



**SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTION
EN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

KVINNLIG KÖNSSTYMPNING

En litteraturstudie

Författare: Naima Guled & Ayan Ahmed

| | |
|---|----------------------------------|
| Uppsats/Examensarbete | 15 hp |
| Program och/eller kurs: | Sjuksköterskeprogrammet – OM5250 |
| Nivå: | Grundnivå |
| Termin/år: | Ht/2019 |
| Handledare: | Anna Wessberg |
| Examinator: | Kerstin Ulin |
| Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa | |

Förord

Vi vill tacka vår handlare Anna Wessberg & Kent Nilsson för all stöd och vägledning under arbetets gång. Tackar samtliga familjemedlemmar, vänner som gav oss stöd och motivation.

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Titel | Kvinnlig könsstympning |
| Examensarbete | 15 hp |
| Program och/eller kurs | Sjuksköterskeprogrammet |
| Nivå | Grundnivå |
| Termin/ år | Ht/2019 |
| Författare | Naima Guled & Ayan Ahmed |
| Handledare | Anna Wessberg |
| Examinator | Kerstin Ulin |

Sammanfattning:

Kvinnlig könsstympning

Bakgrund: Kvinnlig könsstympning är en sedvänja med lång tradition i flera länder i världen. Det beräknas att runt 100-140 miljoner kvinnor har genomgått kvinnlig könsstympning idag och lever med komplikationer av könsstympning. Bland dessa lever cirka 38 000 flickor och kvinnor i Sverige. **Syfte:** Syftet med denna studie är att beskriva hur könsstympade kvinnor upplever bemötande av vårdpersonalen. **Metod:** Studien är en litteraturöversikt med systematiskt tillvägagångssätt och har använt metasyntes som analysmetod. Databaserna som användes för att hitta studiens artiklar är PubMed, CINAHL och Scop. **Resultat:** Upplevelsen hos de könsstympade kvinnorna indelas tre teman med nio subtema. Huvudtema: bemötande av vårdpersonalen, rädsla som är förknippad med könsstympning och kulturkompetens. Studien fann att dessa påverkar mötet mellan kvinnorna och sjukvårdspersonalen. **Slutsats:** I studiens resultat framkommer att könsstympade kvinnor lider av efterföljande komplikationer på grund av könsstympningen/ingreppet och att kvinnorna inte har fått förståelse av vårdpersonalen i det nya landet. Resultaten visar att det finns bristande kunskap om könsstympning hos vårdpersonal och bristande kommunikation på grund av språkliga begränsningar hos patienterna.

Nyckelord: female, genital, mutilation, circumcision, experience, nursing.

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Inledning | 5 |
| Bakgrund | 5 |
| Benämning | 5 |
| Tradition | 6 |
| Utförande av könsstympning | 6 |
| Klassifikation | 6 |
| Komplikationer | 7 |
| Prevalens | 8 |
| Lagstiftning | 9 |
| Mänskliga rättigheter | 9 |
| Personcentrerad omvårdnad | 10 |
| Sjuksköterskans roll och ansvar | 10 |
| Kvinnors upplevelse av könsstympning | 11 |
| Problemformulering | 11 |
| Syftet | 12 |
| Metod | 12 |
| Datainsamling | 12 |
| Urval | 12 |
| Dataanalys | 13 |
| Etiska överväganden | 13 |
| Resultat | 13 |
| Bemötande av vårdpersonalen | 14 |
| Kompetens | 14 |
| Icke-verbal kommunikation | 14 |
| Kvinnlig könsstympning är stigmatiserande | 15 |
| Rädsla som är förknippad med könsstympning | 15 |
| Gynekologisk undersökning | 15 |
| Förlossning | 15 |
| Förlorad sexualitet | 16 |
| Smärta | 17 |
| Kulturkompetens | 17 |

| | |
|---------------------------------------|----|
| Kulturella skillnader | 17 |
| Kvinnlig vårdpersonal | 18 |
| Kommunikationsbarriär | 18 |
| Diskussion. | 18 |
| Metoddiskussion | 18 |
| Resultatdiskussion | 19 |
| Slutsats | 21 |
| Implikationer för omvårdnad | 22 |
| Framtid förslag till forskning | 22 |
| Referenslista | 23 |
| Bilagor | 28 |
| Bilaga 1 | 28 |
| Bilaga 2 | 29 |
| Bilaga 3 artikelöversikten | 30 |
| Bilaga 4 Artikelöversikt | 31 |

Inledning

Kvinnlig könsstympning är ett icke-medicinskt ingrepp som innebär att delar av det friska könsorganet tas bort. Det är en lång tradition som är utspridd över många länder i världen och ca 140 miljoner kvinnor har blivit utsatta för ingreppet. Kvinnlig könsstympning, female genital mutilation (FGM) även kallad för kvinnlig omskärelse (Female circumcision) orsakar svåra hälsokomplikationer för kvinnor och kränker dessutom deras mänskliga rättigheter. I Sverige råder det en kunskapsbrist inom området vilket ställer till problem för både patienterna och vårdpersonalen. För att kunna ge bättre vård till denna patientgrupp behövs forskning som tar upp deras upplevelse av bemötandet från vårdpersonalen.

Bakgrund

Enligt världshälsoorganisationen (WHO) beräknas 100-140 miljoner kvinnor leva med konsekvenserna av könsstympning (WHO, 2012), (Siddigi, 2016). Varje år könsstympas över tre miljoner flickor (Unicef, 2013). Det är en tradition som praktiseras i Västafrika, Nordöstra Afrika, Asien samt Mellanöstern (Hamid, Trister & Warren, 2018). Migrationen och den globala flyktingströmmen är orsaken till spridningen av kvinnlig könsstympade i världen (Waigwa, Doos, Bradbury-Jones & Taylor, 2018)

Enligt Europaparlamentets resolution från 2009 (Reig-Alcaraz, Siles-Gonzalez & Solano-Ruiz, 2015) bor cirka 500 000 kvinnor som lever med könsstympning inom EU. Dessutom riskerar ytterligare 180 000 flickor att drabbas av könsstympning varje år. I Sverige lever cirka 38 000 flickor och kvinnor som blivit utsatta för könsstympning (Jordal, Wahlberg, 2018). Kvinnlig könsstympning är ett globalt problem som medför stora hälsoproblem med många fysiska och psykologiska konsekvenser (Larssona, Cohena, Hannb, Creightonc & Hodesd, 2018).

Benämning

WHOs definition av kvinnlig könsstympning är alla de procedurer som skadar det kvinnliga könsorganet på grund av icke-medicinska skäl (WHO, 2012). Det finns flera namn för beskrivningen av kvinnlig omskärelsen. Termen female genital mutilation (FGM) används av FN och WHO vilket är den bästa beskrivningen av proceduren (Mulongo, Martin, & McAndrew, 2014). Female circumcision (kvinnlig omskärelse) används av lokala samhällen där ingreppet är vanligt dock kan benämningen likställas med omskärelse av pojkar eftersom omskärelsen görs på både pojkar och flickor menar Mulongo, Martin & McAndrew (2014). Enligt Socialstyrelsen (2005) valde Sverige termen könsstympning år 1998 och ersatte då benämningen omskärelse. Dock bedöms ordet stympning vara ett negativt värdeladdat för personer från Afrikanska länder vilket kan försvåra kommunikationen. Det är viktigt att

använda sig av termen kvinnlig omskärelse vid mötet med könsstympade kvinnor eftersom detta anses vara en mindre dramatiskt benämning (Socialstyrelsen, 2005).

Tradition

Kvinnlig könsstymning är en afrikansk tradition som har existerat över 2000 år. Den uppstod i Egypten före både kristendomen och islam. Traditionen har spridits till 28 länder i Afrika söder om Sahara med hjälp av handel (Socialstyrelsen, 2005). Kvinnlig omskärelse utövades i Europa fram till 1930-talet (Little, 2003). Det användes som botemedel mot en mängd olika tillstånd, sömnlöshet, sterilitet, psykologiska störningar och för att förhindra olyckliga äktenskap (Morris, 2008).

Skälen till att flickor genomgår könsstymning är komplexa och svåra att helt förstå. Det är en djup rotad tradition i många länder. Skälen till hur kvinnlig könsstymning utförs skiljer sig mellan länder, inom länder samt mellan olika etniska grupper (Siddig, 2016). Könsstymning av flickor och kvinnor är ett kulturellt förtryck. Det är ett sätt att begränsa kvinnors sexualitet och förebygga oönskade graviditeter samt bevara deras oskuld (Morris, 2008). För familjer är det ett socialt skydd och ekonomisk trygghet för deras flickor då de i framtiden kan ingå äktenskap. Icke-könsstympade kvinnor är stigmatiserad i dessa samhällen. I vissa länder fungerar könsstymning som en ritual där flickan invigs till en ideal vuxen kvinna. Trots att traditionen praktiseras av kristna, muslimer och judar finns det ingen beskrivning i deras heliga texter. Det används också som ett sätt att öka männens sexuella njutning vid samlag, främjar renlighet och förbättrar hygien menar de som praktiserar omskärelse (Waigwa, Doos, Bradbury-Jones & Taylor, 2018). Det fortsätter att utövas trots att många känner till vilka skador ingreppet medför men de upplevda sociala fördelarna anses vara större än nackdelarna (Adinew & Mekete, 2017).

Utförande av könsstymning

Traditionellt är det kvinnor som utför ingreppet, speciellt självlärda barnmorskor och äldre kvinnor i familjen som saknar såväl kirurgisk träning som anatomisk kunskap (Siddigi, 2015). Upp till 18 % av könsstymningen utförs av kvalificerad sjukvårdspersonal. Proceduren utförs på flickor som är i åldern mellan spädbarn och 15 år (Waigwa, Doos, Bradbury-Jones & Taylor, 2018). I traditionella samhällen utförs ingreppet genom att flickor hålls nere med spridda ben utan smärtlindring och anestesi tillämpas sällan. Instrument som används är knivar, saxar, blad samt bitar av vasst glas och de är ofta orena (Morris, 2008). Såret hålls samman av tråd eller taggar och lämnas för att läka. Flickans ben kommer att vara bundna i flera veckor för att åstadkomma läkning och under denna period hjälper kvinnliga släktingar till att ta hand om flickan (Farage et al., 2015)

Klassifikation

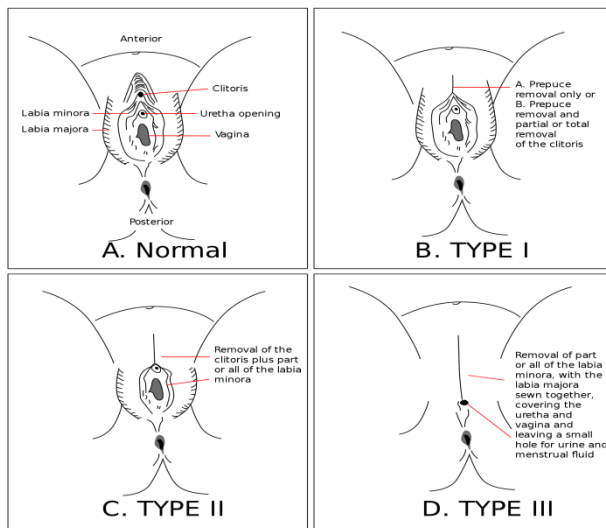
Enligt WHO:s klassificering finns det fyra huvudkategorier av kvinnlig könsstymning (Larssona, Cohena, Hannb, Creightonc & Hodesd, 2018 & Hamid, Trister & Warren, 2018).

Typ1 Klitoridektomi: Innebär partiellt eller fullständigt avlägsnande av klitoris samt av förhud kan förekomma (Siddig, 2016, & Mulongoa, Martin, & McAndrew, 2014)

Typ2 Excision: Den typen av omskärelse innebär att hela klitoristoppen samt delar av inre blygdläpparna skärs bort. Excision av hela de inre blygdläpparna kan förekomma (Forward, 2014).

Typ3 Infibulation: Kallas även för faraonisk omskärelse är den mest extrema typen av omskärelsen. Den vaginala öppningen förminskas. De yttre blygdläpparna sys ihop och täcker över slidöppningen. Längs ner vid anus lämnas en liten öppning för urinen och menstruationsblodet (Hamid, Trister & Warren, 2018, & Morris, 2008, & Adinew, & Mekete, 2017)

Typ4: Här tillhör alla övriga icke-kategoriserade skadliga ingrepp som inte har medicinska skäl. Stickning, prickning, skrapning, bränning är ingrepp som har till syfte att framkalla blödning utan att avlägsna några delar av könsorganet (Mulongoa Martin, & McAndrew, 2014, & Morris, 2008)



Komplikationer

Ingreppet könsstympning medför stora hälsoproblem för flickor och kvinnor. Ingreppet kan medföra akuta hälsoproblem och långsiktiga komplikationer.

En akut och vanlig komplikation är blödning. 25 % av de dokumenterade komplikationerna vid kvinnlig könsstympning är blödning (Little, 2003 & Morris, 2008). Det kan inträffa under pågående ingrepp och orsaken är ofta att kvinnorna som utför operationen är icke-kvalificerad sjukvårdspersonal (Little, 2003). Det förekommer att flickorna kan ha svårt att urinera genast efter ingreppet och under läkningen på grund av svullnad och svåra smärtor (Momoh, Olufade, & Redman-Pinard, 2016). Infektion är också vanligt och orsakas ofta genom att man använder orena instrument. Förutom infektioner kan genomförandet av könsstympning med orena

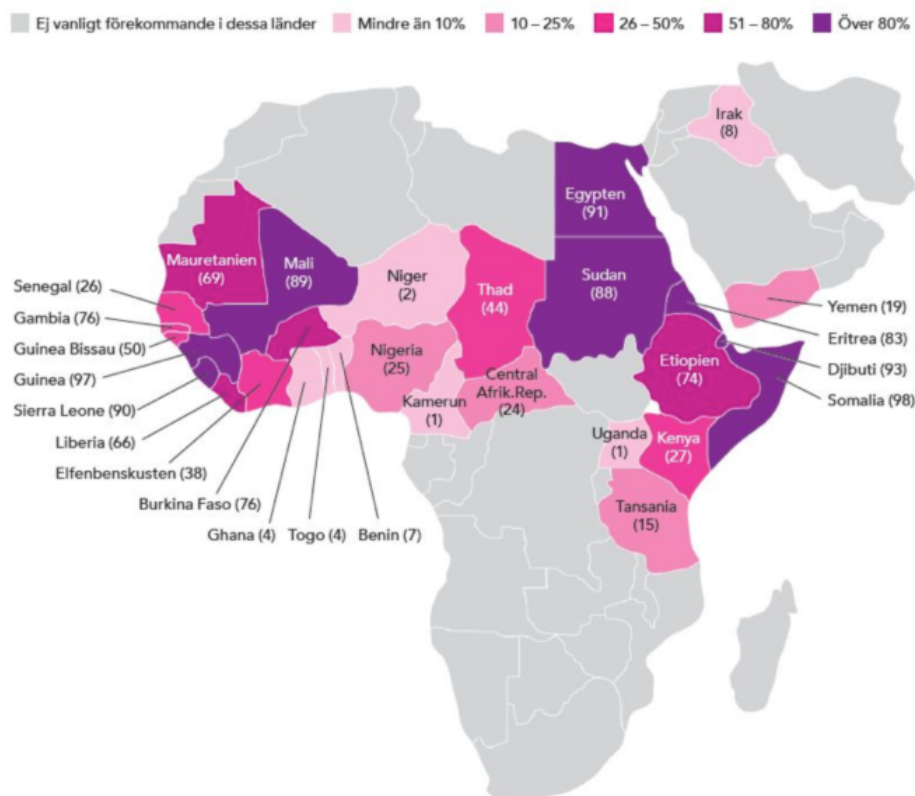
instrument leda till stelkramp och blödning. Ingreppet innebär även stora risker för blodsmittande sjukdomar t.ex. HIV på grund av att ohygieniska instrument används. Kvinnor ges ofta inte någon bedövning eller smärtlindring, vilket kan medföra psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2016 & Morris, 2008). Little menar att i vissa områden ger man flickorna lokalbedövning före ingreppet, men att användningen av smärtstillande och anestesi inte är traditionell (Little., 2003).

Långsiktiga komplikationer och besvär innefattar bland de kvinnor som genomgått typ 3 har en alltför liten öppning. Förhållandet att födelsekanalen är för trång och kan det medföra dödlig utgång för både barn och moder vid förlossningen (UNICEF, 2019annat, återkommande urinvägsinfektion (Little, 2003), menstruationssmärter och svårt att urinera. Det är trångt i slidan vilket gör det svårare för menstruationsblodet att rinna ut ordentligt (Siddig, 2016). Ingreppet påverkar också kvinnans sexualliv, könsstympade kvinnor upplever ofta smärter vid samlag och kan oftare inte njuta av sex. En av de vanligast långsiktiga komplikationerna uppstår vid förlossningar, dessa komplikationer är bland annat infektion och sepsis (Little, 2003). Det förekomma att man klipper upp en födelse kanal under förlossningen eftersom). De negativa psykologiska komplikationer som uppträder hos kvinnor vilka genomgått könsstympling inkluderar posttraumatiskt stressyndrom (PTSS), ångest och depression (Smith, & Stein, 2017 & Farage et al., 2015 & Mulongo, Martin & McAndrew, 2014, & Barber 2010).

Prevalens

Kvinnlig könsstympling är utbredd över flera afrikanska länder men förekommer inte i norra samt södra Afrika. Traditionen praktiseras även i vissa länder i Mellanöstern och Asien: Jemen, Oman, Saudiarabien, förenade Arabemiraten, Bahrain, norra Irak, Malaysia, Indonesien, Pakistan och i Indien (Farage et al., 2015). I Sverige lever 38 000 könsstympade kvinnor och flickor från Somalia, Eritrea och Etiopien. Den största gruppen kommer från Somalia där mera än 98 % av flickorna genomgår kvinnlig könsstympling (Jordal & Wahlberg 2018).

Förekomst av könsstympning av flickor och kvinnor (UNICEF, 2013)



Lagstiftning

Enligt Svensk lag är kvinnlig könsstympning förbjuden i Sverige sedan 1982 oavsett vilken typ av omskärelsen det handlar om. Det är också förbjudet att ta med flickan till ett annat land och utföra omskärelsen där (Socialstyrelsen, 2016). Lag mot kvinnlig könsstympning kom år 1982 och heter (1982:316) och lagen justerades åren 1998, 1999 och 2017 (SFS 2017: 333). De som bryter mot lagen kan dömas till mellan två och fyra år i fängelse. Det har förekommit två fall då personer dömts för brott mot lagen om könsstympning i Sverige efter 2006. Enligt Socialstyrelsen (2016) har båda personerna tagit flickor utomlands för att utföra ingreppet. Det är också förbjudet att efter en förlossning åter sy ihop kvinnor som tidigare genomgått könsstympning (Socialstyrelsen, 2016).

Mänskliga rättigheter

Könsstympning av flickor och kvinnor är ett brott mot de mänskliga rättigheterna (Momoh, Olufade & Redman-Pinard, 2016). Sedan slutet av 1970-talet och början av 1980-talet har FN arbetat mot könsstympning och utnämnt den 6:e februari till FN:s internationella dag mot könsstympning. Artikel 24 i barnkonventionen syftar till att avskaffa alla skadliga traditionella

sedvänjor för barn, bland annat kvinnlig könsstympling och syftar till att vidta alla lämpliga åtgärder för att stoppa dessa (Socialstyrelsen, 2016). Europaparlamentet är kritiskt till kvinnlig könsstympling och ser det som en kränkning och ett allvarligt brott mot de mänskliga rättigheterna. Många länder i Europa har särskild lagstiftning mot kvinnlig könsstympling med straffpåföljder (Socialstyrelsen, 2016).

Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad omvårdnad kan användas som teoretisk referensram som många forskare använt (McCance, & McCormack, 2013). Det är en användbar teori och modell med en struktur som sjuksköterskor kan använda sitt arbete och ingår som en av de sex kärnkompetenserna för sjuksköterskor (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). McCance (2013) definierar att personcentrerad omvårdnad är ett förhållningssätt som innebär att forma relation mellan vårdgivare, patienter och anhöriga. Grunden är respekt för patienten, rätt till självbestämmande, en ömsesidig respekt och förståelse. Syftet med personcentrerad omvårdnad är att arbeta med patientens värderingar, övertygelse, ha empati och möjliggöra delaktighet och samarbete (McCance, & McCormack, 2013). Personcentrerad omvårdnad är en vårdform som innebär att patienten är en aktiv partner och ingår i vårdteamet i sin vård.

Sjuksköterskans roll och ansvar

Sjuksköterskan ska ge könsstympade kvinnor en holistisk vård samt skapa en vårdrelation som grundar sig på tillit. Att öka medvetenheten om ämnet och sprida kunskap om könsstympling är en viktig arbetsuppgift för sjuksköterskan. Den legitimerade sjuksköterskan ska kunna ge en god och säker vård till könsstympade kvinnor. Kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor beskriver sjuksköterskans självständiga ansvar för patientens omvårdnad utifrån de sex kärnkompetenserna. Dessa kärnkompetenser innefattande personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, säker vård och informatik, samt för ledarskap och pedagogiska insatser i omvårdnadsarbetet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Säker vård innebär att en legitimerad sjuksköterska ska kunna arbeta proaktivt, vidare ska även sjuksköterskan identifiera och dokumentera vårdskador som patienter kan drabbas av eller riskerar att drabbas av. Därtill ska sjuksköterskan kunna ge en säker vård av och hög kvalitet. Detta kan göras genom att arbeta enligt evidensbaserad vård på ett säkert sätt och följa såväl nationella som lokala rutiner (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017).

Vidare skall den legitimerade sjuksköterskan utföra sitt arbete med respekt för patientens rättigheter, värderingar, vanor, religion samt respektera patientens självbestämmande, integritet och värdighet (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017).

Hälso- och sjukvårdspersonalen har skyldighet att skydda flickor som riskerar att utsättas för könsstympling (Momoh, Olufade, & Redman-Pinard, 2016 & Johnsdotter, 2019). En legitimerad sjuksköterska har anmälningsplikt och det är viktigt att göra en orosanmälan vid misstanke om att en flicka utsatts för eller riskerar att utsättas för könsstympling. Som privatperson kan man också anmäla anonymt. En av de sex kärnkompetenserna för sjuksköterskor är att ge information (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Det är viktigt att

sjuusköterskan informerar nyanlända föräldrar om den svenska lagen mot kvinnligt könsstympning och vad konsekvenserna blir om man bryter mot lagen (Socialstyrelsen, 2016). Att våga ställa frågor i mötet med könsstympade kvinnor är viktigt. Enligt Socialstyrelsen har många inom vården upplevt att det är svårt att ställa frågor till patienter om könsstympning av olika anledningar t.ex. bristande kunskap. Idag är det vanligt att sjuusköterskor möter kvinnor som genomgått könsstympning och då gäller på samma sätt som vid mötet av andra kvinnor att kunskap och kommunikation är nyckeln till god vård (Socialstyrelsen, 2016).

Kvinnors upplevelse av könsstympning

Smith & Stein, (2017) menar att en studie som genomförts i Gambia samt bland immigranter i Norge och Holland ger stöd för att kvinnlig könsstympning ger negativa psykologiska konsekvenser för de utsatta. Kvinnorna som deltog i den Holländska studien berättar om dåliga minnen, känslor av rädsla och maktlöshet, ilska, skam och skuld samt att majoriteten av kvinnorna led av någon form av långvariga problem. I studien från Norge rapporterade kvinnorna om posttraumatiska stresssymptom som blev värre efter migrationen. Kvinnorna i studierna beskriver olika "copingmekanismer" för att hantera händelserna mentalt som att hämta styrka och trygghet ur sin tro och religiösa aktiviteter samt genom att samtala med sina vänner (Smith & Stein, 2017).

Problemformulering

De tidigare studierna fokuserar främst på att öka kunskapen om kvinnlig könsstympning. Att genomgå könsstympning är för kvinnor både psykiskt och fysisk påfrestande. När könsstympade kvinnor söker vård finns det flera utmaningar och svårigheter, bland annat att söka vård i ett nytt land och att förstå sjukvårdssystemet. För att kvinnorna skall söka vård för sina komplikationer behövs det förtroende och tillit till vårdpersonalen. Hälso- sjukvårdspersonalen saknar kompetens eller har bristande kunskap om de hälsokonsekvenser som könsstympade kvinnor lider av (Jordal & Wahlberg 2018). Möten med dessa patienter kan vara utmaning för vårdpersonalen pga. av olika kulturer och traditioner där kvinnans sexualitet skiljer sig åt. I Sverige bedrivs jämlik vård som innebär att hälso- och sjukvård skall ges på lika villkor till alla. För att kunna förbättra könsstympade kvinnors hälsa behövs närmare forskning om deras upplevelser och bemötandet med vårdpersonalen. Denna litteraturstudie kommer att handla om könsstympade kvinnor och deras upplevelse med att möta vårdpersonalen i ett nytt land.

Syftet

Syfte med denna studie är att genom en litteraturstudie belysa hur könsstympade kvinnor upplever bemötande av vårdpersonalen.

Metod

Detta är en metasynthesstudie som innebär systematisk litteratursammanställning av forskningsresultat där studierna har en kvalitativ analys (Willman & Stoltz 2012). Metasynthesstudie ger en helhetsbild av forskningsområdet samt värderar om det finns vetenskapligt stöd i en viss fråga. Denna forskning passar till studiens syfte, där de könsstympade kvinnornas perspektiv om hur de blir bemött av vårdpersonalen kommer fram i studien. Det är ett arbetssätt som underlättar att omvandla teoretiskt forskningsresultat till praktisk omvårdnadsarbetet (Friberg, 2012).

Datainsamling

Syftet med datainsamlingen var att få fram relevant litteratur till studien och en arbetsmetod med två olika faser valdes: den inledande informationssökningen och den egentliga informationssökningen (Friberg, 2012). Den inledande informationssökningen påbörjades i bibliotekets metasöktjänster som kallas för Supersök där det fanns rapporter, böcker och artiklar. Sökandet i den inledande fasen var att få fram bakgrundsinformation vilket underlättade att få en överblick och gå vidare till den egentliga informationssökningen. För att kunna skapa struktur och hantera mängden information valdes en systematisk sökning vilket är det andra steget d.v.s. den egentliga informationssökningen.

Databaserna Cinahl, Pubmed och Scopus valdes för att kunna hitta vetenskapliga artiklar. Cinahl innehåller tidskrifter som är inriktad mot omvårdnadsvetenskap. Pubmed är mer inriktat mot medicin och vårdvetenskap jämfört med Scopus som är mer riktat mot omvårdnadsvetenskap (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2017). Svensk Mesh och Cinahl headings användes för att hitta relevanta sökord. Söktermer som användes under sökningsprocessen var female, genital, mutilation, circumcision, experience, nursing. Sökorden kombinerades i de olika databaserna med hjälp av två booleska sökoperatörer: AND och OR för att kunna begränsa samt få fram artiklar inom ämnet (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2017). En sekundär sökning gjordes genom att databaserna hade automatiska sökningarna på liknande artiklar.

Urval

Urvalet gjordes i flera steg. Databaserna hade olika funktioner där man kunde göra vissa avgränsningar t.ex. tid, språk, dokumenttyp och peer reviewed. Genom att läsa studiens titel och abstrakt kunde relevanta studier väljas ut till resultatet (Friberg, 2012). Tjugo studier som svarade an på studiens syfte valdes. I andra urvalet granskades studiernas syfte, inledning, metod och resultat. Alla översiktsartiklar exkluderades och sparades till att användas i diskussion eller bakgrund. I det tredje urvalet satt författarna och diskuterade vilka studier som kunde vara lämpliga till resultatet. Tolv artiklar kvalitativa och mixad valdes ut till vidare granskning. Efter granskning av artiklarna var det 5 artiklar som exkluderades. Det blev sju artiklar kvar och därför blev det nödvändigt att påbörja nya artikelsökningar vilket gav ytterligare tre artiklar. Det slutgiltiga antalet artiklar som valdes ut och som svarade an mot syftet var 10 stycken.

Dataanalys

Metasyntes valdes som analysmetod till studien vilket innebär att tidigare studier analyserades och det skapas en sammansatt kunskap om specifikt ämne (Friberg, 2012). Artiklarna klassificerades för att kunna analysera vilka studier som skulle inkluderas samt kvalitets bedömdes enligt SBU granskningsmall. Av de tio studierna som valdes ut var åtta kvalitativa studier och två mixade. De mixade studierna hade både kvantitativ och kvalitativ studiedesign men endast den kvalitativa delen skulle ingå i denna studies resultat. I granskningsprocessen läste författarna de valda artiklarna noggrant i sin helhet flera gånger och sökte utifrån likheter i artikelns resultat som motsvarade studiens syfte. De erfarenheter och upplevelser som könsstympade kvinnor hade av vårdpersonalens bemötande skrevs ner. Då formades en tematisering och nästa steg blev att reducera till subtema. Det gjordes en systematisk jämförelse där författaren sökte likheter och skillnader mellan subteman och teman. Det växte fram tre huvudteman vilka alla hade subteman.

Etiska överväganden

Det krävs god forskningsetik när man genomför ett vetenskapligt arbete. Detta på grund av att man skall skydda de som medverkar i studien (Kjellström, 2017). Artiklarna som valdes ut för att bidra till studiens resultat har noga studerats och granskats med avseende på deras etik. I samtliga artiklarna framgår det tydligt att dessa har blivit godkända av etiska kommittéer.

Resultat

I resultatet framkom tre huvudteman vilka är: bemötande av vårdpersonalen, rädsla som är förknippad med könsstymning och kulturkompetens. Dessa huvudtema har nio subteman.

| Huvudtema | Subtema |
|---|---|
| Bemötande av vårdpersonal | <i>Kompetens</i> |
| | <i>Icke-verbal kommunikation</i> |
| | <i>Kvinnlig könsstymning är stigmatiserande</i> |
| Rädsla som är förknippad med könsstymning | <i>Gynekologisk undersökning</i> |
| | <i>Förlossning</i> |
| | <i>Förlorad sexualitet</i> |
| | <i>Smärta</i> |
| Kulturkompetens | <i>Kulturella skillnader</i> |
| | <i>Kvinnlig vårdpersonal</i> |
| | <i>Kommunikationsbarriär</i> |

Bemötande av vårdpersonalen

Det fanns flera faktorer som påverkar vårdpersonalens bemötande av könsstympade kvinnor, till exempel kunskap, attityder, kommunikation och tidigare vårderfarenheter (Isman, Ekéus & Berggren, 2013, Uppvall, Mohammed & Dodge, 2008 & Jacobson et al., 2018 & Ormrod, 2019 & Moxey & Jones, 2015). De könsstympade kvinnorna hade både positiva och negativa erfarenheter av vårdpersonalen (Lundberg & Gerezgiher, 2006 & Vloeberghs, Kwaak, Knipscheer & Muijsenbergh, 2012).

Kompetens

När läkaren och barnmorskan hade kompetens, erfarenheter att vårda denna patientgrupp upplevde kvinnorna trygghet och glädje i att kunna möta personal som kunde hjälpa dem med deras besvär. Lundberg menar i sin studie att när könsstympade kvinnor träffade personal som saknade kunskap att vårda kände sig kvinnorna osäkra och upplevde oro, rädsla och ångest. (Lundberg, & Gerezgiher, 2006).

Det är återkommande i flera studier att vårdpersonalen hamnar i chock när de såg hur det såg ut efter könsstympningen. Vissa kvinnor tillfrågades av läkaren om de hade drabbats av en olycka eller brännskada (Thierfelder, Tanner, Bodiang, 2005). Läkaren frågade varför deras vagina ser annorlunda ut, om det hade hänt en olycka eller de har bränt sig (Jacobson, et al., 2018). En deltagare berättade om när läkaren undersökte henne gynekologiskt och hade svårt att hitta hennes vagina och läkaren ställde då frågan var hennes vulva tog vägen och om hon hade haft cancer. Det hade gått så långt att viss vårdpersonal trodde att kvinnorna var födda med kvinnlig könsstympning och kvinnorna fick heller inte frågan om de hade genomgått kvinnlig könsstympning (Ormrod, 2019).

Icke-verbala kommunikation

De omskurna kvinnorna beskrev hur läkaren, barnmorskor och sjuksköterskorna stirrade när de upptäckte att kvinnorna var könsstympade (Vloeberghs, Kwaak, Knipscheer & Muijsenbergh, 2012). De berättade att personalens ansiktsuttryck förändrades och visade uttryck för avsky (Isman, Ekéus & Berggren 2003). Det fanns flera återkommande situationer när vårdpersonalen inte visade respekt för deras integritet (Jacobson et al., 2018). Kvinnorna uppfattade sig vara studieobjekt för vårdpersonalens nyfikenhet samt att studenter deltog i undersökningarna utan kvinnans samtycke. En könsstympad kvinna återberättar en hemsk situation som hon var med om när hon kom till Sverige (Vloeberghs, Kwaak, Knipscheer & Muijsenbergh, 2012). Hon kom för att utföra en abort och skulle genomgå en defibulation men plötsligt såg hon hur hela operationssalen fylldes av vårdpersonal och all uppmärksamhet hamnade på hennes underliv. Patienterna önskade mer integritet och intimitet under undersökningarna (Thierfelder, Tanner & Bodiang, 2005). Kvinnorna beskriver att de flera gånger kände hur vårdpersonalen såg ner på dem och förminskade könsstympade kvinnor. Sjuksköterskor, barnmorskor och läkare kränkte de könsstympade kvinnor när de närvarande men ingen kunde konfrontera vårdpersonalens kränkande beteende. Jacobson et al, (2018) understryker att de könsstympade kvinnorna rapporterade samma negativa bemötande oavsett om de hade bott i Kanada i 3 år eller 18 år. Det finns behov av en reproduktiv hälso- och sjukvård som inkluderar könsstympade kvinnor (Jacobson et al., 2018).

Kvinnlig könsstympning är stigmatiserande

När kvinnorna levde i sina hemländer var det stigmatiserat att inte genomgå omskärelse, men när de kom till ett nytt land där kvinnlig könsstympning var kriminaliserat ledde det till att de istället kände stark skam i mötet med vårdpersonalen (Isman, Ekéus & Berggren 2013).

Vårdpersonalen är extremt ovillig att ta upp ämnet kvinnlig könsstympling (Ormrod, 2019). Kvinnorna kände sig onormala p.g.a. de obehagliga erfarenheterna och blickarna från vårdpersonalen Jacobson et al., (2018). I studien av Vloeberghs, Kwaak, Knipscheer & Muijsenbergh (2012), berättade en deltagare att hon kunde se vårdpersonalens ansikte, känslor och hur de såg på hennes kropp. Hon upplevde att dessa blickar orsakade smärta och gjorde henne sjuk. Enligt Ormrod (2019) lider dessa kvinnor i tystnad eftersom det inte finns människor som förstår dem vilket orsakar ett smärtsamt lidande inombords (Ormrod, 2019). Känslor av skam kunde nå en punkt där könsstympade kvinnor inte längre sökte hjälp för sina problem menar Vloeberghs Kwaak, Knipscheer & Muijsenbergh, (2012). Kvinnlig könsstympling är ett ämne som det inte fanns någon öppen diskussion om i de samhällen där det praktiserades (Jacobson et al., 2018).

Rädsla som är förknippad med könsstympling

Könsstympade kvinnor kände rädsla som var förknippad med könsstympling vid gynekologiska undersökningar, förlossning, förlorade sexualitet och smärta.

Gynekologisk undersökning

Många könsstympade kvinnor rapporterade svårigheterna som läkare och barnmorskor hade haft med att utföra vaginal undersökning, vilket gjorde proceduren långvarig och smärtsam (Thierfelder, Tanner & Bodiang, 2005). Särskilt gynekologisk cellprovtagning orsakade mycket oro för kvinnor menar Ormrod (2019). När sjuksköterskorna skulle utföra vaginal undersökning frågade de inte om kvinnorna hade genomgått könsstympling, de berättade även att proceduren skulle vara kort samt smärtfri. En deltagare som har genomgått typ 3 könsstympling återberättade att hon försökte samarbeta med sjuksköterskan men kände hur paniken kom vid undersökning på grund av de traumana i samband med tidigare könsstympling har orsakat henne. Hon berättade även att hon brukade vara rädd och åter mindes händelsen från Afrika. Kvinnorna skakade av rädsla och gillade inte att någon rörde deras underliv speciellt när proceduren krävde att sjuksköterskor skulle känna på slidan. En kvinna som hade posttraumatiskt stressyndrom kunde minnas könsstymplingen hon blev utsatt för som barn varje gång hon besökte sjukhuset (Isman, Ekéus, & Berggren V., 2013). Enligt Jacobson et al. (2018) lider könsstympade kvinnor oftare av perinatalt trauma jämfört med andra kvinnor utan könsstympling. Sjuksköterskor borde diskutera de bekymmer och lidande som könsstympade kvinnor har upplevt i samband med gynekologiska undersökningar (Ormrod, 2019)

Förlossning

De könsstympade kvinnorna uttryckte rädsla inför att föda barn. Berggren, Bergström & Edberg, (2006) menar att kvinnorna beskriver hur de upplevde osäkerhet och chock när de insåg att deras barnmorska inte hade någon kunskap om könsstympling. De visste inte hur infibulationen skulle öppnas till deinfibulation (Berggren, Bergström & Edberg, 2006). En annan kvinna upplevde under förlossning att flera barnmorskor och övrig vårdpersonal inte hade kunskap om könsstympling och de var osäkra på hur de skulle hjälpa henne., kvinnan återberättar att hon har sagt till vårdpersonal att de kunde göra kejsarsnitt, men de svarade att detta inte behövdes. Vloeberghs menar att patienten var rädd för sin säkerhet (Vloeberghs, Kwaak, Knipscheer & Muijsenbergh, 2013).

Thierfelder, Tanner, & Bodiang, (2005) beskriver att alla kvinnor som genomgått typ 2 behöver göra deinfibulation vid födsel. Det betyder att vulva som är ihop sydd öppnas, det ingreppet

utförs av läkaren under förlossning i avsikt att förebygga komplikationer Thierfelder, Tanner, & Bodiang, (2005). Vidare visade det sig att alla deltagare i studien (12 kvinnor) genomgått deinfibulation på schweiziska sjukhus, samt att åtta av dem har genomgått reinfibulation (Thierfelder, Tanner & Bodiang, 2005). Kvinnorna som har genomgått deinfibulation före förlossning hade en positiv upplevelse av detta och menade att deinfibulationen gjorde det lättare att föda (Moxey & Jones 2015). När det gäller deinfibulation hade kvinnorna olika åsikter enligt Moxey & Jones (2015) en del deltagare uttrycker att det är bättre att vänta med att göra operation till i samband med förlossningen medan andra tycker att det är bättre att göra tidigare för det minskar fysiska problem vid samlag.

Studien av (Berggren, Bergström & Edberg, (2006) påvisar att kvinnorna var rädda för kejsarsnitt. En kvinna beskrev att hon var rädd för att genomgå kejsarsnitt, dels för att vänner till henne har avlidit på grund av komplikationer vid kejsarsnitt. Dels för att det inte rekommenderas att man blir gravid om man genomgått kejsarsnitt flera gånger. Det begränsar antal gånger som de kan bli gravida (Berggren, Bergström, & Edberg, 2006). Studie av Jacobson D., et al (2018) uttrycker kvinnorna att de kände sig pressade att genomgå operationen när de själva inte ville. Vidare berättar kvinnorna att de inte har fått tillräckligt information om kejsarsnitt eller att det fanns fler alternativ. I en studie genomförd i Schweiz upplevde kvinnorna att man allt för ofta utförde kejsarsnitt på små sjukhus och att anledningen var att de inte hade kunskap om könsstympning och det är en rutin att utföra kejsarsnitt på dessa kvinnor (Thierfelder, Tanner & Bodiang, 2005).

Förlorad sexualitet

När sjuksköterskor skulle skapa strategier som främjade könsstympade flickors hälsa förankrades detta i en biomedicinsk modell, vilket innebär att kroppsliga funktioner prioriteras och i detta fall könsorganen (Palm, Essén & Johnsdotter, 2019). Vårdpersonalen var övertygad om att könsstympade kvinnor har fått försämrade sexuell funktionalitet efter alla typer av omskärelse och hade svårt att njuta av sex. Könsstympade kvinnor understryker att sjuksköterskor måste vara försiktiga med att berätta för flickor om alla dessa komplikationer (Ormrod, 2019). En sjuksköterska hade en lektion om sexualundervisning och märkte att eleverna blev oroliga för hur sexuella aktiviteter skulle kunna genomföras på ett behagligt sätt om en tjej hade förändrat könsorganen. Men sjuksköterskan konfronteras med nya idéer av en kvinnlig tolk som gav ett annat perspektiv kring ämnet. Den könsstympade tolken försäkrade flickorna att hon själv som var gift och omskuren hade ett tillfredsställande sexliv. Hon känner lust och sexuell njutning. Dock finns det kvinnor vars förhållande misslyckades delvis på grund av sexuella och intima svårigheter (Isman, Ekéus & Berggren, 2013, Uppvall, Mohammed & Dodge, 2008 & Jacobson et al., 2018 & Ormrod, 2019 & Moxey & Jones, 2015). Könsstympade kvinnor känner sig väldigt ofta generade av att prata om sex. Därför blir de lättare isolerade och kan drabbas av psykiska sjukdomar.

Smärta

Det förekommer mycket smärta efter ingreppet vid könsstympning. Bland dessa smärtor är smärta i samband med ingreppet, smärta under urinering, smärta under menstruation, smärta vid defibulation, smärta under första samlaget samt smärta vid förlossning (Jacobson et al., 2018). Smärtan kan vara orsaken till att kvinnor söker vård men dessa kvinnor lider av olika slags smärta och undviker att söka vård på grund av det är skamligt att visa smärtan. Isman, Ekéus, & Berggren (2013) menar att kvinnorna i denna studie berättar att de har lärt sig att inte

visa sin smärta som barn och de fortsätter att inte uttrycka smärtan (Isman, Ekéus, & Berggren., 2013 & Uppvall, Mohammed, & Dodge, 2008).

Kulturkompetens

Att respektera patientens kultur och religion var nyckeln till att utveckla goda professionella relationer berättade de könsstympade kvinnorna (Moxey & Jones, 2016). Barnmorskor som var medvetna om kulturella och religiösa skillnader formulerade frågor till kvinnorna om könsstympning på ett kulturellt känsligt sätt. Kvinnor hade inga problem när vårdpersonalen frågade om de planerade att utsätta sina döttrar för ingreppet.

Kulturella skillnader

I flera studier framkom det att deltagarna trodde att kvinnlig könsstympning praktiseras i hela världen (Isman, Ekéus & Berggren, 2013 & Uppvall, Mohammed & Dodge, 2008 & Jacobson et al., 2018). Kvinnor anser att omskärelse är en del av deras kulturella traditioner och religion och föredrar därför att fortsätta utföra könsstympning på sina döttrar (Uppvall, Mohammed & Dodge, 2008). Att bli omskuren gav kvinnorna en känsla av fullständighet och tillhörighet. Kvinnlig könsstympning betraktas som en symbol för den egna kulturen och för ursprungslandet. Vidare berättar kvinnorna att arbetet mot omskärelsen är ett hot mot deras länder (Isman, Ekéus, & Berggren, 2013).

Att inte bli omskuren kan leda till ofördelaktiga konsekvenser för kvinnan t.ex. kan det bli svårare att bli gift. Därför finns det en rädsla hos kvinnorna att deras döttrar inte kommer bli gifta om de inte är omskurna. Det kan även vara så dessa kvinnor i sin tur inte vill att deras söner gifter sig med kvinnor som inte är omskurna. Från kvinnorna synvinkel är det mycket konstigt att de inte får utföra könsstympning på sina flickor i samma länder som tillåter människor att dricka alkohol (Uppvall, Mohammed & Dodge, 2008.) När de berättar om vikten av att uttrycka kulturen uppger de könsstympade kvinnor att de upplever det som dubbelt skamfullt att vara annorlunda. Dels det är en skam i deras ursprungsländer att inte vara omskuren och dels att det är det skamfullt vid möten med barnmorskor i Sverige att vara omskuren. (Berggren, Bergström & Edberg, 2006).

Kvinnlig vårdpersonal

Kvinnor upplever att det är svårare att diskutera med en manlig vårdpersonal frågor kring könsstympning och de föredrar att ha kvinnlig vårdpersonal. De har mer självförtroende vid möten med barnmorskor än med manliga läkare (Thierfelder, Tanner & Bodiang, 2005). En annan studie berättar en av kvinnorna som har deltagit i studien att hon hade komplikationer relaterade till könsstympning, men att hon inte ville söka vård på grund av att deras husläkare var en man och hon ville inte visa upp sin kropp för läkaren eller få känsliga frågor (Vloeberghs, Kwaak, Knipscheer & Muijsenbergh. 2012)

Kommunikationsbarriär

Könsstympade kvinnor som kommit till länder i väst uppger att de inte kunnat kommunicera med läkare och annan vårdpersonal på grund av bristande språkkunskaper. Kvinnornas språkkunskaper var bristfälliga och därför kunde de inte ställa frågor relaterade till deras hälsa.

Vidare berättade kvinnorna att det fanns få tolkar i deras område och att använda sig av telefontolk tyckte de var pinsamt (Uppvall, Mohammed & Dodge 2008). Många kvinnor höll med om att språket är nyckeln till allt. Utan förmågan att uttrycka sig kunde kvinnorna inte finna information, kommunicera om problem och behov eller ens blir förstådda av vårdpersonalen. (Moxey & Jones., 2015). Kvinnorna som deltog i studien beskriver att anhöriga som agerar som tolk vid möten med läkare inte översätter deras frågor till läkaren utan tystar istället och säger att det är en skamlig fråga att ställa och att läkaren inte behöver känna till allt (Uppvall, Mohammed & Dodge, 2008). En av kvinnorna uttryckte att hon önskade att hon hade ett sätt att kommunicera direkt till vårdpersonalen (Uppvall, Mohammed & Dodge, 2008). I en studie av Thierfelder, Tunner & Bodiang (2005) uppger majoriteten av de kvinnor som deltagit att de inte har blivit tillfrågad om kvinnlig könsstympning under möten med vårdpersonalen på grund av språkbrist (Thierfelder, Tunner & Dodge, 2005).

Diskussion.

Metoddiskussion

Denna litteraturstudie är baserad på 10 artiklar som besvarade studiens syfte: Att beskriva hur könsstympade kvinnor upplever bemötandet från vårdpersonalen. Artiklarna som valdes ut var åtta kvalitativa studier och två mixad. I de mixade studierna användes den kvalitativa delen till resultatet. Vi fokuserade på kvalitativa studier eftersom författarna anser att den kvalitativa metoden är en styrka för studierna då de innehåller kvinnornas egna upplevelser och erfarenheter. Vi har eftersträvat att just beskriva könsstympade kvinnornas upplevelser. Studierna var skrivna på engelska men när översättningen till svenska har gjorts har det hänt att vissa ord försvann eller att innebörden inte blev exakt, vilket är en svaghet i studien.

Databaserna som användes var Cinahl, PubMed och Scops och sökningarna gjordes med samma söktermer. Vi fann liknande studier i de olika databaserna vilket var en styrka och bekräftade att våra söktermer var korrekta. I början tänkte vi att de engelska söktermerna skulle vara female, genital, mutilation, circumcision och kombinera med experience och nursing men detta gav få träffar. Därför valde vi att hålla oss enbart till söktermerna och läsa igenom många studier. Databaserna gav oss många träffar, vi hade svårigheter att få tillgång till fulltexter på några av studierna i Cinahl. En sekundär sökning gjordes genom att databaserna hade automatiska sökningarna på liknande artiklar. Pubmed hade den tjänsten vilket var en effektiv metod att hitta relevanta studier. Vår arbetsmetod krävde mycket tid och energi men till slut ledde den till att vi fann artiklar som kunde inkluderas i studien.

Det var svårt att hitta studier som handlar om könsstympade kvinnors upplevelser. Vi gjorde avgränsningarna att dels endast fokusera på kvinnor som har emigrerade till väst. Studierna berörde vuxna kvinnor förutom i en studie som handlade om vilket perspektiv vårdpersonalen hade om könsstympade kvinnors sexualitet. Kvinnlig könsstympning är inte tillräckligt forskat och studierna som vi använde oss av sträckte sig från 2003-2019. Det var svårt att finn studier som handlade om yngre flickor eftersom sådana skulle kräva föräldrarnas samtycke och många

av dessa anser att deras traditioner är värdefulla. Därför valde vi avgränsa till vuxna kvinnor. Alla de valda studierna förutom en handlar om förlossning och graviditet.

De inkluderade artiklarna kommer bara från västerländska länder men vi hittade även många studier som genomförts i de länder där det är vanlig att man praktiserar kvinnlig könsstympning. Författarna till denna studie anser att detta förhållande kan vara en svaghet i studien att endast inkludera västerländska studier. Men detta är någonting som kunde påverka mötet mellan vårdpersonalen och könsstympade kvinnor samt bidra till resultatet med fler olika perspektiv. För att stärka studiens trovärdighet har de båda författarna suttit sida vid sida och läst tjugo artiklar och sedan diskuterat vilka som skall ingå för att bidra till studiens resultat. Båda skribenterna granskade samtliga artiklar och vi kvalitetsbedömde 13 artiklarna med hjälp av statens beredning för medicinsk utvärdering SBU (2014). Alla de granskade artiklarna hade etiskt godkännande. Tre artiklar exkluderades från studien då vi bedömde att de hade för låg kvalitet. De studier vi valde att inkludera i denna studie har medelhög eller hög kvalitet. Detta arbetssätt som vi valde att använda stärker arbetets trovärdighet (Henricson, M., 2017).

Analysmetoden som vi valde att använda i denna studie var metasyntes. Det passar väl publicerade studier med kvalitativ ansats forskning. Genom den metoden omtolkade vi tio de studiernas resultat för att beskriva de könsstympade kvinnornas upplevelser (Friberg, 2014 & Willman & Stoltz, 2017)

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att beskriva hur könsstympade kvinnor upplever bemötande av vårdpersonalen. Deras upplevelser indelades i tre huvudteman med subtema: bemötande av vårdpersonalen, rädsla som är förknippad med könsstympning och kulturkompetens. Resultatet visade att det finns kompetensbrist hos vårdpersonalen att bemöta samt att vårda denna patientgrupp. Vårdpersonal som hade erfarenheter att vårda omskurna kvinnor rapporterade att de hade förtroende och kände sig tryggare att bemöta könsstympade kvinnor (Lundberg, & Gerezgiher, 2006).

När vårdpersonalen saknade utbildning och inte hade förståelse för kvinnlig könsstympning upplevde de könsstympade kvinnor otrygghet. Säker vård är en av sjuksköterskans kärnkompetens då krävs det från sjuksköterskan att ha en ökande kunskap om kvinnlig könsstympning för att kunna ge en god vård till dessa kvinnor (Säker Vård, 2016). De könsstympade kvinnor genomgick kejsarsnitt trots att detta inte var nödvändig vilket kunde leda till vårdskador (Thierfelder, Tanner & Bodiang, 2005). Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) innehåller bestämmelser om att vårdgivare ska bedriva en patientsäker vård (Öhrn, 2014). De som ansvarar för patientsäkerhet är vårdgivare, verksamhetschef och medarbetare. Omskurna kvinnor upplevde mycket skam, skuld känslor och dåligt självkänsla. De könsstympade kvinnorna uppfattade att vårdpersonalen hade svårt att ta upp ämnet och kände att personalen hade svikit dem (Vloeberghs, Kwaak, Knipscheer & Muijsenbergh, 2012). Om vårdpersonalen hade ett personcentrerat förhållningssätt skulle kvinnorna känna sig bekräftade och sedda då skulle de ha positiv upplevelse av vården (McCance, T & McCormack, B, 2013).

De könsstympade kvinnorna önskade mera integritet vid de gynekologiska undersökningarna (Thierfelder, Tanner & Bodiang, 2005). Respekten för patienten integritet är en grunden i personcentrerad omvårdnad och sjuksköterskan ska arbeta utifrån ett förhållningssätt som stödjer detta. Det förekom i studiens resultat att studenter deltog vid gynekologiska undersökningar utan de könsstympade kvinnor samtycke (Thierfelder, Tanner & Bodiang, 2005). De könsstympade kvinnor ha rätt vara delaktiga i sin vård. Delaktighet i vården uppstår när patienten kan medverka i processen för delad beslutfattande (McCance, T & McCormack, B, 2013).

Kvinnorna uttryckte mycket rädsla, rädsla för gynekologiska undersökningar, rädsla för förlossning samt förlorade sexualitet (Berggren, Bergström & Edberg, 2006), (Ormrod, 2019). Vårdpersonalen ska ha ett personcentrerat arbetssätt. Vilket innebär att vårdpersonalen och könsstympade kvinnor behöver formar en vårdrelation som vilar på en mellanmänsklig relation vilket ger en terapeutisk nytta till patienterna (McCance & McCormack, 2013).

Patienterna kände att könsstympning hade orsakat sexuella komplikationer och negativt påverkade deras sexliv.(Isman, Ekéus & Berggren, 2013, Uppvall, Mohammed & Dodge, 2008 & Jacobson et al., 2018 & Ormrod, 2019 & Moxey & Jones, 2015). Hulter, B (2009) menar att patientens upplevelse av sin sexualliv är viktigt och att sjuksköterskans uppgift är att ställa frågor. Människor är olika och en förändring av deras sexualliv kan innebära identitetskris (Hulter, B, 2009).

Studien av Ogusiji (2016) bekräftar att de kulturella skillnaderna mellan barnmorskorna och kvinnorna är ett annat dolt problem som påverkar vårdrelationen. Kvinnorna hade mera förtroende för sina familjemedlemmar än för vårdpersonalen. Exempelvis önskade patienterna kvinnlig vårdpersonal eftersom de tyckte att det var svårt att diskutera könsstympning med manliga läkare (Ogusiji, 2016). Språkbarriären mellan vårdpersonalen och de omskurna kvinnor var en annan faktor som förstärker rädslan. Det framkom i studiens resultat att kvinnorna var medvetna att språkbarriären var anledningen till de inte hade fått tillräcklig information och inte kunde ställa frågor till vårdpersonalen om deras hälsa (Degni, Suominen, Essen, Ansari & Julkunen, 2012). Det är viktigt att vårdpersonalen följer förvaltningslagen (1986:233) och anlitar en tolk vid mötet med patienter som inte behärskar svenska (Socialstyrelsen, 2005).

Föräldrar var oroliga att när de kom till länder som tyckte att deras tradition kvinnlig könsstympning var något främmande och ett avvikande socialt beteende. De är fast mellan två olika kulturer och känner sig hjälplösa samt förvirrade. När de könsstympade kvinnor kommer till länder där ingreppet är kriminaliserat upplever de intern konflikt (Jackson, 2017, & Walberg & Johnsdotter, 2019).

I en studie av (Khaja, Lay & Boys, 2010) var en del kvinnor upprörda över att kvinnoorganisationer i väst beskrev kvinnlig omskärelse som ett övergrepp och att man inte brydde sig om sina barn. De ansåg att vårdpersonalen istället borde fokusera på de negativa hälsoeffekter som ingreppet för med sig. De kände sig förolämpade av att de fastän de älskade sina barn beskrevs som om de hade begått övergrepp. Dessa lagar menade de förolämpade deras

mödrar, samhällen, land och deras afrikanska ursprung. Wahlberg & Johnsdotter (2018) bekräftar när omskurna kvinnor har immigrerat från deras länder och hade kommit till ett land med andra värderingar, normer har de anpassat sig och följer reglerna i landet. När de hade upptäckt att kvinnlig könsstympning är skadligt och orsakar svåra hälsokomplikationer tog de starkt avstånd från detta.

Temat gick in varandra och skapade större perspektiv av kvinnornas upplevelse. I de inkluderade studiernas resultat framkom att kunskapsbrist hos vårdpersonalen kvarstår trots kvinnorna har bott i dessa länder över 20 år. Frågan är om det finns en samhällsstruktur som påverkar att könsstympade kvinnors vård inte har förbättrats. Studien av Blackford (2003) menar att sjukvårdssystem har en exkluderande kultur som förhindrar en rättvis vård samt osynliggjorde människor som var icke-engelsktalande. Det finns ett bredare samband mellan hälso- och sjukvården, regeringspolitik och institutionella strukturer som påverkar omvårdnad praxisen (Blackford, 2003). Könsstympade kvinnor tillhör en marginaliserad grupp av samhällets migranter. De har låg utbildning, samt är socioekonomiskt utsatta jämfört med inrikes födda kvinnor i landet (Guendelman, Weintraub-Ritterman, Fernald, & Horwitz - Kaufer, 2013). Det är sjuksköterskans ansvar att driva ett vårdarbete som grundar sig på mänskliga rättigheter, respekt för patientens värderingar, sedvänjor och trosuppfattning (Sjuksköterskeförening, 2017).

Slutsats

Det framkommer i denna studie att de könsstympade kvinnorna upplevde dålig attityd i mötet med vårdpersonalens. Vårdpersonalen hade bristande kunskaper om könsstympning. Denna okunskap hos vårdpersonalen utgjorde grunden till flertalet av de faktorer som gjorde att kvinnorna kände sig förminskade och dåligt informerade. De upplevde skam och detta ledde även till att kvinnorna drabbades av onödiga medicinska komplikationer. Språkliga begränsningar hos de könsstympade kvinnorna har även påverkat mötet på ett negativt sätt som gjorde att kvinnorna missförstod personalen. De misstolkade deras reaktioner och hade svårt att uttrycka sig rätt sätt. I studiens resultat framkommer att kvinnorna lider både fysiskt och psykiskt på grund av komplikationer till följd av könsstympningen. Ett minskat sexuellt intresse är det vanligaste besväret som framkommer i resultaten och som kan leda till relationsproblem, då dessa kvinnor upplevde smärta vid samlag. Könsstympningen hade en negativ effekt på kvinnornas liv men de upplevde dessutom att de inte möttes av förståelse och respekt från vårdpersonalens sida. Dels fick de inte den hjälpen de behöver och dels upplevde de att de måste försvara sin kultur. I studieresultaten framkommer det att dessa kvinnor saknade de traditionella barnmorskorna som fanns i deras hemland vid förlossningen eftersom dessa barnmorskor var vana vid könsstympade kvinnor. För att kunna ge dessa kvinnor god vård behövs att vårdpersonalen är medveten om den situationen som dessa kvinnor befinner sig i. Det är viktigt att vårdpersonalen är öppen och har god kunskap i ämnet, att de visar förståelse och respekt vilket ger trygghet till kvinnorna. Kulturell kompetens är nödvändig i mötet mellan vårdpersonal och könsstympade kvinnor.

Implikationer för omvårdnad

Resultatet ger en bred kunskap om kvinnlig könsstympning samt tar upp kvinnors erfarenheter av vårdpersonalen. Det kan fungera som underlag vid mötet med könsstympade kvinnor och ge inspiration till vårdpersonalen. Studien kan även bidra till att minska vårdetiska problem som sjukvårdspersonalen ställs inför mötet med könsstympade kvinnor. Sjuksköterskan ansvarar för att ge en personcentrerad vård, förebygga och bekämpa kvinnlig könsstympning. Det krävs attitydförändring hos vårdpersonalen kring kvinnlig könsstympning för att kunna bedriva en god vård. Denna studie ger en fördjupad komplexitet som könsstympade kvinnor lever med dagligen. Genom att vara medveten om hur könsstympade kvinnor upplever bemötande av vårdpersonalen kan en evidensbaserad vård bedrivas.

Framtid förslag till forskning

I en del studiers resultat förekom det att omskurna kvinnor hade komplikationer efter deinfibulation. De upplevde att operationen hade skadat slemhinnor men det var också psykologiskt påfrestande att få en anatomisk förändrat könsorgan. Det behövs närmare forskning inom området dels om detta stämmer eller om det finns andra sätt att tackla problemet.

Referenslista

- Adinew, Y-M & Mekete, B-T., (2017). I knew how it feels but couldn't save my daughter; testimony of an Ethiopian mother on female genital mutilation/cutting. *Reproductive Health* (2017), 14(162). DOI 10.1186/s12978-017-0434-y
- Barber, G., (2010). Female genital mutilation: A review. *Practice Nursing*, 21(2), 62-69. Doi: 10.12968/pnur,2010.21.2.46453.
- * Berggren, V., Bergström, S., & Edberg, A-K., (2006). Being different and vulnerable: Experiences of immigrant african women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*. 17(1) 50-57. Doi: 101177/1043659605281981.
- Bjälkander, O., (2008). Att bli en fullvärdig kvinna . Berggren, V., & Franck, M., (red), *Kvinnliga könsstympning* (s. 33-46). Studentlitteratur.
- Bild(s.8)Klassificering av kvinnlig könsstympning
<https://sevendays.vasabladet.fi/bloggar/caroline/nolltolerans-mot-kvinnlig-konsstympning->
Hämtat 2019-11-27
- Bild(s.10) vilka länder förekommer könsstympning? Hämtat 2019-10-20
<http://www.hedersfortryck.se/hedersfortryck/konsstympning/att-arbeta-mot-konsstympning/utgangspunkter/i-vilka-lander-forekommer-konsstympning/>
- Blackford, J. (2003). Cultural Frameworks of Nursing Practice. *Nursing Inquiry*, 10(4),236-244
- Degni, F., Suominen, S., Essén, B., Ansari, W., och Vehviläinen-Julkunen, K., (2012). Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland. *J Immigrant Minority Health*, (14), 330–343. DOI: 10.1007/s10903-011-9465-6
- Farage, M-A., Miller, K-W., Tzeghail, G-E., Azukal, C-E., Sobel, J-D., & Ledger, L-W, (2015). Female genital cutting: confronting cultural challenges and health complications across the lifespan. *Womens Health*, 11(1), 79-94. Doi: 10.2217/WHE.14.63.
- Forward, C., (2014). Looking at resources on female genital mutilation. *British Journal of School Nursing*, 9(9). 458-460.
- Friberg, F., (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. Friberg, F. (red), *dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 121-130). Lund: Studentlitteratur.
- Guendelman, D-S., Weintraub-Ritterman, L-M., Fernald, C-L, Horwitz -Kaufer, M. (2013). Weight Status of Mexican Immigrant Women: A Comparison With Women in Mexico and With US-Born Mexican American Women. *American Journal of Public Health* (2013) Vol 103, No. 9
- Hamid, A., Trister, G., Warren, N. A., (2018). Meta-Synthesis of the Birth Experiences of African Immigrant Women Affected by Female Genital Cutting. *J Midwifery Womens Health*, 8(63), 185–195. Doi:10.1111/jmwh.12708.

- Henricson, M. (2017). Diskussion. Henricson, M (Red), Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad (s.412- 419). Lund: Studentlitteratur.
- Hulter, B. (2009). Sexualitet. I A-K. Edberg, H. Wijk (Red.) Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa (s. 702). Lund: Studentlitteratur
- *Isman, E., Ekéus, C., & Berggren, V., (2013). Perceptions and experiences of female genital mutilation efter immigration to Sweden: An explorative study. *Sexual & Reproductive Healthcare* 4(2013), 93-98. Doi: 10.1016/j.srhc.2013.04.004.
- Jackson, Ch., (2017). Counselling professionals' awareness and understanding of female genital mutilation/cutting: Training needs for working therapeutically with survivors. *Counselling and Psychotherapy Research*, 17(4): 309–319 doi: 10.1002/capr.12136
- *Jacobson, D., Glazer, E., Mason, R., Duplessis, D., Blom, K., Du Mont, J., Jassal, N., & Einstein, G., (2018). The lived experience of female genital cutting (FGC) in Somali-Canadian women's daily lives. *PLoS ONE* 13(11): e0206886. doi: 10.1371/journal.pone.0206886.
- Johnsdotter, S., (2019), Meaning well while doing harm: compulsory genital examinations in Swedish African girls. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(2) 1586817, DOI: 10.1080/26410397.2019.1586817
- Jordal, M & Wahlberg, A., (2018). Challenges in providing quality care for women with genital cutting in Sweden-A literature review. *Sexual & Reproductive Healthcare* 17 (2018) 91-96
- Khaya, Kh., Lay , K. & Boys , S., (2010). Female Circumcision: Toward an Inclusive Practice of Care. *Health Care for Women International*, 31(8), 686-699, DOI: 10.1080/07399332.2010.490313.
- Kjellström, S., (2017). Forskningsetik. Henricson, M. (red). Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad. (s. 57-74). Lund: Studentlitteratur AB.
- Larssona, M., Cohena, P., Hannb, G., Creightonc, M-S., & Hodes, D. (2018). An exploration of attitudes towards female genital mutilation (FGM) in men and women accessing FGM clinical services in London: a pilot study. *Journal of obstetrics and gynaecology*, 38(7), 1005–1009, doi.org/10.1080/01443615.2018.1437718.
- Little, C. M., (2003). Female Genital Circumcision: Medical and cultural considerations. *Journal of cultural diversity*. 10(1). 30-34.
- * Lundberg, P.C., & Gerezgiher, A., (2008). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery* (2008) 24, 214-225. Doi: 10.1016/j.midw.2006.10.003.
- McCance, T., & McCormick, B. (2019). Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell, M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 76–88). Stockholm: Liber AB.
- Momoh, C., Olufade, O., & Redman-Pinard, P., (2016). What nurses need to know about female genital mutilation. *British Journal of Nursing*. 25(9). 30-34. Morris, N.H., (2008).

Female genital mutilation. *The AvMA Medical & Legal Journal*, 14(5), 189-192. Doi: 10.1258/cr2008.080056.

Morris, N.H., (2008). Female genital mutilation. *AvMA Medical & Legal Journal*, 14(5), 189-192. Doi: 10.1258/cr2008.080056.

* Moxey, JM., & Jones, LL., (2016). A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England. *BMJ open* 2016,6:e009846. Doi: 10.1136/bmjopen-2015-009846.

Mulongoa, P., Martin, C. H., & McAndrew, S., (2014). The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review. *Journal of reproductive and infant psychology*, 32(5), 469-485. Doi.org/10.1080/02646838.2014.949641

Ogusiji, O., (2016). Australian midwives' perspectives on managing obstetric care of women living with female genital circumcision/ mutilation. *Health Care For Women International*, 37(10), 1156–1169.

* Ormrod, J., (2019). The experience of NHS care for women living with female genital mutilation Judith Ormrod. *British Journal of Nursing* 28(10), 628-633. Doi:

* Palm, C., Essén, B., & Johnsdotter, S., (2019). Sexual health counselling targeting girls and young women with female genital cutting in Sweden: mind–body dualism affecting social and health care professionals' perspectives. *Sexual and reproductive health matters* 27(1), 1615364. Doi: 10.1080/26410397.2019.1615364.

Reig-Alcaraz, M., Siles-Gonzalez, J.& Solano-Ruiz, C., (2015). Mixed-method synthesis of knowledge, experiences and attitudes of health professionals to Female Genital Mutilation. *Journal of Advanced Nursing* 2015.72(2), 245– 260. doi: 10.1111/jan.12823.

SBU. (2014). Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser. Hämtad från SBU: <https://www.sbu.se/sv/var-metod/>.

SFS 2017:333. Lag om ändring i lagen (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor. Stockholm: Svensk författningssamling.

Siddig, I., (2016). Female genital mutilation: what do we know so far. *British Journal of Nursing*, 25, (1). 912-916.

Smith, H., & Stein, K. (2017). Psychological and counselling interventions for female genital mutilation. *Int J Gynecol Obstet*, 136(1), 60 -64. Doi: 10.1002/ijgo.12051.

Socialstyrelsen, (2005). Kvinnlig könsstympning : Ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård (2. uppl. ed.). Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, (2016). Kvinnlig könsstympning ett stöd för hälso-och sjukvårdens arbete. Hämtad 2019-10-11 från , <https://www.socialstyrelsen.se>

Svensk författningssamling. 1982. Lag (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor [Act prohibiting female genital mutilation of women]. Stockholm: Government Offices.

Svensk sjuksköterskeförening, (2017). ICN: s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad 2019-10-27 från, www.swenurse.se

Svensk Sjuksköterskeförening, (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 20 november 2019 från, <https://www.swenurse.se>

Svensk sjuksköterskeförening, (2016). Säker vård – en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner Hämtad 2019-12-14 från, www.swenurse.se

*Thierfelder, C., Tanner, M., & Kessler Bodiang, C. M., (2005). Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health* 15(1), 86-90. Doi: 101093/eurpub/cki120.

Unicef. (2019). Kvinnlig könsstympning ger flickor men för livet. Hämtad 2019-10-15 från <https://unicef.se/fakta/kvinnlig-konsstympning>.

*Upvall, M-J., Mohammed, K., & Dodge, Pamela D., (2008). Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circumcision in the United States: A focus group approach. *International journal of Nursing studies* 46(2009), 360-368. doi:10.1016./j-ijnurstu.2008.04.009.

* Vloeberghs, E., Kwaak, A., Knipscheer, J., & Muijsenbergh, M., (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health* 17(6), 677-695. Doi: 10.1080/13557858.2013.771148.

Wahlberg, A. Essén & Johnsdotter, S.(2019). From sameness to difference: Swedish Somalis' post-migration perceptions of the circumcision of girls and boys, *Culture, Health & Sexuality*, 21(6), 619-635, DOI: 10.1080/13691058.2018.1502472.

Waigwa, S., Doos, L., Bradbury-Jones, C., & Taylor, J., (2018). Effectiveness of health education as an intervention designed to prevent female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review. *Reproductive Health*, 15(62), doi:10.1111/jmwh.12708.

Willman. A., Bahtsevani, Ch., Nilsson, R., Sandström, B. (2017). Evidensbaserad omvårdnad. Henricson, M. (red). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (2012) .Litteratursökning (s.67-90).Lund: Studentlitteratur AB.

Willman, A., Stoltz, P., (2017). *Metasyntes*. Henricson, M. (red). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 400-408). Lund: Studentlitteratur

World Health Organization (2012). *Understanding and addressing violence against women. Female genital mutilation*.

Öhrn , A. (20014). *Patientsäkerhet*. Ehrenberg , A & Wallin , L. (Red). *Omvårdnadens grunder - Ansvar och utveckling . Hälsa och ohälsa* (s. 389). Lund: Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1

| Datum | Sökord | Begränsning | Antal träffar | Relevanta | abstrakt | Granskade artikel | Vald artikeln |
|------------------|---|--|---------------|-----------|----------|-------------------|---------------|
| 14/ 10 Cinahl | female AND circumcision AND genital | Abstract, från 2005-2019 , open access, artiklar. | 262 | 50 | 60 | | 3 |
| 14/10 Pubmed | female AND circumcision AND genital | 10 år, Peer review | 737 | 97 | 33 | 11 | 5 |
| 14/10 Pubmed | circumcision OR mutilation AND women AND experience | 10 år English Peer review | 75 | 47 | 15 | 10 | 4 |
| Cinahl | female AND circumcision AND genital | 2005-2019 Peer review | 73 | 34 | 21 | 15 | 0 |

| | | | | | | | |
|------------------|--|--|-----|-----|----|----|----|
| 13/ 10 Scopus | female AND circumcision AND circumcision AND experience | 2002-2019 Peer review Open acces | 326 | 150 | 90 | 50 | 10 |
|------------------|--|--|-----|-----|----|----|----|

Bilaga 2

| Datum | Sökord | Begränsning | Antal träffar | Relevanta | abstrakt | Granskade artikel | Vald artikeln |
|-----------------|---|---|---------------|-----------|----------|-------------------|---------------|
| 14/ 10 Cinah | female AND circumcision AND genital | Abstract, från 2005- 2019 , open acces, artiklar. | 262 | 150 | 60 | 20 | 3 |
| 14/10 Pubmed | female) AND circumcision) AND genital | 10 år, Peer review | 737 | 80 | 20 | 11 | 5 |
| 14/10 Pubmed | circumcision) OR mutilation AND women AND experience | 10 år English Peer review | 75 | 25 | 19 | 9 | 4 |
| Cinah | female AND circumcision AND genital | 2005- 2019 Peer review | 73 | 29 | 21 | 11 | 0 |

Bilaga 3 artikelöversikten

| Artikelnamn, författare, publicerings år, land | Syfte | Material och metod | Resultat | Kommentar om kvalitet enligt SBU |
|---|---|---|---|-------------------------------------|
| The experience of NHS care for women living with female genital mutilation | Att undersöka könsstympade kvinnors upplevelse med att söka sjukvård, som tillhör grupper där | Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer Deltagare: Nio könsstympade kvinnor | Tre huvudtema kom fram från studien: Upplevelse av vårdpersonalen, tyst lidande och medlidsam | Hög |

| | | | | |
|---|--|---|---|-----------|
| Jutith Ormrod 2019 Storbritannien | kvinnlig könsstympning praktiseras. | i ålder 20-46 år som har genomgått olika typer av könsstympning | kommunikation | |
| Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands Vloeberghs, E., Kwaak , A-D, Knipscheer , J., Muijsenbergh. M-V 2012 Holland | Att svara på frågan: leder kvinnlig könsstympning till psykiska, sociala och relationsproblem för kvinnor. | Mixad metod design kvantitativ och kvalitativ. Validerade struktur frågor samt kvalitativ fördjupade intervjuer. Deltagare: 66 könsstympade kvinnor ålder | Könsstympade kvinnor lider av psykiska, sociala och sexuala relations problem. | Hög |
| Experience from pregnancy and childbirth to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden Lundberg, C-P & Gerezgiher. 2006 Sverige | Syfte var att utforska könsstympade kvinnor erfarenheter med graviditet och förlossning i Sverige.. | Etnografi forskningsmetod användes i studien. En pilotstudie med kvalitativ forskning intervjuer Deltagare: Könsstympade Eritreanska kvinnor som emigrerade till Sverige och har fått barn. Ålder 30-50 och har fått barn i Sverige. | Eritreanska kvinnorna upplevde rädsla, ångest, extrem smärta, svåra komplikationer relaterade till könsstympning under graviditet och förlossning. Kunskap om kvinnlig könsstympning hos vårdpersonalen. | Hög |
| Sexual health counselling girls and young women with female genital cutting in Sweden: mind - body dualism affecting social and health care professionals ‘ perspectives Palm, C., Essen, B., Johnsdotter, S 2019 Sverige | En holistisk inställning till sexualitet, en som inte ignorerar det biomedicinska perspektivet. Samtidigt som man beaktar sexuellt | Empirisk kvalitativ studie baserad på 3 fokusgruppdiskussioner och en kvalitativ semi-strukturerade intervjuer. Deltagare: 20 stycken från olika yrkeskategorier inkluderades. Alla hade erfarenhet av att ge sexuell hälsorådgivning till könsstympade flickor. | Vårdpersonalen försökte hjälpa könsstympade flickor få vård för komplikationer relaterade till könsstympningen. En biomedicinsk modell för sexualitet, prioriterades där kroppsliga funktioner var i fokus närmare bestämt könsorganet. | Medel-hög |
| A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience | Studiens syfte var att undersöka hur somaliska kvinnor som har genomgått könsstympning | Kvalitativ studie med urval kriterier och inspelade semistrukturerade | Tre teman huvud teman kom fram (1) erfarenheter av att leva med kvinnlig könsstympning, | Hög |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| and perceive antenatal and intrapartum care in England. Moxey, M-J & Jones | upplever förlossnings- och intrapartum vård i England. | intervju. Urval deltagare: kvinnor över 18 år, född i Somalia och bosatt i West Midlands i Birmingham | gravitet och förlossning, (2) erfarenhet av vård från barnmorskor, (3) anpassning till engelska livet. | |
|---|--|--|--|--|

Bilaga 4 Artikelöversikt

| Artikeln namn, författare, publiceringsår, land | Syfte | Material och metod | Resultat | Kommentar om kvalitet enligt SBU |
|--|--|--|--|----------------------------------|
| Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system Thierfelder, C., et al, 2005 Switzerland | Syftet med denna studie var att undersöka hur de invandrade kvinnorna som har genomgått kvinnlig könsstympning upplevt detta och om läkare och barnmorska ger behandling och rådgivning relaterad till kvinnlig könsstympning på ett adekvat sätt vid klinisk vård i den schweiziska sjukvården. | Använd metod var kvalitativ. Man genomförde fokusgruppsdiskussioner med 29 kvinnor från Somalia och Eritrea och telefonintervjuer med 37 sjukvårdspersonal. | Eftersom det enbart finns uppskattningsvis 6000 flickor och kvinnor i Schweiz med FMG möter möter sjukvårdspersonalen sällan dem, detta tillsammans med att det saknas riktlinjer ledet till missförstånd. Rådgivningen är bristfällig och det är en anmärkningsvärd brist på kommunikation om kvinnlig könsstympning mellan kvinnorna och sjukvårdspersonalen . | Hög |
| Perceptions and experiences of female genital mutilation after immigration to Sweden: An explorative study Isman, E., Ekéus, C., & Berggren, V., 2013 | Syftet med denna studie är att undersöka hur kvinnor från en del av världen där kvinnliga könsstympning är normativt uppfattar och upplever kvinnliga könsstympning efter invandrar till | Designen var induktiv kvalitativ design. Data samlades via intervjuer Deltagare, är 8 kvinnor kommer från Etiopien, Somalia, Djibouti och Eritrea | Resultaten presenterades fem teman Säkerställa kvinnans oskuld för att skydda familjens ära, undvika skam och säkerställa renhet, socialt tryck för att utföra könsstympning efter invandring, | Medel-hög |

| | | | | |
|--|--|--|--|-----------|
| Sweden | Sverige. | | Kvinnliga könsstympning är som en symbol i ursprungslandet och stöd för att förändra traditioner. | |
| Being Different and Vulnerable: Experiences of Immigrant African Women Who Have Been Circumcised and Sought Maternity Care in Sweden. Berggren, V., Bergström, S., & Edberg, A-K, 2006 Sweden | Syftet med studien är att undersöka mötet mellan sjukvården och kvinnor som könsstympats med ursprung i Somalia, Eritrea och Sudan. | Studien har en kvalitativ design. Data har samlats in genom intervjuer med 22 kvinnor vilka lever i Sverige och har sitt ursprung i Somalia, Eritrea och Sudan. | Kvinnorna upplevde sig vara annorlunda och sårbara då de led av att vara övergivna och stympade. Kvinnorna kände sig utsatta i mötet med hälsovårdspersonalen och de försökte att anpassa sig till det nya kulturella sammanhang.. | Medel-hög |
| Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circumcision in the United States: A focus group approach Upvall, M. J., Mohammed, K., & Dodge. P. D. 2006 Ú.S.A | Syftet med studien var att studera hälsovårds perspektiv för könsstympade somaliska bantukvinnor vilka är flyktingar och nyligen bosatt sig i USA. | Studien använder sessioner med fokusgrupper för datainsamlingen. 23 somaliska kvinnor vilka bosatt sig i Pennsylvania USA deltog. Kompletterande intervju genomfördes med läkare som gav kvinnorna omvårdnad. Intervjuerna spelades in, nedtecknades samt kodades på primär och sekundär nivå. | För att framställa kulturellt för att För att utveckla kulturellt kompetent hälsovårdspersonal behövs uppmärksamhet på behovet av att förklara rutin procedurer för de somaliska kvinnorna samt att inte fokusera på själva könsstympningen. Personalen behöver utveckla sina förmågor att samarbeta med tolkar samt att skapa förtroende hos kvinnorna i syfte att minimera misstänksamheten mot hälsovården. | Hög |
| The lived experience of female genital cutting (FGC) in Somali-Canadian women's daily lives. Jacobson, D., et al, 2018 | Syftet var att förstå erfarenheter från vardagslivet och kroppsliga förnimmelser hos kanadensisk-somaliska kvinnor med avseende på kvinnlig könsstympning. | 14 somalisk-kanadensiska kvinnor i Toronto Kanada intervjuades. Intervjuerna analyserade med hjälp av ett fenomenologisk tillvägagångssätt. | Kvinnorna hade levande minnen av den ceremoniell könsstympningen vilken ofta beskrivs med resignation eller som ett faktum normalt i det kulturella sammanhanget och | Medel-hög |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>med tanke på deras låga ålder. De flesta kvinnorna upplevde smärta och obehag som följd av könsstympningen i vuxenlivet. Kvinnorna hade ingen avsikt att fästa sig vid eller uppmärksamma smärtorna och ansåg sig vara friska</p> | |
|--|--|--|--|--|

