



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Kvinnlig könsstympning

En litteraturöversikt om kvinnors erfarenheter av medicinsk defibulation och klitorisrekonstruktion

Författare: Ina Edvardsson

Folkhälsovetenskapligt program med hälsoekonomi, 180 hp

Examensarbete i folkhälsovetenskap med hälsoekonomi I, 15 hp, VT 2020

Handledare: Henry Ascher

Examinator: Solveig Lövestad

Svensk titel: Kvinnlig könsstympning - En litteraturöversikt om kvinnlig könsstympning och kvinnornas erfarenheter av defibulation och klitorisrekonstruktion

Engelsk titel: Female genital mutilation/cutting - A literature review about female genital mutilation and females' experiences of defibulation and clitoral reconstruction

Författare: Ina Edvardsson

Program: Folkhälsovetenskapligt program med hälsoekonomi 180 hp
Examensarbete i folkhälsovetenskap med hälsoekonomi I, VT 2020

Omfattning: 15 hp

Handledare: Henry Ascher

Examinator: Solveig Lövestad

Sammanfattning

Introduktion: Kvinnlig könsstympning (FGM/C) är ett globalt folkhälsoproblem som strider mot Förenta Nationernas deklaration om de mänskliga rättigheterna. Trots de stora hälsokonsekvenserna som följer FGM/C finns det bristande forskning inom området, specifikt kring defibulation och klitorisrekonstruktion samt kvinnors erfarenheter av FGM/C, defibulation och klitorisrekonstruktion. **Syftet** med den här studien avser att undersöka och analysera det rådande kunskapsläget av kvinnors erfarenheter av defibulation och klitorisrekonstruktion för att påvisa dess utfall och möjliga kunskapsluckor. **Studiedesign:** Datasamlingen baserades på P.I.C.O. modellen, vilken innebär att systematiskt söka vetenskaplig litteratur, där block och MeSH termer användes samt relevanta synonymer. Databaserna som användes var PubMed (nya), Scopus, CINAHL och PsycINFO. Datasökningen inkluderade artiklar på svenska och engelska, där artiklarna var peer-reviewed och relevanta med hänsyn till litteraturöversiktens syfte. Andra litteraturöversikter och motsvarande handlingar exkluderades. **Resultat:** 15 artiklar nådde inklusionskriterier, 12 antog kvalitativ ansats och tre mixad studiedesign. Tydliga sociala normer och stigmatisering relaterades till FGM/C och defibulation/klitorisrekonstruktion. Resultatet var homogent med tidigare forskning, vilken visar att defibulation och klitorisrekonstruktion är relevanta åtgärder för kvinnor med hälsoproblem till följd av FGM/C, men att det finns en osäkerhet i utfallen som bör tas hänsyn till. Resultatet påvisar även en stor komplexitet och heterogenitet inom området vilka måste tas hänsyn till vid implementering av interventioner. Majoriteten av erfarenheterna till defibulation eller klitorisrekonstruktion var positiva där de flesta hälsoproblem åtgärdades genom ingreppen. Dock är det viktigt att belysa att negativa hälsoutfall förekom och att det är ett utforskat ämne. **Slutsats:** Litteraturöversikten påvisar att defibulation och klitorisrekonstruktion är lämpliga för vissa kvinnor med FGM/C, med hälsoproblem. Det finns stora kunskapsluckor inom området och begränsad forskning. Litteraturöversikten indikerar därmed att defibulation och klitorisrekonstruktion kan förbättra hälsan hos kvinnor med FGM/C men att mer forskning krävs för att kunna påvisa säkra utfall.

Nyckelord: Kvinnlig könsstympning, FGM/C, kvinnors erfarenheter, defibulation, klitorisrekonstruktion

Abstract

Background: Female genital mutilation (FGM/C) is a global public health problem that violates the human rights, as stated in the Universal Declaration of human rights by the United Nations. Despite the major health problems that occurs as a consequence of FGM/C is the area sparsely researched. There is especially a lack of research concerning defibulation and clitoral reconstruction as well as the women's experiences of FGM/C, defibulation and clitoral reconstruction. The **purpose** of the study was to investigate, analyze and present the current knowledge of women experiences from defibulation and clitoral reconstruction, whilst also presenting possible knowledge gaps. **Study design:** The data collection was based on the P.I.C.O. model, a format to systematically search evidential articles, where blocks and MeSH terms were used as well as relevant synonyms. The databases used were PubMed (new), Scopus, CINAHL and PsycINFO. The data search included articles in Swedish and English, where the articles were peer-reviewed and relevant with regards to the purpose of the literature review. Whilst reviews or equal were excluded. **Results:** 15 articles met the inclusion criterion, 12 adopted qualitative approaches and three mixed study designs. Distinct social norms and stigma were related to FGM/C and defibulation/clitoral reconstruction. The result was homogeneous with previous research, which highlight that defibulation and clitoral reconstruction is relevant for women with health problems due to their FGM/C, as well as a great complexity and heterogeneity in the area that should be taken into account. The majority of experiences of defibulation or clitoral reconstruction were positive where most health problems decreased after the procedures. However, it is important to highlight that negative health outcomes have occurred and that the topic is relatively unexplored. **Conclusion:** The literature review shows that defibulation and clitoral reconstruction are appropriate for some women with FGM/C and the related health problems. Furthermore, the literature review shows that there are large knowledge gaps regarding this field and limited research is available. Thus, the literature review indicates that defibulation and clitoral reconstruction improves the women health with FGM/C. However, more research is needed to be able to indicate safe outcomes.

Keywords: Female genital mutilation, FGM/C, women's experiences, defibulation, clitoral reconstruction

Innehållsförteckning

1.	INLEDNING.....	1
1.1	<i>Defibulation</i>	3
1.2	<i>Klitorisrekonstruktion</i>	4
1.3	<i>Migration och attitydförändring</i>	5
2	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	6
3	METOD, MATERIAL OCH ETIK.....	7
3.1	<i>Metod och material.....</i>	7
3.2	<i>Inklusions och exklusionskriterier</i>	7
3.3	<i>Kvalitetsgranskning.....</i>	9
3.4	<i>Metod för innehållsanalys.....</i>	10
3.5	<i>Etisk diskussion</i>	10
4	RESULTAT	11
4.1	<i>Varför söker sig kvinnor med FGM/C till defibulation och klitorisrekonstruktion?</i>	12
4.2	<i>Hur uppfattar kvinnor med FGM/C följderna av defibulation och rekonstruktion av klitoris?</i>	12
4.3	<i>Hur ser de sociala normerna ut i relation till defibulation?.....</i>	13
4.4	<i>Finns det kunskapsluckor inom området som kräver mer forskning eller finns det underliggande vetenskaplig evidens för införandet av insatser?</i>	15
5	DISKUSSION	16
5.1	<i>Resultatdiskussion</i>	16
5.1.1	<i>Anledningar till att söka vård för sin FGM/C.....</i>	16
5.1.2	<i>Kvinnors erfarenheter och upplevelse av defibulation och klitorisrekonstruktion</i>	16
5.1.3	<i>Sociala normer i relation till defibulation och klitorisrekonstruktion</i>	18
5.1.4	<i>Litteraturens brister.....</i>	20
5.1	<i>Metoddiskussion</i>	22
6	KONKLUSION	23
	REFERENSER.....	25
	BILAGA I.....	
	BILAGA II.....	

1. Inledning

Kvinnlig könsstympning, även kallad för kvinnlig omskärelse och female genital mutilation/cutting (FGM/C) är en kulturellt bunden förekomst som främst förekommer i de västliga-, östliga och nordöstliga regionerna av Afrika samt i vissa länder i sydvästasien. I och med migration från de berörda länderna sprider sig förekomsten av FGM/C geografiskt (1), vilket ställer krav på omvärlden att utbilda sig inom ämnet, främst inom hälso- och sjukvården. Begreppet FGM/C används som benämning på kvinnlig könsstympning i litteraturstudien. Valet att använda begreppet FGM/C har sin grund i att begreppet könsstympning/mutilation kan upplevas stötande av individer i de praktiserande samhällena. Medan begreppet omskärelse/circumcision inte belyser omfattningen av förekomsten och de hälsokomplikationer som följer. Begreppet FGM/C belyser däremot både omfattningen av könsstympning väl samt visades vara accepterat av majoriteten av studiedeltagarna i den inkluderande litteraturen. Därmed används begreppet FGM/C vid benämning av kvinnlig könsstympning/omskärelse.

Enligt UNICEF (2) är mer än 200 miljoner flickor och kvinnor utsatta för FGM/C utifrån data från 31 länder (2). De sociokulturella motiven bakom FGM/C varierar mellan regioner, samhällen, familjer samt över tid. Världshälsoorganisationen (WHO) har kartlagt de vanligast underliggande orsakerna till FGM/C där sociala normer ofta utgör en betydande roll. Ingreppet motiveras utifrån traditioner, sociala normer och relationer, stigmatisering samt religion (1). Det kan kopplas till hälsans sociala bestämningsfaktorer (3), det vill säga vilka omständigheter människor lever i och de system som finns för att hantera ohälsa. Hälsans sociala bestämningsfaktorer inkluderar faktorer på samhällelig nivå likväl på individnivå, så som sociala relationer med hänsyn till social/geografisk kontext. Utöver dessa faktorer spelar strukturella faktorer så som attityder in, samt hur dessa överförs och förändras från generation till generation (3). Utifrån detta kan ett flertal av de sociokulturella motiven bakom förekomsten av FGM/C härledas till de sociala bestämningsfaktorerna. Främst kring de sociala relationerna och dess sociala kontext som påverkar och bibehåller attityder som FGM/C i sin tur bygger på. Boendemiljö lyfts även som en av hälsans sociala bestämningsfaktorer (3) som påverkar barn och unga i stor utsträckning eftersom de tidiga barnåren påverkar den framtida hälsan stort. Om den rådande boendemiljön och den tillhörande sociala kontexten stöttar förekomsten av FGM/C är det större risk att familjer utsätter deras döttrar för FGM/C (3). Därmed finns det en koppling mellan FGM/C och hälsans sociala bestämningsfaktorer. Förekomsten av FGM/C har även en stark koppling till kvinnors ”renhet” och ses som ett medel för att förhindra sexuell aktivitet innan giftermål, där omskurna kvinnor anses lämpligare för äktenskap i vissa av de praktiserande samhällena. Denna tro på sexuell renheten kopplat till FGM/C grundar sig på tron att kvinnors sexuella drift kontrolleras genom FGM/C och att kvinnorna därmed håller sig trogen sin man (1, 4).

WHO kategoriserar FGM i fyra typer vilka förekommer i varierade allvarlighetsgrader;

- Typ I innebär en delvis eller total avlägsnande av klitorisglans, det vill säga den synliga delen av klitoris. Det kan även eller enbart inkludera avlägsnande av förhuden/hudfällan som omger klitorisglansen.
- Typ II innebär helt eller delvis avlägsnande av klitorisglans och de inre blygdläpparna med eller utan avlägsnandet av de yttre blygdläpparna.
- Typ III, även benämnt som infibulation, är den mest allvarliga formen av könsstympning. Det innebär att slidöppningen förseglas genom att antingen de inre eller yttre blygdläpparna sys ihop. Typ III kan även kombineras med typ I där klitorisglans avlägsnas helt eller delvis.

- Typ IV inkluderar övriga skadliga procedurer, för icke-medicinska skäl, mot det kvinnliga könet. Exempelvis kauterisera vilket innebär brännande av vävnad, skrapning för att avlägsna vävnad eller skrapning av livmoderslemhinnan och skärande i underlivet (6).

Enligt traditionen och kulturen bakom FGM/C anses icke-omskurna kvinnor promiskuösa och omoraliska. Fortsättningsvis anser vissa att endast kvinnor som genomgått FGM/C, där försegling av slidöppningen (infibulation) skett, kan vara oskulder eftersom förseglingen kan liknas med en hymen (4-6). Efter infibulation genomgår många kvinnor någon form av defibulation, vilket innebär att slidöppningen öppnas helt eller delvis. Traditionellt genomförs defibulation en första gång av mannen på bröllopsnatten för att kunna fullfölja samlag. Ytterligare en defibulation brukar därefter krävas för att möjliggöra vaginal förlossning, då av vårdpersonal (14). Kopplingen mellan FGM/C och oskuld har visats vara ett hinder för att genomgå defibulation innan äktenskap. Det utifrån en kulturell/religiös trosuppfattning där kvinnan ska vara oskuld för att anses som en lämplig blivande fru och mor (4). Traditionen grundar sig på ett genussystem (7) där kvinnan ska korrigeras för att vara åtråvärd för mannen (4). UNICEF (1) påvisar dock att allt färre kvinnor och flickor anser att FGM/C är ett krav för giftermål. Det utifrån de 31 länder UNICEF (1) har data från bortsett från länderna Eritrea och Sierra Leone där FGM/C fortfarande motiveras med giftermål (1). Traditionen av FGM/C kan och tenderar därmed avta om kvinnors föräldrar har kunskap om att icke-omskurna kvinnor har möjlighet till giftermål. För att det ska uppnås behöver männen ta ställning och avstånd från praktiken FGM/C (8).

Samtliga former av FGM/C medför hälsorisker och komplikationer vilka påverkar kvinnans fysiska och psykiska hälsa negativt. Enligt WHO (6) finns det inga bekräftade hälsofördelar med FGM/C. Därmed kan FGM/C kopplas till ”health inequity”, ett begrepp som innebär obefogade ojämlikheter i hälsan (9). Eftersom FGM/C påverkar kvinnors hälsa negativt och medför en rad olika hälsokomplikationer skapas obefogade ojämlikheter i hälsan, dels mellan könen och dels mellan kvinnor med och utan FGM/C. På så vis skapas ojämlikheter som inte förekommit om FGM/C ej förekommit. WHO (6) har listat de direkta och långsiktiga skador som följer FGM/C. Direkta skador kan bestå av svår smärta, stor blodförlust, infektioner, feber, komplikationer vid urinering, skador på omkringliggande områden, chock och i vissa fall död. Eventuella långsiktiga komplikationer som följd av FGM/C innefattar problem vid urinering, både upprepade urinvägsinfektioner och smärta, sterilitet, smärta vid menstruation, upprepade infektioner och keloider, vilket innebär att huden växer överdrivet mycket vid ärrbildning och på så vis kan skapa smärta och obehag samt leda till vidare komplikationer. Fortsättningsvis kan FGM/C på långsikt leda till smärta vid samlag, nedsatt sexuell tillfredsställelse, ökning av förlossningskomplikationer både för modern och barnet, behov av flera kirurgiska ingrepp samt psykologiska problem (6). FGM/C innebär dock inte att kvinnor helt har en avsaknad av sexuell tillfredsställelse då det förekommer kvinnor med FGM/C som kan uppnå sexuell njutning och orgasm. Däremot är det vanligt att kvinnor med FGM/C upplever smärta i större utsträckning vid sexuella relationer, mindre sexuell njutning och har svårare att nå orgasm jämfört kvinnor utan FGM/C (6).

Årligen uppskattas det att 3 miljoner flickor i världen riskerar att utsättas för FGM/C. Det tillsammans med dess negativa hälsopåverkan gör FGM/C till ett globalt folkhälsoproblem som påverkar miljontals flickor och kvinnor världen över (6). Enligt siffror från Socialstyrelsen (10) uppskattas det att cirka 38 000 kvinnor och flickor bosatta i Sverige har någon form av FGM/C (10). FGM/C utförs traditionellt sett främst av en kvinna utan medicinsk kunskap i flickans hemby. Redskap som används vid FGM/C varierar mellan knivar, glasskärvor eller annat vasst

tillhygge. Ingreppet sker vanligtvis utan någon form av smärtlindring, narkos eller tillgång till steril utrustning om det inte genomförs av vårdpersonal på en vårdenhet (6). Utifrån data från FGM/C- praktiserande länder i Afrika (11) blir det dock allt vanligare att vårdpersonal genomför FGM/C, där en av fyra flickor med FGM/C genomgått ingreppet på en vårdenhet. Vanligast förekommande är det i Egypten där cirka 80 procent av alla flickor och kvinnor med FGM/C utförts av vårdpersonal på ett sjukhus eller motsvarande vårdenhet. Vårdpersonalen motiverar oftast sina handlingar, det vill säga att de genomför FGM/C, med att ingreppet blir säkrare under kontrollerade omständigheter. Främst i avseende till de direkta skador som kan ske under ingreppet. Dock minskas inte de långsiktiga komplikationerna som följer FGM/C eftersom ingreppet påverkar kroppens biologiska funktioner (11). Till följd av att vårdpersonal utför FGM/C på barn och kvinnor anser UNICEF (11) att vårdpersonalen bidrar till en normalisering och acceptans gentemot ingreppet. Enligt Förenta Nationernas allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (12), inskränker även FGM/C på kvinnor och flickors mänskliga rättigheter och kan ses som ett sätt att kontrollera dem. FGM/C utförs i regel när flickan är mellan 1 vecka och 15 år gammal (6) och är därefter inte enbart ett brott mot de mänskliga rättigheterna utan även ett brott mot barnkonventionen. FN:s konvention om barnets rättigheter innebär bland annat att alla barn har lika värde och samma rättigheter samt att barnets bästa ska tas hänsyn till i de beslut som berör barnet, oavsett föräldrars socioekonomi, etnicitet, ursprung, religion, tradition etcetera (6). Därefter är FGM/C ett brott mot de mänskliga rättigheterna och barnkonventionen.

1982 beslutade Sveriges riksdag om en lag (1982:316) som innebär ett förbud mot FGM/C vilken inkluderar re-infibulation. Därmed togs ett tydligt avstånd från praktiken och dess förekomst. 2017 utvecklades lagen med ett tillägg som innebär förbud att planera och genomföra FGM/C. Det med lag (2017:333), vilken lyder: *”För försök, förberedelse och stämpling samt för underlåtenhet att avslöja eller förhindra brott döms det till ansvar enligt 23 kap. brottsbalken. Lag (2017:333)”* (13). Följaktligen är det olagligt för individer bosatta i Sverige att planera och utföra ingreppet i annat land.

1.1 Defibulation

Defibulation är ett samlingsbegrepp som innebär öppning av slidöppningen efter infibulation (14). Det inkluderar både medicinsk defibulation som utförs av vårdpersonal och av defibulation som traditionsenligt genomförs av kvinnans man för att möjliggöra penetration vid samlag. Defibulation genomförs vanligtvis minst två gånger, första ingreppet åsyftar att möjliggöra samlag efter äktenskap. Traditionsenligt ska det göras av mannen för att bekräfta sin manlighet samt öka fertiliteten vid samlag. Defibulation sker antingen med mannens kön eller ett tillhygge och är enbart till för att möjliggöra penetration. Vid graviditet och förlossning krävs ytterligare en defibulation vilket i regel utförs av barnmorska eller annan vårdpersonal och syftar till att möjliggöra en vaginal förlossning (14). Beroende på kultur, tradition och familj görs en re-infibulation efter förlossning. Det innebär att slidöppningen återigen sys ihop, antingen till originalinfibulation, det vill säga inte tillräckligt stort för samlag, eller för att likställa till innan förlossning. Dock varierar traditionen kring re-infibulation mycket mellan land, samhälle och familj (14). Re-infibulation likställs ofta med infibulation och är därmed olagligt i många europeiska länder, däribland Sverige.

I många länder erbjuds defibulation som ett medicinskt ingrepp och inte enbart i relation till förlossning. I Sverige är defibulation tillgängligt för alla med FGM/C, oavsett om det är för att möjliggöra samlag och förlossning, underlätta menstruation och/eller förbättra psykologiska

problem till följd av FGM/C (10). Medicinsk defibulation innebär därmed att slidöppningen öppnas tills urinrörsöppningen samt klitorisglansen synliggörs. De klippta ytorna, det vill säga de tidigare inre eller yttre blygdläpparna, sys sedan för att återigen efterlikna blygdläppar. Därmed förhindras att slidöppningen läker ihop felaktigt och håller sig öppet, vilket innebär att de klippta ytorna läker ihop till en infibulation (14). WHO (14) rekommendera kvinnor med FGM/C och som upplever negativa hälsoeffekter i relation till deras FGM/C att undergå defibulation för att reducera hälsoproblemen. Det kan exempelvis vara urinvägskomplikationer samt problem vid samlag och förlossning. WHO lyfter dock att det finns bristande forskning kring defibulation och dess utfall men att tillräcklig kunskap finns för att rekommendera ingreppet (14).

Desert Flower (eller som den heter på svenska *En blomma i Afrikas öken*) (18) är en självbiografisk berättelse av Waris Dirie som växte upp i Somalia. Waris (18) beskriver sitt liv i Somalia, sin resa till västvärlden samt sin erfarenhet av FGM/C och hur det sågs som något positivt och symboliserade en övergång från flicka till kvinna, vilket var nödvändig för att kunna gifta sig. Hon beskriver även hur hon efter många år av hälsoproblem, till följd av sin FGM/C, slutligen genomgick defibulation trots rädsla att inte längre accepteras av sin kultur och familj. *Desert Flower* (18) är den första skönlitterära boken som lyfter FGM/C och dess problematik, vilket många kvinnor med FGM/C funnit inspiration och styrka i för att själva genomgå defibulation. Boken har också inspirerat kvinnor att problematisera traditionen bakom FGM/C, ta avstånd ifrån den och söka vård för sina hälsoproblem till följd av FGM/C (17). Boken har även inspirerat rörelser som aktivt arbetar mot praktiken FGM/C och därmed fört arbetet framåt.

1.2 Klitorisrekonstruktion

Klitorisrekonstruktion är ett ingrepp som blivit allt mer omtalat och ifrågasatt. Det eftersom det finns begränsad forskning om dess hälsoutfall där både förbättringar och försämringar efter ingreppet rapporterats. Det pågår även diskussioner om klitorisrekonstruktion kan likställas med skönhetskirurgi, vilket bidragit till ett ifrågasättande av ingreppet (15, 16). Klitorisrekonstruktion beskrevs först av Thabet och Thabet (15) och innebär att klitorisglansen rekonstrueras. Det innefattar att eventuell hud som täcker området där klitorisglansen vanligtvis sitter avlägsnas och att den tillgängliga delen av klitoris dras framåt för att simulera klitorisglans. Därefter kan även, om nödvändigt eller om patienten vill, slidöppningen återställas till hur det såg ut innan FGM/C och blygdläpparna kan rekonstrueras (15). Efter Thabet och Thabet (15) har ett flertal studier genomförts inom ämnet (16). Trots det är klitorisrekonstruktion ett relativt outforskat område där det finns en viss osäkerhet i utfallen där både förbättringar och försämringar påvisats efter klitorisrekonstruktion, främst rörande sexuell tillfredsställelse. Utifrån det krävs mer forskning om ingreppets utfall, säkerhet och vilka patienter som erhåller störst nytta av klitorisrekonstruktion (16). Fler kvinnor med FGM/C efterfrågar klitorisrekonstruktion för att förbättra sexlivet men också för att återta kontroll över sin kropp (17). Det är även förekommande att kvinnor med FGM/C söker och genomgår klitorisrekonstruktion till följd av att de har en känsla att något saknas och en upplevelse av att någon annan styr över deras kropp. Avsaknaden av sexuell tillfredsställelse, vilket är vanligt förekommande för kvinnor med FGM/C, påminner dem om vad de varit med om, vilket bidrar till att de söker kirurgisk hjälp för att rekonstruera klitoris (17). Sverige är ett av de länder i Europa som erbjuder klitorisrekonstruktion och där ingreppet inkluderas av den allmänna sjukförsäkringen.

1.3 Migration och attitydförändring

Förekomsten av kvinnor och flickor med FGM/C blir allt vanligare i Europa till följd av migration från samhällen och regioner där ingreppen är vanligt förekommande. Därmed krävs kunskap om FGM/C, dess förekomst, hantering och inverkan på kvinnornas hälsa för att kunna ge bästa möjliga stöd och vård (17). Tidigare kunskap om FGM/C, de olika typerna, dess förekomst och bakomliggande motivering finns i varierande omfattning där det förekommer kunskapsluckor och bristande vetenskaplig forskning. Däribland återfinns bristande kunskap om kvinnors erfarenheter och uppfattning av defibulation (1, 17).

UNICEF (1) har synliggjort att det sker en attitydförändring kring FGM/C och förändring i hur ingreppet utförs där det visats att färre genomgår infibulation, det vill säga FGM/C typ III, bland de samhällen och regioner som vanligtvis utövar ingreppet. Utvecklingen av attitydförändringar sker långsamt och pågår inte inom alla samhällen, trots att insatser har organiserats i syfte att stoppa förekomsten av FGM/C. Även insatser att höja kvinnors position och utbildning kring de hälsorisker som följer FGM/C tros påverka de attitydförändringar som sker (1). Insatserna avser att stärka kvinnornas egenmakt (empowerment), vilket i sammanhanget innebär att ge individen kunskap för att själv kunna göra medvetna val och ta ställning till FGM/C (19). I de länder där ingreppet är vanligt förekommande uppskattas 91–98 % av alla kvinnor ha genomgått någon form av FGM/C. Dessa länder är Somalia (inkluderat den självstyrande staten Somaliland och den självstyrande delen Puntland), Guinea, Djibouti och Egypten (19).

I många av de länder där ingreppet utövas förekommer FGM/C främst bland muslimska flickor- och kvinnor, trots att FGM/C inte är en religiöst bunden förekomst. Exempelvis utövas FGM/C även av katoliker, protestanter, icke-troende, animister och kopter, vilket är den kristna befolkningen i Egypten (20). Enligt UNICEF (1) har flera religioner tagit avstånd från ingreppet men likväl anger mer än 50 procent av flickor och kvinnor, utifrån fyra av 14 länder som ingått i UNICEF-s statistik, att FGM/C är ett religiöst krav (1). UNICEF (1) lyfter att det är viktigt att påvisa de sociala kontexterna i förhållande till FGM/C eftersom det är en stor del av att praktiken fortgår. Detta bottnar i att samhällen och familjer som utövar FGM/C men som socialiserar sig med familjer där FGM/C inte utövas, har visat sig ha lättare att ändra attityder till FGM/C jämfört med de som inte umgås med familjer som inte utövar FGM/C (1). FGM/C ses ofta som en självklarhet i de samhällen där FGM/C praktiseras. Kvinnliga genitalier som är omskurna ses som norm medan icke-omskurna kvinnliga genitalier anses avvikande. Vid migration till ett samhälle där FGM/C inte är norm tenderar kvinnor med FGM/C att uppleva stigmatisering till följd av deras köns utseende eftersom det då avviker från den rådande normen. Tidigare forskning visar att en attitydförändring till FGM/C underlättas när kvinnor med FGM/C upplever att deras kön är avvikande från normen. I en studie (17) ansåg kvinnor att de inte var ”hela” kvinnor och mindre feminina till följd av sin FGM/C vilket påverkade dem specifikt i sexuella sammanhang, både psykiskt och fysiskt. Klitorisrekonstruktion sågs därmed som ett alternativ för att återta kontroll, öka sin sexuella tillfredsställelse och återta sin femininitet. Dock var många osäkra på hur deras familj och vänner skulle reagera om det blev allmänt känt att de genomgått klitorisrekonstruktion. Det eftersom defibulation och klitorisrekonstruktion generellt är stigmatiserat i traditionen av FGM/C, det fanns därmed en rädsla hos kvinnorna att alienera sig mot sin kultur och tradition genom att undergå defibulation eller klitorisrekonstruktion (17).

Forskning visar att det finns en indikation på att samhällen utför mindre av den mer omfattande graden av FGM/C, infibulation, men att det även finns en minskning av alla typer av FGM/C (1, 21). Det är dock viktigt att belysa att begreppet ”sunna-omskärelse” blivit allt vanligare i

Somalia och anses vara en mildare form av FGM/C (22–24). Därmed kan statistiken som visar att FGM/C minskar vara missvisande om den bygger på egenrapporterade data, eftersom individer som anser att de har sunna-omskärelse inte rapportera att de har FGM/C. Det finns ingen konkret definition av sunna-omskärelse bortsett från att den inte ska vara lika omfattande som FGM/C. Enligt uttalanden från kvinnor anses sunna-omskärelse inkludera FGM/C typ I och II men inte typ III (infibulation). Detta reflekterades i det insamlade forskningsmaterialet där det framgick att kvinnor hade olika uppfattningar om sunna-omskärelse och att majoriteten uttryckte det som att ingreppet inte skär eller syr i samma utsträckning som FGM/C typ III, infibulation. Därmed åtskiljs FGM/C och sunna-omskärelse åt, där allt fler stöttar sunna-omskärelse och inte FGM/C trots att ingreppen är snarlika. Den osäkra definitionen av sunna-omskärelse bidrar till att dess innebörd varierar beroende på samhällen och vem som utför ingreppet. Därmed är det inte garanterat att sunna-omskärelse inte innehåller skärande och ihopsyning av slidöppningen. Vissa av de inkluderade studierna (22–24) visade att det förekommer att sunna-omskärelse även består av FGM/C typ III, det vill säga infibulation, trots att det är den typen som individer påstår att sunna-omskärelse inte ska innehålla (22-24). Vissa kvinnor är negativt inställda till både FGM/C och sunna-omskärelse och motsätter sig dess förekomst helt medan andra är positivt inställda till ingreppen. Det fanns även kvinnor som motsatte sig ingreppen men besatt åsikter som påvisade en uppmuntrande inställning till den bakomliggande traditionen och motiven. Det kunde uttrycka sig genom att de ansåg att kvinnor var orena om de ej genomgått FGM/C, motsatte sig defibulation innan äktenskap och skulle överväga att låta deras döttrar genomgå ingreppet trots att de ansåg att deras egna FGM/C var det värsta de varit med om (4). I studier beskrev kvinnor att FGM/C var det mest traumatiserade de utsatts för samt att de kände sig svikna av samhället och sitt sociala nätverk. Samtidigt ansåg de att icke-omskurna kvinnor var promiskuösa och lössläppta. Det fanns även en rädsla för att genomgå defibulation innan äktenskap då det finns en stark tro på att kvinnornas oskuld ”försvinner”, i det här fallet att deras infibulation som kan liknas med en hymen öppnas. Det resulterar i att det inte längre är synligt om kvinnorna är oskulder eller ej, vilket inte kommer accepteras av en blivande man (4). Detta visar att åsikter kring FGM/C är starkt kopplat till kultur, tradition och kvinnans värde samt djupt rotad i de sociala relationerna. De sociala relationerna och dess kontext är en viktig faktor som påverkar inställningen till FGM/C och defibulation. Tidigare forskning belyser att mer forskning krävs om sociala normer och kvinnors upplevelser av defibulation för att kunna vidareutveckla insatser för att minska FGM/C. Men även för att effektivt kunna sprida kunskap om FGM/C negativa inverkan på kvinnors hälsa samt att hjälp kan fås genom defibulation och klitorisrekonstruktion (4).

2 Syfte och frågeställningar

Litteraturstudien avser att tillföra en kunskapsöversikt över kvinnlig könsstympning, specifikt hur kvinnor med FGM/C upplever defibulation eller klitorisrekonstruktion och vilka erfarenheter som finns kopplade till ingreppen.

De områdesspecifika frågeställningarna är;

1. Varför söker sig kvinnor med FGM/C till defibulation och klitorisrekonstruktion?
2. Hur uppfattar kvinnor med FGM/C följderna av defibulation och rekonstruktion av klitoris?
3. Hur ser de sociala normerna ut i relation till defibulation?
4. Finns det kunskapsluckor inom området som kräver mer forskning eller vetenskapligt underlag till införandet av insatser

3 Metod, material och etik

3.1 Metod och material

Litteraturöversikt är en metod som åsyftar att objektivt kartlägga den rådande kunskapen och forskningen inom ett område. Litteraturstudier skapar ett teoretiskt ramverk kring den aktuella kunskapen om ett specifikt område, definierar viktiga nyckelord eller variabler och kartlägger eventuella kunskapsluckor där fortsatt forskning behövs eller insatser krävs (25). Det finns allmänna litteraturöversikter och systematiska översikter, vilka skiljer sig något åt. En allmän litteraturöversikt avser att undersöka ett specifikt ämne men kan inte säkerställa trovärdigheten eftersom den inte genomförs på ett systematiskt sätt. Systematisk litteraturöversikt avser att undersöka ett mindre kunskapsområde genom ett systematiserat förhållningssätt för att säkerställa reliabiliteten. Det innebär att det finns en tydligt formulerad fråga som systematiskt besvaras genom att analysera relevant forskning (26). Det innebär även att vara transparent i litteraturöversiktens datainsamling, vilken presenteras nedan. Den aktuella frågan som avses besvaras i arbetet är *Hur upplever kvinnor med FGM/C defibulation eller klitorisrekonstruktion och vilka erfarenheter kopplat till ingreppen finns?*

3.2 Inklusions och exklusionskriterier

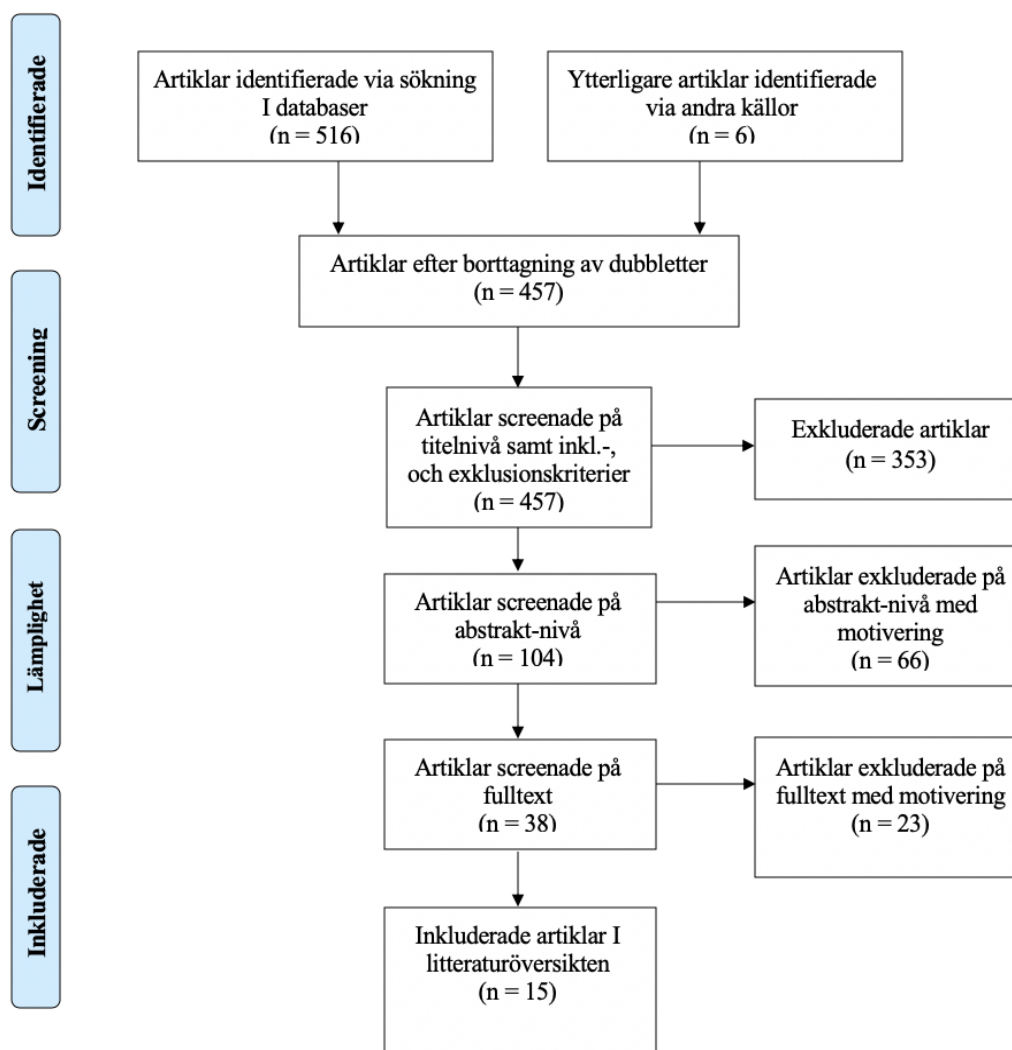
Den valda forskningsmetoden utformades som en litteraturöversikt med ett systematiskt förhållningssätt. Valet av forskningsmetod baserades på studiens syfte och frågeställningar. Litteraturöversikten genomfördes utan specifika geografiska avskärmningar eftersom det finns en bristande tillgång på vetenskapliga studier kopplat till ett specifikt område, som exempelvis Norden. Forskningsområdet är inte heller geografiskt bundet till ett specifikt land eller samhälle utan förekommer numer globalt.

Vid litteratursökningen användes fyra databaser; PubMed, CINAHL, PsycINFO och Scopus. Valet av databaser baserades på studiens syfte där fokus låg på hälsa, medicinska ingrepp och relaterade erfarenheter. Forskningsfrågan, det vill säga studiens syfte, formulerades i enlighet med P.I.C.O. modellen (Population, Intervention, Comparison, Outcome) vilken innebär att systematiskt söka vetenskaplig litteratur för ett specificerat ämne och syfte (27). "P" stod i det här fallet för kvinnor med FGM/C, "I" för defibulation eller klitorisrekonstruktion, "C" innefattade jämförelse mellan hälsa före och efter intervention och "O" stod för utfallet. Utifrån det delades sedan söktermerna upp i tre block med MeSH-termer och tillhörande synonymer (se Tabell I). Det för att rikta och specificera sökningen till det avsedda syftet i enlighet med P.I.C.O modellen (27) samt datainsamlingsmetod för litteraturstudier (26). Block ett innehöll MeSH termen "circumcision, female" och kompletterades med relevanta synonymer (se Tabell I). Block två bestod av MeSH termen "patient outcome assessment" med tillhörande relevanta synonymer för att inkludera kvinnors erfarenheter och upplevelser (se Tabell I). Block tre bestod av MeSH termen "Gynecologic Surgical Procedures" med tillhörande synonymer för defibulation och klitorisrekonstruktion (se Tabell I). De olika blocken söktes med "AND" mellan sig och "OR" mellan de olika tänkbara synonymerna (se Tabell I). Litteratursökningen genomfördes den 2020.04.24 vid samtliga databaser där samma sökord och block användes vid alla databaser (se Bilaga I).

Tabell I Sökordsblock och termer som använts vid datainsamling baserat på forskningsfrågan *Hur upplever kvinnor med FGM/C defibulation eller klitorisrekonstruktion och vilka erfarenheter kopplat till ingreppen finns?*

Block 1	“Circumcision, female” (MeSh term) OR” Female circumcision” OR “Female Genital Mutilation” OR Infibulation OR “female genital cutting” OR FGM OR FGC OR FGM/C
Block 2	“Patient Outcome Assessment” (MeSh term) OR “patient experience*” OR “patient treatment*” OR “patient assessment” OR “patient outcome*” OR “patient impact” OR healthcare OR “patient effect*” OR “patient result*” OR “patient consequence*” OR “patient satisfaction” OR “patient thought*” OR “perceive consequence*” OR “perceive experience” OR “patient* perspective*” OR “women* perspective*” OR “clinical outcome” OR “women* lived experience*” OR “surgery satisfaction” OR “women* experience*” OR “quality of life” OR “postoperative complication*”
Block 3	“Gynecologic Surgical Procedures” (MeSH term) OR Defibulation OR “surgical cut” OR “reconstructive genital surgery” OR “reconstructive surgery” OR “gynecologic surgical procedure*” OR defibulated* OR deinfibulat* OR “reconstructive surgical procedure*” OR “reconstructive genital procedure*” OR “reconstructive genital” OR “reconstructive surger*” OR “vaginal surgery” OR “clitoris surgery” OR “clitoral reconstruction” OR “postoperative complication*” OR “Reconstructive Surgical Procedures*” OR repair

Vid sökning i CINAHL och PsycINFO valdes enbart artiklar ut som var ”peer reviewed”. I PubMed och Scopus fanns inte liknande valmöjlighet, artiklarna kontrollerades därmed manuellt för peer-review. Utöver det förvaldes inga inklusionskriterier eller exklusionskriterier vid sökningen i databaserna. Alla 516 träffar (se Figur I) från de fyra databaserna exporterades till EndNote X9, samt sex övriga artiklar som identifierades via källhänvisningar eller som artiklar som refererat till den litteratur som ingick i sökträffarna via databaserna. Dubletter exkluderades därefter och 457 artiklar kvarstod (se Figur I). Därefter granskades de 457 artiklarna på titelnivå där litteraturöversikter, icke-peer-reviewed, samt artiklar på annat språk än engelska eller svenska exkluderades till följd av språkliga hinder (se Figur I). Artiklar som ej var av relevans för FGM/C och/eller defibulation och klitorisrekonstruktion exkluderades även. Totalt exkluderades 353 artiklar vid detta steg. Därefter granskades de kvarstående 104 artiklar utifrån abstrakt och dess relevans till litteraturöversiktens syfte och frågeställningar. Artiklar som inte berörde syfte och/eller frågeställningarna för den aktuella litteraturstudien exkluderades (se Figur I). Slutligen granskades 38 artiklars fulla text utifrån samma kriterier som på abstraktsnivå (se Figur I). Efter avslutad granskning av artiklar återstod 15 artiklar som var relevanta utifrån ämnet och syftet (se Figur I). Därmed ingår totalt 15 artiklar i litteraturstudien som var av relevans utifrån syfte och frågeställningar (se Bilaga I).



Figur I PRISMA Flow diagram (28) över datainsamling

3.3 Kvalitetsgranskning

Efter datainsamlingen utfördes kvalitetsgranskningar av artiklarna enligt relevant mall från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (29). SBU-mallarna; *Bedömning av studier med kvalitativ metodik* (30) och *Mall för kvalitetsgranskning av observationsstudier* (31) valdes eftersom samtliga studier erhåller en kvalitativ ansats eller kvantitativ ansats, bestående av intervjustudier, tvärsnittsstudier och fall-kontrollstudier, vilka främst undersöker självrapporterade data. Därmed ansågs SBU:s mallar relevanta och lämpliga. Det är dock värt att nämna att SBU-mallarna inte var helt överensstämde med studierna men gav en god överblick av kvalitén. Den sammanlagda kvalitén av studierna var låg/måttlig utifrån kvalitetsgranskningen (se Bilaga II). Det beror delvis på att ingen av studierna har en metod eller design som anses anta en hög kvalitet, enligt SBU:s kriterier för kvalitet av studiedesigner (29). Det finns även en preliminär studie, det vill säga en förstudie och en pilotstudie bland de 15 artiklarna. De var peer-reviewed, hade etiskt godkännande och var väl genomförda och ansågs därmed relevanta för litteraturstudiens syfte.

3.4 Metod för innehållsanalys

Vid granskning av den inkluderade litteraturen valdes Forsberg och Wengström (26) *Kvalitativ metod för innehållsanalys*. En kvalitativ innehållsanalys innebär att ett systematiskt tillvägagångssätt tillämpas i syfte att tolka och identifiera meningsbärande enheter från olika källor. För att kunna identifiera teman och mönster klassificeras data för att lättare kunna beskriva fenomen. I det här fallet identifierades teman från de inkluderade studierna i syfte att besvara litteraturstudiens syfte och frågeställningar i enlighet med Forsberg och Wengström (26) riktlinjer. De olika temana synliggjordes i syfte att besvara de frågeställningar som litteraturstudien består av. Nedan visas de identifierade temana:

1. Kvinnors motiv till att söka defibulation eller klitorisrekonstruktion.
2. Informanternas upplevelser av följderna efter defibulation och/eller klitorisrekonstruktion.
3. Utsagor kring de sociala normerna i relation till defibulation och klitorisrekonstruktion.
4. Identifierade kunskapsluckor och underlag till införandet av framtida interventioner.

3.5 Etisk diskussion

Etik ska genomsyra all form av forskning. Vid en litteraturstudie innebär det att korrekt hänvisa till källor och följa Vetenskapsrådets (33) riktlinjer om hederlighet, presentera tillvägagångssättet för datainsamlingen korrekt och att inte förvränga forskningsresultat för att gynna ett utfall (33). Utöver en systematisk sökprocess kontrollerades vilka studier som lyfter etiska principer, som fått godkännande av etisk kommitté och hur resultat presenteras oavsett om det stödjer forskarens hypotes eller ej (26). Efter exkludering återstod 15 artiklar som var relevanta för litteraturstudien. En brist var att inte alla lyft etiska överväganden i den utsträckning som önskats men som trots det ansågs relevanta utifrån SBU:s granskningsmallar (29).

Av de 15 artiklar som identifierats och inkluderats i litteraturöversikten hade åtta av 15 erhållit etiskt godkännande (34-41). De hade informerat samtycke från studiedeltagarna och försäkrat studiedeltagarna om konfidentialitet, det vill säga att studiedeltagarnas identitet inte kommer att presenteras utan koda om för att inte röja deras identitet (34-41). En av 15 studier (42) nämnde att etiskt godkännande inte krävdes då studien genomfördes innan det blev krav på det men att informerat samtycke erhållits och konfidentialitet säkerställdes för studiedeltagarna. Fyra av 15 studier (43-46) nämnde att samtyckeslagen följts och att studien säkerställde studiedeltagarnas konfidentialitet, dock tydliggörs inte etiskt godkännande (43-46). Två av 15 studier (47, 48) nämnde ingetdera.

Samtliga artiklar var peer-reviewed vilket innebär att en utomstående forskare kvalitetsgranskat studierna. 13 av de inkluderade studierna (34-46) lyfte, eller påvisade att de följt informationskravet, samtyckeskravet och konfidentialitetskravet. Studiedeltagarna hade blivit informerade om studiens syfte, gett informerat samtycke, och blivit försäkrade om konfidentialitet. I två utav studierna (47, 48) framkom det dock inte hur de etiska övervägandena skett.

Eftersom det är en litteraturöversikt antas författaren ha en subjektiv position (33). Den egna objektiviteten, där alla resultat ska återges korrekt utan tolkning, har eftersträvats och reflekterats över genom hela arbetet. Reflektion över mitt eget intresse, förförståelse och privat inställning till FGM/C har även det genomförts för att säkerställa objektivitet. Förförståelsen till ämnet var i relation till dess omfattning begränsad eftersom tidigare kunskap fanns främst i relation till FGM/C och dess inverkan på förlossningskomplikationer. Min tidigare uppfattning var därmed kritisk till FGM/C och dess praktik och en djupare förståelse erhöles utefter arbetets gång. Därefter erhöles en djupare förståelse till praktiken och vikten av att påvisa de bakomliggande faktorerna samt FGM/C starka sociala kontext, som tradition och kultur. Förförståelsen till ämnet anses inte påverkat studiens reliabilitet, dock går det aldrig att utesluta brist i objektivitet eftersom förförståelse definierar hur informationen reflekteras. Det går inte heller att utesluta att den inkluderade litteraturen tolkats objektivt utifrån forskarnas förförståelse och kan därmed vara vinklad.

4 Resultat

Samtliga studier använde sig av WHO:s definition av FGM/C samt hur de olika typerna av FGM/C definieras (6). De flesta studier hade deltagare från ett flertal länder men majoriteten av studiedeltagare var ursprungligen från Somalia (34, 36, 37, 39-41, 43-45, 48). Det förekom även deltagare ursprungligen från Sudan (36), Guinea (38, 47), Eritrea (46), Nigeria (43), Egypten (44), Burkina Faso (45) och Senegal, Mali och Elfenbenskusten (42). En studie preciserade inte ursprungsland närmre än Afrika och Europa (35). Samtliga studier hade ålder som inklusionskriterie där deltagare från 16 eller 18 år ingick. Alla typer av FGM/C ingick i studierna där typ III, det vill säga infibulation som innebär att slidöppningen sys ihop, var vanligast förekommande.

För att kunna mäta utfallen av defibulation och klitorisrekonstruktion använde den inkluderade litteraturen olika mätmetoder och frågeformulär. Tre artiklar använde sig av Female Sexual Function Index (FSFI) vilket är ett validerat frågeformulär (38, 43, 44) i avseende att mäta sexuell funktion före och efter defibulation och klitorisrekonstruktion. Sju artiklar använde sig av ett eget frågeformulär som inte var validerat (36, 39-42, 46, 47), i syfte att mäta hälsoaspekter som urinvägsinfektioner och smärta, före och efter defibulation eller klitorisrekonstruktion. En studie använde sig av Coreq guidelines, vilket är ett validerat instrument som används i intervjustudier. I det aktuella fallet undersöktes kvinnors erfarenheter av FGM/C och defibulation i relation till graviditet och förlossning (34). En annan studie använde Beck depression inventory, The female sexual distress scale (validerad) samt DSM-5 kriterium (35), i syfte att mäta psykologisk hälsa som depression och ångest, men även sexuell funktionen. En studie utgick från REPLACE guidelines (37), som är ett instrument som används vid intervjuer och användes för att mäta bland annat traditionen bakom FGM/C och attitydförändringar gentemot praktiken. Psyko-sexuellutvärdering- och terapi användes som mätmetod i en annan studie (45), det i syfte att mäta de psykologiska aspekterna av FGM/C och utfallet av klitorisrekonstruktion. Klinisk- och vulvoskopi- och colposcopi- utvärdering användes av en studie (48), i syfte att mäta de fysiska och kliniska utfallen av klitorisrekonstruktion. Majoriteten av studierna hade en uppföljningsperiod på sex månader efter operation och det framkom inte om studieprotokoll fanns eller ej.

4.1 Varför söker sig kvinnor med FGM/C till defibulation och klitorisrekonstruktion?

Orsaken till att genomgå defibulation eller klitorisrekonstruktion varierade från att minska smärta vid samlag, förbättra sexlivet (38, 40, 42-45, 47, 48), återta symbolisk och fysisk integritet (42, 47) och känna sig mer feminin (45). Andra hälsoskäl så som urinvägsinfektion, vaginitis (inflammation i underlivet), dysmenorré (smärtsam menstruation) (40, 42, 43, 48), psykologisk ohälsa (depression eller ångest) (38, 45) samt underlätta graviditet och förlossning (40, 48), var vanligt förekommande. Andra studier påvisade liknande orsaker och symptom till följd av FGM/C men som deltagaren inte sökt vård för (34, 41, 46).

4.2 Hur uppfattar kvinnor med FGM/C följderna av defibulation och rekonstruktion av klitoris?

Vid defibulation eller klitorisrekonstruktion rekommenderas det i viss utsträckning en komplettering med psykologisk terapi för att förbättra den psykiska hälsan i relation till defibulation och klitorisrekonstruktion (35, 42, 45, 47). En studie jämförde tre grupper med olika behandlingar, en grupp fick både klitorisrekonstruktion och psykologisk terapi, en grupp fick klitorisrekonstruktion och den sista gruppen psykologisk terapi. Alla grupper förbättrade sin hälsa avseende sex, smärta och psykologiskt. Klitorisrekonstruktion visade störst skillnad gällande fysiska förbättringar så som minskad smärta, förbättrad tillfredsställelse, mer lust och orgasm i högre utsträckning. Den psykologiska terapin förbättrade kvinnornas självkänsla och gav dem mer kunskap om sin situation. Kvinnorna upplevde även att de blev hörda samt fick styrka och trygghet att genomgå klitorisrekonstruktion. Överlag visade gruppen med enbart klitorisrekonstruktion högst förbättring jämfört med gruppen som fick både klitorisrekonstruktion och psykologisk terapi. Skillnaden mellan grupperna var däremot inte signifikant men kan ge en indikation på vad som ger störst förbättringar avseende utfallen (47). Defibulation och psykologisk terapi kan även leda till lägre sexuell ångest och depression samt förbättring avseende sexuell dysfunktion, åtrå, penetrationsstörning och kvinnlig orgasmisk störning (35).

Defibulation till följd av hälsoskäl är vanligt förekommande och kan ge en känsla av frihet och att återta kontroll över sin egen kropp (36). En studie visade att kvinnorna rapporterade en signifikant ($p < 0.05$) förbättring avseende estetik, känsla av femininitet och sexuell tillfredsställelse samt sexuell självsäkerhet efter defibulation (47). Det framkom även i andra studier (38, 45). Studier rapporterade även att defibulation och klitorisrekonstruktion bidrog till minskad smärta vid samlag, mer lust (38, 42-45, 47), samt högre tillfredsställelse och upphetsning (38, 44, 45). Ytterligare en studie (40) visade att samtliga studiedeltagare upplevde att defibulation åtgärdat de tidigare problemen, att de efter defibulationen var tillfredsställda med könets utseende och kände sexuell tillfredsställelse vid uppföljningen (40). Majoriteten av kvinnorna rapporterade att defibulation inte var lika smärtsamt som de hade trott och att det hade gått smidigare än förväntat. Det framkom även att vissa kvinnor som upplevt smärta vid samlag innan defibulation, fortfarande gjorde det emellanåt efter defibulation (40). Det rapporterades också att förlossning underlättades efter defibulation (34, 46, 48).

Enligt vissa studier bidrar defibulation och klitorisrekonstruktion till orgasm (38, 42, 43, 45, 47) och våthet i högre utsträckning (43, 45, 47) medan orgasm och våthet var oförändrad i en annan studie (44). En studie (42) lyfte att kvinnor som inte haft regelbunden orgasm innan klitorisrekonstruktion upplevde en ökning i förekomsten av orgasm efter klitorisrekonstruktion.

En motsatt utveckling påvisades dock för kvinnor som haft regelbundna orgasmer innan klitorisrekonstruktion. Dessa kvinnor rapporterade en försämring gällande regelbunden orgasm (42). Det förekom även att klitorissensationen förbättrades efter defibulation och klitorisrekonstruktion (38, 42). Efter defibulation och/eller klitorisrekonstruktion rapporterades även att hälsokvaliteten förbättrats avseende infektioner, urinering och menstruation (36, 43, 48). Flera var nöjda med resultatet (35, 36, 38, 40) och skulle starkt rekommendera defibulation till andra (40). Klitorisrekonstruktion kunde även indikera en minskning i symptom för depression (38).

En annan studie (41) visade att vissa kvinnor som genomgått defibulation i samband med förlossning ville re-infibuleras men blivit nekade på grund av svensk lag. De beskrev sin defibulation som att ha ett öppet sår. En kvinna rapporterade att hon ibland fick ont när hon gick och att bära underkläder var smärtsamt. Hon menade att hon redan blivit utsatt för FGM/C en gång och inte borde behöva bli ett offer igen genom att inte få en re-infibulation (41). Att inte vara nöjd med utseendet efter defibulation visades även i en annan studie där majoriteten berättade att de inte tyckte det såg ”normalt” ut, att det kändes konstigt, var tomt, att de inte var bekväma och att de vant sig vid utseendet av infibulation (39). Trots det var det få som efterfrågade re-infibulation efter förlossning, främst för att de önskade få fler barn. Flera kunde dock tänka sig re-infibulation när de blev äldre. Dels av rädsla att musklerna skulle bli slappa och det skulle leda till inkontinens men också för att de ville ha ett ”tight” utseende och känna sig attraktiva inför sin man (39).

4.3 Hur ser de sociala normerna ut i relation till defibulation?

De sociala normerna i relation till defibulation är komplexa och skiljer sig stort mellan traditioner, kulturer och individer. Medicinsk defibulation som inte sker i samband med förlossning eller äktenskap ses i många fall som tabu (34, 36, 37, 39, 41, 43). Det framkom att det finns en stark koppling mellan infibulation och kyskhet vilket fick yngre kvinnor som ännu inte gift sig att avstå medicinsk defibulation trots hälsoskäl. Detta av rädsla för att ingen man skulle acceptera dem om de inte hade genomgått någon form av FGM/C, men även av rädsla för att bli socialt stigmatiserade (34, 36, 37, 39, 41, 43). Medicinsk defibulation i relation till äktenskap eller förlossning visades sig vara mer acceptabelt (36, 39). Det fanns en uppfattning om att icke-omskurna kvinnor inte kunde förmå sig att vara trogna sina män och att de var promiskuösa (36, 43). Kvinnor som genomgått defibulation eller klitorisrekonstruktion beskrevs av två män som ”använda” och liknades vid prostituerade eller ”en second-hand-affär” (36). Detta var främst kopplat till singelkvinnor eftersom gifta kvinnor som var defibulerade inte ansågs promiskuösa. Det ansågs även avskyvärt med icke-omskurna kvinnliga genitalier, att det var orent och att kvinnan inte var komplett utan någon form av FGM/C (43). Kvinnorna kände oro över att inte kunna kontrollera sin sexuella drift och därmed vilja skapa sexuella relationer med flera. En oro till följd av den starka sociala och traditionella tron att FGM/C lugnar kvinnan och gör henne anständig (36, 37). Vid kunskapsspridning om medicinsk defibulation, däribland att deras oskuld och hymen inte ”försvann” vid defibulation, ändrades deras attityd gentemot ingreppet (43).

De starka sociala normerna kopplat till infibulation och defibulation fick ett flertal att avstå från deltagande i studierna. En uppfattning som hindrade kvinnor att delta var att ärret från mannens defibulation, vid samlag, relaterades till fertilitet och manlighet. Om det därmed framkom att mannen godkände en medicinsk defibulation skulle det förlöjliga honom inför familj och släkt eftersom det sågs omanligt och tabu att inte lyckas defibulera sin fru, vilket bidrog till att

kvinnan inte vill riskera att röja sin mans identitet (43). Andra studier visade att kvinnor som genomgått defibulation höll det privat och diskuterade inte ingreppet med någon. Detta av rädsla för att bli stigmatiserad, inte kunna gifta sig eller för att försvara sin mans sociala position och bibehålla bilden av att mannen lyckats defibulera henne efter giftermål (39, 40). Andra kvinnor ifrågasatte istället FGM/C och ansåg att defibulation innan äktenskap var acceptabelt (36, 37) medan vissa var emot FGM/C och dess förekomst men motsatte sig medicinsk defibulation innan äktenskap (36). Det antydde även att en attitydförändring till defibulation underlättats vid flytt från hemlandet där FGM/C praktiserades. Individer som inte hade ifrågasatt företeelsen tidigare tenderade att ändra sin attityd när de inte längre levde i ett samhälle som praktiserade FGM/C. Det påverkade de sociala relationerna och dess kontext samt hade en positiv inverkan på de sociala aspekterna i relation till utfallen av defibulation (36, 37). Det framkom att flera ansåg att medicinsk defibulation var acceptabelt om det var på grund av allvarliga hälsoskäl, men motsatte sig det i konkreta fall (36).

En annan studie (37) påvisade att de sociala normerna till FGM/C ändrats och att det i allt större utsträckning beskrevs som en privat angelägenhet. En vilja att inte lyfta ämnet grundade sig i rädsla att säga fel saker och stigmatisera andra med FGM/C. Stora kontraster beskrevs mellan Norge, där FGM/C mer och mer privatiserades, och Somalia, där FGM/C var något som berörde hela samhället (37). Studien (37) lyfte att till följd av att FGM/C allt mer individualiseras kan det leda till att färre söker FGM/C-relaterad vård.

I en studie (37) ansåg kvinnorna att män inte hade något att tillföra kontexten gällande FGM/C, då dess tradition och framtid var upp till kvinnorna att besluta om. Det stämmer väl överens med attityden till FGM/C och dess förekomst även i hemlandet (37) där männen inte bör påverka beslut eller ställningtaganden till FGM/C. Studien lyfter dock att mäns involvering i FGM/C kan vara avgörande för en attitydförändring till praktiken och ett avståndstagande från FGM/C eftersom det i stor utsträckning grundar sig i att kvinnor ska vara lämpliga för giftermål och åtråvärda för mannen (37). Andra kvinnor rapporterade att män hade bidragit till att FGM/C förhindrats (37) genom att de motsatt sig det starkt, exempelvis när deras döttrar skulle genomgå FGM/C. Samma studie lyfte fram att allt fler, i det fallet somaliska män i Norge, gifte sig med icke-omskurna kvinnor eftersom de ville ha ett mer jämställt förhållande. Framst på grund av kunskap hur FGM/C påverkar kvinnans hälsa och hennes möjlighet till sexuell njutning och tillfredsställelse. I relation till det fanns en misströstan hos kvinnorna med FGM/C då de ansåg att de hade genomgått FGM/C i onödan eftersom männen sökte sig till icke-omskurna kvinnor i större utsträckning (37).

En studie (40) visade att det fanns män som stöttade sin frus defibulation och var positiva till utfallet av defibulationen (40). Det var dock inte representativt för alla män där en annan studie (39) rapporterade att en man lämnat sin fru till följd av att hon inte hade en FGM/C typ III (infibulation). En annan man tillät inte sin fru att genomgå medicinsk defibulation trots allvarliga hälsoskäl (39). Samma studie påvisade att andra män accepterade defibulation, dock hade kvinnorna haft infibulation vid giftermål och diskuterat ingreppet med sin man innan genomförandet. Detta visades underlätta männens acceptans gentemot defibulation om mannen var informerad om ingreppet i förväg och visste att kvinnan haft infibulation sen tidigare (39).

4.4 Finns det kunskapsluckor inom området som kräver mer forskning eller finns det underliggande vetenskaplig evidens för införandet av insatser?

En studie (43) lyfte att vissa kvinnor ansåg att deras FGM/C var estetiskt vackert, främst på grund av att det ansågs feminint eftersom de utstickande delarna av det kvinnliga könet relaterades till maskulinitet enligt tradition. Ett ”slätt” kvinnligt könsorgan ansågs däremot feminint och eftersträvansvärt. Studiens konklusion var att kvinnornas estetiska preferenser bör studeras närmre inför framtida insatser eftersom estetik antyds vara en av många anledningar till FGM/C (43).

En studie (45) lyfte att det finns bristande forskning rörande defibulation och klitorisrekonstruktion, vilka som kan dra störst nytta av ingreppen, vilken omvårdnad som krävs och vilken kirurgisk teknik som rekommenderas. Det framgick att studier rörande klitoris, omkringliggande ärrbildning och om det finns en koppling mellan klitorisneurom och klitorismärta saknas, vilket kan bidra till vidare kunskap för utveckling av kirurgiska tekniker och insatser. Fortsättningsvis lyfts att mer kunskap krävs kring klitorisrekonstruktion för att utveckla riktlinjer kring proceduren (45).

FGM/C är en komplex förekomst som påverkar både det fysiska, psykiska och existentiella aspekterna. En studie (38) lyfte att fler prospektiva studier krävs för att kunna följa kvinnor en längre period efter defibulation eller klitorisrekonstruktion för att mäta utfallen med ett längre perspektiv. Det i kombination med validerade frågeformulär för att mäta livskvalitén, självförtroende, kroppsbild och depression, vilket är av betydelse för vidare forskning och insatser (38).

Litteraturen lyfte att mer forskning krävs kring kvinnor upplevelse och erfarenheter av defibulation. Däribland en studie (39) som rekommenderade att en oberoende intervjuare, som kan intervju personens modersmål, bör genomföra intervjuerna eftersom språkliga hinder förekommit i tidigare studier. Det skulle möjliggöra en större studiepopulation och ge en djupare förståelse för det undersökta området eftersom studiedeltagarna skulle kunna prata fritt. Studien lyfte även att mer forskning krävs kring singelkvinnors uppfattning, erfarenheter och hinder när det gäller defibulation. Information kan därmed uppkomma om hur insatser skapas för att stötta kvinnorna. Fortsättningsvis lyfte studien att forskning krävs kring mäns attityder till defibulation och FGM/C och därmed hur insatser ska utformas för att utbilda dem inom ämnet (39).

Många studier undersöker FGM/C typ III, ett ingrepp där slidöppningen sys ihop (infibulation). Det kan kombineras med FGM/C typ I som innebär att klitorisglansen tas bort. I de inkluderade studierna visades det att ett flertal kvinnor hade en intakt klitorisglans under en ärrvävnad från deras tidigare FGM/C. Forskare (42) påvisade att det kunde påverka kvinnors sexuella tillfredsställelse positivt efter klitorisrekonstruktion, eftersom klitorisglansen var intakt under ärrvävnaden. Forskarna påvisade dock att utfallen och resultaten från klitorisrekonstruktion kunde bli missvisande avseende sexuell tillfredsställelse eftersom goda resultat visats för dem med intakt klitorisglans men att mer forskning krävs på dem som ej har en intakt klitorisglans under deras ärrvävnad (42). Det finns även bristande forskning kring klitorisrekonstruktion när det gäller FGM/C typ I och typ II (42).

5 Diskussion

Till följd av att FGM/C är ett känsligt ämne finns svårigheter att undersöka kvinnornas upplevelse och erfarenhet av defibulation och klitorisrekonstruktion. Dels på grund av svårigheter att nå gruppen men också risk för rapporteringsbias, vilket kan tänkas påverkas av den sociala kontexten kvinnorna befinner sig i, vilket i sin tur bidrar till att deras erfarenheter kan förstärkas eller förminsas. Det är ett komplicerat ämne där flera motsägelser identifierades i studiedeltagarnas rapporteringar vilket lyfts i resultatdiskussionen. Komplexiteten i de attityder till FGM/C, defibulation och klitorisrekonstruktion som synliggjorts kan ha påverkats av de starka sociala normerna och den sociala kontexten som FGM/C grundar sig på, vilket i sin tur formar kvinnornas erfarenheter av FGM/C, defibulation och klitorisrekonstruktion.

5.1 Resultatdiskussion

5.1.1 *Anledningar till att söka vård för sin FGM/C*

FGM/C medför en rad negativa hälsoutfall vilka vissa kvinnor valde att söka vård för och andra inte. Anledningar till att söka vård berodde delvis på kunskap om hur FGM/C påverkade deras hälsa och kropp men också att det fanns hjälp att tillgå i form av defibulation eller klitorisrekonstruktion. Att söka vård för sin FGM/C kunde även ses som ett avståndstagande från kulturen och traditionen bakom FGM/C. För vissa kvinnor var det inte ett aktivt avståndstagande, men kan trots det indikera en attitydförändring gentemot de kulturella riktlinjerna av FGM/C. Det eftersom kvinnorna sällan eller aldrig sökte vård för sin FGM/C i sitt hemland där FGM/C var norm, däremot tenderade kvinnorna att göra det i större utsträckning efter flytt till ett land där FGM/C inte var norm.

Vanligt förekommande anledningar till att söka vård för sin FGM/C var att minska smärta vid samlag och förbättra sexlivet vilket majoriteten av den inkluderade litteraturen lyfte (38, 40, 42-45, 47, 48). De näst vanligaste orsakerna till att söka hjälp var urinvägsinfektion, vaginitis och dysmenorré (40, 42, 43, 48). Även hälsoskäl som psykologisk ohälsa (38, 45), underlätta graviditet och förlossning (23, 31), att återta symbolisk och fysisk integritet (25, 30) och känna sig mer feminin (28), lyftes. Många av de angivna hälsoskälen som studiepopulationen sökt vård för är tydligt noterade av WHO (6).

5.1.2 *Kvinnors erfarenheter och upplevelse av defibulation och klitorisrekonstruktion*

WHO (14) rekommenderar defibulation som en åtgärd för kvinnor med FGM/C med relaterade hälsoproblem, trots bristande forskning på området, vilket den inkluderade litteraturen stödjer. Det rapporterades att defibulation bidrog till en känsla av frihet och återtagande av kontroll över sin kropp (19). Estetik, känsla av femininitet och sexuell tillfredsställelse och självsäkerhet förbättrades (21, 28, 30). Samtliga studier som undersökte defibulation eller klitorisrekonstruktion och dess effekter visade att de tidigare hälsoproblem som kvinnor sökt hjälp för försvunnit eller minskat vid uppföljning (34, 36, 38, 40, 42-45, 47). Det var enbart en studie (42) som rapporterade både signifikanta förbättringar men också försämringar efter klitorisrekonstruktion. Tidigare forskning på området visar att det finns osäkerheter kopplat till

ingreppet (15, 16), vilket stärks av studiens (42) resultat. Artikeln (42) visade att klitorisrekonstruktion överlag gav förbättringar inom alla faktorer bortsett från orgasm där utfallet förvärrades för vissa kvinnor som innan klitorisrekonstruktionen upplevt regelbundna orgasmer. Dock förbättrades förekomsten av orgasmer för de kvinnorna som inte upplevt regelbundna orgasmer innan klitorisrekonstruktion (42). Klitorisrekonstruktion och defibulation är relativt outforskade områden (14, 16). Exempelvis finns bristande forskning på de hälsorelaterade fysiska- och psykiska utfallen av defibulation och klitorisrekonstruktion samt över vilka som har störst chans att påverkas positivt av ett sådant ingrepp. Utav samtliga studier som undersökte utfall av defibulation och klitorisrekonstruktion var det en studie (42) som även påvisade konkreta försämringar inom en grupp kvinnor. Därmed indikerar resultatet att defibulation och klitorisrekonstruktion ger hälsofördelar för majoriteten av kvinnor med FGM/C. Det i form av färre urinvägsinfektioner, minskad eller helt avsaknad av smärta vid samlag, lust i större utsträckning, högre sexuell tillfredsställelse, generellt förbättrad hälsokvalité, färre infektioner, underlättad urinering- och menstruation samt minskad dysmenorré (34, 36, 38, 40, 42-45, 47).

Det är av vikt att lyfta att andra studier visade olika resultat avseende orgasm och våthet, där vissa studier påvisade förbättringar (38, 42, 43, 45, 47) medan andra studier inte kunde redogöra för om det fanns någon skillnad i utfall (44). Därefter kan det ge en indikation att specifikt orgasm och våthet är faktorer som är svåra att mäta och jämföra mellan individer och grupper. Dels kan det vara en individuell variation i vad individerna definierar som "våthet" och orgasm men det kan även påverkas av en rad förväxlingsfaktorer, exempelvis sexuell erfarenhet före studiestart och vid uppföljning, om det är samma partner vid studiestart som vid uppföljning, om civilståndet ändrats, och hur den sexuella funktionen exakt påverkats av FGM/C. En studie (44) lyfte att det kan vara svårt att mäta förekomsten av orgasm och våthet före och efter defibulation eller klitorisrekonstruktion. Det kan även vara svårt att jämföra skillnader i våthet och orgasm mellan grupper och individer eftersom det finns ett flertal förväxlingsfaktorer som påverkar utfallet som är svåra att kontrollera för. Exempelvis kan kvinnors möjlighet att uppnå orgasm och våthet påverkas och variera mycket mellan individer, vilket kan bero på vilken typ av FGM/C kvinnan har men också hur FGM/C specifikt påverkat och/eller skadat könet. Variationerna i hur FGM/C påverkar de kroppsliga funktionerna är av betydelse eftersom exempelvis blygdläpparna och Bartholins körtlar producerar sekret och "våthet" (44). Om klitorisglansen är intakt under ärrvävnaden kan det även påverka kvinnors sexuella tillfredsställelse positivt vid dess exponering, men också av kvinnors kunskap att klitorisglansen finns kvar och är intakt, vilket kan ge kvinnorna kunskap om hur de kan stimulera området (44).

Fyra artiklar (35, 42, 45, 47) påvisade att psykologisk terapi är en lämplig komplettering till defibulation och klitorisrekonstruktion utifrån den psykologiska inverkan från FGM/C. En studie påvisade att enbart operation gav störst positiv effekt men att psykologisk terapi gav en förbättring gällande styrka i sin rådande situation vilket kan kopplas till empowerment (19). Genom att stärka kvinnan i sin situation kan hälsofördelar ges och även en säkerhet kring operation och hur situationen ska hanteras. Det kan även ge styrka att motsätta sig kulturen och traditionen. Empowerment kan därmed vara ett viktigt verktyg i arbetet för främjandet av en attitydförändring gentemot och ett avståndstagande av FGM/C.

En heterogenitet synliggjordes i relation till könets estetik där vissa kvinnor kände sig vackra, feminina och nöjda över deras köns utseendet efter defibulation eller klitorisrekonstruktion (38, 40, 45, 47), medan andra kvinnor ansåg att deras kön efter defibulation var fult, att det var obekvämt (41), inte såg "normalt" ut, kändes konstigt och tomt (39). Kulturella åsikter

synliggjordes även där en kvinna utan FGM/C inte ansågs komplett och mindre feminin. Fortsättningsvis ansågs de utstickande delarna av det kvinnliga könet, så som blygdläppar och klitorisglans, maskulint medan ett "slätt" kvinnligt könsorgan ansågs feminint (43). De kvinnor som var nöjda med sitt köns nya utseende hade självmant sökt sig till en klinik för att genomgå defibulation eller klitorisrekonstruktion, medan de som inte var nöjda tenderade att ha genomgått defibulation i relation till förlösning. Därmed fanns det skillnader i kvinnornas preferenser och förväntningar sen tidigare vilket kan ha påverkat åsikterna berörande könets estetik. Skillnaderna indikerar att mer forskning krävs på estetiken i relation till FGM/C, defibulation och klitorisrekonstruktion. Frågor bör ställas rörande om det finns estetiska hinder som gör att kvinnor inte söker vård för sin FGM/C och om insatser rörande estetik kan främja attitydförändringar gentemot FGM/C. Det kan även kopplas till tidigare forskning som visar att FGM/C ibland motiveras med att icke-omskurna genitalier är orena och att oskulden "försvinner" vid defibulation eller en klitorisrekonstruktion (1-4). Enligt tidigare forskning underlättas en attitydförändring gentemot FGM/C efter flytt till ett land där FGM/C inte är en norm. Därefter kan uppfattningar om vad som anses vara norm och normavvikande gällande kvinnors genitalier utmanas och leda till en attitydförändring om vad som anses estetiskt vackert och kvinnligt. Exempelvis påvisade tidigare studier att kvinnor med FGM/C ansåg att deras köns utseende var normavvikande och fult efter flytt till ett land där FGM/C inte längre var norm, något de ansåg att icke-omskurna kön varit innan flytt. Till följd av det sökte sig vissa kvinnor till klitorisrekonstruktion för att återta kontroll över sin kropp och känna sig mer feminina (17).

5.1.3 Sociala normer i relation till defibulation och klitorisrekonstruktion

Resultatet från litteraturöversikten påvisar att det finns en stor heterogenitet inom FGM/C, dess förekomst och av de sociala kontexterna. Det framkom att den sociala kontexten är viktig för att möjliggöra en attitydförändring kring FGM/C där kvinnor rapporterade att FGM/C setts som en självklarhet i sitt hemland men att de efter migration börjat ifrågasätta förekomsten (36, 37). Det kan kopplas till tidigare forskning (1) som visar att individer som blir influerade av, eller har nära kontakt med samhällen som inte praktiserar FGM/C har en tendens att lättare genomgå en attitydförändring gentemot FGM/C och ta avstånd från praktiken. Det eftersom FGM/C är starkt kopplat till kultur, tradition och samhälle i den sociala kontexten individerna är uppväxta i (1) och kan lättare tas avstånd till efter flytt. Det kan kopplas till de sociala bestämmningsfaktorerna (3), som påvisar att den sociala kontexten, samhällets traditioner och uppväxtmiljö är avgörande för individernas framtida hälsa. Det kan även kopplas till hur samhället där individen växer upp i hanterar hälsa och vad som anses eftersträvansvärt eller ej. I de samhällen som kvinnor och flickor med FGM/C växt upp i finns det en strävan efter att efterfölja den rådande traditionen kring FGM/C. För att påvisa heterogeniteten kring ämnet framkom det i litteraturen att FGM/C var något de sett fram emot och något att vara stolt över. Det sågs som en övergång från flicka till kvinna och att de med FGM/C var åtråvärda för äktenskap. Efter att ingreppet genomförts ångrade sig vissa eftersom de inte visste vad FGM/C i praktiken innebar (41, 43), medan andra såg FGM/C som ett övergrepp och något som gjorts mot deras vilja (41).

Hos kvinnorna i litteraturen framkom en stark tro att infibulation säkerställer kyskhet och att kvinnor som har infibulation lämpar sig bättre som hustrur och mödrar. Det synliggjordes även en stark stigmatisering gentemot kvinnor som inte genomgått infibulation, främst från deras sociala relationer/samhälle i sitt hemland. Det bidrog till att flera kvinnor inte velat genomgå defibulation innan äktenskap, trots hälsoskäl och migration till ett annat land där FGM/C inte

var norm (34, 36, 37, 39, 41, 43). Det största tabut i relation till FGM/C och dess tradition tenderade att vara att genomgå defibulation innan äktenskap, då den framtida partnern inte skulle kunna säkerställa kvinnans kyskhet. Det fanns även en uppfattning om att kvinnan skulle bli promiskuös och "lössläppt" utan FGM/C (19, 20, 26), något som grundar sig i kultur och tradition där FGM/C anses "lugna kvinnan" och "göra henne anständig" (4, 36, 37). En studie (43) visade att den starka motviljan till defibulation innan äktenskap kunde ändras genom kunskap och information om att oskulden inte "tas" i samband med ingreppet. Det kan relateras till tidigare forskning (1, 4) där en attitydförändring till FGM/C kan urskiljas i vissa länder och samhällen efter att kunskaps-spridning och interventioner genomförts för att stärka kvinnans position (empowerment). Dock har en attitydförändring inte kunnat synliggöras i alla länder och samhällen som haft liknande insatser (1, 4) vilket forskare inte har en förklaring till.

Det framkom även en rädsla bland kvinnorna att röja sin mans identitet i relation till att de skulle genomgå en medicinsk defibulation. Det eftersom det finns en uppfattning att en man som kan defibulera sin fru är maskulin och fertil. Om det kom fram att mannen godkänt en medicinsk defibulation fanns risk för social stigmatisering och förlöjligande i den sociala kontexten (43). Andra studier visade liknande beteende där kvinnor som genomgått medicinsk defibulation höll det privat, dels för sin egen rädsla att bli stigmatiserad eller inte kunna gifta sig, medan andra ville bibehålla sin mans sociala position och inte avslöja att han inte lyckats genomföra defibulation efter giftermål (39, 40). Tanken att mannen ska defibulera sin fru stämmer väl överens med den ursprungliga traditionen och kulturen (14) där det anses maskulint att lyckas defibulera sin fru samt att det påverkar fertiliteten positivt.

De sociala normerna rörande FGM/C och defibulation var många och varierade mellan individer. Det kunde även synliggöras en motsättning i attityden till defibulation mellan teori och praktik, där defibulation i teorin kunde anses acceptabelt om kvinnan hade allvarliga hälsoproblem, men när det skedde i praktiken motsatte sig många defibulationen (36). Det kan tänkas bero på att en förändring pågår där individerna befinner sig i en övergångsfas mellan en mer traditionell och en mer västerländsk syn på FGM/C. Vissa kvinnor (36) ansåg att defibulation innan äktenskap var acceptabelt medan andra inte ansåg det. Däribland var en del emot FGM/C och dess praktik men samtidigt emot medicinsk defibulation innan äktenskap (36), vilket påvisar en diskrepans och komplexitet inom ämnet med tillhörande kultur och tradition (36, 37). Samma studier (36, 37) påvisade en attitydförändring gentemot FGM/C och att medicinsk defibulation underlättats efter flytt till ett annat land.

FGM/C visar ansatser till att bli en allt mer privat angelägenhet i vissa av de samhällen där FGM/C inte är norm, vilket kan påverka den sociala stigmatiseringen och inge en osäkerhet att söka vård för sin FGM/C (36). Återigen synliggörs en social kontext som påverkar beteendet och attityden till FGM/C. En studie (37) lyfte att det finns en attityd till att män inte bör påverka eller intervensera diskursen om FGM/C och att de inte bör ingripa om deras döttrar genomgår FGM/C eller ej, utan att det var kvinnornas ensak (37). Det är en intressant attityd ur interventionssynpunkt eftersom kulturen och traditionen i relation till FGM/C i stor utsträckning grundar sig på att kvinnan ska vara åtråvärd för mannen där de ska vara oskulder och "rena" för att anses vara lämpliga för giftermål och moderskap (7). Det baseras på att det finns en uppfattning i traditionen och kulturen av FGM/C att män vill ha en oskuld, en kvinna som är kontrollerad och till för mannens njutning. FGM/C kan ses som ett övergrepp på kvinnan, ett sätt att kontrollera och styra henne. Vilket stärks av att ett flertal studier (34, 36, 37, 39, 41, 43) som belyste kvinnors rädsla att bli lämnade till följd av att de inte var infibulerade, inte tillräckligt trånga eller inte längre var oskulder. En studie (40) rapporterade att vissa män stöttade sin frus defibulation. Medan en annan studie (39) påvisade att en man

lämnat sin fru när han insåg att hon inte var infibulerad och ytterligare en man som hindrat sin frus defibulation trots allvarliga hälsoskäl (39). Männen som varit stöttande inför ingreppet hade däremot vetskap om att kvinnan var infibulerad vid giftermål och att de tillsammans diskuterat defibulation tidigare (39). Det ger en bild av att FGM/C är till för mannen och hans njutning samt att det även är mannen som har veto gällande om kvinnan får eller inte får genomgå defibulation eller klitorisrekonstruktion, trots att det gäller kvinnans kropp.

Tidigare forskning (1, 8, 37) påvisar att om föräldrar till flickor, som traditionellt skulle utsättas för FGM/C, försäkrades om att deras dotter kunde gifta sig utan FGM/C så skulle förekomsten av FGM/C minska. Det eftersom förekomsten grundar sig på en tro att män vill ha en flicka/kvinna med FGM/C och accepterar inte en kvinna utan FGM/C (1, 8, 37). Det finns även berättelser att män varit anledningen till att FGM/C hindrats genom att de motsatt sig ingreppet starkt (20). Mäns involvering i diskursen av FGM/C är därmed av vikt för att dels visa att det finns män som motsätter sig praktiken och därmed även uppfattningen av att alla män vill ha en kvinna med FGM/C. Det är också av vikt att inkludera män i kunskapsspridning för att utbilda dem om FGM/C och hur det påverkar flickor och kvinnors hälsa. Kunskapsspridning kvävs även för att synliggöra och motbevisa de myter som relateras till FGM/C och icke-omskurna kvinnor, vilken tidigare forskning påvisar krävs för kommande interventioner (7). Utifrån det kan en viktig del i preventionen av FGM/C vara att involvera männen i större utsträckning eftersom traditionen grundar sig på vad samhället tror män vill ha. Förekomsten är såväl ett sätt att kontrollera kvinnor och utgör ett brott mot de mänskliga rättigheterna samt barnrättskonventionen (1, 4, 6, 11).

Sunna-omskärelse var ett återkommande begrepp som en del använde sig av eftersom de ansåg att det var mindre stigmatiserat jämfört med begreppet FGM/C. Det fanns även en tro att sunna-omskärelse var en mildare variant av FGM/C som många stöttade medan de inte stöttade FGM/C. Dock visades det att många som benämnde sin omskärelse som ”sunna” hade någon form av FGM/C (20). Skiftningen som kan ses i begrepp kan medföra problem där det finns risk att det rapporteras att FGM/C minskar i världen medan det egentligen är ett begreppsbyte som skett. Det är även problematiskt eftersom sunna-omskärelse anses mildare än FGM/C samtidigt som det inte finns någon konkret definition om vad sunna-omskärelse omfattar ingreppsmässigt och att vissa till och med identifierats ha en FGM/C typ III trots att sunna-omskärelse påstås inte vara så omfattande (22-24, 37).

5.1.4 Litteraturens brister

Det finns brister gällande etiska överväganden i den inkluderade litteraturen där enbart åtta artiklar erhöll ett godkännande från en etisk kommitté (34-41). De flesta artiklarna lyfte ett etiskt perspektiv i form av konfidentialitet, informerat samtycke och kodning men utvecklade inte den bakomliggande etiken. En studie (42) lyfte att etiskt godkännande inte krävdes eftersom studien genomförts innan det behövdes etiskt godkännande. Möjligheten finns därmed att även andra studier utan etiskt godkännande från en tid där etiskt godkännande inte krävts, men också att studier från andra länder möjligtvis har andra riktlinjer kopplat till etik.

Urvalsmetoderna, snöboll- och bekvämlighetsurval, kan inte säkerställa att selektionsbias inte förekommit och därmed påverkat resultatet. Det eftersom urvalsmetoderna tenderar att inkludera individer med liknande åsikter eller erfarenheter vilket gör att resultaten blir svåra att generalisera till andra grupper och kontexter. Dock lyfts det att urvalsmetoderna är lämpliga utifrån ämnet och studiernas syfte till följd av att det är ett känsligt ämne och en svår grupp att

nå. Utifrån det kan urvalsmetoderna motiveras (41). Litteraturen lyfter att en anledning till små urval och lågt deltagande kan härledas till den stigmatisering som kvinnorna upplever i mottagarlandet där de flesta studierna utförts. De upplever att deras FGM/C är något de skäms över eftersom det är något ovanligt och dessutom olagligt i de flesta europeiska länderna. Därmed är det en liten andel med FGM/C som träder fram och deltar i studier (32).

Vissa studier diskuterade selektionsbias och rapporteringsbias, där sanningsenligheten kan ifrågasättas. Studier diskuterade möjligheten att det kan finnas risk att intervjupersonerna under-, eller överdrev för att behaga intervjuaren för att exempelvis bli utvald till studien eller för att skydda sin kultur och tradition (34, 40), vilket är en risk som finns i all självrapporterade data. Det framkom inte heller tydligt ifall ett förvalt studieprotokoll använts och hur datan hanterats efter avslutad studie. Det kan därför inte uteslutas att de inkluderade studierna ändrat fokus av studien efter studiestart eller påverkat resultatet eller intervjufrågor utefter studiens gång som kan ha påverkat dess resultat.

Trots små urval är det viktigt att belysa att resultaten fortfarande kan bidra till en djupare förståelse för ämnet och fortsatt forskning. Det undersökta materialet är till stor del kvalitativt och självrapporterat och påvisar en stor komplexitet, där många förväxlingsfaktorer förekommer som är svåra att kontrollera för. Exempel på förväxlingsfaktorer är samhällelig-, och/eller släktspecifik tradition, familj, sexuell erfarenhet, partner, typ av FGM/C och hur den exakt påverkat anatomin och de kroppsliga funktionerna. Därmed finns det en stor heterogenitet inom ämnet och dess utfall. Utifrån det påvisar ändå de flesta studierna en homogenitet där defibulation och eller klitorisrekonstruktion i majoriteten av fallen underlättar och ger hälsofördelar både fysiskt och psykiskt.

Flera studier påvisar svårigheter att använda sig av ett validerat mätinstrument. Beroende på när studierna genomförts finns det olika utgångslägen vid val av mätmetod. Vissa påvisar att det inte finns någon tillräckligt övergripande validerad metod att använda sig av medan andra, nyare, använder sig av Female Sexual Function Index (FSFI) för att mäta utfallen specifikt för sexuell funktion (38, 43, 44). Till följd av att det tidigare inte funnits en validerad mätmetod för den här typen av frågor kan det påverka resultaten och rapporteringsbiasen. Det framkommer även att FSFI inte inkluderar frågor som sexuell erfarenhet, kunskap eller förståelse över sin egen sexuella funktion och kan därmed ifrågasättas som mätmetod eller behöva kompletteras (43). Eftersom många av studierna har en stor variation i val av mätinstrument är det svårt att påvisa någon evidens i det samlade materialet eller jämföra studier.

Språkbarriärer lyfts som en brist i vissa studier (38, 43) eftersom vald mätmetod, som FSFI, inte finns översatta till vissa språk men också för att vissa språkkunskaper varit ett kriterium för inklusionskrav i studierna. Därmed har vissa individer exkluderats ur studierna. Det kan också förekomma att vissa studiedeltagare gynnats i studier som haft mer kunskap av det valda intervju- eller enkät språket, då de kan förstå och formulera sig bättre.

Svårigheter med uppföljning och tidsbegränsad uppföljning kan även det påverkat resultaten. Ett flertal studier använde sig av sex månaders uppföljning vilket anses relevant då perioden för läkning gått och studiepopulationen i stor utsträckning kunnat haft samlag, vilket var relevant för de studierna som avsåg att mäta sexuell funktion. Men också för möjligheten att komma i kontakt med deltagarna eftersom det fanns en oro att inte nå dem om det var en längre uppföljningsperiod. Dock problematiseras den korta uppföljningsperioden där en längre uppföljning vore relevant för framtida studier (42, 44).

Majoriteten av studiedeltagarna i litteraturen som ingick kom ursprungligen från Somalia (34, 36, 37, 39-41, 43-45, 48). Det beror delvis på de flyktingströmmar från Somalia till Europa, där många studier genomförts, samt att det är ett av de länder där FGM/C förekommer i stor utsträckning. Eftersom FGM/C skiljer sig mycket från land och tradition kan det finnas begränsningar för att resultatet ska kunna generaliseras till andra kontexter, det vill säga att det har en låg extern validitet. Dock ger det starka indikationer till fortsatt forskning och tillför viktig kunskap.

5.1 Metoddiskussion

Val av metod passade väl utifrån studiens syfte. Under datainsamlingen utfördes ett flertal sökningar för att studera MeSH termer och alternativa synonymer. Efter det gjordes den slutgiltiga datainsamlingen. Dock framkom det efter avslutad sökning att ytterligare söktermer som "excision", "reversal", "vulvoplasty", "sunna gudnin" och "pharaonic circumcision" förekom som termer i kulturspecifik litteratur. Det kan ha påverkat antalet sökträffar vid datainsamlingen men det upplevs inte troligt att några nya artiklar av relevans upptäckts som även klarat inklusions- och exklusionskriterierna. Dock kan möjligheten inte uteslutas helt.

Ett av inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara på engelska eller svenska, vilket uteslöt bland annat artiklar på franska som tros vara av relevans för studien. Det till följd av att Frankrike är relativt framstående inom forskning på FGM/C och dess förekomst. På senare år har studier om kvinnors erfarenheter i relation till defibulation och klitorisrekonstruktion genomförts i landet. Frankrike har även en annan flyktingström jämfört med exempelvis Norden där Frankrike har en större flyktingström från fransktalande länder och regioner i Afrika, vilket Norden inte har i samma utsträckning. Exkludering av franska studier kan även inneburit att studier utförda i fransktalade länder och regioner i Afrika utesluts vilket kunnat bidra till en annan infallsvinkel till FGM/C och dess praktik. Därmed kan det ej uteslutas att artiklarna som exkluderades på grund av språk hade kunnat påverka resultatet.

Av den inkluderade litteraturen förekommer samma författare på fler artiklar. Hänsyn har tagits till det såväl som reflektion om artiklarna ska inkluderas eller ej. Anledning till att de inkluderats beror dels på att det inte var samma grupp forskare som återkom i artiklarna, utan enbart enstaka forskare vilket stärker reliabiliteten något. Det bortsett från två studier genomförda i Norge med samma forskare, vilket ansågs acceptabelt. FGM/C i samband med defibulation och klitorisrekonstruktion är även ett relativt outforskat område vilket en liten grupp forskar om. Det gör det svårt att exkludera artiklar av samma författare.

Ett flertal av de inkluderade studiernas urval utgjordes främst av individer från Somalia vilket grundar sig på immigration därifrån. Det kan ha påverkat resultatet eftersom FGM/C skiljer sig mellan länder och kultur vilket gör att en majoritet av deltagare från Somalia kan hindra resultatens generaliserbarhet till andra länder och kontexter. Prevalensen av artiklar från europeiska länder som haft stor immigration från länder som praktiserar FGM/C kan bero på att det är i dessa länder som forskning på FGM/C och defibulation görs. Det kan även ha påverkats av inklusions- och exklusionskriterier och val av databaser. Vid vidare forskning föreslås inkludering av fler kulturtraditionsenliga begrepp som diskuterats tidigare liksom av inkludering av fler databaser.

De inkluderade artiklarnas kvalitet uppnådde låg/medel enligt SBU:s kriterier vilket indikerar brister i studiedesignerna vilket diskuterats tidigare, vilket kan påverka den aktuella litteraturöversiktens kvalitet. Utifrån bristande forskning på området samt det känsliga ämnet, anses litteraturöversikten reflektera den kunskap som finns väl och problematisera komplexiteten som synliggjorts. Litteraturöversiktens resultat går väl i linje med tidigare forskning vilket visar en homogenitet utifrån tidigare studiers resultat, såväl som en heterogenitet inom ämnet.

Givet att det här är en begränsad studie till följd av tidsbrist och utrymmet på kandidatnivå limiterades studien rörande omfång och möjlighet till djupare analysering. En större analys hade kunnat genomföras om de nämnda begränsningarna inte förekommit och möjligen påvisat ett annat resultat. Tillgång till väsentlig litteratur till det avsedda ämnet och frågeställning var begränsad vilket påverkat den litteratur som inkluderats. Det påvisar att det är ett ämne som det finns kunskapsluckor inom och kräver mer forskning.

Författarens egen förförståelse för ämnet har diskuterats tidigare, där kunskap och förståelse för ämnet växte allt eftersom litteraturöversikten sammanställdes. Objektivitet har eftersträvats i all litteratursökning samt vid tolkning och presentation av resultat, vilket kan indikera en låg konfirmeringsbias. Dock kan konfirmeringsbias, det vill säga ens egen tolkning av resultat utifrån förförståelse, erfarenheter eller attityder till ämnet, aldrig uteslutas helt och till följd av att det är ett känsligt ämne kan objektiviteten försvåras.

6 Konklusion

Litteraturöversiktens resultat indikerar, i linje med tidigare forskning, att defibulation och klitorisrekonstruktion är relevanta åtgärder för kvinnor med FGM/C. Ingreppen bör därmed erbjudas med tydlig information om de risker som finns samt att det är ett outforskat område. Psykologisk terapi bör implementeras i större utsträckning, antingen som komplement till defibulation och klitorisrekonstruktion eller som en fristående behandling. Litteraturöversikten påvisar även att det pågår en attitydförändring till traditionen, dels i vissa länder som utövar FGM/C och dels bland individer som migrerat från sitt hemland. Det kan även antydvas en privatisering av frågan som bör synliggöras.

Utifrån litteraturstudien resultat finns det ett behov av folkhälsovetenskapliga insatser i syfte att minska förekomsten av FGM/C men också i syfte att hjälpa dem som behöver vård i relation till sin FGM/C. Genom kunskapsspridning om FGM/C och dess negativa inverkan på hälsan kan förändring ske. Det bör kombineras med att stärka kvinnor (empowerment), utbilda män och motbevisa de myter som FGM/C bygger på. De sociala relationerna och den sociala kontexten, som synliggjorts i förhållande till FGM/C, går i linje med hälsans sociala bestämningsfaktorer och har visats ha en stor betydelse av FGM/C och dess praktik. Därmed krävs insatser för att utbilda och sprida kunskap i samhällen och familjer i syfte att förändra samhällens attityder till FGM/C. Det skulle kunna genomföras genom att nyckelpersoner och så kallade "gate-keepers" tar ställning mot FGM/C och sprider sin kunskap. Det kan exempelvis vara inflytelserika kvinnor, religiösa ledare och andra viktiga individer som befolkningen har förtroende för. På så vis kan de berörda individerna bli hörda och själva bidra till en förändring som på långsikt kan resultera i en attitydförändring, vilket krävs för ett övergivande av FGM/C och dess praktik.

Slutligen krävs mer forskning inom en rad olika områden i relation till ämnet, inte minst om kvinnors erfarenheter om FGM/C, defibulation och klitorisrekonstruktion. Men även om de sociala relationerna och den sociala kontexten i relation till FGM/C och dess tradition. Fortsättningsvis krävs fler promotiva insatser för att förebygga förekomsten av FGM/C men även kunskapsspridning om att defibulation och klitorisrekonstruktion finns att tillgå.

Referenser

1. Gupta GR. Female Genital Mutilation/Cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change. New York: United Nations Children's Fund; 2013. p. 184-90.
2. United Nations Children's Fund. Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern. New York: UNICEF; 2016.
3. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661-9.
4. Elise R, Johansen B, editors. Resistance to Reconstruction: The Cultural Weight of Virginité, Virility and Male Sexual Pleasure. In G. Griffin & M. Jordal (Eds.) *Body, migration, re/constructive surgeries: Making the gendered body in a globalized world* (pp. 78-92). Routledge.: Abingdon, Oxon : Routledge; 2018.
5. Johansen RE. Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Reprod Health*. 2017;14(1):25.
6. World Health Organization. Female genital mutilation [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [updated 2020.02.03; citerad 2020.04.28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.
7. Gisselmann M, Hemström Ö, Toivanen S. Kön, genus och skillnader i hälsa. In: Rostila M, Toivanen S, editors. *Den orättvisa hälsan : om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*. 1. utg. ed: Stockholm : Liber; 2012. p. 62-79.
8. Gele A, Sagbakken M, Kumar B. Is female circumcision evolving or dissolving in Norway? A qualitative study on attitudes toward the practice among young Somalis in the Oslo area. *International Journal of Women's Health*. 2015;7:933-43.
9. Rostila M, Toivanen S. Den orättvisa hälsan. In: Rostila M, Toivanen S, editors. *Den orättvisa hälsan : om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*. 1. utg. ed: Stockholm : Liber; 2012.
10. Socialstyrelsen. Flickor och kvinnor i Sverige som kan ha varit utsatta för könsstympning. En uppskattning av antalet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Report No.: 2015-1-32.
11. United Nations Children's Fund. Approximately 1 in 4 survivors of female genital mutilation were cut by a health care provider [Internet]. New York: United Nations Children's Fund; 2020 [updated 2020.02.05; citerad 2020.04.29]. Available from: <https://www.unicef.org/press-releases/approximately-1-4-fgm-survivors-were-cut-health-care-provider>.
12. The Universal Declaration of Human Rights, (1948).
13. Lag med förbud mot könsstympning av kvinnor (SFS 1982:316).
14. World Health Organization. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. WHO Guidelines on the Management of Health Complications from Female Genital Mutilation. Geneva: WHO; 2016.
15. Thabet SMA, Thabet ASMA. Defective sexuality and female circumcision: The cause and the possible management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2003;29(1):12-9.
16. Abdulcadir J, Rodriguez MI, Say L. A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2015;129(2):93-7.

17. Jordal M. The meaning of clitoral reconstruction (CR) and female genital cutting among immigrant women asking for CR surgery in Sweden. In: Griffin G, Jordal M, editors. *Body, Migration, Re/constructive Surgeries: Making the Gendered Body in a Globalized World*. New York: Routledge; 2018. p. 95-109.
18. Dirie W, Cathleen M. *En blomma i Afrikas öken*. Trondheim: Bra böcker; 2001.
19. Perkins DD, Zimmerman MA. Empowerment theory, research, and application. *Am J Community Psychol*. 1995;23(5):569-79.
20. Andersson C. Female genital mutilation--a complex phenomenon. *Lakartidningen*. 2001;98(20):2463.
21. Kimani S, Kabiru CW. Shifts in female genital mutilation/cutting in Kenya: Perspectives of families and health care providers. New York: Population Council; 2018.
22. Newell-Jones K. Female genital cutting in Somaliland: Baseline assessment. Population Council: Somaliland Family Health Association (SOFHA); 2017.
23. Sulaiman M, Kipchumba E, Magan M. Changing Social Norms in Somalia: Baseline Report on CHANGES Project addressing women empowerment, female circumcision and early marriage. Save The Children; 2017.
24. Crawford S, Ali S. Assignment Report. Situational analysis of FGM/C stakeholders and interventions in Somalia.: Health and Education Advice and Resource Team (HEART) Oxford, UK; 2015.
25. Baker JD. The Purpose, Process, and Methods of Writing a Literature Review. *Aorn j*. 2016;103(3):265-9.
26. Forsberg C. Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. 4. rev. utg. ed. Wengström Y, editor: Stockholm : Natur & kultur; 2016.
27. Sahlgrenska Universitetssjukhuset. 1. Formulera en fråga Göteborg: Västra Götalandsregionen; 2019 [updated 2019.08.152020.05.23]. Available from: <https://www.sahlgrenska.se/forskning/bibliotek/tjanster-sokhjalp/hitta-evidens/formulera-en-fraga/>.
28. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*. 2009;6(7).
29. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Vår metod [Internet] Stockholm: SBU; 2020 [citerad 2020.05.17]. Available from: <https://www.sbu.se/sv/var-metod/>.
30. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Bedömning av studier med kvalitativ metodik. U.å. In: *Metodbok* [Internet]. Stockholm: SBU. Available from: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf.
31. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Mall för kvalitetsgranskning av observationsstudier. 2012. In: *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – en handbok* [Internet]. Stockholm: SBU. Available from: <https://www.sbu.se/contentassets/ed45ea66fb3d4053bde57f5ba9d36d57/kvalitetsgranskning-observationsstudier.pdf>.
32. Momoh C, Ladhani S, Lochrie DP, Rymer J. Female genital mutilation: analysis of the first twelve months of a southeast London specialist clinic. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2001;108(2):186-91.
33. Vetenskapsrådet. *God Forskningssed*. Vetenskapsrådet; 2017.
34. Moxey JM, Jones LL. 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(1).

35. Mestre-Bach G, Tolosa-Sola I, Rodríguez I, Barri-Soldevila P, Lasheras G, Farré JM. Changes in Sexual Distress, Depression and Sexual Function after Clitoral Reconstruction in Women with Female Genital Mutilation/Cutting. *International Journal of Sexual Health*. 2018;30(4):412-21.
36. Elise R, Johansen B. Undoing female genital cutting: perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Culture, Health and Sexuality*. 2017;19(4):528-42.
37. Elise R, Johansen B. Blurred transitions of female genital cutting in a Norwegian Somali community. *PLoS ONE*. 2019;14(8).
38. Vital M, de Visme S, Hanf M, Philippe H-J, Winer N, Wylomanski S. Using the Female Sexual Function Index (FSFI) to evaluate sexual function in women with genital mutilation undergoing surgical reconstruction: a pilot prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology*. 2016;202:71-4.
39. Safari F. A qualitative study of women's lived experience after deinfibulation in the UK. *Midwifery*. 2013;29(2):154-8.
40. Nour NM, Michels KB, Bryant AE. Defibulation to treat female genital cutting: effect on symptoms and sexual function. *Obstet Gynecol*. 2006;108(1):55-60.
41. Berggren V, Bergström S, Edberg AK. Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden. *J Transcult Nurs*. 2006;17(1):50-7.
42. Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *Lancet*. 2012;380(9837):134-41.
43. Catania L, Abdulcadir O, Puppo V, Verde JB, Abdulcadir J, Abdulcadir D. Pleasure and Orgasm in Women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). *The Journal of Sexual Medicine*. 2007;4(6):1666-78.
44. Krause E, Brandner S, Mueller MD, Kuhn A. Out of Eastern Africa: Defibulation and Sexual Function in Woman with Female Genital Mutilation. *The Journal of Sexual Medicine*. 2011;8(5):1420-5.
45. Abdulcadir J, Rodriguez MI, Petignat P, Say L. Clitoral Reconstruction after Female Genital Mutilation/Cutting: Case Studies. *Journal of Sexual Medicine*. 2015;12(1):274-81.
46. 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.
47. Dugast S, Winer N, Wylomanski S. Sexological care of circumcised women: Experience in Nantes, France. Preliminary study. *Sexologies*. 2017;26(4):e59-e64.
48. Penna C, Fallani MG, Fambrini M, Zipoli E, Marchionni M. Type III female genital mutilation: clinical implications and treatment by carbon dioxide laser surgery. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(6):1550-4.

Bilaga I

Tabell över datainsamling, träffar, antal etc.

Datum	Databas	Sökord	Antal träffar	Antal artiklar efter titel, inkl., och exklusionskriterier samt exkludering av dubletter	Valda artiklar	Författare, publiceringsår och titel
2020.04.24	PubMed (nya)	Se Tabell I	114	43	6	<p>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</p> <p>Foldès, P., Cuzin, B. & Andro, A., 2012. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study.</p> <p>Lundberg, P.C. & Gerezgiher, A., 2008. Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden.</p> <p>Nour, N.M., Michels, K.B. & Bryant, A.E., 2006. Defibulation to treat female genital cutting - Effect on symptoms and sexual function.</p> <p>Penna, C. et al., 2002. Type III female genital mutilation: Clinical implications and treatment by carbon dioxide laser surgery.</p> <p>Safari, F., 2013. A qualitative study of women's lived experience after deinfibulation in the UK.</p>

2020.04.24	CINAHL	Se Tabell I	12	2	1	Vital, M. et al., 2016. Using the Female Sexual Function Index (FSFI) to evaluate sexual function in women with genital mutilation undergoing surgical reconstruction: a pilot prospective study.
2020.04.24	Scopus	Se Tabell I	384	56	7	<p>Abdulcadir, J. et al., 2015. Clitoral Reconstruction after Female Genital Mutilation/Cutting: Case Studies.</p> <p>Dugast, S., Winer & Wylomanski, 2017. Sexological care of circumcised women: Experience in Nantes, France. Preliminary study.</p> <p>Johansen, R. Elise B., 2019. Blurred transitions of female genital cutting in a Norwegian Somali community.</p> <p>Johansen, R., .Elise, B., 2017. Undoing female genital cutting: perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway.</p> <p>Jordal M., 2018. The meaning of clitoral reconstruction (CR) and female genital cutting among immigrant women asking for CR surgery in Sweden.</p> <p>Mestre-Bach, G. et al., 2018. Changes in Sexual Distress, Depression and Sexual Function after Clitoral Reconstruction in Women with Female Genital Mutilation/Cutting.</p> <p>Moxey, J.M. & Jones, L.L., 2016. A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England.</p>
2020.04.24	PsycINFO	Se Tabell I	6	0	0	

Bilaga II

Tabell över presentation av artiklar och kvalitetsgranskning

Refnr	Titel	Författare	Syfte	Design, Metod	Urval	Land	Publ.år	Kvalitetsgranskning
33	A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England.	Moxey, J.M. & Jones, L.L.	Undersöka hur somaliska kvinnor med FGM/C upplever mödravården i England, däribland defibulation, vaginal förlossning & kejsarsnitt.	Deskriptiv kvalitativ intervjustudie	Bekvämlighets- och snöbollsurval användes vid två samhällscenter i Birmingham. 10 kvinnor rekryterades som sökt prenatal vård under de senaste 5 åren.	England	2016	Måttlig
34	Changes in Sexual Distress, Depression and Sexual Function after Clitoral Reconstruction in Women with Female Genital Mutilation/Cutting	Mestre-Bach, G. et al.	Undersöka skillnader i sexuell funktion, depression och andra symptom efter klitorisrekonstruktion hos kvinnor med FGM/C	Mixad studiedesign	27 kvinnor som sökte vård för klitorisrekonstruktion vid Departement of Obstetrics, Gynecology, and Reproduction	Spanien	2018	Måttlig
35	Undoing female genital cutting: perceptions and	Johansen, R., & Elise, B.	Undersöka erfarenheter och attityder i relation till	Kvalitativ intervjustudie	28 män och kvinnor som var bosatta i Norge	Norge	2017	Måttlig

	experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway.		infibulation, defibulation och oskuld hos somaliska sudanesiska immigranter i Norge		rekryterades via snöbollsurval och på deras arbetsplats			
36	Blurred transitions of female genital cutting in a Norwegian Somali community.	Johansen, R., & Elise, B.	Undersöka attitydförändring till FGM/C hos individer som kommer från länder som praktiserar traditionen och utveckla insatser mot FGM/C	Kvalitativ intervjustudie	72 kvinnor och män från Somalia rekryterades genom informationsträffar och snöbollsurval	Norge	2019	Måttlig
37	Using the Female Sexual Function Index (FSFI) to evaluate sexual function in women with genital mutilation undergoing surgical reconstruction: a pilot prospective study.	Vital, M. et al.	Undersöka sexuell funktion efter klitorisrekonstruktion hos kvinnor med FGM/C	Kvalitativ Kohort, pilotstudie	12 kvinnor med FGM/C som sökt CR vid Nantes University hospital	Frankrike	2016	Måttlig

38	A qualitative study of women's lived experience after defibulation in the UK.	Safari, F.	Undersöka kvinnors erfarenheter av defibulation	Kvalitativ intervjustudie	9 kvinnor med FGM/C typ III som genomgått defibulation mellan 2008–2009	Storbritannien	2013	Måttlig
39	Defibulation to treat female genital cutting - Effect on symptoms and sexual function.	Nour, N.M., Michels, K.B. & Bryant, A.E.	Underökning av fysiska symptom och sexuell funktion efter defibulation	Mixad studiedesign, både analys av klinisk data/register och telefonintervjuer	40 kvinnor med FGM typ III registrerades via register därefter identifierades 32 stycken och ingick i telefonintervjuer	USA	2006	Måttlig
40	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.	Undersöka kvinnor med FGM/C bemötande i den svenska hälso- och sjukvården	Kvalitativ intervjustudie	22 kvinnor från Somalia, Eritrea & Sudan som var bosatta i Sverige	Sverige	2006	Måttlig
41	Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study.	Foldès, P., Cuzin, B. & Andro, A.	Undersöka direkta och långsiktiga utfall av klitorisrekonstruktion	Kvalitativ Kohortstudie	2983 kvinnor med FGM/C typ II & III som kontaktat urolog vid Poissy-St Germain Hospital Mellan 1998-2009	Frankrike	2012	Måttlig

42	Pleasure and Orgasm in Women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C)	Catania, L., et al.	Undersöka sexuell funktion hos kvinnor med FGM/C och defibulation	Kvalitativ intervjustudie med en komparativ ansats	137 kvinnor med historia av FGM/C kontaktades av en gynekolog och accepterade att ställa upp i studien. Bekvämlighetsurval ?	Italien	2007	Låg
43	Out of Eastern Africa: Defibulation and Sexual Function in Woman with Female Genital Mutilation.	Krause, E. et al.	Undersöka sexuell funktion före och efter defibulation hos kvinnor med FGM/C.	Kvalitativ studie	18 kvinnor som kontaktat Departement of Urogynecology och sökte vård för defibulation Inkluderades i studien.	Schweiz	2011	Måttlig
44	Clitoral Reconstruction after Female Genital Mutilation/Cutting: Case Studies.	Abdulcadir, J. et al.	Undersöka psykiska och fysiska kortsiktiga och långsiktiga utfall av klitorisrekonstruktion	Kvalitativ Fallstudie	Två kvinnor med FGM/C typ II & III som sökt för CR	Schweiz	2015	Måttlig
45	Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant	Lundberg, P.C. & Gereziher, A.	Undersöka eritreanska kvinnor med FGM/C erfarenheter i den svenska hälso- och sjukvården under graviditet, förlossning & postpartum	Kvalitativ studie med etnografisk ansats	15 kvinnor från Eritrea inkluderades vis snöbollsurval	Sverige	2008	Måttlig

	women in Sweden							
46	Sexological care of circumcised women: Experience in Nantes, France. Preliminary study.	Dugast, S., Winer & Wylomanski.	Undersöka utfallet av sexuell funktion, utseende och innebörd efter kirurgisk- och/eller hjälp av sexolog efter FGM/C	Kvalitativ Deskriptiv tvärsnittsstudie	27 kvinnor som genomgått kirurgi och/eller sexologi efter FGM/C mellan 2011-2015 vid Nantes University hospital	Frankrike	2017	Låg
47	Type III female genital mutilation: Clinical implications and treatment by carbon dioxide laser surgery.	Penna, C. et al.	Undersöka kliniska implikationer av FGM/C typ III och utvärdering av defibulation med koldioxidlaseroperation	Mixad studiedesign	25 kvinnor från Lower Genital Tract Physiopathology Centre of Gynecology, Perinatology, and Human Reproduction Department of Florence University inkluderades mellan 1995-2000	Italien	2002	Låg