vet inte var eller varför traditionen kvinnlig omskärelse började men man tror att den har funnits sedan 500 år f.Kr. I Egypten har man hittat uråldriga kvinnliga mumier som visat sig vara omskurna (7). Idag praktiseras traditionen i både Afrika, Asien och Mellanöstern. De länder som har högst prevalens är Somalia, Egypten, Guinea, Sierra Leone, Djibouti, Mali och Eritrea. I vissa länder som till exempel Malaysia, Irak, Israel och Förenta Arabemiraten finns inga offentliga uppskattningar tillgängliga (8).

Anledningarna till kvinnlig omskärelse är många. De skiljer sig inte bara mellan olika kulturer och grupper utan även mellan olika individer (9). Kvinnlig omskärelse är tradition och en del av det kulturella arvet. Många muslimer tror också att det är något som påbjuds eller till och med krävs av islam (3). Här finns dock motsägelser då det i Koranen står att Satan kommer att lura människor att förändra sin kropp, vilket oftast tolkas som ett förbud att ändra den kropp som Gud skapat (10). Det är dock inte bara muslimer som utövar traditionen utan även kopter, protestanter och

katoliker vilket ytterligare talar för att det är en lokal tradition som kommit att kopplas till religion på olika sätt (11).

En annan anledning är att kvinnlig omskärelse tros minska sexuell lust och göra kvinnorna mindre utsatta för sexuell frestelse. Vid giftermål förväntas kvinnan vara oskuld och då ska omskärelse både minska kvinnans intresse för sexuellt umgänge före äktenskap och är ett sätt att bevara flickans rykte och familjens heder. Familjer som funderar på att överge traditionen ser oftast risken för deras döttrars sociala och ekonomiska framtid som för stor (9).

En vanlig övertygelse är att omskärelse främjar hälsa. Att det förbättrar hygien genom att hålla kroppen ren (9). Det finns en rädsla för att klitoris ska växa okontrollerat vilket tros vara skadligt för barnet vid en förlossning, eller för maken vid samlag (8). Förträngning av den vaginala öppningen tros även öka den sexuella njutningen för män (9). Omskärelse är förenat med skönhet, att vara mjuk och len anses vara sexuellt attraktivt (8). I en studie där man frågade 500 nigerianska kvinnor varför kvinnlig omskärelse praktiserades svarade 18 procent att en oomskuren vulva var ful (12).

Terminologi

Det finns många olika åsikter om vilka termer som ska användas som benämning av ingreppet. De olika termer som används på svenska är kvinnlig könsstympning och kvinnlig omskärelse. På engelska användes female genital mutilation, female circumcision och female genital cutting. Det sistnämnda kan uppfattas som mer neutralt men saknar en bra översättning till svenska. När västerländsk allmänhet först började höra talas om ingreppet på 1970-talet benämndes det kvinnlig omskärelse. Den som myntade begreppet kvinnlig könsstympning var en amerikansk forskare och aktivist vid namn Fran Hosken. 1991 ändrade FN på uppmaning från WHO terminologin från kvinnlig omskärelse till kvinnlig könsstympning. Efter detta införde Sverige och många andra västerländska länder kvinnlig könsstympning som officiell term (13). I lagen (1982:316) om förbud mot omskärelse av kvinnor ersatte man termen omskärelse med termen könsstympning år 1998 (14). I sin profession som sjuksköterska finns en skyldighet att i den skriftliga journalföringen dokumentera varje möte med patienter, och där bör ordet könsstympning användas (6). Att använda begreppet kvinnlig omskärelse kan vara missledande då man till skillnad från manlig omskärelse ofta tar bort hela det yttre könsorganen (15). Det kan dock finnas etiska problem med att använda termen kvinnlig könsstympning i mötet med kvinnor som genomgått ingreppet och deras familjer. För de kvinnor som har omskurits kan det uppfattas som nedsättande vilket kan göra att kommunikationen försvåras (13).

Socialstyrelsen uppmanar också till försiktighet gällande terminologin.

”Det är viktigt att särskilja kvinnlig könsstympning från manlig omskärelse, eftersom det första i de allra flesta fall är ett mycket allvarigare ingrepp med svåra komplikationer som följd. Men att använda termen könsstympning kan uppfattas som mycket laddat och starkt av berörda personer och det riskerar då att försvåra en konstruktiv och stödjande dialog mellan privatperson och socialtjänst- eller sjukvårdspersonal.” (16).

Olika typer av kvinnlig omskärelse

Kvinnlig omskärelse innebär att ett vasst föremål används för att skära bort hela eller delar av de yttre könsorganen hos kvinnor och flickor. Enligt WHO:s definition finns det fyra typer av kvinnlig omskärelse:

- Typ I. Förhuden på klitoris avlägsnas och ibland även hela eller delar av klitoris
- Typ II. Klitoris avlägsnas samt hela eller delar av de inre blygdläpparna
- Typ III. Alla yttre delar av könsorganen avlägsnas, det vill säga klitoris, inre blygdläppar och yttre blygdläppar. De yttre blygdläpparna sys ihop så att slidöppningen täcks, men en liten öppning lämnas ner mot anus för att urin och menstruationsblod ska kunna rinna ut. Denna typ brukar kallas för infibulation eller faraonisk omskärelse (17).
- Typ IV. Oklassificerad, vilket inkluderar prickning, piercing, eller snitt i klitoris och/eller blygdläppar, sträckning av klitoris och/eller blygdläppar, kauterisering genom att bränna klitoris och omkringliggande vävnad, skära i vaginan, införande av frätande ämnen eller örter för att orsaka blödning i syfte att göra vaginan ådragen och snävare (10).

Definitioner av de olika typerna kan betraktas som en teoretisk indelning då det i praktiken är svårt att avgränsa de olika typerna sinsemellan. Det finns många mellanliggande former och otydliga övergångar mellan de olika typerna. Ibland kan det talas om klitoridektomi för att både beskriva typ I och typ II. Sunna är också en benämning som används vid både typ I, typ II och typ IV (14). Enligt WHO är cirka 90 procent av kvinnlig omskärelse praktiserad i Afrika typ I, typ II och en del fall av typ IV. Medan typ III står för cirka 10 procent av kvinnlig omskärelse i Afrika (18).

Hur ingreppet går till varierar beroende på etnisk bakgrund, geografiskt område och socioekonomiska förhållanden. I en del fall är personen medveten om när ingreppet kommer att ske, men i andra fall är personen helt omedveten om vad som väntar och blir väckt mitt i natten eller borttagen från sina sysslor mitt på dagen. Personen kan få se vad som händer eller kan få en ögonbindel. (10). Det kan äga rum under en utarbetad ceremoni där gåvor och pengar utbyts och man bjuder deltagarna på mat och musik, eller att personen blir kidnappad för att genomgå ingreppet (19). Vid platsen för omskärelsen blir kvinnan/flickan ofta immobiliserad på rygg med benen brett isär. Utföraren är ofta en barnmorska, traditionell förlossningspersonal eller en äldre kvinna. De kan använda osteriliserade rakblad, skalpeller, saxar, knivar, krossat glas, vassa stenar och tennlock för att avlägsna vävnad. Oftast används varken anestesi, antiseptiska eller smärtstillande medel. Vid en infibulation, sys kanterna av de yttre blygdläpparna samman med hjälp av taggar och en liten bit trä sätts i vaginan för att lämna en liten öppning. Efter ingreppet läggs en mixtur av örter, mjölk, ägg, aska eller kodynga på såret för att underlätta läkeprocessen (10). I större städer kan ingreppet utföras under sterila former med anestesi. En del utförare förordar sängläge under en viss period och kan ibland binda samman anklar och lår för läkningens skull (19).

Komplikationer

Fysiska komplikationer efter en omskärelse är vanliga. Graden av komplikation beror på vilken typ av omskärelse som utförs, men även av omskärarens medicinska kunskap och de hygieniska förhållandena under själva omskärelsen (12). De omedelbara och långsiktiga komplikationerna är många och är beroende av utförarens skicklighet, de sanitära förhållandena, hur mycket barnet kämpar emot och hur starkt immunförsvar barnet har mot infektioner. I samband med omskärelsen finns risken för blödning på grund av att artärer och vener skadas och då artären till klitoris blir avskuren kan detta leda till cirkulatorisk chock, medvetslöshet eller plötslig död. Användandet av osterila kirurgiska verktyg och den traditionella helande blandningen kan orsaka infektioner såsom septikemi, stelkramp och kallbrand (10), även infektioner i äggstockarna och urinvägsinfektioner kan förekomma (12). Förutom dessa komplikationer är svår smärta ytterligare en (19). Waris Dirie beskriver smärtan i sin självbiografiska bok:

”The next thing I felt was my flesh being cut away. I heard the blade sawing back and forth through my skin. The feeling was indescribable” ... ”My legs were completely numb, but the pain between them was so intense that I wished I would die” (20 s. 58-59).

Barnets kamp kan orsaka skador på närliggande vävnad, som exempel urinröret och rektum (10). Även frakturer på nyckelbenen, lårbenen och överarmsbenen förekommer då barnet försöker försvara sig (12). Att man efter omskärelsen binder samman benen gör det svårt att rengöra från urin och andra kroppsvätskor vilket förvärrar såret och ger en grogrund för infektioner (10).

Vilka långvariga komplikationer som kan uppkomma beror på vilken typ av omskärelse som utförs (8). De potentiella långvariga komplikationerna kan vara återkommande urinvägsinfektioner, bäckeninfektioner, infekterade hudcystor, abscesser, infertilitet, keloidbildning, dysfunktionellt sexliv och förlossningskomplikationer (19). Typ I, II och IV kan ge komplikationer i form av ärrbildningar som kan utgöra ett hinder vid förlossningar. Vulvaöppningen kan förminskas i samband med infektioner och inflammationer vid typ I och II. Detta kan också försvåra förlossning (14). Typ II kan också ge långvariga komplikationer i form av kroniska urinvägsinfektioner, urininkontinens och infektioner i reproduktionsorganen (7) Infibulerade kvinnor kan få urinröret blockerat så att urin och menstruationsblod samlas. På grund av den lilla öppningen kan de uppleva problem såsom en långsam urintömning, spänning och urinretention (19). Hematokolpos, vilket innebär att menstruationsblodet stockar sig i vaginan (14), underlivssvampinfektioner, bakteriell vaginos, och dyspareuni är andra vanliga komplikationer (19). Det finns väldigt lite kunskap om hur omskärelsen påverkar kvinnorna när de blir äldre (14).

Förutom de fysiska komplikationerna uppmärksammas även de psykosociala komplikationerna. Dock finns det få studier om de psykiska påföljderna av en omskärelse. Det rapporteras om störningar gällande matintag, humör, sömn och kognition hos flickor efter omskärelsen (14). De psykosociala konsekvenserna efter omskärelse inbegriper rädsla, underlägsenhet, undertryckande och en känsla av att vara ofullständig vilket påverkar kvinnan genom hela livet. Det rapporteras om ihållande irritabilitet, mardrömmar (12), frigiditet, ångest, depression, posttraumatiskt stresstillstånd och psykoser (10). Kvinnor som genomgått en

omskärelse har en högre risk för att utveckla psykiska sjukdomar såsom depression, psykos, neuros och psykosomatiska sjukdomar. Ofta har de inte blivit informerade om omskärelsen, vilket kan leda till brist på förtroende mot den person barnet står närmast (12). De upplever det som att familjen har svikit dem (10). I en intervjustudie med 47 somaliska kvinnor beskrev majoriteten av kvinnorna omskärelsen som en traumatisk erfarenhet och uttryckte känslor av hjälplöshet, rädsla, skräck och outhärdlig smärta. Majoriteten av dem var inte beredda på ingreppet och majoriteten hade uttalad rädsla eller affektiva störningar efter omskärelsen (12). Man har även försökt att validera den psykologiska inverkan av omskärelsen på empirisk väg genom att kvinnor fick uppskatta sin självkänsla och äktenskapliga stabilitet. Detta gjordes bland 99 omskurna och oomskurna kvinnor. Resultaten visade att omskurna kvinnor uttryckte en lägre nivå av självkänsla och en högre nivå av äktenskaplig ostabilitet i jämförelse med oomskurna kvinnor. Men även att vägra genomgå omskärelsen kan ha psykiska effekter på kvinnorna. Kvinnor som är oomskurna betraktas ofta med avsky och förakt. Ett beslut att inte genomgå omskärelsen kan leda till gruppförtryck från samhället, isolering, oförmåga att gifta sig och skam och vanära för familjen (10).

”She who is uncircumcised and marries into the community is always lowest in the pecking order of village woman, and is not allowed to perform the public duties of a wife, such as serving elders. Uncut women are called girls, whatever their age, and they are forbidden to speak at community gatherings” (10 s. 345).

Socialstyrelsens riktlinjer

Socialstyrelsen har arbetat fram ett material som kan användas som ett underlag för lokala PM om rutiner vid handläggning av situationer i vården när kvinnor som blivit omskurna behöver speciell uppmärksamhet. Materialet är också tänkt att förhindra sedvänjan och inspirera till förebyggande arbeten. Om det finns lokala PM på olika vårdinstanser ger detta ett stöd och en trygghet för vårdpersonalen inför möten med omskurna kvinnor. I materialet beskrivs hur hälso- och sjukvårdspersonal behöver kunskap om kvinnlig omskärelse för att vara beredda och kunna ta emot omskurna kvinnor som söker vård. Vårdpersonal ska vara observanta och lyhörda för besvär som kan relateras till omskärelse. Kvinnan bör bli informerad om svensk lag (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor. Sjukvårdspersonalen bör även samtala om kvinnans inställning till omskärelse. Det är av vikt att sjukvårdspersonalen tar upp en noggrann anamnes där raka frågor ställs om omskärelsen. Det är bra om sjukvårdspersonal informerar kvinnan om möjligheten till gynekologisk undersökning och vart hon kan vända sig. Att ge skriftlig information på kvinnans språk förstärker informationen som ges vid mötet. Socialstyrelsen ger även exempel på vad som bör dokumenteras i mötet med en omskuren kvinna: *Ålder när omskärelsen utfördes, Hur kvinnan upplevde ingreppet, Akuta/sena komplikationer, Undersökningsfynd med hänsyn till kvinnans besvär och Om information om svensk lagstiftning givits* (14).

Enligt Socialtjänstlagen (2001:453) 14 kap och 1§ sägs det att hälso- och sjukvården har skyldighet att genast anmäla om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd (21). Enligt socialstyrelsens utbildningsmaterial kan lagen appliceras på kvinnlig omskärelse. Vid vetskap eller misstanke om att en flicka ska omskäras eller nyligen har blivit

omskuren, finns en skyldighet att anmäla till socialtjänsten. Anmälan ska inte avvaktas tills anmälaren är säker, misstanke räcker. (14)

Centrala begrepp

Kultur

Idag finns det sannolikt hundratals olika definitioner av kulturbegreppet varav många dessutom motsäger varandra. Kulturen innefattar allt från materiella föremål till immateriella företeelser som exempelvis värderingar, normer och vanor (22). Man kan beskriva kultur som en grupps delade förståelse och synsätt vad gäller att värdera olika företeelser. Men det är svårt att bestämma hur lika förståelsen måste vara för att den ska betraktas som delad. Kulturbegreppet kan också beskrivas som att förståelse är fördelad i gruppen alltså en heterogen fördelning snarare än en homogen (23). Förutom att kultur inte är homogen, är den inte heller statisk (24). Människans förståelse ändras också hela tiden, det sker till stor del genom kommunikation med andra människor som har en annan förståelse. Därför är det svårt att förutsätta att en viss förståelse alltid är stabil och konstant i en grupp. Ofta är det förändringar i levnadsomständigheter som gör att förståelsen i en grupp kan förändras. Med grund i detta kan det vara rimligt att definiera en grupps kultur som den socialt påverkade förståelsen i en grupp (23). Kulturen omfattar allt från ekonomi, politik, religion, psykologiska och biologiska förutsättningar. Det är en process där vardagliga tillstånd och aktiviteter får en känslomässig och moralisk mening för deltagarna (24).

Interkulturell kompetens

Interkulturell kompetens definieras av förmågan att arbeta med och förstå patienter, vars tro, värderingar och historia skiljer sig från sin egen (25). Ett interkulturellt samspel kräver att man har en öppenhet, nyfikenhet och en förståelse för andra kulturer. Man bör vara medveten om sina redan befintliga kunskaper om den kultur man möter, men att man samtidigt utforskar med engagemang, entusiasm, nyfikenhet och ödmjukhet. För att kunna behärska kulturmötet behöver man, förutom öppenhet och nyfikenhet, även förståelse inför andra kulturer. Att man är medveten grundar sig i att man har förmågan att skifta perspektiv, att reflektera över sig själv, att reflektera över sin egen och andras kulturer. Självreflexion är viktig för att veta hur den egna kulturen påverkar sitt personliga synsätt, tolkningar och världsbild. Genom självgranskning och observation av likheter eller olikheter mellan den främmande kulturen och den egna kan man öka förståelsen för andra kulturer. Man kan tillåta sig att känna, men samtidigt vara medveten om att känslor som rädsla, avsky och fördömande kan hindra den personliga utvecklingen. Interkulturell kompetens är alltså de färdigheter och kunskaper man behöver för att kunna behärska kulturmötet (22). Interkulturell kompetens är nödvändig för att ge en god och säker vård. En förståelse för patientens kultur, värderingar och synsätt är en del i att bedriva holistisk omvårdnad (26). Med en interkulturell kompetens kan stora missförstånd och konflikter i kulturmötet undvikas (22).

Etnocentrism

Etnocentrism kan härledas till grekiskans ord för nation och centrum. Det handlar om att människan har en benägenhet att identifiera sig med sin "vi-grupp", det vill säga sin egen kultur. Den egna kulturen används sedan som en måttstock och en utgångspunkt i mötet med andra kulturer. Man betraktar den egna kulturen som mer

rätt och naturlig. Det leder till att man anser att den egna kulturen är mer överlägsen, civiliserad och bättre än andra kulturer. Etnocentrismen kan på så vis bidra till att man frammanar kulturella och etniska stereotyper, attityder och fördomar (22). Etnocentrism hos vårdpersonal har bidragit till att patienterna får en känsla av utanförskap, bristande vård och att patienter blir feldiagnostiserade. Etnocentrism försämrar personens förmåga att ge kulturellt kompetent vård (25). Ett etnocentriskt tankesätt är inte ett resultat av medvetna, avsiktliga eller noggranna överväganden, utan snarare en konsekvens av vår socialisation. Det är inte enbart ett sätt att tänka utan även ett sätt att känna, därför är det omöjligt att göra sig helt fri från etnocentrism i kulturmöten (22).

Kommunikation

Kommunikation är nödvändig inom vården. Man kommunicerar för att samarbeta, ge och ta emot viktig information och tillfredställa personliga behov. Definitionen av ordet kommunikation kan vara ömsesidigt utbyte, att dela, något som blir gemensamt, och att göra någon delaktig. Den verbala kommunikationen innefattar bara en del av kommunikationen, en annan stor del är kroppsspråket (27). Mellan vårdgivare och patient är kommunikationen en viktig del av omvårdnaden. Patienten har ofta ett behov av uppmärksamhet som till stor del kan tillgodoses med hjälp av en god kommunikation. Genom kommunikation kan sjuksköterskan skapa ett förtroende som uppmuntrar patienten till att prata mer om sina önskningar och behov (28). Vårdgivaren blir en viktig person och vad han/hon kan och förmedlar har stor betydelse. Även de känslor och den uppfattning som vårdgivaren har om patienten kan ha mycket stor betydelse för mötet. Förväntningar och krav på god kommunikation kommer både från patienten och vårdgivaren, men ofta ser det olika ut från patientens och vårdgivarens perspektiv. Ofta tycker patienten att samtal och bemötande är avgörande för om det blir ett bra möte. Därför handlar det både om hur patienten upplever samtalet och hur vårdgivaren upplever att han/hon når fram till patienten (27).

PROBLEMFÖRMULERING

För att ge en så god vård som möjligt till omskurna kvinnor behöver vi veta hur dessa kvinnor upplever den västerländska vården, vilka svårigheter de stöter på och hur de uppfattar vårdpersonalens reaktioner, attityder, kunskapsnivå och kommunikation. För att förbättra vården behövs även en kunskap om hur vårdpersonal upplever mötet med omskurna kvinnor. Kvinnlig omskärelse väcker mycket starka känslor och detta kan vara ett hinder för ett gott bemötande. Kunskap behövs även om vårdpersonalens sätt att hantera dessa känslor då de med stor sannolikhet ger upphov till ett dåligt möte.

SYFTE

Syftet med uppsatsen är att belysa hur förståelse och kunskap om kvinnlig omskärelse har betydelse i vårdmötet, ur ett patient- och sjuksköterskeperspektiv.

Frågeställningar:

- Hur upplever omskurna kvinnor **den västerländska** hälso- och sjukvården?
- Hur upplever vårdpersonalen mötet med omskurna kvinnor?

METOD

LITTERATURSÖKNING

Denna uppsats är en litteraturöversikt. En litteraturöversikt innebär sökning efter redan befintlig forskning för att få en översiktlig syn på kunskapsläget inom det valda ämnesområdet. Ett systematiskt val av olika texter görs inom ett begränsat område. Litteraturen kvalitetsgranskas och analyseras, detta presenteras sedan i en beskrivande översikt av ämnet. Vid en litteraturöversikt kan både kvalitativa och kvantitativa artiklar användas (29).

Urvalskriterier för informationskällor

Databaserna PubMed, Cinahl och Scopus var relevanta att använda för att söka efter information och artiklar om kvinnlig omskärelse. PubMed, Cinahl och Scopus är inriktade på vårdvetenskap och medicin, vilket gör dem lämpliga för ämnesområdet. Databasen Summon användes främst för att hitta litteratur till bakgrunden, men här hittades även en artikel som var relevant för syftet.

Val av sökord

Då det finns tre vanliga benämningar för kvinnlig omskärelse användes alla tre benämningarna *female genital mutilation*, *female genital cutting* och *female circumcision* i sökningarna. Eftersom infibulation är en av de vanligaste och den mest omtalade typen av kvinnlig omskärelse användes även ordet *infibulation* i sökningarna. Orden *nursing* och *care* användes för att få fram material inom ämnesområdet. För att få fram patienters och sjuksköterskors upplevelser användes sökordet *experience*. I början av sökningen användes flera sökord i kombination med varandra för att få fram artiklar som svarade på syftet. Dessa sökningar gav få träffar och genererade inte tillräckligt många användbara artiklar, varvid sökningen breddades genom att använda färre sökord i kombination och i vissa fall bara ett sökord (se bilaga 1). För att få sökningar som stämde med syftet användes den vanligaste operatoren i boolesk söklogik: AND. Genom att använda operatoren AND mellan sökorden förstår databasen att det finns intresse av artiklar som innehåller alla sökorden (30).

Urvalskriterier för artiklar

I början av sökningen begränsades sökningen till artiklar publicerade från år 2000 och framåt. Då sökningarna gav få träffar togs tidsbegränsningen bort helt. I de databaser där det är möjligt att välja *peer reviewed* och *research article* valdes dessa. Detta för att få granskade forskningsartiklar. Där det inte fanns möjlighet att välja dessa begränsningar kontrollerades tidskrifternas krav för publicering, där visade det sig att alla artiklar som valts kom från tidskrifter som har kravet att artiklarna ska vara *peer reviewed*. För att så tydligt som möjligt svara på syftet inkluderades artiklar med både ett sjuksköterskeperspektiv och ett patientperspektiv.

Sekundärsökning

I de artiklar som hittades och som ansågs vara lämpliga lästes även referenslistan igenom för att hitta andra användbara artiklar. För att ytterligare få fram artiklar gjordes en sökning på en författares efternamn, till exempel Khaja, som ofta har dykt upp i referenslistorna. För att få fram artiklarnas fulltext gjordes sökningar på artiklarnas titlar.

Etiskt ställningstagande

Sex av studierna beskriver att de har fört ett etiskt resonemang och/eller har blivit granskade av etiska råd och kommittéer. Forskare måste alltid utgå från att den enskilda individen har rätt att bestämma över sitt eget livsrum, sin stolthet, hederskänsla och integritet inom de gränser som kulturen sätter. När människan studeras räcker det inte med en konsekvensetisk bedömning, som går ut på att väga forskningens behov mot den eventuella skada eller risk som forskningspersonerna blir utsatta för. Forskaren måste också anpassa sig till pliktetiken där forskaren i sin bedömning måste se till att vissa handlingar inte är acceptabla även om de har goda konsekvenser. (31). I sammanhanget tolkar författarna detta som att forskningen inte får bedrivas på ett sätt som kan skada deltagarna psykosocialt, även om forskningsresultaten kan hjälpa ett större antal människor.

Alla studier som användes var noggranna med att deltagandet var konfidentiellt eller anonymt. Ett konfidentiellt insamlande innebär att forskaren kan koppla samman personlig data med övrig insamlad data. Detta får dock inte vara praktiskt möjligt för någon utomstående även om det görs betydande insatser i försök att få tag på uppgifterna. Anonymitet innebär att det inte ens finns möjlighet för forskaren att sammankoppla persondata med övrig data (32).

DATAANALYS

För att sortera bland de träffar som sökningarna gav granskades artiklarna utifrån titel. Sedan lästes abstracten noggrant för att få en uppfattning om artiklarna svarade på syftet. Därefter granskades hela artiklarna för att ytterligare bedöma om de var relevant för syftet. I granskningen undersöktes även om artiklarna hade en avgränsad problemformulering och ett tydligt syfte, om metoden var tydligt beskriven med vilka som deltog, hur urvalet gjorts och hur data analyserats. Metoden diskuteras också senare i en metoddiskussion. För att avgöra kvaliteten på artiklarna kvalitetsgranskades och poängsattes dessa med hjälp av tio frågor enligt Fribergs förslag (29) (se bilaga 2). Detta resulterade i tretton artiklar som svarade mot syftet och används till resultatet (se bilaga 3).

I en litteraturöversikt analyseras studier och övergripande områden identifieras. Studierna kan analyseras genom att titta på likheter och skillnader i resultat innehåll. I denna modell genomsöks artiklarna efter innehåll som liknar varandra och som sorteras inom samma område. Detta innehåll sorteras sedan under olika teman (29). I analysen av studierna valdes att granska likheter och skillnader i resultat innehåll. För att få en känsla av helheten lästes alla artiklar igenom upprepande gånger. Meningsbärande enheter, fraser och ord som var relevanta för syftet plockades ut. Utifrån dessa kunde författarna sedan finna likheter och skillnader, och även finna innehåll i artiklarna som handlar om samma företeelse. Dessa utgjorde en grund för att forma olika teman inom patientperspektivet och sjuksköterskeperspektivet. Inom

sjuksköterskeperspektivet hittades följande teman: *Kulturella skillnader och brist på kunskap, känslor och kommunikation*. Inom patientperspektivet hittades följande teman: *kommunikation, brist på kunskap hos vårdpersonal, brist på kulturell och personlig sensitivitet och reaktioner och attityder från vårdpersonal*.

RESULTAT

Artiklarna som använts i resultatet har handlat om både sjuksköterskor, barnmorskor och andra vårdgivare. Därför används orden sjuksköterska och vårdgivare i texten.

SJUKSKÖTERSKEPERSPEKTIVET

Kulturella skillnader och brist på kunskap

Många sjuksköterskor hade inte fått någon form av information om kvinnlig omskärelse i sin utbildning. Den kunskap de hade kom från kollegor som hade erfarenhet av omskurna kvinnor i Sverige eller utomlands. De kände att detta område var något som borde ingå i utbildningen. Kunskapen och erfarenheten av infibulerade kvinnors anatomi var otillräcklig. Även kunskapen om de olika typerna av omskärelse var otillräcklig då många kände att de inte skulle se om det var en mindre form av omskärelse (33). För att få mer kunskap om omskurna kvinnor hade vårdgivarna själva aktivt sökt information. I denna sökning hade de bara hittat grundläggande information och väldigt lite om hur man ska förhålla sig till och praktiskt vårda dessa kvinnor (34). En del vårdgivare sökte ingen information själva. De trodde inte att de skulle finna några svar på grund av kulturskillnaderna. Detta skapade ännu större hinder mellan sjuksköterskan och de omskurna kvinnorna. En sjuksköterska uttryckte att hennes brist på kunskap om kvinnlig omskärelse fick henne att hata denna tradition (35). Vårdgivarna uttryckte att de behöver utöka sin kompetens i hur de ska prata om kvinnlig omskärelse (34). För att ge en god vård var det viktigt att ha kunskap om alla aspekter av kvinnlig omskärelse. Kunskap behövdes om allt från fakta om kvinnlig omskärelse, vad det innebär och hur det går till, vad lagen säger och de kulturella aspekterna av traditionen. Generellt tyckte sjuksköterskor att de hade för lite kunskap för att ge kulturellt kompetent vård (36). I Sverige har det gjorts pilotstudier för att komma fram till riktlinjer för hälso- och sjukvården. Riktlinjerna tar upp olika problem, inklusive hur omskurna kvinnor ska hanteras inom vården, gällande undersökningar och liknande (37).

Sjuksköterskorna hade begränsad kunskap om omskurna kvinnors sexualitet, de kunde inte förstå hur en omskuren kvinna kunde ha någon som helst sexualitet kvar. De beskrev sexualitet som en självständig enhet och därför något som kunde avlägsnas. De flesta trodde att utan klitoris var kapaciteten att uppnå sexuell njutning icke-existerande (35). Vårdpersonal hade även en stereotyp bedömning som innefattar att somaliska kvinnor är ointelligenta och har bristande kunskap gällande graviditet och förlossning (38). De uppfattade deras egen kultur som välinformerad och att de omskurna kvinnornas kultur var okunnig (35), och omskurna kvinnor sågs som offer för kulturen (34). Kvinnlig omskärelse uppfattades av sjuksköterskorna som ett kulturellt uttryck för att kontrollera kvinnans sexualitet och som ett uttryck för manlighet. Många av sjuksköterskorna undrade över källan till denna tradition som de ansåg vara förtryckande mot kvinnor. Samhälle, religion och äldre kvinnor sågs som förövre. Sjuksköterskorna diskuterade även om traditionen fortgår på

grund av kvinnors önskan att vara en del av samhället. Det fanns en förståelse för kvinnornas vilja att genomgå kvinnlig omskärelse för att undvika utfrysning ur samhället. Den vanligaste synen på omskurna kvinnor var att kvinnorna var maktlösa och passiva aktörer i sitt eget liv, trots det uppfattades kvinnorna som starka (35). Vårdgivarna uppfattade afrikanska kvinnor som mer i kontakt med sitt inre vilket gjorde att vårdgivarna inte trodde att dessa kvinnor behövde lika mycket stöd till exempel i samband med förlossning (34)

Fördomar som fanns om den afrikanska mannen var bland annat att han var självisk, aggressiv och våldsam. Dessa fördomar grundade sig i den kunskap som fanns om infibulerade kvinnor och deras fysiska hinder för samlag. Sjuksköterskorna trodde att mannen måste tvinga sig in i kvinnan, vilket då måste vara en våldshandling. Men de vårdmöten som sjuksköterskorna haft med afrikanska män visade på motsatsen. Männen var ömma, vänliga, vårdande och jämlika eller till och med underordnade kvinnan i relationen (35).

Känslor

Vårdgivarna hade många starka negativa känslor mot kvinnlig omskärelse. De tyckte att det var fruktansvärt och förödmjukande, det gjorde dem rasande, fick dem att känna sig hjälplösa och gjorde dem ledsna. Sådana känslor kunde orsaka ett ökat distansering mellan vårdgivare och patient (34). Sjuksköterskan identifierade sig med de omskurna kvinnorna som medsystrar vilket gav upphov till stor frustration. Det gav även upphov till starka känslor som ilska mot de kulturer som praktiserar kvinnlig omskärelse och även en ilska mot männen i dessa kulturer. Man uppfattade kvinnlig omskärelse som en extrem form av förtryck. Det gav upphov till känslor av frustration mot samhället och mot de som de trodde var de största förtryckarna: männen. Man associerade kvinnlig omskärelse med männens önskan av makt och kontroll över kvinnorna. Detta gjorde sjuksköterskorna rasande (35).

En del sjuksköterskor kände en stark empati, en beskyddande känsla och en önskan att vårda omskurna kvinnor med mer varsamhet. De uttryckte sorgsenhet och medlidande för de omskurna kvinnorna. Det var inte endast smärtan som kvinnorna hade gått igenom i samband med omskärelsen som de reagerade på, utan även den smärta som kunde komma i samband med vaginala undersökningar. En del omskurna kvinnor visade genom kroppsspråket känslor av oro, blyghet och skam i samband med undersökningar. Sjuksköterskorna upplevde att de fick starka känslor i form av aggressivitet och hat mot traditionen kvinnlig omskärelse, mot de omskurna kvinnornas religion och även mot hennes make. Sjuksköterskorna försökte att dölja sina negativa känslor även om detta var svårt, de var även medvetna om att deras känslor kunde avslöjas genom deras kroppsspråk (33). För att minska risken för förvåning och andra olämpliga reaktioner var det viktigt att vårdpersonal var informerade om kvinnlig omskärelse (39). Personliga känslor hos vårdgivarna kunde ha en viktig roll i vården av omskurna kvinnor. En del var tveksamma till att ta upp ämnet antingen av respekt för, eller okunskap om olika kulturer. Vårdgivarnas känslor av maktlöshet eller ilska kunde påverka kvaliteten på vården för omskurna kvinnor (37).

Kommunikation

Sjuksköterskan tyckte mötet med omskurna kvinnor var svårt på grund av språkliga barriärer, men även på grund av upplevda kulturella skillnader. Många var osäkra på hur de skulle ta upp frågan om huruvida kvinnan var omskuren eller inte. En del frågade rakt ut om hon var omskuren och andra ville undvika att fråga i ett försök att vårda alla kvinnor lika. De ville förbli professionella och därför inte peka ut kvinnan som annorlunda, vilket de upplevde kunde vara en risk om de diskuterade kvinnlig omskärelse direkt med en omskuren kvinna. Man var även rädd för att den första viktiga kontakten med kvinnan skulle gå förlorad om man frågade om hon var omskuren eller inte. (33). Vårdgivare diskuterade sällan kvinnlig omskärelse med sina patienter och de skrev inte heller något om detta i journalen. De uttryckte en rädsla för att förolämpa kvinnorna eller för att kvinnorna skulle känna sig beskyllda att vara kriminella. De förklarade sin tystnad och undvikandet av ämnet med en vilja att respektera ett tabubelagt och känsligt ämne. Uppfattningen att kvinnlig omskärelse var tabubelagt var snarare en generell föreställning än något som faktiskt fanns dokumenterat eller undersökt. Tystnaden mellan vårdgivaren och den omskurna kvinnan påverkade även åtkomsten av annan viktig information i mötet. Tystnaden berövade kvinnorna information som skulle kunna vara viktig, så som information om deras vård (34).

Det fanns många problem med kommunikationen. Ett av problemen var att det inte fanns tillräckligt med tolkar, och de tolkar som fanns var inte alltid lämpliga att använda (38) då tolken inte alltid översatte det som sades (39). Även om man har en bra tolk kan denna inte avhjälpa alla hinder i kommunikationen, då det även fanns skillnader i den icke-verbala kommunikationen. En annan skillnad i kommunikationen var att kvinnorna var vana vid en mer verbal kommunikation än vad västerländsk vård erbjuder. Som ett exempel: i västerländsk sjukvård får man en broschyr med nödvändig information, i hemlandet hade kvinnorna istället fått informationen muntligt (38).

PATIENTPERSPEKTIVET

Kommunikation

Ett av de största hindren för att få advekat vård för omskurna kvinnor var kommunikationssvårigheter (39). Det fanns många anledningar till att undvika samtal om kvinnlig omskärelse. Några av de vanligaste anledningarna var språkbarriärer, kulturella och sociala skäl samt en fråga om genus (40). Även om omskärelsen är en norm för dessa kvinnor hade de begränsade möjligheter att ställa frågor om deras omskärelse eller andra hälsofrågor, detta främst på grund av språkbarriären. Många gånger kunde det vara svårt att få tillgång till en tolk, vilket innebar att man använde familjemedlemmar och andra personer med samma kulturella tillhörighet. De flesta kvinnor önskade att de hade kunnat prata direkt med vårdpersonalen, det kunde kännas skamfyllt att fråga om intima hälsofrågor genom en tolk. Det hände även att tolken inte översatte korrekt då tolken ansåg frågan vara skamlig (39). En del kvinnor kände sig besvikna på vården när inte vårdpersonalen själva tog initiativ till att lyfta frågan. Andra kände sig lättade över att man inte tog upp frågan (40). På grund av frågans känsliga natur hade en del av kvinnorna svårigheter att uttrycka sig, vilket fick dem att känna sig blyga (41). En av de stora komplikationerna efter kvinnlig omskärelse var smärta. För dessa kvinnor kunde det vara smärtsamt att ha samlag och även att genomföra vaginal undersökning, delvis

på grund av den minimala öppningen som fanns hos infibulerade kvinnor. Denna smärta var inget kvinnorna kunde prata om, eftersom det var skamligt att öppet prata om smärta relaterat till sex (42).

Brist på kunskap hos vårdpersonal

Kvinnorna hade både positiva och negativa erfarenheter av hälso- och sjukvården och vårdpersonalen. De positiva erfarenheterna var relaterade till att vårdpersonalen hade bra kunskap om kvinnlig omskärelse. Mötet med personal som var välinformerad om detta fick dem att känna sig trygga. De negativa mötena hade att göra med vårdpersonal som hade bristande kunskap om kvinnlig omskärelse. I dessa möten kände kvinnorna oro, rädsla och ångest (42). Förtroendet för sjuksköterskor var sämre än förtroendet för läkare, många kvinnor uppfattade att läkaren inte hade förmåga att vårda dem korrekt. (43). En del kvinnor uttryckte oro och rädsla över att vårdpersonalen kanske inte kunde ta hand om en omskuren kvinna på rätt sätt (42). Vårdpersonalen visade en oförståelse för skillnaden mellan kvinnor som är omskurna och icke omskurna kvinnor (43). Om vårdpersonalen inte ställde frågor kring kvinnlig omskärelse, uppfattades detta av kvinnorna som att de redan hade god kunskap i detta ämne (41). En studie gjord i Sverige visade att omskurna kvinnor som hade haft kontakt med svensk hälso- och sjukvård fann att detta ofta fungerade bra. Kvinnorna trodde att det kanske var tack vare Sveriges mångkulturella samhälle och att sjukvården därmed kommer i kontakt med omskurna kvinnor. Kvinnorna hoppades ändå att vård av omskurna kvinnor skulle uppmärksammas mer i utbildningen av vårdpersonal (42).

Brist på kulturell och personlig sensitivitet

I de länder dessa omskurna kvinnor kommer från var det skamligt att inte vara omskuren. Men i mötet med västerländsk hälso- och sjukvård kändes det skamligt att vara omskuren. Detta medförde känslor av underlägsenhet (41). De ville inte upplevas som konstiga eller annorlunda bara för att de var omskurna (39). I en intervju ansåg kvinnorna att kvinnlig omskärelse borde vara förbjudet, men att det inte borde kallas för kvinnlig könsstympning, då det upplevdes som nedvärderande och kränkande (44). Den västerländska uppfattningen av kvinnlig omskärelse som barnmisshandel, kunde för de utsatta kvinnorna uppfattas som om det ansågs att de i deras kultur inte skulle bry sig om sina barn. Lagarna mot omskärelse uppfattades ibland som ett indirekt sätt att säga att deras kultur är ociviliserad och att de är barnmisshandlare, trots att de älskar och avgudar sina barn (45). Att anpassa sig till den nya kulturen innebar också en balans för att bevara delar av den egna kulturen (41). En del kvinnor kände sig motvilliga till att söka vård, då de visste flera andra kvinnor som varit med om att deras underliv blivit uppvisade för studenter som om de vore ett utbildningsobjekt (45). Många kvinnor hade blivit tillfrågade om man fick visa upp deras underliv för studenter och kollegor som om det låg ett medicinskt intresse i deras anatomi. Detta gav känslor av skam och rädsla. En kvinna beskrev detta som följande: *Beforehand I was proud. But the medical consultation hurt my pride* (40 s. 88). Kvinnorna kände sig utblottade och kände att vårdpersonalen såg ner på dem. De upplevde även att vårdpersonalen pratade om dem med varandra, utan att de själva fick vara delaktiga i konversationen (41). I intervjuer där man frågat kvinnor om hur man kan förbättra vården för att möta deras behov hade de bland annat önskat mer avskildhet i samband med undersökningar. De önskade kvinnliga vårdgivare att diskutera detta ämne med då det skulle kännas extremt svårt

att diskutera ämnet med en man (40). Många kvinnor gav uttryck för en upplevelse av brist på kulturell sensitivitet (43). Kvinnorna trodde att genom att utbilda vårdpersonalen i ämnet skulle den kulturella sensitiviteten öka (39).

Reaktioner och attityder från vårdpersonal

Enligt de intervjuade kvinnorna fanns det stora skillnader mellan vårdpersonalen i västvärlden och vårdpersonalen i deras hemland. I hemlandet var personalen ofta stränga och hårdhänta. I västvärlden upplevdes vårdpersonalen som vänliga och snälla och den kliniska vården höll hög standard (41). De upplevde att man ofta fick ett välkomnande mottagande, vilket gav en känsla av trygghet (42). Trots detta kunde kvinnorna i mötet med västerländsk sjukvård känna sig stirrade på och nedvärderade (41). Många kvinnor upplevde att vårdpersonalen reagerade med chock och förvåning vid vaginala undersökningar. En del kvinnor hade till och med blivit frågade om de har varit med om en olycka eller fått en brännskada (40). Förutom sårande kommentarer från vårdgivarna visades även ansiktsuttryck av förvåning och avsmak (43). Detta gav en känsla av att inte vara respekterad av personalen. Många kvinnor var rädda att sjuksköterskorna hade fördomar om huruvida de var kapabla till att planera sin familj (41). Kvinnorna möttes också av attityder från sjuksköterskor som antydde att de var lata och ovilliga att samarbeta (43). Dessa attityder från vårdgivarna gjorde att kvinnorna kände sig motvilliga att återkomma till vården (41).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Som grund för resultatet har tretton artiklar används varav sex är ur ett sjuksköterskeperspektiv och sju ur ett patientperspektiv. De två perspektiven valdes för att ge en så tydlig bild av fenomenet som möjligt då både sjuksköterskans och patientens upplevelse har stor betydelse för ett bra möte. Det finns mycket skrivet om kvinnlig omskärelse, men i många fall är det inte inriktat på mötet mellan dessa kvinnor och vårdpersonalen. Alla artiklar som används i denna litteraturöversikt är inte inriktade på mötet utan några tar upp detta som en del av ett större sammanhang. Trots det framkommer vad som är viktigt i mötet. Därför valdes även de artiklar som inte specifikt handlar om sjuksköterskor då författarna ansåg att fynden kunde appliceras på samtlig vårdpersonal. Artiklarna handlar i en del fall om barnmorskor, läkare och andra vårdgivare. Det finns mycket generell forskning om kvinnlig omskärelse, men inom området för mötet med och bemötandet av dessa kvinnor finns det fortfarande begränsat med forskning och därför valde författarna att inte begränsa sig till forskning gällande sjuksköterskor.

I inledande sökningar användes flera sökord i kombination med varandra, dessutom användes också flera begränsningar, exempelvis tidsbegränsning. Dessa sökningar gav få relevanta träffar. Därmed valdes att bredda sökningarna genom att använda färre och ibland bara ett sökord. Då det varierar stort i vilken av de olika termerna för kvinnlig omskärelse som används internationellt var det nödvändigt att använda alla tre sökorden i sökningarna. Om det hade funnits mer forskning om kvinnlig omskärelse hade sökorden *nursing*, *care* och *experience* förmodligen hjälpt sökningen att få fram mer artiklar som specifikt svarade mot syftet. Istället gjordes

en del sökningar med enbart någon av termerna för kvinnlig omskärelse vilket gav artiklar som inte var specifikt inriktade mot det som denna uppsats syftade till.

Begränsningarna minimerades till peer reviewed, research article och engelskspråkiga artiklar. Research article valdes för att få fram förstahandsforskning och därmed minska risken för omtolkningar i sammanställningar. Sökningar efter artiklar som var peer reviewed gjordes då detta ger en ökad kvalitet på artiklarna. Trots att tidsbegränsningen valdes bort i de flesta sökningarna valdes slutligen artiklar publicerade på 2000-talet ut till resultatet. I de sökningar som genomfördes hittades enbart en artikel som publicerats före år 2000 och därför blev det inget stort bortfall på grund av tidsbegränsningen. Anledningen till att sökningarna inte genererade fler artiklar som publicerats tidigare kan vara att ämnet länge varit ouppmärksammat inom vårdvetenskap. Även sedan ämnet fått uppmärksamhet har fokus inte funnits på de omskurna kvinnornas mötet med vården och vårdpersonalen. Artiklarnas metod har antingen varit kvalitativ metod eller en mixdesign av kvalitativ och kvantitativ metod. Den som oftast har svarat mot syftet har varit den kvalitativa delen av metoden. En av artiklarna har enbart kvantitativ metod, denna ansågs vara relevant för resultatet och stödjer det som övriga artiklar visat. Begränsningar har gjorts till artiklar där tillgång till fulltext har funnits från Göteborgs universitetsbibliotek. Detta medför att det finns en risk att författarna har missat andra relevanta artiklar.

Artiklarna kommer främst från Sverige och USA, men artiklar har även hittats från Schweiz, Norge, Belgien, Storbritannien och Canada. Författarna har inte funnit några artiklar som kommer från länder där kvinnlig omskärelse utförs enligt tradition och är vanligt förekommande. Det hade kunnat vara intressant att ha en artikel från ett land där kvinnlig omskärelse är vanligt förekommande för att belysa skillnader. **Det faktum att alla artiklar kommer från västvärlden kan påverka resultatet, då mötet mellan kvinnor och vårdpersonal som är bekanta med omskärelsen sannolikt gör att mötet utformas annorlunda.** Dock kommer artiklarna från flera olika länder i västvärlden.

Alla artiklar är varit skrivna på engelska. Detta kan ha gett utrymme för feltolkningar när författarna läst och översatt artiklarna. Det finns även alltid en risk för feltolkningar av resultatet på grund av den egna förförståelsen. En medvetenhet om detta kan möjliggöra ett försök att vara objektiv i analysen. Det var bara tre av studierna som haft behov av tolk i någon form. En studie (44) nämner inte om huruvida de tolkar som använts är manliga eller kvinnliga, eller om de kommer från samma land/samhälle som de intervjuade kvinnorna. En annan studie (41) valde en kvinnlig tolk, men det framgår inte om hon är från samma land/samhälle eller om hon bara kunde språket. Den tredje studien (39) med tolkbehov var en fokusgrupp med somalisk bantu kvinnor. Ansvariga för studien kunde inte finna någon professionell kvinnlig tolk, istället användes en ansedd och respekterad kvinna i samma bostadsområde som kunde språket. Denna kvinna var från Somalia men tillhörde inte folkgruppen somali bantu. Tolken kan ha påverkat vad kvinnorna berättade och därmed påverka resultatet.

Sex av studierna, jämnt fördelade mellan sjuksköterskeperspektiv och patientperspektiv, beskriver att de har fört ett etiskt resonemang och/eller har blivit granskade av etiska råd och kommittéer. Författarna tycker det är viktigt att forskning utförs på ett etiskt korrekt sätt. Men på grund av det begränsade

forskningsläget om området fanns det inte möjlighet att utesluta de artiklar som inte har fört ett etiskt resonemang.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med denna litteraturöversikt var att belysa hur förståelse och kunskap om kvinnlig omskärelse har betydelse i vårdmötet, ur ett patient- och sjuksköterskeperspektiv. För att tydliggöra syftet valdes två frågeställningar: *Hur upplever omskurna kvinnor den västerländska hälso- och sjukvården?* och *Hur upplever vårdpersonalen mötet med omskurna kvinnor?*

Kommunikation

Både sjuksköterskorna och patienterna upplevde kommunikationen som problematisk. Det fanns flera olika faktorer som påverkade detta, exempelvis språkbarriärerna, bristen på tolk och ämnets känsliga natur. Många vårdgivare var rädda för att förolämpa omskurna kvinnor och de ville respektera kvinnorna genom att inte diskutera det tabubelagda ämnet (34). En del ville också förbli neutrala inför de omskurna kvinnorna och behandla dem som alla andra och inte särskilja dem från övriga patienter, och på så sätt inte utpeka kvinnorna som annorlunda (33). Författarna ifrågasätter viljan att behandla alla på samma sätt, speciellt i ljuset av den personcentrerade vårdens aktualitet där man tar hänsyn till varje individs individuella behov. För att tillgodose de individuella behov som finns behöver vårdpersonalen först identifiera dem. Sjuksköterskor bör vara trygga i att ta upp tabubelagda ämnen för att kunna utföra en god omvårdnad.

Vissa kvinnor var lättade över att vårdpersonalen inte tog upp frågan, medan andra kände sig besvikna (40). För att få en meningsfull kommunikation mellan patient och vårdgivare är det en förutsättning att vårdgivaren är intresserad av att förstå patientens perspektiv. Patienten kan ha många olika sätt att tänka kring sin situation. Vårdgivarens och patientens tolkning av den sociala situationen kan i många fall skilja sig (46). Författarna upplever att vårdgivarna gör många tolkningar och antaganden, detta verkar till stor del grunda sig i ett försök att se situationen från patientens perspektiv. Risken med detta är att de patienter som skulle vilja att vårdpersonalen diskuterar ämnet med dem, blir missade och får inte sina behov tillgodosedda. Personalen kan inte veta vad patienten vill innan de frågar. Det finns en självklar risk att man kan göra några patienter missnöjda och illa berörda om man tar upp frågan, men författarna anser att det är upp till vårdpersonalen att ställa frågan på ett respektfullt sätt. Författarna tycker att Franck (6) tar upp ett bra exempel på hur frågan kan ställas på ett respektfullt sätt. Om en medvetenhet finns om att kvinnan kommer från ett land där kvinnlig omskärelse praktiseras kan samtalet inledas med att tala om att man är medveten om att patienten kommer från ett land där kvinnlig omskärelse utförs och är vanligt, och sedan fråga om hon är omskuren (6).

Bristen på professionella tolkar gjorde att det i en del fall användes tolkar från samma samhälliga och kulturella bakgrund som de omskurna kvinnorna. Detta skulle kunna medföra att delar av informationen försvinner i de fall då tolken tycker att det är olämpligt att diskutera detta ämne med utomstående (39). Det är av största vikt att tolken förhåller sig neutral till det som ska tolkas och inte lägger in egna värderingar

och åsikter. Detta inkluderar även ämnen som tolken själv kan uppfatta som stötande. Tolken får inte heller anpassa vad som sägs enligt vad som är brukligt i patientens kultur eller uppträda som medhjälpare eller ombud till patienten (47). Författarna tror att vårdpersonal i Sverige funderar mycket på om tolken är neutral eller inte. Dock har vårdpersonalen oftast ingen annan möjlighet än att utgå ifrån att tolken är neutral och inte kommer att förvanska patientens berättelse eller på annat sätt bete sig oprofessionellt. Den studie som visade bristande förtroende för tolkar på grund av tolkens egna åsikter och värderingar, gjordes i USA. Frågor väcks då om huruvida detta kan skilja sig från Sverige och om Sverige har striktare regler för vem som kan bli tolk eller inte. Man undrar även över hur lagar och föreskrifter skiljer sig från land till land gällande tolkens neutralitet och opartiskhet. All vårdpersonal bör tänka på att användandet av tolk i samtal med omskurna kvinnor kan vara problematiskt.

Patienterna upplevde att personalen ofta reagerade med chock och förvåning. Både ansiktsuttryck och kommentarer från vårdgivarna var sårande för patienterna (43). Forskning visar att de känslor som kvinnlig omskärelse ger upphov till kan vara en förklaring till vårdgivarnas reaktioner. Känslor som uppkommer hos vårdpersonalen kan vara svåra att hantera. Det är då viktigt att personalen på något sätt är förberedd i tanken på vad de kan komma att stöta på. En god kommunikation mellan sjuksköterska och patient kan göra att sjuksköterskan agerar på ett mer lämpligt sätt. Många vårdgivare upplevde att de fick starka känslor i form av aggressivitet, hat mot traditionen kvinnlig omskärelse, mot kvinnornas religion och även deras make. Sjuksköterskorna försökte att dölja sina negativa känslor även om detta var svårt (33). Kroppsspråket och rösten står för cirka nittio procent av vår kommunikation (48). Kroppsspråket kan uttrycka attityder mer kraftfullt än det som sägs i ord. I regel är det orden som betvivlas när ord och kroppsspråk inte stämmer överens (49). Med tanke på att kroppsspråket är en så stor del av kommunikationen och kan avslöja känslor och attityder är det viktigt att en medvetenhet finns om vilka signaler som sänds ut. Utifrån studierna med sjuksköterskeperspektiv verkar vårdpersonalen vara medvetna om att deras känslor avspeglas genom kroppsspråket. De försöker att dölja detta för att inte såra patienterna. Därför är det viktigt att vårdpersonalen tar itu med känslor inför kvinnlig omskärelse innan de träffar patienten. Ett steg i rätt riktning kan vara att redan i utbildningen ha mer ingående studier om kulturell mångfald. Kompetensutveckling samt handledning i grupp och tid för reflektion i grupp på arbetsplatsen är ytterligare några tillvägagångssätt.

Etnocentrism

Chanserna är stora att vårdpersonal möter många patienter som skiljer sig från dem själva på många plan. Det kan gälla såväl kultur och religion som social bakgrund, yrke, kön och ålder. Det är viktigt att vårdpersonal lär sig ett etiskt förhållningssätt och alltid gör sitt bästa för att inte kränka patienter (27). Den egna kulturen används ofta som måttstock och en utgångspunkt i mötet med andra kulturer. Etnocentrismen kan bidra till en omedveten frammaning av etniska stereotyper, attityder och fördomar (22). Vad ska då göras för att minska etnocentrismens negativa inverkan på omvårdnaden? Författarna tänker att en medvetenhet om att etnocentrismen finns och påverkar alla interkulturella möten, kan hjälpa vårdpersonalen att tänka ett steg längre. Detta kan minimera risken för att omedvetet frammana fördomar och attityder. En stereotyp bedömning som vårdpersonalen gjorde var att de omskurna kvinnornas kultur var okunnig (35) och att kvinnorna var offer för kulturen (34). Man hade fördomar om somaliska kvinnor som ointelligenta och okunniga (38), lata

och ovilliga att samarbeta (43). Man hade även fördomar om den afrikanske mannen som självisk, aggressiv och våldsam (35). Alla människor har fördomar och författarna anser att det bästa sättet att inte låta dem påverka vårdarbetet är att uttala sina fördomar istället för att låtsas om att man inte har några. Dessa fördomar är lämpligast att ta upp för diskussion under handledning, enskilt eller tillsammans med andra i personalgruppen. Författarna anser att tid för handledning borde vara en självklarhet för all hälso- och sjukvårdspersonal.

Med ett etnocentriskt synsätt blir andra människors beteende och sätt att göra saker på konstigt, avvikande och onaturligt (50). Det går inte alltid att göra sig helt fri från etnocentrismen i kulturmötet eftersom det är ett sätt att känna och inte endast ett sätt att tänka (22). Vad kan då göras för att minska etnocentrismen i kulturmötet? Författarna anser att bara genom att bli medveten om etnocentrismen som fenomen finns en utgångspunkt för att analysera situationen på ett mer grundligt sätt. Därmed finns chansen att gå in i mötet och samtalet med ett öppnare sinne. Etnocentrism minskar kapaciteten att ge en kulturellt lämplig vård. Det finns ett tydligt samband mellan hur hög etnocentrism vårdgivaren har och hur hög grad interkulturell kompetens vårdgivaren har (25).

Interkulturell kompetens

Interkulturell kompetens avser de kunskaper och färdigheter en person behöver för att kunna behärska kulturmötet (22). Generellt tyckte sjuksköterskorna att de hade för lite kunskap för att kunna ge en kulturellt kompetent vård (36). De kände att de hade fått för lite information om kvinnlig omskärelse i sin utbildning (33). Även författarna upplever att utbildningen har brister i fråga om olika kulturer och interkulturell kompetens.

Även om sjuksköterskorna upplevde en brist på kunskap försökte vissa ändå utöka kunskapen genom att leta efter den på egen hand. Dock upplevde några att det inte var någon idé att lägga vikt på detta då de antog att de inte skulle förstå svaren på grund av kulturskillnaden (35). Enligt kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor framgår det att sjuksköterskan kontinuerligt ska engagera sig i professionell kompetensutveckling (51). Även om sjuksköterskan tycker att det är svårt att förstå ett visst ämne är det ändå en skyldighet att försöka skaffa kunskap och förståelse, oavsett personliga åsikter och värderingar. Om sjuksköterskan kommer till en punkt där förkunskapen inte räcker till för förståelse av den nya informationen är det upp till den sjuksköterskan att fortsätta söka kunskap på ett annat sätt, exempelvis genom att diskutera och reflektera med kollegor.

Grunden för att kunna utveckla en kulturell kompetens är sjuksköterskans personliga övertygelser, värderingar och kulturella medvetenhet. För att kunna förstå kulturella skillnader måste en kulturell medvetenhet finnas. Om den kulturella medvetenheten saknas är det troligt att personen inte kommer att förstå, värdesätta och ta hänsyn till kulturella skillnader (52). För att öka den kulturella kompetensen skulle det vara fördelaktigt att ha mer undervisning om kulturskillnader och interkulturell kompetens i både sjuksköterskeprogrammet och andra vårdutbildningar. Mer samtal och reflektion kring ämnet både under utbildningen och ute i arbetslivet skulle vara ett sätt att öka den kulturella kompetensen. En del omskurna kvinnor hade motsättningar mot termen kvinnlig könsstympning då den upplevdes kränkande och nedvärderande. Kvinnorna upplevde inte sig själva som ”stympade” (44). Termen könsstympning är mycket laddad för berörda personer och kan försvåra en konstruktiv och stödjande

dialog och förhindra ett bra möte. Hur terminologin ska användas är väldigt omdiskuterat. Författarna menar att det finns många perspektiv att ta hänsyn till. Å ena sidan är det viktigt att markera att kvinnlig omskärelse inte motsvarar manlig omskärelse, som är ett mycket mindre ingrepp. Kvinnlig omskärelse är ett allvarligt ingrepp med många och svåra komplikationer som följd. Termen könsstympling kan uttrycka ett ställningstagande att traditionen är ett brott mot kvinnors rättigheter. Å andra sidan kan termen kvinnlig könsstympling upplevas som kränkande och är en väldigt laddad term. Att använda termen kvinnlig omskärelse är ett vidare begrepp och mindre värdeladdat än kvinnlig könsstympling. Därför valde författarna att använda termen kvinnlig omskärelse.

Många omskurna kvinnor gav uttryck för en upplevelse av brist på kulturell sensitivitet (43) och de trodde att detta kan förbättras genom att utbilda vårdpersonalen (39). I mötet med patienter från andra kulturer är det inte ovanligt att den interkulturella kompetensen är otillräcklig och inte motsvarar patientens förväntningar. Förmågan att förstå, förklara och förutse den andra personens motiv och handlingar minskar i mötet med andra kulturer. Detta gör att oro och osäkerhet ökar (22). Författarna tror att en ökad kommunikation skulle kunna överbrygga de kunskapsluckor som finns. Genom att tala om för patienten att den egna kunskapsnivån inom området är begränsad, minskar förväntningarna från patienten. Patienten får då också möjlighet att själv berätta det som patienten anser är betydande i situationen. En sådan öppenhet och kommunikation är i förlängningen också interkulturell kompetens.

Många omskurna kvinnor hade blivit tillfrågade om deras underliv fick visas upp för kollegor och studenter i syfte att lära om deras förändrade anatomi. Detta gjorde att kvinnorna upplevde skam och rädsla (41) och de kände sig som utbildningsobjekt (45). Författarna menar att det inte borde finnas någon rädsla för att fråga patienten om detta eftersom det är viktigt att vårdpersonal får mer erfarenhet och kunskap. Men det är viktigt att tänka på hur frågan ställs så att patienten känner sig delaktig i beslutet och har valet att säga nej. Om mötet med patienten från början hanteras på ett respektfullt sätt, skulle en sådan förfrågan inte upplevas som stötande. När de omskurna kvinnorna fick ge förslag till hur man kunde förbättra omvårdnaden önskade de bland annat mer avskildhet i samband med undersökningar och kvinnliga vårdgivare (40). Detta är åsikter från en del kvinnor, det betyder inte att alla upplever det på samma sätt. Till exempel tyckte en del kvinnor att det var bra om vårdpersonalen frågade om deras omskärelse medan andra helst ville slippa prata om det (40). Även om det är viktigt att ha ett kulturellt sensitivt bemötande får sjuksköterskan inte stirra sig blind på kulturen utan även ha i åtanke patientens andra behov. När kunskapen om kulturen har införskaffats bör det finnas en medvetenhet om personliga skillnader. Individerna bör ses som unika och inte generaliseras efter kulturen. I vården är det viktigt med ett personcentrerat förhållningssätt och respekt för individens religion, värderingar och personliga åsikter. Om patienten önskar en kvinnlig vårdgivare och mer avskildhet är det upp till vårdpersonalen att tillgodose dessa önskningar så långt som möjligt.

Kliniska implikationer

Författarna anser att det finns brister i sjuksköterskeutbildningen i fråga om interkulturell kompetens. För att öka den kulturella kompetensen skulle det vara fördelaktigt att ha mer undervisning om kulturskillnader och interkulturell kompetens i både sjuksköterskeprogrammet och annan vårdutbildning. Mer samtal och reflektion kring ämnet både under utbildningen och ute i arbetslivet skulle vara ett sätt att öka den kulturella kompetensen. Sådan undervisning skulle även kunna ge ökad medvetenhet om etnocentrism och dess påverkan på mötet med människor med annan kulturell bakgrund. Det räcker inte att enbart få undervisning om kultur under utbildningen, även handledning och möjlighet till reflektion på arbetsplatsen behövs för att kontinuerligt få nya verktyg för att behärska kulturmötet. Författarna tror att en ökad kommunikation mellan sjuksköterska och patient skulle kunna överbrygga de kunskapsluckor som finns. Men för att tillgodose de individuella behov som finns behöver behoven först identifieras. Sjuksköterskor bör vara trygga i att ta upp tabubelagda ämnen för att kunna utföra en god omvårdnad. Det finns en självklar risk att man kan göra några patienter missnöjda och illa berörda om man tar upp ämnet, men författarna anser att det är upp till vårdpersonalen att ta upp ämnet på ett respektfullt sätt. Om mötet med patienten från början hanteras på ett respektfullt sätt, skulle förhoppningsvis detta inte upplevas som stötande. Genom att tala om för patienten att den egna kunskapsnivån inom området är begränsad, minskas förväntningarna från patienten. Patienten får då också möjlighet att själv berätta det som patienten anser är betydande i situationen. En sådan öppenhet och kommunikation är i förlängningen interkulturell kompetens.

REFERENSER

1. WHO. Female genital mutilation and other harmful practices. www.who.int/en 2012 [2012-04-11]; Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/en/index.html>.
2. Reichert GA. Female circumcision: what you need to know about genital mutilation. AWHONN Lifelines. 1998;2(3):28-34.
3. Morris R. The culture of female circumcision. Advances in Nursing Science. 1996;19(2):43-53.
4. Sveriges Riksdag. Lag (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor. www.riksdagen.se 2012 [2012-04-24]; Available from: <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1982316-med-forbud-mot-sfs-1982-316/?bet=1982:316>.
5. Eriksson A. Global hälsa och omvårdnad. In: Ehrenberg A, Wallin L, editors. Omvårdnadens grunder - ansvar och utveckling. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 459-503.
6. Franck M. Multikulturell kvinnohälsa - med fokus på gynekologi och obstetrik. Malmö: Gothia; 2006.
7. Cindy ML. Female genital circumcision: Medical and cultural considerations. Journal of Cultural Diversity. 2003;10(1):30.
8. Abdulcadir J, Margairaz C, Boulvain M, Irion O. Care of women with female genital mutilation/cutting. Swiss medical weekly. 2011;140:w13137. Epub 2011/01/08.
9. Gruenbaum E. Socio-cultural dynamics of female genital cutting: research findings, gaps, and directions. Culture, Health & Sexuality. 2005;7(5):429-41.
10. Baron EM, Denmark FL. An exploration of female genital mutilation. Annals of the New York Academy of Sciences. 2006;1087(1):339-55.
11. Fourcroy JL. Customs, culture, and tradition--what role do they play in a woman's sexuality? The journal of sexual medicine. 2006;3(6):954-9. Epub 2006/11/15.
12. Utz-Billing I, Kantenich H. Female genital mutilation: an injury, physical and mental harm. Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology. 2008;29(4):225-9. Epub 2008/12/10.
13. Gislén O, Nationellt Center Kvinnofrid. Kvinnlig omskärelse/ könsstympning i Sverige - en kunskaps- och forskningsöversikt. Uppsala: Uppsala Universitet; 2011.
14. Socialstyrelsen. Kvinnlig könsstympning - ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänst och hälso- och sjukvården. Stockholm: 2005.
15. Ogunsi OO, Wilkes L, Jackson D. Female genital mutilation: Origin, beliefs, prevalence and implications for health care workers caring for immigrant women in Australia. Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession. 2007;25(1-2):22-30.
16. Socialstyrelsen. Definition av kvinnlig könsstympning. 2009 [2012-04-11]; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/kvinnligkonsstympning/definition>.
17. Socialstyrelsen. Kvinnlig könsstympning. Bohus: Ale tryckteam; 2002.
18. WHO. Eliminating female genital mutilation - an interagency statement. www.who.int/en; WHO; 2008 [cited 2012 05-29]; Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf.
19. Braddy CM, Files JA. Female genital mutilation: cultural awareness and clinical considerations. Journal of Midwifery & Women's Health. 2007;52(2):158-63.
20. Dirie W. En blomma i Afrikas öken. Malmö: Bra böcker; 1998.
21. Sveriges Riksdag. Socialtjänstlag (2001:453). www.riksdagen.se 2012 [cited 2012 05-30]; Available from: <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument->

Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/?bet=2001:453#K14.

22. Stier J. Kulturmöten - en introduktion till interkulturella studier. Lund: Studentlitteratur; 2009.
23. Allwood CM, Johnsson P. Invandring, kultur och välbefinnande. In: Allwood CM, Johnsson P, editors. Mänskliga möten över gränser - vård och social omsorg i det mångkulturella samhället. Stockholm: Liber; 2009. p. 14-27.
24. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *Synergy* (14427818). 2006(3):4-7.
25. Capell J, Dean E, Veenstra G. The relationship between cultural competence and ethnocentrism of health care professionals. *Journal of Transcultural Nursing*. 2008;19(2):121-5.
26. Chevannes M. Issues in educating health professionals to meet the diverse needs of patients and other service users from ethnic minority groups. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;39(3):290-8.
27. Fossum B. Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. In: Fossum B, editor. Kommunikation - samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur; 2007. p. 27-39.
28. Fakhr-Movahedi A, Salsali M, Negharandeh R, Rahnavard Z. A qualitative content analysis of nurse-patient communication in Iranian nursing. *International Nursing Review*. 2011;58(2):171-80.
29. Friberg F. Att göra en litteraturöversikt. In: Friberg F, editor. Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 115-24.
30. Östlundh L. Informationssökning. In: Friberg F, editor. Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 45-70.
31. Alver BG, Øyen Ø. Etik och praktik i forskarens vardag. Lund: Studentlitteratur; 1997.
32. Nilstun T. Forskningsetik i vård och medicin. Lund: Studentlitteratur; 1994.
33. Widmark C, Tishelman C, Ahlberg BM. A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*. 2002;18(2):113-25.
34. Johansen RE. Care for infibulated women giving birth in Norway: an anthropological analysis of health workers' management of a medically and culturally unfamiliar issue. *Medical anthropology quarterly*. 2006;20(4):516-44. Epub 2007/01/18.
35. Leval A, Widmark C, Tishelman C, Ahlberg BM. The encounters that rupture the myth: contradictions in midwives' descriptions and explanations of circumcised women immigrants' sexuality. *Health care for women international*. 2004;25(8):743-60.
36. Hess RF, Weinland J, Saalinger NM. Knowledge of female genital cutting and experience with women who are circumcised: a survey of nurse-midwives in the United States. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2010;55(1):46-54.
37. Leye E, Powell RA, Nienhuis G, Claeys P, Temmerman M. Health care in Europe for women with genital mutilation. *Health care for women international*. 2006;27(4):362-78.
38. Straus L, McEwen A, Hussein FM. Somali women's experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers. *Midwifery*. 2009;25(2):181-6. Epub 2007/06/30.
39. Upvall MJ, Mohammed K, Dodge PD. Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circumcision in the United States: a focus group approach. *International Journal of Nursing Studies*. 2009;46(3):360-8.
40. Thierfelder C, Tanner M, Bodiang CMK. Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health*. 2005;15(1):86-90.

41. Berggren V, Bergström S, Edberg A. Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*. 2006;17(1):50-7.
42. Lundberg PC, Gereziher A. Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*. 2008;24(2):214-25.
43. Chalmers B, Hashi KO. 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth: Issues in Perinatal Care*. 2000;27(4):227-34.
44. Khaja K, Barkdull C, Augustine M, Cunningham D. Female genital cutting: African women speak out. *International Social Work*. 2009;52(6):727-41.
45. Khaja K, Lay K, Boys S. Female circumcision: toward an inclusive practice of care. *Health care for women international*. 2010;31(8):686-99.
46. Bäärnhielm S. Möten i den mångkulturella vården. In: Fossum B, editor. *Kommunikation - samtal och bemötande i vården*. Lund Studentlitteratur; 2007. p. 287-307.
47. Entrena E. Att kommunicera med hjälp av tolk. In: Fossum B, editor. *Kommunikation - samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur; 2007. p. 309-27.
48. Enqvist B. Utlämnad, liten, sårbar. In: Fossum B, editor. *Kommunikation - samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur; 2007. p. 409-24.
49. Robertsson E. Genusperspektiv: varför behövs det? In: Fossum B, editor. *Kommunikation - samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur; 2007. p. 253-85.
50. Nilsson B. I ord och handling - aspekter på samtal. Lund: Studentlitteratur; 1993.
51. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. www.socialstyrelsen.se: Socialstyrelsen; 2005 [cited 2012 05-09]; Available from: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf.
52. Jirwe M, Momeni P, Emami A. Kulturell mångfald. In: Friberg F, Öhlén J, editors. *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 453-70.

BILAGA 1

Artikelsökning

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Utvalda artiklar
2012-04-05	Scopus	female genital mutilation AND nursing AND experience	2000 -2012 added to Scopus last 30 days, article, Sökord in article, title, abstract, keywords	14	(41) Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden
2012-04-06	Cinahl	female genital mutilation AND nursing AND experience	Sökord in all text; also search within the full text of the articles; peer reviewed, 2000-2012, English language	5	(43) 432 Somali women´s birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation
2012-04-06	PubMed	female genital mutilation AND nursing AND experience	2000-2012, journal article, english, nursing journals	2	(38) Somali women´s experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers
2012-04-06	PubMed	female genital mutilation AND nursing AND experience	Journal article, English	8	(34) Care for infibulated women giving birth in Norway: an anthropological analysis of health workers management of a medically and culturally unfamiliar issue
2012-04-10	Cinahl	Female genital cutting	Peer reviewed, research article	21	(44) Female genital cutting: African women speak out (36) Knowledge of female genital cutting and experience with women who are circumcised: a survey of nurse-midwives in the United States

2012-04-10	Summon	Infibulation AND nursing AND experience	Endast vetenskapliga artiklar, uteslut tidningsartiklar och bokrecension, lägg till resultat utanför bibliotekets samling	91	(33) A study of Swedish midwives encounters with infibulated African women in Sweden
2012-04-10	Scopus	Female genital mutilation AND nursing AND experience	2000-2012; added to Scopus last 30 days; article; Sökord in article, title, abstract, keywords	3	(42) Experience from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden
2012-04-16	Cinahl	Female genital mutilation	peer reviewed, research article	29	(40) Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with Swiss health care system (37) Health care in Europe for women with genital mutilation

BILAGA 2

Frågor vid kvalitetsgranskning av artiklar

1. Finns ett tydligt problem formulerat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna?
3. Är syftet klart formulerat?
4. Hur är metoden beskriven?
5. Hur är undersökningspersoner beskrivna?
6. Hur analyserades data?
7. Vad visar resultatet?
8. Hur har författarna tolkat studiens resultat?
9. Förs det några etiska resonemang?
10. Finns det en metoddiskussion?

BILAGA 3

Artikelöversikt

Ref. nr	Författare	Titel	År/ Land/ Tidsskrift	Syfte	Metod och Urval	Resultat/slutsats	Antal ref.	Antal poäng
(41)	Berggren V Bergström S Edberg A-K	Being Different and Vulnerable: Experiences of Immigrant African Woman Who Have Been Circumcised and Sought Maternity Care in Sweden	2006/ Sverige/ Journal of transcultural nursing	Undersöka erfarenheten av FGM och erfarenheten av Svensk mödravård bland kvinnor från Eritrea, Somalia och Sudan.	Kvalitativ metod n= 21 Intervjuer med kvinnor från Eritrea, Somalia och Sudan som var omskurna och hade fött barn i Sverige.	Tre teman (Lidande från att vara övergiven och stympad, vara sårbar i mötet med svensk vårdpersonal, att försöka anpassa sig till ett nytt kulturellt sammanhang). Kvinnorna har upplevt att de är annorlunda och sårbara i mötet med Svensk sjukvårdspersonal, de upplever känslor av skam. De får inga frågor från sjukvårdspersonalen men ändå upplever de att personalen inte vet hur de ska hantera att de är annorlunda. Kvinnorna känner att personalen stirrar och ibland ser ner på dem.	30	8
(39)	Upvall M.J Muhammed K Dodge P.D	Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circumcision in the United States: A focus group approach	2008/ USA/ International Journal of Nursing Studies	Undersöka vårdens perspektiv på Somaliska flyktingar i relation till deras status som kvinnor som blivit omskurna och nyligen flyttat till USA.	Kvalitativ metod n=23 Tematisk innehållsanalys Somaliska flyktingar Fokusgrupp	Tre teman (Att leva med normen omskärelse, kommunikation – att veta hur man ska fråga, påverkan av tidigare vårderfarenheter). Kvinnorna vill inte uppfattas som "konstiga" eller "annorlunda". De upplever att tolksamtal i vården inte fungerar då tolken ofta tycker att samtalsämnet är opassande. De tycker inte att vårdpersonalen har kunskap eller förståelse för deras kultur. Vilket bidrog till kvinnornas brist på förtroende till vården.	31	7
(43)	Chalmers B Omer Hashi K	432 Somali Women's Birth Experiences in Canada after	2000/ Kanada/ Birth	Att få information om kvinnors uppfattning angående deras	Mixdesign Kvantitativ och kvalitativ metod n=432	Två teman (kvinnors erfarenhet av kvinnlig omskärelse, erfarenhet av förlossningar). Kvinnorna tyckte att vårdpersonalen hade brist på känslighet angående deras	19	7

		Earlier Female Genital Mutilation		vård under graviditet och födsel, och även deras erfarenhet av FGM	Somaliska kvinnor Intervjuer med enkätfrågor	omskärelse. Sårande kommentarer och ansiktsuttryck. Kvinnorna upplevde inte att personalen hade kunskap att ta hand om dem. Sjuksköterskor sämre än läkare. Okänsliga och omedvetna om deras behov.		
(38)	Straus L McEwen A Muhammed Hussein F	Somali women's experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers	2009/ UK/ Midwifery	Använda ett narrativt tillvägagångssätt för att undersöka de kulturella och sociala aspekterna av barnafödsel, och avgöra hur de stämmer överens med de behov och erfarenheter Somaliska kvinnor har från England.	Kvalitativ metod n=8 Semistrukturerade djupintervjuer Temaanalys Somaliska kvinnor som jobbar eller har jobbat inom vården antingen i Somalia eller i England.	Fyra teman (omskärelse, kommunikation, kulturella aspekter av vård, påfrestningar i samband med migrationserfarenhet) Vårdpersonal i England är inte vana vid att vårda omskurna kvinnor och har inte kunskapen som behövs för att ge kvinnorna en bra vård. Attityden bland personalen är dömande och nedlåtande. För att förbättra vården till omskurna kvinnor behövs det mer forskning och tydliga riktlinjer	28	9
(36)	Hess R.F Weinland J Saalinger N.M	Knowledge of female genital cutting and experience with women who are circumcised: a survey of nurse-midwives in the United States	2010/ USA/ Journal Midwifery Womens Health	Undersökningen syftade till att ta reda på kunskapsnivån hos landets sjuksköterskor och barnmorskor om FGC och deras erfarenheter av denna patientgrupp	Mixdesign med kvalitativa och kvantitativa inslag Enkätundersökning bestående av tre delar. Del 1: demografi. Del2: slutna frågor. Del 3: skriftlig beskrivning av erfarenheter. Slumpmässigt urval bland sjuksköterskor och barnmorskor, n=600 Data analyserades med hjälp av ett data program SPSS	De flesta sjuksköterskor/ barnmorskor visste om orsakerna och komplikationerna till FGC. Men kunskaperna om de juridiska och kulturella frågorna var minimal. Sjuksköterskor/barnmorskor bör bekanta sig med patientens kultur när de arbetar med denna grupp av patienter. Med grundlig kunskap om FGC kan de ge kulturellt kompetent och känslig vård till dessa kvinnor. Tre teman (re-infibulation, komplikationer av FGC, önskan om kvinnliga vårdgivare.)	36	7

(33)	Widmark C Tishelman C Ahlberg B-M	A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden	2002/ Sverige/ Midwifery	Undersöka förlossningsvården av omskurna kvinnor i Sverige från vårdgivares och kvinnors perspektiv.	Kvalitativ metod n=26 Fokusgrupper och vid behov individuella intervjuer (tre individuella intervjuer genomfördes). Innehållsanalys Barnmorskor	Tre teman (barnmorskors kommunikations- och emotionella utmaningar vid vård av omskurna kvinnor, kunskap och teknisk färdighet som behövs vid vård av omskurna kvinnor, svensk lag och dess användning vid vårdandet av omskurna kvinnor). Barnmorskorna fick många känslor i samband med mötet med omskurna kvinnor. De kände djup empati och en önskan att ge dem extra vård. De kände även ilska mot traditionen men försökte dölja sin ilska för patienterna. Det fanns även en diskussion huruvida man ska fråga kvinnor om de blivit omskurna eller inte, barnmorskorna hade olika åsikter om detta.	47	9
(44)	Khaja K Barkdull C Augustine M Cunningham D	Female genital cutting: African women speak out	2009/ USA/ International Social Work	För att bättre förstå kvinnors erfarenhet av och syn på FGC. För att illustrera resultaten från en grupp individer.	En undersökande kvalitativ studie med 17 omskurna Somalifödda kvinnor. De använde en semi strukturerad djupintervju med öppna frågor Etnografisk innehållsanalys	Resultatet redovisas i olika tabeller rörande olika orsaker till FGC och komplikationer till FGC. Sedan redovisas i text kvinnornas synpunkter i fyra teman: Orsaker till FGC och erfarenhet av komplikationer, "vi är inte stympade kvinnor, "vi är inte kriminella", "Frågade du oss?"	33	8
(42)	Lundberg P.C Gerezgiher A	Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden	2006/ Sverige/ Midwifery	För att undersöka erfarenheter från graviditet och barnafödande relaterat till FGM hos Eritreanska kvinnor	Etnografisk metod. Etnografiska intervjuer med 5 semistrukturerade frågor som var öppen-avslutande	De kom fram till 6 teman varav ett handlar om mötet med hälso och sjukvården i Sverige. De flesta av kvinnorna hade positiva möten med vården, men de beskrev även rädsla när barnmorskan inte var bekant med FGM.	43	8

(45)	Khaja K Lay K Boys S	Female circumcision: Toward an inclusive practice of care	2010/ USA/ Health Care for Women International	Artikeln ska utarbete partiella resultat från en tidigare undersökande avhandlingsstudie som gav omskurna kvinnor chansen att ge sina synpunkter på vården	Intervjuer med 17 somaliska kvinnor	De kom fram till fem teman: Vi känner oss som vårdprov, du var aldrig omskuren, sluta att döma våra mödrar, intensiv debatt, vi försöker att ändra oss	31	5
(35)	Leval A, Widmark C, Tishelman C, Ahlberg BM	The encounter that rupture the myth: contradictions in midwives descriptions and explanations of circumcised women immigrants sexuality	2003/ Sverige/ Health Care for Women International	Syftet med studien var att analysera hur svenska barnmorskor diskuterar sexualitet hos omskurna kvinnor.	Artikeln är baserad på en tidigare studie där man undersökte barnmorskors uppfattningar och attityder gentemot omskurna kvinnor. Det är expanderad analys från 8 fokusgrupper och 3 intervjuer som har innehållsanalyserats.	Man fann fyra teman: etnocentriska projektioner av sexualitet, en paradoxal relation till kunskap om omskärelse och sexualitet, synen på de maktlösa omskurna kvinnorna, möten som bräcker myten	23	8
(40)	Thierfelder C Tanner M Kessler Bodiang C.M	Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system	2005/ Schweiz/ European journal of public health	Analysera hur immigrerade kvinnor med FGM upplever gynekologisk vård/ förlossningsvård i Schweiz hälso- och sjukvårdssystem och att undersöka om vårdpersonal behandlar och ger rådgivning om FGM relaterade	Kvantitativ och kvalitativ metod. Kvinnor med FGM n=29, enkäter, fokusgrupper och intervjuer. Sjukvårdspersonal n=37, djupintervjuer via telefon. Alla diskussioner och intervjuer analyserades med dataprogrammet	Kvinnorna upplevde att vårdgivare var chockade och förvånade, att de var medicinskt intressanta. Detta gjorde att de skämdes och blev rädda. Både kvinnorna och vårdpersonalen upplevde att man undvek ämnet pga. språkbarriären, kulturskillnader, könsrelaterade och sociala anledningar, även tidsbrist var en faktor. En del kvinnor kände sig besvikna på sina vårdgivare, andra var lättade över att inte behöva prata om FGM. Kvinnorna ville ha kvinnliga vårdgivare. De ville ha mer avskildhet vid undersökningar,	19	8

				komplikationer på ett adekvat sätt	MAXQDA	och mer empati från vårdgivarna.		
(37)	Leye E Powell RA Nienhuis G Claeys P Temmerman M	Health care in Europe for women with genital mutilation	2006/ Belgien/ Health Care for Women International	Syftet med artikeln är att markera etiska problem som europeisk vårdpersonal kan möta, granska existerande hälso och sjukvård i Europa samt identifiera luckor i vården för kvinnor med FGM	Man har hämtat kvalitativ data från två källor: dels en enkätstudie med öppna och öppna-slutna frågor och en studie som syftade till att skapa ett multidisciplinärt nätverk för FGM prevention.	Man kom fram till tre teman: etiska problem för västerländsk hälso och sjukvårdspersonal, svaren från europeiska vårdgivare och frågor om leverans av tjänster. För oss är det sista temat mest intressant då det tar upp vårdgivarnas inställning till att ge vård till kvinnor med FGM.	57	6
(34)	Johansen RE	Care for infibulated women giving birth in Norway: an anthropological analysis of health workers management of a medically and culturally unfamiliar issue	2006/ Norge/ Medical anthropology y Quarterly	Fokuset på artikeln ligger på Norska vårdgivares erfarenhet och hantering av förlossningsvård av kvinnor som har infibulerats.	Artikeln är en del i en större studie om FGC i Norge. Man har samlat data i hälsosektorn med fokus på erfarenheter från vårdgivare. Man har haft djupintervjuer med n=40 vårdgivare. Där man koncentrerat sig på vårdgivarens uppfattning och erfarenhet av omskurna kvinnor.	I resultatet beskrivs ett exempel av en födsel och interaktionen mellan barnmorska och föderska. Sedan kom man fram till tre teman som var signifikanta i vården för omskurna kvinnor: skärning och sömnad under förlossningen, hanteringen av födslosmärta och patient-barnmorske relationen. Det sistnämnda temat är mest relevant för oss. Här framkommer att kvinnorna känner sig övergivna av barnmorskan, men att barnmorskan inte uppmärksammar detta. Det framkommer att detta kan bero på olika kulturella uppfattningar om födsel.	65	7