



EXAMENSARBETE

Våren 2012

Sektionen för hälsa och samhälle
Sjuksköterskeprogrammet
Omvårdnad

Könsstympade kvinnors upplevelse av mötet med vården

- En litteraturstudie

Författare

Johanna Ottosson

Tilda Kullberg

Handledare

Ewa Angsmo

Examinator

Vanja Berggren

Könsstympade kvinnors upplevelse av mötet med vården

Författare: Johanna Ottosson & Tilda Kullberg

Handledare: Ewa Angsmo

Litteraturstudie

2012-06-08

Sammanfattning

Bakgrund: Världshälsoorganisationen beräknar att det finns 140 miljoner könsstympade kvinnor världen över, varav de flesta återfinns i Afrika. I Sverige återfinns 28 000 kvinnor från detta område på grund av flyktingströmmar. Det är viktigt att känna till hur symtomen efter utförd könsstympning kan se ut för att kunna se vilka som behöver stöd eller behandling.

Syfte: Syftet med litteraturstudien var att belysa hur könsstympade kvinnor upplever mötet med vårdpersonal inom sjukvården.

Metod: Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie. Sju vetenskapliga artiklar valdes ut via olika databaser. Fynden analyserades och sorterades därefter in i fem olika kategorier.

Resultat: Resultatet sorterades in i följande kategorier: Kommunikation, Attityder i mötet, Att känna sig annorlunda, Kunskap och Goda erfarenheter. Resultatet visade att könsstympade kvinnor upplever mötet med vårdpersonalen som utlämnande och skamfullt. Kunskapen om könsstympning hos vårdpersonalen är bristande och detta ter sig i uttryck inte minst i bemötandet.

Diskussion: Bemötandet gentemot den könsstympade kvinnan kräver stor respekt för individen och hennes bakgrund. Det är viktigt att som vårdpersonal vara väl förberedd inför mötet för att på så vis kunna lägga sina egna åsikter och känslor åt sidan och ge patienten bästa möjliga vård.

Nyckelord: Kvinnlig könsstympning, upplevelse, mötet, vårdpersonal.

Genital mutilated women's experience of the encounter with the health care.

Author: Johanna Ottosson & Tilda Kullberg

Supervisor: Ewa Angsmo

Literature review

2012-06-08

Abstract

Background: According to the World Health Organisation there are 140 million genitally mutilated women worldwide. Most of whom live in Africa. In Sweden lives 28 000 women from these areas due to the refugee flows. It is important to recognize the symptoms after a circumcision and to be aware of the patients' needs.

Aim: The purpose of this study was to elucidate how genital mutilated women experience the encounter with healthcare staff in the healthcare setting.

Method: The study was conducted as a literature study. Seven scientific articles were selected from different databases. The findings were analysed and sorted into five different categories.

Result: The results were sorted into the following categories: Communication, Attitudes in the encounter, To feel different, The Lack of knowledge and Good experiences. The results showed that mutilated women experience the encounter with the nursing staff as shameful and a disclosure. The nursing staff's knowledge of genital mutilation was inadequate and this appeared in their treatment towards the patient.

Discussion: The treatment towards a genitally mutilated woman requires a great respect for the individual and her background. It is important for health professionals to be well prepared for the encounter in order to be able to put their own opinions and feelings aside and give the patient the best care possible.

Keywords: Female genital mutilation, experience, encounter, health care staff.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	8
METOD	8
RESULTAT	9
Kommunikation	9
Attityder i mötet.....	10
Att känna sig annorlunda	12
Okunskap	13
Goda erfarenheter.....	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion.....	16
Konklusion.....	18
REFERENSER	21

Bilaga 1 Granskningmall för kvalitativa artiklar

Bilaga 2 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 3 Artikelöversikt

BAKGRUND

Världshälsoorganisationen, WHO (2012), beräknar att det finns 140 miljoner könsstympade kvinnor världen över. Största andelen återfinns i Afrika där uppskattningsvis 92 miljoner från 10 års ålder och uppåt är könsstympade.

”Så snart operationen började, skrek jag och kämpade vilt för att slita mig loss. Men det var omöjligt. Kvinnorna höll mig i ett fast grepp så att omskäraren kunde arbeta i lugn och ro. När hon skar i mitt kött, kände jag det som om mina inälvor blev slitna ur kroppen. Efter alla dessa år kan jag fortfarande minnas precis den känslan”.

(Talle 2008 s. 19)

Smärtan vid könsstympning är enorm och många som varit med om ingreppet kan utförligt berätta om det lidande de utstått. Förutom svår smärta är komplikationer som rikliga blödningar, infektioner, chock och skador på närliggande organ vanliga direkt efter ingreppet. Skador som kan uppkomma senare är bland annat inkontinensbesvär, cystor, smärtsamma samlag, komplikationer vid graviditet och förlossning och smärtsamma menstruationer om blodet stockar sig i vagina (Franck 2006). Förutom kroppsliga åkommor löper kvinnan även större risk att drabbas av psykologiska besvär som problem med sin sexualitet, posttraumatiskt stressyndrom och andra psykiatriska diagnoser. Det är viktigt att känna till hur symtomen efter en utförd könsstympning kan se ut för att kunna se vilka som behöver stöd eller behandling. Det är vanligt förekommande att kvinnan inte vågar prata om sina besvär efter att hon blivit könsstympad utan istället söker för andra problem. I de länder där könsstympning är vanligt missar ofta läkaren diagnos och symptom gällande könsstympning om de inte aktivt frågar eller letar efter det. Det kan tänkas att det i Skandinavien, där könsstympning är relativt ovanligt, förbises i större utsträckning på grund av okunskap vilket kan påverka kvinnas hälsa negativt (Almroth 2008).

I Afrika förekommer främst könsstympning i länderna Egypten, Sudan, Eritrea, Somalia, Djibouti och Kenya som ligger i de nordöstliga delarna av kontinenten. Men det existerar även på västkusten i länder som Sierra Leone, Mali och Senegal. Sammanlagt praktiseras könsstympning i 28 afrikanska länder men stannar inte vid statsgränserna då

seden följer mer etniska och kulturella områden. I de övriga delarna av Afrika är ingreppet könsstympling okänt för befolkningen. Lagstiftning mot könsstympling av kvinnor finns bland i annat Sierra Leone, Kenya, Tanzania och Sudan. Seden förekommer både bland muslimska och kristna men även ibland lokala religioner. Den sträcker sig även över klasstillhörighet och utbildningsnivå och det finns ingen specifik skillnad bland befolkning från landsbygden eller från städerna. Själva ingreppet utförs någon gång från födseln till det att flickan är i femtonårsåldern beroende på etnisk tillhörighet och kulturella traditioner (Talle 2008).

Ingreppet kan utföras på olika sätt. WHO:s definition av könsstympling har fyra kategorier. I den första kategorin tas förhuden på klitoris bort och ibland även hela eller delar av klitoris. I kategori två skärs klitoris bort samt delar av eller hela de inre blygdläpparna. I kategori tre skärs alla yttre delar av könsorganen, dvs. klitoris samt både inre och yttre blygdläppar bort. Därefter sys de yttre blygdläpparna ihop så att slidöppningen täcks. En liten öppning lämnas så att urin och menstruationsblod kan rinna ut. Denna typ kallas även infibulation eller faraonisk omskärelse. I den fjärde kategorin förekommer oklassificerade former som till exempel rispning. Det kan även förekomma blandformer av de fyra olika typerna (WHO 2012). Operationerna äger oftast rum i flickans hem och utförs vanligen av äldre kvinnor eller barnmorskor (Franck 2006).

Det finns många förklaringar till varför könsstympling tillämpas. Det sägs bland annat att en kvinna som inte är könsstympad vare sig kommer att föda friska barn eller bli gift (Talle 2008). En rådande uppfattning är att själva klitoris är en form av penis som kvinnor inte ska ha, samt att om barnets huvud nuddar vid klitoris vid födseln så ökar risken att barnet blir handikappat. En annan föreställning är att kvinnans blygdläppar kan växa till knäna om dessa inte opereras (Franck 2006). En tredje anledningen tros vara att könsstympling är ett sätt att kunna kontrollera kvinnans sexualitet och försäkra sig om hennes oskuld vid giftermålet. Kvinnor som inte är könsstympade anses ibland vara lovliga byten. Det finns ingen förankring i någon religion som förespråkar könsstympling. Ceremonin kan liknas vid den skandinaviska konfirmationen då man tar ett kliv in i vuxenvärlden (Manara & Sala 2001).

På grund av de senaste decenniernas flyktingströmmar bor numera könsstympade kvinnor världen över. I Sverige beräknas det finnas 28000 kvinnor som kommer från länder där könsstympning förekommer. Det finns dock inga uppgifter om hur många kvinnor som är könsstympade i Sverige (Socialstyrelsen 2005). Sannolikt är att vårdpersonal vid flera tillfällen har träffat på könsstympade kvinnor utan att vara medvetna om det. Alla former av könsstympelse är förbjudna i Sverige. *Lag (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor* kom redan 1982 och har skärpts genom tillägg 1998 och 1999. Lagen säger bland annat att könsstympning inte får utföras oavsett om kvinnan har lämnat samtycke eller ej. Den som bryter mot detta kan dömas till lägst två års och högst tio års fängelse beroende på brottets karaktär. Även om brottet har begåtts utomlands kan man dömas vid svensk domstol. Som sjuksköterska, samt övrig personal inom hälso- och sjukvården, bör man vara medveten om att man har en anmälningsplikt enligt socialtjänstlagen (SoL) kap. 14 vid misstanke eller vetskap om könsstympning gällande barn och ungdomar. Könsstympning är även en kränkning mot de mänskliga rättigheterna och FN:s konventioner om barnets rättigheter samt om avskaffning av alla former av diskriminering av kvinnor (Socialstyrelsen 2005).

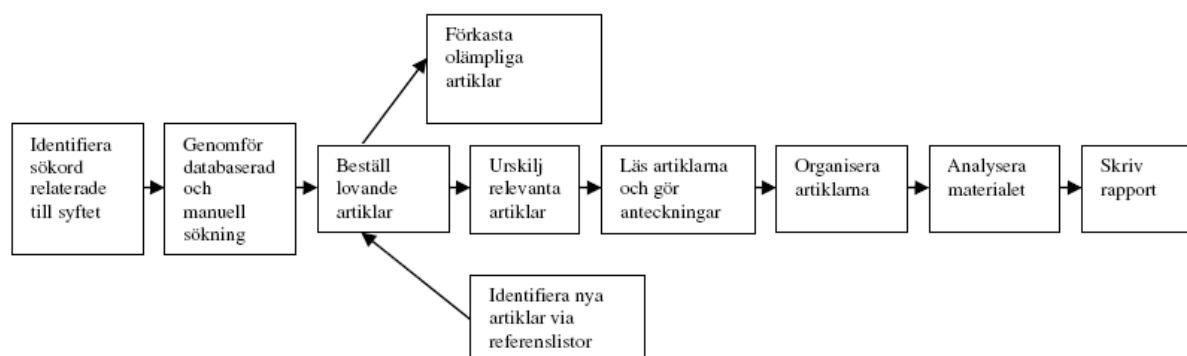
Som sjuksköterska i ett land där traditionen inte praktiseras kan det vara svårt att möta dessa kvinnor. Känslor som avsky, ilska och oförståelse kan väckas, vilket kan vara förståeligt, men som inte bidrar till att skapa en bra relation till kvinnan (Franck 2006). Enligt omvårdnadsteoretikern Kim kan omvårdnad kategoriseras i fyra domäner: yrkesutövningen, omgivningen, patient- sjuksköterskan och patienten. Domänen patient-sjuksköterska handlar om mötet som för sjuksköterskans del ska bygga på respekt, förståelse och empati gentemot patienten (Kim 2000). Vidare beskrivs i sjuksköterskans kompetensbeskrivning att sjuksköterskan ska ha förmåga att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer, undervisa och stödja patienter och närstående, individuellt eller i grupp i syfte att främja hälsa och förhindra ohälsa. Sjuksköterskan ska även ha förmåga att motverka komplikationer i samband med sjukdom, vård och behandling samt ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt (Socialstyrelsen 2005).

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att belysa hur könstympade kvinnor upplever mötet med vårdpersonal inom sjukvården.

METOD

En allmän litteraturstudie har använts som metod där kvalitativa vetenskapliga artiklar har legat till grund för resultatet. Sökningar av artiklarna gjordes i PsycINFO och Cinahl, vilka är relevanta databaser för omvårdnadsforskning (Polit & Beck 2006). Sökord som användes var FGM (female genital mutilation), FGC (female genital cutting), Circumcision, Nurse, Encounter och Experience. Den booleska operatoren AND har även använts för att utöka sökningen. För att avgränsa sökningarna till relevant område användes inklusionskriterierna Human, Female, English language och årtalsbegränsning från 2000 till 2012. Genom att välja artiklar som var Peer reviewed, kunde det försäkras att materialet hade blivit vetenskapligt granskat av en jämbördig forskare inom samma område. Antalet träffar i databaserna varierade mellan 8 till 27 sökträffar. Redan vid sökningarna i databaserna gjordes en första gallring. Efter att ha läst artiklarnas abstract sållades de artiklar bort som inte svarade mot syftet. Andra artiklar som exkluderades var de som belyste sjuksköterskans upplevelse av mötet med könstympade kvinnor. Slutligen valdes sju artiklar ut som ligger till grund för resultatet (bilaga 2). Studien har inte fokuserat på manlig omskärelse, piercing eller så kallade ”designer vaginas”, kvinnor som väljer att plastikoperera sina vaginor av estetiska skäl. Då materialet söktes och analyserades låg utgångspunkten hos Polit & Becks flödesschema för litteraturstudie (2006)(figur 1).



Figur 1. Flödesschema över faser i en litteraturstudie. Fritt efter Polit och Beck (2006, s. 139).

Analyserna av materialet har diskuterats och jämförts för att sedan sammanlänkas till ett resultat. Fynd som var återkommande i flera artiklar sorterades in i kategorier.

Kvaliteten på artiklarna säkerhetsställdes genom granskning utifrån Forsberg och Wengströms granskningsmallar för kvalitativa artiklar (2003)(bilaga 1). Artiklarna har värderats utifrån studiens design, urval, mätinstrument och analys i förhållande till syftet. Om artikeln bedömdes ha hög eller medel trovärdighet inkluderades den i litteraturstudien. Genom att ta hänsyn till etiska överväganden som samtycke från deltagarna, avidentifiering, samt feedback från informanterna (member checking) kan det försäkras att de utvalda artiklarna hade ett etiskt resonemang (Forsberg & Wengström 2003). De etiska principerna integritet, värdighet, autonomi och sårbarhet har respekterats och därmed kan det säkerställas att ingen deltagare har kommit till skada eller kränkts då studien utfördes (Stryhn 2007).

RESULTAT

Resultatet har kategoriserats enligt följande rubriker: *kommunikation, mötet, att känna sig annorlunda, okunskap och goda erfarenheter.*

Kommunikation

Många av de könsstympade kvinnorna kände en oro över att inte kunna göra sig förstådda på grund av att de inte talade och förstod språket. Detta upplevde de som frustrerande och stressande (Murray, Windsor & Parker 2010; Chalmers & Omer-Hashi 2002). På grund av kommunikationsproblem kände kvinnorna att de inte hade kontroll över situationen och att de fick förlita sig på vårdpersonalen. Flera av deltagarna berättade att de i vårdsammanhang hade använt tolk från deras bekantskapskrets, antingen för att de inte visste att sjukvården erbjöd tolk eller för att personalen hade bett dem ordna tolk. Vidare beskrevs känslor som rädsla, misstro och misstänksamhet. En kvinna i studien berättade att när två sjuksköterskor kom in i hennes rum, skrattandes, tolkande hon det som att det var henne de skrattade åt. Kvinnan kände då sig förödmjukad och ensam av att inte förstå om det var henne de skrattade åt eller inte. En annan kvinna valde att skjuta upp sina besök hos sin barnmorska då hon var rädd för att

frågor om hennes hälsohistoria och livssituation skulle användas mot henne (a. a).

I Berggren, Bergström och Edbergs (2006) studie framkom det att kvinnorna upplevde att de hade kommunikationsproblem med personalen. Då kvinnorna hade önskemål om sin vård uppfattade kvinnorna det som att vårdpersonalen ignorerade dem. Exempelvis ville många kvinnor bli deinfibulerade (öppnas upp) i god tid innan förlossningen för att på så sätt minska stress och underlätta förloppet. Men de upplevde att vårdgivarna förbisåg dem och inte tog någon notis om kvinnornas önskan. Vidare berättade kvinnorna att de hade problem med att uttrycka sig själva, dels på grund av att det känsliga ämnet fick dem att känna sig blyga och dels på grund av språksvårigheter. Då kvinnorna efterfrågade tolk upplevde de en motvillig attityd från vårdpersonalen.

"Since you had been in Sweden so long, you should know Swedish by now." (Berggren, Bergström & Edberg 2006, s. 54)

De kvinnor som hade levt ett tag i sitt nya hemland och behärskade språket upplevde att de hade en känsla av kontroll över sin vårdssituation. De kände även att de kunde uttrycka sig själva och hade möjlighet att påverka beslut gällande sin vård. Att kunna kommunicera på egen hand gav dessa kvinnor en känsla av självsäkerhet och självkontroll i vårdssammanhang (Murray et al. 2010).

Attityder i mötet

Dömande attityder från vårdpersonalen gjorde att de könstympade kvinnorna kände sig utanför och annorlunda. I en studie gjord i Schweiz där afrikanska könstympade kvinnor deltog framkom det att kvinnorna i deras första möte med vården inte hade blivit tillfrågade om huruvida de var könstympade eller inte. Kvinnorna hade många frågor att ställa angående sin situation, men ingen som tog sig tid att lyssna. Det dåliga stödet från vårdpersonalen gjorde att kvinnorna kände sig besvikna. Kvinnorna upplevde att personalen inte var intresserade av att ta reda på hur kvinnorna ställde sig till att låta könstympta sina egna döttrar eller ej. Vårdpersonalens ointresse fick kvinnorna att känna sig oviktiga (Thierfelder, Tanner & Bodiang Kessler 2005).

Deltagarna i Chalmers och Omer-Hashis (2002) studie berättade att de såg barnmorskorna och sjuksköterskorna som yrkesprofessionella med mer erfarenhet och kunskap än de själva. De fick dem att känna sig blyga och motvilliga att ifrågasätta sin vårdplan även om de hade frågor.

“I wish that health care professionals will be trained in this issue so they will treat us with respect and not like animals. Also they will be open to our suggestions” (Chalmers & Omer-Hashi 2002, s. 277).

I Johnsdotter, Moussa, Carlbom, Aregai och Esséns (2009) studie önskade kvinnorna att vården skulle bemöta deras kultur med större respekt och lyhördhet än de visade i dagsläget. Kvinnorna ansåg att de inte var stolta över seden och försökte motarbeta den, men ville att arbetet mot könsstämpning skulle ske på ett respektfullt sätt. Liknande resultat framkom i Khaja, Barkdull, Augustine och Cunninghams (2009) studie där kvinnorna upplevde att västvärlden såg dem som offer. Vidare uppmanade de vårdpersonalen till att ställa frågor och lyssna på dem utan att döma .

Många könsstämpade kvinnor tog illa vid sig av vårdpersonalens reaktioner när de fick se deras kön. Deltagarna beskrev reaktioner som chock, avsky, förvåning och ilska. Kvinnorna berättade även om vårdpersonal som ropade in kollegor och studenter för att visa kvinnas underliv utan att be om lov. Inte sällan upplevde kvinnorna nedvärderande kommentarer och äcklade blickar från personalen. En del kvinnor hade blivit tillfrågade av sin läkare om de hade varit med om en olycka eller en brännskada (Chalmers et al. 2002; Berggren et al. 2006; Thierfelder et al. 2005).

“Oh Lord: what the hell is this? Why didn't you run away? What a stupid religion or fucking culture” (Chalmers & Omer-Hashi 2002, s. 274).

Kommentarer om ett oattraktivt kön, frågor om kvinnornas sexliv och hur män ens kan tänka sig att ha sex med så vanföreställda underliv var något som många kvinnor hade erfarenheter av och som sårade dem djupt (Chalmers & Omer-Hashi 2002). Reaktionerna som vårdpersonalen gav utlopp för framkallade känslor som rädsla och skam hos kvinnorna. En

kvinnor beskrev det så här: *"It hurt my pride"* (Thierfelder et al. 2005).

Att känna sig annorlunda

Då de könsstympade kvinnorna avvek från kroppsliga normer samt familjeplanering kände de sig annorlunda och utanför då de mötte den västerländska vården. I Khajas et al. (2009) forskning framkom det att begreppet "female genital mutilation" (kvinnlig könsstympning) förargade de könsstympade kvinnorna. Kvinnorna såg inte sig själva som mutilerade utan kände sig kränkta och nedvärderade när västvärlden använde begreppet. Liknande fynd framkom i Johnsdotters et al. (2009) studie där deltagarna upplevde begreppet könsstympning och debatten kring detta som laddad och förolämpande. I en annan studie framkom det att de afrikanska kvinnorna jämförde sig med kvinnorna i värdlandet som inte genomgått könsstympning. De led av att de numera inte tillhörde normen utan stack ut från mängden (Thierfelder et al. 2005).

Trots att deltagarna mottagit god vård överskuggades detta av att vara i händerna på någon främmande, att bli utstirrad och nedvärderad i mötet med vården. Vidare beskrevs en känsla av dubbel skam: att inte vara könsstympad i sitt ursprungsland var skamfullt, men att vara könsstympad i mötet med den svenska vården gav en ännu större känsla av skam. Många kvinnor hade föreställningen om att könsstympning utfördes överallt i världen innan de kom till Sverige. Ett annat fynd var att kvinnorna upplevde att de avvek från normen i den bemärkelsen vad gäller familjeplanering. I Sverige är det kutym att skaffa två barn. Kvinnor som tidigare känt sig likvärdiga personalen upplevde att bemötandet var mindre vänligt vid den tredje graviditeten än vad det var vid de första två graviditeterna (Berggren et al. 2006).

"Are you here again already? We'll probably see you here next year and next year again." (Berggren, Bergström & Edberg 2006, s. 54).

Kvinnorna kände att vårdpersonalen inte ansåg kvinnorna vara kapabla att sköta sin familjeplanering. Till exempel upplevde vissa kvinnor att barnmorskorna inte tillät dem att ta ut sin spiral då de planerade att skaffa fler barn. Vårdgivarnas dömande attityd gjorde att

kvinnorna kände sig motvilliga att söka vård och gå på mödravårdskontroller trots att de i vissa fall hade komplikationer under graviditeten (Berggren et al. 2006).

Okunskap

Kvinnorna berättade att de fick utstå stora smärtor vid gynekologiska undersökningar. Vidare beskrev de undersökningarna som brutala, tortyrliknande och så pass smärtsamma att de bara ville skrika rakt ut. Kvinnorna framställde läkarna som omotiverat hårdhänta och oförsiktiga. Många upplevde att läkarna gjorde onödigt många och långa undersökningar för att stilla sin nyfikenhet (Chalmers et al. 2002; Thierfelder et al. 2005). Liknande fynd framkom i Lundbergs och Gerezihiers (2008) studie där deltagarna vittnade om extrem smärta vid de gynekologiska undersökningarna. Kvinnorna förklarade att det var en stor skam för dem att prata om smärta och därför vågade de inte protestera vid undersökningen.

Att inte bli tillfrågad om de var könsstympade eller inte tolkade kvinnorna som att barnmorskorna och sjuksköterskorna hade kunskap om deras tillstånd. När det sedan uppenbarades att så inte var fallet kände kvinnorna sig hjälplösa, sårbara och rädda för den stundande förlossningen (Berggren et al 2006; Murray et al 2009). De kvinnor som var infibulerade önskade att bli deinfibulerad inför sin förlossning för att inte spricka, men barnmorskorna var osäkra på hur de skulle deinfibulera kvinnorna och valde därför att vänta. Då förlossningen började kände kvinnorna sig förtvivlade. Istället för att koncentrera sig på födseln försökte de instruera vårdpersonalen om hur de skulle gå till väga, men vårdpersonalen lyssnade inte (Berggren et al. 2006).

Kvinnorna vittnade om en bristande anatomisk kunskap som vårdpersonal visade upp i samband med kvinnornas undersökningar. Kvinnorna skildrade läkarnas förvåning över hur de överhuvudtaget hade kunnat bli gravida. En kvinna redogjorde för hur en läkare fick för sig att kvinnan hade bränt sig själv med ett strykjärn i underlivet och ville skicka henne vidare till psykiatrisk vård. Två andra kvinnor berättade att läkaren hade bett dem söka upp en afrikansk doktor istället som hade kunskap om ”deras folks graviditeter och förlossningar” (Chalmers & Omer-Hashi 2002).

“The doctor said to the nurse, ‘put on a glove and find out if she has any vaginal or urethral hole’. He asked me how I pass (urine) and where I urinate.” (Chalmers & Omer-Hashi 2002, s. 278)

En kvinna berättade att hennes läkare hade bett henne att sterilisera sig för att ingen läkare annars skulle känna sig bekväm med att ge henne läkarvård vid graviditet (Chalmers et al. 2002). Kvinnorna upplevde att läkarna föredrog att de könsstympade kvinnorna födde via kejsarsnitt för att läkarna skulle slippa hantera deinfibulation och andra komplikationer. Kvinnorna å andra sidan ville i största möjliga mån undvika kejsarsnitt på grund av att det dels var vanligt med dödsfall vid kejsarsnitt i deras hemland och dels för att de hade föreställningen om att kejsarsnitt begränsade antalet graviditeter (Berggren et al 2006; Chalmers et al. 2002).

Goda erfarenheter

Trots att många deltagare hade erfarenhet av dåligt bemötande ville könsstympade kvinnor lyfta fram sin tacksamhet för att de befann sig i ett fredligt land och för den högkvalitativa vård som de flesta västerländska länderna erbjöd (Berggren et al 2006; Chalmers et al. 2002; Murray et al. 2009).

“My first meeting with a midwife was very good because I was lucky to meet a midwife who knew about circumcision from her previous work in Africa. Thanks to God, she had experience so it went well.” (Lundberg & Gereziher 2008, s. 219)

Kvinnorna i Lundbergs och Gerezihers studie uttryckte att de kände sig glada och trygga då de mötte barnmorskor och doktorer med god kunskap om könsstympning. De kände sig väl omhändertagna i det svenska vårdssystemet, där vård gavs exempelvis under graviditet, förlossning och eftervård (2008).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden som användes var en litteraturstudie. Därför söktes artiklar i databaserna Cinahl och PsycInfo vilka är lämpliga för omvårdnadsforskning. Sökningar gjordes även i SweMed+ och Pubmed, dock utan resultat (Forsberg & Wengström 2003). Sökträffarna var relativt små med tanke på få antal sökord och begränsningar. Ett flertal artiklar var dessutom återkommande inom flera databaser. Detta tolkas som att området har täckts in väl och de artiklar som var relevanta för syftet har hittats. För att stärka arbetet ytterligare och belysa ämnet från andra infallsvinklar hade sökningar även kunnat göras i databaser som Science Direct och ERIC. Inga åldersbegränsningar har valts vid sökningarna då det var ovidkommande för ämnet eftersom könsstympning utförs vid varierande ålder. Gammal som ung deltog i studierna och hade ändå händelsen färsk i minnet och kunde återberätta som om det precis hade inträffat. Upplevelsen av händelsen och dess konsekvenser kunde dock variera beroende på vilken typ av könsstympning som kvinnorna hade råkat ut för. Typen av könsstympning som kvinnorna hade genomgått var olika utförligt beskrivet i artiklarna som resultatet baserats på. Detta kan vara en svaghet i studien då smärtan kan tänkas variera beroende på vilken typ av könsstympning de gått igenom.

Gemensamt för artiklarna var att samtliga kvinnor hade någon typ av anknytning till Afrika, antingen som hemland eller att de hade släktingar där. En förklaring till sambandet tros vara att majoriteten av antalet utförda könsstympningar sker i Afrika. (Berggren & Franck 2008). Resultatet kan alltså inte spegla de fall där kvinnan härstammar ifrån andra länder. Av sju studier var tre av dessa genomförda i Sverige. En förklaring till detta tror författarna kan vara att Sverige tar emot ett stort antal flyktingar och därför kan ha blivit medvetna om problematiken kring könsstympning. En annan anledning skulle kunna vara att Sverige ligger långt fram i jämställdhetsfrågor och kvinnors rättigheter jämfört med många länder i världen. Övriga artiklar var ifrån Schweiz, Australien, Kanada och USA.

När resultatet har analyserats har det översatts från engelska till svenska. Feltolkningar kan ha skett vid analyseringen av materialet då förståelsen av textens innebörd inte är

lika bra eftersom engelska inte är författarnas modersmål. För att i största möjliga mån undvika detta har materialet och språket lästs igenom och analyserats ett flertal gånger av båda författarna vilket i sin tur är en styrka för studien. (Polit & Beck 2006). Samma problematik gällde då sökorden valdes ut då författarna kan ha valt fel sökord och därför missat relevant material. Å andra sidan tros risken för detta var liten då sökorden var väldigt få. Utifrån Forsberg och Wengströms (2003) granskningsmallar granskades och poängsattes materialet från ett kvalitativt synsätt. Samtliga artiklar som finns representerade i resultatet bedömdes ha medel till hög vetenskapligt kvalitet.

Författarnas förförståelse har förändrats från det att studien påbörjades. Förförståelsen om att kvinnan var ett offer för en tradition med påtryckningar från männen har förkastats. Det visade sig istället i många fall vara kvinnorna som var den drivande kraften gällande könsstympning med rädsla för att deras döttrar annars skulle bli utfryssta.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa hur könstympade kvinnor upplevde mötet med vårdpersonal inom sjukvården. Följande fynd kommer att diskuteras: okunskap hos vårdpersonal, bristande kommunikation samt att känna sig annorlunda.

Ett av de största fynden var att kvinnorna upplevde vårdpersonalen som okunniga gällande kvinnornas situation och hur de såg ut anatomiskt. Vårdpersonalen var inte förberedda på mötet med en könstympad kvinna och kunde sällan dölja sina känslor och reaktioner inför patienten. Den bristande kunskapen och undermåliga bemötandet skapade otrygghet, rädsla och skam hos patienten. En studie gjord från barnmorskors synvinkel bekräftade de könstympade kvinnornas upplevelse. Barnmorskorna menade själva att deras kunskap var bristande gällande könstympade kvinnors sexualitet och anatomi samt vilken vård de krävde.

Vidare bekräftades även de könstympade kvinnornas intryck om vårdpersonalens starka reaktioner då de konfronterades med en könstympad kvinna. Barnmorskorna beskrev sina känslor vid mötet som stark ilska. De var arga över själva seden, men de

kände även ilska gentemot männen. (Leval, Widmark, Tishelman & Ahlberg 2004). Kunskapsbristen skulle kunna åtgärdas med hjälp av undervisning i ämnet under en sjuksköterskas grundutbildning för att på så vis öka medvetenheten kring kvinnornas situation. Om man som vårdpersonal skulle komma i kontakt med en könsstympad kvinna bör man även ta tillfället i akt och på ett respektfullt sätt fråga om man får ta del av kvinnans historia för att ta lärdom av, i de fall det kan vara relevant för omvårdnaden.

Ett annat viktigt fynd som framkom i resultatet var bristen på kommunikation patient och vårdpersonal emellan. Kvinnorna hade svårt att göra sig förstådda av flera anledningar, dels på grund av språkbarriärer då tolk sällan fanns att tillgå och dels på grund av att de kände stor respekt för vårdpersonalens profession och därför inte vågade ifrågasätta dem. Annan forskning påvisar samma resultat gällande kommunikationsbrist. Det visade sig att könsstympade kvinnors risktänkande under graviditet skilde sig från barnmorskornas, vilket barnmorskorna saknade kännedom om. Kommunikationsbristen ledde till olika hälsoprioriteringar som i slutändan fick negativa följder för barnets hälsa (Essén & Johnsdotter 2004). Vårdpersonal kan ibland utgå från att emigrerade kvinnor har samma kunskap om hur kroppen ser ut och fungerar fysiologiskt och anatomiskt som kvinnor i västvärlden. Den bristande kommunikationen kan leda till att patienten känner sig utlämnad och förbisedd, men det kan även få större följder såsom att felaktig vård ges. Enligt Kims (2000) domän patient-sjuksköterska grundas ett bra möte i respekt, empati och förståelse för patienten. Som vårdpersonal bör man gå in i patientmötet med ett fördomsfritt, öppet sinne, samt se individen och dess tillgångar och resurser. Författarna upplever att språksvårigheter inte är unikt för könsstympade kvinnor utan kan vara relevant för många patientgrupper. I de fall där det föreligger språksvårigheter bör man använda sig av en professionell, kvinnlig tolk för att båda parter ska få komma till tals och förstå varandra.

Många könsstympade kvinnor upplevde en dubbel skam då de konfronterades med vården. I deras hemland var ett mutilerat kön det rådande idealet som de följde, men när de kom till västvärlden avvek de kraftigt från normen och sågs av vårdpersonalen istället som offer. Deras familjeplanering såg även annorlunda ut i jämförelse med

västvärldens. Kvinnorna upplevde ett kyligare bemötande från vårdpersonalen då de åter snabbt blev gravida efter senaste graviditeten. Illusionen av att seden könsstympling skulle fortskrida i det land kvinnorna emigrerade till visade sig vara förstorat. Som immigrant ville kvinnorna anpassa sig till det nya samhällets normer och ideal. Kvinnorna upplevde även att det var lättare att lägga seden åt sidan då de undslapp släktens påtryckningar i hemlandet (Holmgren, Almroth, Berggren & Bergström 2005). Att starta ett nytt liv i ett annat land kan i sig vara en utmaning, men om det nya landet har normer och ideal som man kraftigt avviker ifrån torde det bli ännu tuffare. Som könsstympad kvinna kan man ligga i riskzonen för att drabbas av en depression eller identitetskris. Vårdpersonalens bemötande kan bli avgörande för hur kvinnorna hanterar sin nya situation. Hur man som vårdpersonal än känner inför seden könsstympling bör man bemöta kvinnorna på ett sakligt, respektfullt och professionellt sätt och på så vis stärka relationen till kvinnan istället för att stöta henne ifrån sig.

Det kan tyckas att man endast kommer i kontakt med patientgruppen könsstympade kvinnor som barnmorska, gynekolog eller läkare. Men all vårdpersonal bör ha kunskap och vara uppmärksamma då dessa patienter kan inkomma till allt från en barnkliniks akutmottagning till en vårdcentral. Vårdpersonal bör även ha kunskap om hur symtombilden ser ut efter en utförd könsstympling då kvinnor kan få både fysiska samt psykiska men. Då man som vårdpersonal kommer i kontakt med ett barn eller vuxen där misstanke om könsstympling finns har man skyldighet att anmäla detta till socialtjänsten enligt Socialtjänstlagen (SoL kap 14 § 1) (Holmgren et al. 2005). Om patienten eller patientens föräldrar kommer från ett land där könsstympling är vanligt bör man som sjuksköterska på ett varsamt sätt fråga hur de ställer sig till könsstympling.

Konklusion

Sammanfattningsvis är könsstympling ett ämne med bristande kunskaper hos vårdpersonal. Författarna menar att ämnet bör belysas redan under en sjuksköterskas utbildning. Bemötandet gentemot patienten kräver stor respekt för individen och dess bakgrund. För att inte kränka den könsstympade kvinnan bör man använda ett mindre laddat ord än mutilation och stympling, till exempel omskärelse, i kvinnans närvaro.

Det är viktigt att som vårdpersonal vara väl förberedd inför mötet för att på så vis kunna lägga sina egna åsikter och känslor åt sidan och ge patienten bästa möjliga vård. Behovet av kunskap hos vårdpersonal är omättat, författarna menar därför att vidare forskning behövs.

REFERENSER

Almroth, L. (2008). *Komplikationer vid könsstympning*. I: Berggren, V. & Franck, M. (red.), *Kvinnlig könsstympning (87-97)*. Lund: Studentlitteratur AB.

* Berggren, V., Bergström, S. & Edberg, A-K. (2006). Being different and vulnerable: Experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden. *Journal of Transcultural nursing*, 17 (50), 50-59.

Berggren, V. & Franck, M. (red.) (2008). *Komplikationer vid könsstympning*. Lund: Studentlitteratur AB

* Chalmers, B. & Omer-Hashi, K. (2002). What Somali women say about giving birth in Canada. *Journal of reproductive and infant psychology*, 20 (4), 267-278.

Essén, B. & Johnsdotter, S. (2004). Dags att skifta fokus från enbart underliv till hela kvinnoliv. *Läkartidningen*, 39 (101), 3003-3006.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Franck, M. (2006). *Multikulturell kvinnohälsa – med fokus på gynekologi och obstetrik*. Stockholm: Gothia Förlag AB.

Holmgren, H., Almroth, L., Berggren, V., & Bergström, S. (2005). Könsstympning av barn är ett övergrepp. *Läkartidningen*, 21 (102), 1637-1643.

* Johnsdotter, S., Moussa, K., Carlbom, A., Aregai, R. & Essén, B. (2009). “Never my daughters”: A qualitative study regarding attitude change toward female genital cutting among Ethiopian and Eritrean families in Sweden. *Health care for women international*, 30, 114-133.

* Khaja, K., Barkdull, C., Augustine, M. & Cunningham, D. (2009). Female genital cutting: African women speak out. *International social work*, 52(6), 727-741.

Kim, H., S. (2000). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. New York: Springer.

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005). Socialstyrelsen: Stockholm.

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

* Murray, L., Windsor, C. & Parker, E. (2010). The experiences of African women giving birth in Brisbane, Australia. *Health care for women international*, 31, 458-472.

Leval, A., Widmark, C., Tishelman, C. & Maina Ahlberg, B. (2004). The encounters that rupture the myth: contradictions in midwives' descriptions and explanations of circumcised women immigrants' sexuality. *Health Care for Women International*, 25, 743-760.

* Lundberg, P. C. & Gereziher, A. (2008). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*, 24, 214-225.

Polit, D & Beck, C. (2006). *Essentials of nursing research: Methods, Appraisal and Utilization*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.

Sala, R. & Manara, D. (2001). Nurses and requests for female genital mutilation: Cultural rights versus human rights. *Nursing Ethics*, 8 (3), 247-258.

Stryhn, H. (2007). *Etik och Omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Talle, A. (2008). Kulturellt och historiskt sammanhang. I: Berggren, V & Franck, M. (red.), *Kvinnlig könsstympning* (13-27). Lund: Studentlitteratur AB.

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

WHO. (2012). *Female genital mutilation*. Hämtat 2012-02-28, från www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/

Bilaga 1

Granskningsmall för kvalitativa artiklar

A.

Syftet med studien?

Vilken kvalitativ metod har använts?

Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen? Ja/Nej

B.

Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna? (Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna) Ja/Nej

Var genomfördes undersökningen?

Urval, finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?

Vilken urvalsmetod användes? Strategiskt urval/Snöbollsurval/Teoretiskt urval/Ej angivet
Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status, samt annan relevant demografisk bakgrund)

Är undersökningsgruppen lämplig? Ja/Nej

C.

Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, vem och i vilket sammanhang datainsamling skedde)? Ja/Nej

Beskriv metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor användes etc.)?

Ange datainsamlingsmetod: Ostrukturerade intervjuer/Halvstrukturerade intervjuer/Fokusgrupper/Observationer/Video-/bandinspelning/Skrivna texter eller teckningar
Är data systematiskt samlade (finns Intervjuguide/studieprotokoll)? Ja/Nej

D.

Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

Ange om: Teman är utvecklade som begrepp, Det finns episodiskt presenterade citat, De individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna, Svaren är kodade

Är analys och tolkning av resultat diskuterade? Ja/Nej

Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)? Ja/Nej

Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)? Ja/Nej

Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)? Ja/Nej

Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen? Ja/Nej

Är teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade data (finns citat av originaldata, summering av data medtagne som bevis för gjorda tolkningar)? Ja/Nej

E.

Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan? Ja/Nej

Stöder insamlade data forskarens resultat? Ja/Nej

Har resultaten klinisk relevans? Ja/Nej

Diskuteras metodologiska brister och risk för bias? Ja/Nej

Finns risk för bias? Ja/Nej

Vilken slutsats drar författaren?

Håller du med om slutsatserna? Ja/Nej

Om nej, varför inte?

Ska artikeln inkluderas? Ja/Nej

Bilaga 2

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (t.ex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
12-04-02	Cinahl	FGM AND experience	English language & year 2000-2012	Abstract	8	Inte relevant för vårt syfte	Chalmers, B. & Omer-Hashi, K.
12-04-02	Cinahl	FGM AND experience	English language & year 2000-2012	Abstract	8	Inte relevant för vårt syfte	Murray, L., Windsor, C. & Parker, E.
12-04-03	Psycinfo	FGC	Peer reviewed, female, human, English & year 2000-2012	Title	27	Inte relevant för vårt syfte	Khaja, K., Barkdull, C., Augustine, M. & Cunningham, D.
12-04-03	Psycinfo	FGC	Peer reviewed, female, human, English & year 2000-2012	Title	27	Inte relevant för vårt syfte	Johnsdotter, S., Moussa, K., Carlbom, A., Aregai, R. & Essén, B.
12-04-16	Cinahl	FGM	English, 2000-2012, peer reviewed & human.	Title	17	Inte relevant för vårt syfte	Lundberg, P. C. & Gereziher, A.
12-04-16	Cinahl	FGM	English, year 2000-2012, peer reviewed & human.	Title	17	Inte relevant för vårt syfte	Thierfelder, C., Tanner, M. & Bodiang Kessler, C M.
12-04-16	Cinahl	FGC	English, 2000-2012, peer reviewed & human.	Abstract	16	Inte relevant för vårt syfte	Berggren, V., Bergström, S. & Edberg, A-K.

Bilaga 3

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Berggren, V, Bergström, S & Edberg, A-K. Sverige. 2006.	Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden.	The purpose of this study was to explore the experience of FGM and the experience of encounters with Swedish maternal health care among women from Eritrea, Somalia and Sudan living in Sweden.	En pilotstudie utfördes på tre deltagare för att utveckla teman och frågor till huvudstudien. Ett snöbollsurval användes tills datamättnad uppnåddes. Sammanlagt var det 21 deltagare.	Djupintervju. Intervjuerna genomfördes på svenska, engelska eller med kvinnlig tolk. Ingen annan vuxen var närvarande förutom tolken. Textanalys av materialet genomfördes.	Kvinnornas erfarenheter sorterades in i tre huvudkategorier: suffering from being abandoned and mutilated, being exposed in the encounter with Swedish health care personnel och trying to adapt to a new cultural context.	Hög
Chalmers, B & Omer-Hashi, K. Kanada. 2002.	What Somali women say about giving birth in Canada.	The present study was undertaken to gain information about these women's perceptions of their recent care during pregnancy and birth as well as of their earlier genital mutilation experience.	Kvinnorna blev tillfrågade att delta studien vid mötesplatser som skönhetssalonger, språkcenter och shoppingcenters. Därefter gjordes ett snöbollsurval och deltagarantalet blev 432.	Intervjuerna utgick ifrån ett frågeformulär och expanderades därefter med hjälp av fokusgrupper.	Resultatet mest betydande fynd handlar om en önskan om respektfull vård och sympatisk personal samt personalens okunskap kring FGM.	Hög
Johnsdotter,	“Never my	The aim was	Informanterna som	De semistrukturerade	Resultatet kategoriserades enligt	Hög

S, Moussa, K, Carlbom, A, Aregai, R & Essén, B. Sverige. 2009.	daughters?": a qualitative study regarding attitude change toward female genital cutting among Ethiopian and Eritrean families in Sweden.	to explore attitudes toward female genital cutting in a migration perspective.	kontaktades valdes ut för att täcka så stor variation som möjligt med tanke på etnisk bakgrund, religion, ålder, utbildningsnivå och år i Sverige. Snöbollsurval användes tills datamättnad uppstod. Det var 33 deltagare i studien.	intervjuernas spelades in och genomfördes med män och kvinnor från Eritrea och Etiopien. En intervjuguide fanns att tillgå vid intervjuerna. Materialet transkriberades, kodades och analyserades av alla fem författarna.	följande: the traditional logic of female circumcision, the informants own perspective on FGC, about FGC in Sweden och migration and integration.	
Khaja, K, Barkdull, C, Augustine, M & Cunningham, D. Nordamerika. 2009.	Female genital cutting: African women speak out.	The purpose of the study was to better understand the women's experiences with and views of FGC.	Det var sjutton deltagare i studien. Dessa identifierades via etnografi. Målet var att urvalet skulle motsvara populationen, därför är deltagarna bosatta i allt från Utah, USA till Ontario, Kanada.	En semistrukturerad intervju som bandades genomfördes. Därefter transkriberades materialet ordagrant. Materialet analyserades för att därefter hitta meningsbärande enheter och teman.	Resultatet belyser allt från kvinnornas upplevelse av FGC till hur de tror att västvärlden ser dem som offer, samt att de efterfrågar mer sympati från vården.	Medel
Lundberg, P & Gereziher, A. Sverige. 2008.	Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden.	The aim was to explore Eritrean immigrant women's experience of female genital mutilation during pregnancy, childbirth and postpartum period.	En pilotstudie ligger till grund för denna studie. Det var femton deltagare i studien. Deltagarna hittades via en etnografisk metod samt snöbollsurval. Därefter utfördes djupintervjuer med kvinnorna. Alla kvinnorna var hemmahörande i Uppsala.	Demografisk data om deltagarna samlades in innan intervjuerna påbörjades. Djupintervjuerna ägde rum i informanternas hem i Uppsala. Intervjuerna var av etnografisk typ, samt semistrukturerade. Intervjuerna spelades in och transkriberades, allt enligt innehållsanalysens steg.	Sex teman identifierades: fear and anxiety, extreme pain and complications, health care professional's knowledge, support from family, relatives and friends, deinfibulation och circumcision of daughters.	Hög

Murray, L, Windsor, C & Parker, E. Australien. 2010.	The experiences of African women giving birth in Brisbane, Australia.	The purpose in this research was to uncover first-person description of the birth experiences of African refugee women in Brisbane, Australia.	Snöbollsurval användes. Antalet deltagare var tio stycken.	Semistrukturerade intervjuer genomfördes. Dessa spelades in. Datan analyserades enligt textanalysens steg.	De essentiella fynden var smärta, erfarenheter från mötet med vårdgivarna och språkbarriärer.	Hög
Thierfelder, C, Tanner, M & Kessler Bodiang, C. Schweiz. 2005.	Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system.	Objectives of this study were to analyze how immigrant women with FGM experience gynecological/ obstetrical care in the Swiss health care system and to investigate if physicians and midwives treat and counsel FGM related complications adequately.	En kvalitativ metod användes till största del. Diskussioner i fokusgrupper genomfördes. 29 kvinnor deltog. Utöver det gjordes 37 telefonintervjuer med vårdpersonal. Deltagarna kom man i kontakt med via afrikanska mötesplatser så som restauranger, marknader och shoppingcenters och valdes ut via ett strategiskt urval.	Alla diskussioner och intervjuer spelades in, transkriberades och analyserades enligt innehållsanalysens steg. Intervjuerna byggdes på semistrukturerade, öppna frågor. Intervjuerna ägde rum i Zürich, Lausanne och Genève.	Resultatet visade att bristen på kommunikation patient och vårdgivare emellan är stor och orsakar stora problem samt liten förståelse för varandras kulturer.	Medel