

**SJUKSKÖTERSKANS MÖTE MED KVINNOR SOM ÄR  
KÖNSSTYMPADE**

**En litteraturöversikt**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng  
Examinationsdatum: 2017 01 23  
Kurs: 46  
Författare: Sarah Palmlöv  
Författare: Maria Ungh

Handledare: Camilla Tomaszewski  
Examinator: Inger Wallin Lundell

## **SAMMANFATTNING**

### **Bakgrund**

Kvinnlig könsstympning innebär ett fysiskt ingrepp där hela eller delar av flickans eller kvinnans genitalier avlägsnas. Sedvänjan som är 3000 år gammal definieras av både FN och WHO som en kränkning av de mänskliga rättigheterna. Detta till trots beräknas 200 miljoner flickor och kvinnor världen över ha utsatts. Då invandring till västvärlden sker från länder där sedvänjan praktiseras kommer förutnämnda i kontakt med vården. Detta innebär ett möte mellan sjuksköterskan och den drabbade flickan eller kvinnan som är oundvikligt.

### **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva faktorer som kan påverka sjuksköterskans möte med kvinnor som blivit könsstympade eller riskerar att utsättas.

### **Metod**

Metoden för denna studie var allmän litteraturöversikt. Vetenskapliga artiklar söktes, granskades kritiskt och sammanställdes därefter i en bedömningsmall. Resultatet bygger på 15 vetenskapliga artiklar.

### **Resultat**

Resultatet tyder på att de huvudsakliga problemen som uppstod vid mötet med kvinnor som är könsstympade var olika slags brister. Dessa visade sig i form av otillräcklig kunskap hos hälso- och sjukvårdspersonal vad gäller kvinnlig könsstympning, varken adekvat utbildning eller stöd för att möjliggöra ett förebyggande arbete fanns att tillgå.

### **Slutsats**

Det som framkom av studiens resultat var att faktorer som påverkar sjuksköterskans möte med flickor och kvinnor som könsstympats grundades i kunskapsbrist. Det gällde såväl kliniskt som psykiskt där symptom som kunde härledas till utförandet kunde manifesteras med stor variation. Avsaknad av kunskap gällande hur vårdpersonal skulle utbildas eller få stöd i att arbeta förebyggande med hjälp av bland annat transkulturella vårdmodeller.

**Nyckelord:** Kvinnlig könsstympning, Lidande, Omvårdnad, Transkulturellt möte.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	3
<b>INLEDNING</b> .....	3
Kvinnlig könsstypning .....	3
Könsstypning i Sverige .....	4
Etiska och kulturella aspekter .....	5
Sedvänjans ursprung .....	6
Konsekvenser av könsstypning .....	6
Lidande.....	7
Sjuksköterskans roll.....	8
Mötet.....	8
Problemformulering.....	9
<b>SYFTE</b> .....	9
<b>METOD</b> .....	9
Val av Metod.....	9
Urval .....	9
Datainsamling .....	10
Databearbetning .....	12
Dataanalys.....	12
Forskningsetiska överväganden.....	12
<b>RESULTAT</b> .....	13
Kunskap om könsstypning .....	13
Kommunikation.....	13
Transkulturella mötet .....	14
Kompetensutveckling .....	14
<b>DISKUSSION</b> .....	15
Resultatdiskussion .....	16
Metoddiskussion .....	17
Slutsats.....	17
<b>REFERENSER</b> .....	19
<b>BILAGA A-B</b>	

## **BAKGRUND**

### **Inledning**

Varje år är det över två miljoner flickor i åldrarna mellan fyra till elva år som utsätts för könsstympning (The Union Nation of Children's fund [UNICEF], 2016) och enligt Socialstyrelsen (2016) beräknas cirka tre miljoner flickor befinna sig i en riskgrupp för att bli utsatta för något ingrepp i könsorganen. Könsstympning innebär ett fysiskt ingrepp där hela eller delar av det yttre könsorganet tas bort (UNICEF, 2016). Den fysiska smärtan kan avta då såren läkt, men det psykiska lidandet är något som får bäras livet ut (Hussein, 2013). De flesta blir svårt traumatiserade och vissa flickor dör till och med av sviter efter ingreppet (UNICEF, 2016). Enligt WHO (World Health Organization [WHO], 2016) är det så många som 200 miljoner flickor och kvinnor, världen över, som idag är könsstympade. Med den ökade invandringen till västvärlden är kontakten inom vården på alla vårdnivåer med berörda flickor och kvinnor oundviklig idag. Motivet för all vård är att lindra lidande (Wiklund & Lindwall, 2012). För att möjliggöra ett optimalt bemötande och behandling av problem relaterade till könsstympning är det därför viktigt att sjukvårdspersonal har kunskap inom ämnet (Stockholm läns landsting [SLL], 2007). Ämnet fångade författarnas intresse då den ene kom i kontakt med området via arbetsplatsen inom vården. Den kvinnliga kollegan berättar hur hon i sitt hemland själv blivit utsatt för könsstympning och hur hela hennes barndom var präglad av en ångestladdad väntan. En väntan på att inom en snar framtid behöva genomgå samma smärtsamma ingrepp som hennes storasystrar tillsammans med de andra flickorna i byn gått igenom, precis som deras mödrar, mormödrar och kvinnorna före dem i alla tider gjort. Detta till trots utsätts unga kvinnor dagligen för dessa ingrepp vilket bidrar till att sedvänjan hålls vid liv. Med en förhoppning att försöka förstå varför något som detta utförs samt förmedla både praktiserande yrkesaktiva samt blivande sjuksköterskor vikten av att besitta information inom detta aktuella område föll det sig därför axiomatiskt att fördjupa sig inom ämnet.

### **Kvinnlig könsstympning**

Mer än 200 miljoner flickor och kvinnor som lever idag har genomgått könsstympning. Det innebär ett fysiskt ingrepp där hela eller delar av flickan eller kvinnans yttre könsorgan tas bort. Det föreligger varken någon medicinsk orsak och är inte heller på något vis fördelaktigt för deras hälsa (WHO, 2016). Runt om i världen, från Indonesien i öst till Peru i väst förekommer könsstympning av flickor och kvinnor (UNICEF, 2016). Proceduren är koncentrerad till olika länder i Afrika, Mellanöstern och Asien (Sala & Manara, 2001). Dock är det mer än hälften av ingreppen som sker i Indonesien, Etiopien och Egypten. I de flesta länder var majoriteten av flickorna könsstympade vid fem års ålder och i Jemen könsstympas 85 procent av flickorna redan under sin första levnadsvecka (UNICEF, 2016). I Somalia är 98 procent av den kvinnliga befolkningen mellan 15 och 49 års ålder könsstympade (Vloeberghs, Van Der Kwaak, Knipscheer & Van Den Muijsenbergh, 2013).

Enligt WHO (2016) strider detta både mot mänskliga rättigheter och utgör även en stor risk för flickor och kvinnor. Internationellt kännetecknas kvinnlig könsstympning som en extrem form av våld vilket reflekterar en djupt rotad ojämlikhet mellan könen. Sala och Manara (2001) menar att detta problem numera är högst relevant i västvärlden på grund av invandring från länder där kvinnlig könsstympning praktiseras.

### Kvinnlig könsstympning delas in i fyra huvudtyper.

Typ 1: Refereras ofta som klitorisdektomi vilket innebär att delar eller hela klitoris avlägsnas. I få fall kan enbart huden över klitoris borttas (WHO, 2016). Detta är den minst förekommande typen och kallas för sunna (Brady, 1998).

Typ 2: Benämns excision där det sker en borttagning av hela klitoris samt hela eller delar av labia minora, det vill säga de inre blygdläpparna och vid vissa fall avlägsnas även labia majora, de yttre blygdläpparna (WHO, 2016).

Typ 3: Kallas för infibulation eller faraonisk omskärelse, vilket innebär att både inre och yttre blygdläppar skärs eller bränns bort. Därefter sys det som finns kvar av de inre samt de yttre blygdläpparna ihop för att täcka slidans mynning. Endast ett litet hål lämnas öppet för att urin och menstruationsblod skall kunna lämna kroppen. Metoden innefattar oftast även en klitorisdektomi (Brady, 1998).

Typ 4: Inkluderar samtliga ovanstående smärtsamma procedurer. Typen är inte fullkomligt klarlagd, men kvinnans könsorgan skadas genom införande av vassa föremål, frätande substanser som framkallar blödning eller att örter förs in i syfte att göra vagina trängre (Socialstyrelsen, 2005) samt bränning av klitoris eller bortskärning av hud utanför vaginan (WHO, 2016).

### Terminologi

Vilken term som bör användas för att beskriva ingreppet råder det delade meningar om (Socialstyrelsen, 2005). Begreppet kvinnlig könsstympning kan vara missvisande då det skulle kunna uppfattas som att det är vuxna kvinnor som könsstympas när det i synnerhet är små flickor som blir utsatta (Socialstyrelsen, 2016). Uttryck som female circumcision och kvinnlig omskärelse är uttryck som etablerats tidigare, men då associationerna felaktigt kunde härledas till och likställas med omskärelse av pojkar ersattes termen 1998 av könsstympning vilket även kom att förbjudas (SFS 1982:316). Idag är begreppet female genital mutilation (FGM) det mest förekommande men kallas även för female genital cutting (FGC) (Socialstyrelsen, 2005).

### **Könsstympning i Sverige**

Cirka 38 000 flickor och kvinnor som bor i Sverige idag har varit utsatta för någon typ av könsstympning och närmare 7 000 flickor under 18 år befinner sig i en riskzon för att utsättas (Socialstyrelsen, 2016). Majoriteten av de som könsstympats blev utsatta för ingreppet innan de kom till Sverige. Genom att beräkna antalet flickor vars moder är född i ett land där könsstympning är en vedertagen sedvänja har en riskpopulation uppskattats. Det innebär dock inte att alla flickor inom denna population per automatik befinner sig i en riskzon för att utsättas. Det är familjens inställning till könsstympning som är avgörande huruvida flickan löper en risk för att bli utsatt eller ej. Flickor i riskzonen definieras som de som verkligen riskerar att utsättas då familjen har som avsikt att låta traditionen leva vidare även efter migration. Det finns inga kända fall där ingreppet utförts i Sverige. De fall som kartlagts har skett i andra länder och det finns endast två fall som har lett till fällande domar. Om det i Sverige förekommit fall av könsstympning utan myndigheternas vetskap går inte att utesluta, dock finns det inget som indikerar på något stort mörkertal (Socialstyrelsen, 2015).

Könsstympning av flickor och kvinnor är enligt svensk lag förbjuden sedan 1982 under namnet omskärelse av kvinnor (1982:316) men benämningen kom att ändras till könsstympning 1998 (1998:407) (SFS 1998:316). Som bosatt i Sverige är ingreppet olagligt även om det utförs i ett annat land. Detta innebär att medverkan till könsstympning som begåtts utomlands kan dömas i Sverige även om ingreppet är tillåtet enligt det gällande landets lagar.

Ledare inom de flesta trossamfund inklusive Sveriges Imamråd har gemensamt beslutat att ta avstånd från denna sedvänja (Socialstyrelsen, 2016).

### **Etiska och kulturella aspekter**

Både FN och WHO definierar tillsammans med många andra länder samt mellanstatliga organisationer, kvinnlig könsstympling som en kränkning av mänskliga rättigheter (Jones, 2010). Könsstympling av flickor och kvinnor bryter mot flertalet av de mänskliga rättigheterna. I Förenta Nationernas allmänna förklaring 1948 artikel fem står "Ingen får utsättas för tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning". Dessutom har kvinnlig könsstympling erkänts som ett förnekande av flickans grundläggande rätt till fysisk integritet och naturlig sexualitet (Jones, 2010). I FN:s barnkonvention klargörs att barn är individer med egna rättigheter som på ett hälsosamt och normalt sätt skall få utvecklas fysiskt med förhållanden av frihet och värdighet. Barn skall alltid skyddas från alla former av våld (FN:s konvention om barnets rättigheter, 2016). Ett av nyligen antagna globala mål för hållbar utveckling har som delmål att utrota könsstympling innan år 2030 (Mål fem ur Mål för global utveckling, 2016). I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor framgår tydligt att "I vårdarbetet främjar sjuksköterskan en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattningar hos enskilda personer, familjer och allmänheten respekteras" (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Huvudsyftet med könsstympling är att kontrollera kvinnans sexualitet och vissa typer av utförandet gör det fysiskt omöjligt för henne att vara sexuellt intim genom att ha samlag då hon inte kan penetreras efter ingreppet (Sala & Manara, 2001). Detta skall garantera kvinnans oskuld inför äktenskap och kan vara ett villkor för giftermål då det i många afrikanska länder betalas brudpris. Som ogift kvinna anses man inte ha någon framtid och ett vanligt förekommande argument då en kvinna inte är omskuren är att hon slutar som prostituerad (Socialstyrelsen, 2005) då det finns en tro att klitoris påverkar kontrollen över hennes sexuella begär. Könsstymplingen leder även till att samlag upplevs smärtsamma varpå kvinnan får minskad lust och inte vill inleda utomäktenskapliga förhållanden (Jones, 2010).

Det omskurna könet anses representera något vackert, rent och orört. I flertalet länder där könsstympling är en vanlig företeelse anses även att klitoris är en del av det manliga könet medan pojkens förhud står för det kvinnliga. Dessa måste därför avlägsnas för att barnen skall kunna utvecklas till en riktig kvinna respektive man (Socialstyrelsen, 2005) Tidigare skedde detta i samband med traditionella ceremonier och festligheter för att fira barnets välkomst till vuxenlivet. Detta bidrog även till att händelsen uppfattades som någonting positivt vilket gjorde att smärtan inklusive följande trauma blev mer lätthanterligt. Nuförtiden är inte längre dessa ceremonier lika vanligt förekommande utan istället så könsstympas flickor fortlöpande (Jones, 2010).

Den forskning som finns att tillgå är i större utsträckning koncentrerad till könsstymplingens fysiska konsekvenser medan de psykiska konsekvenserna inte studerats i samma omfattning. För att kunna tillgodose vårdbehovet hos den grupp flickor och kvinnor behövs området studeras ytterligare. Det finns däremot stöd för att kvinnor som genomgått könsstympling, i större utsträckning lider av psykisk ohälsa i jämförelse med de som inte har utsatts (Mulongo, McAndrew & Hollins Martin, 2014).

## **Sedvänjans ursprung**

Enligt Norstedts svenska synonymordbok (2010) förklaras sedvänja som ett sätt då något som är normalt utförs utan att detta är bestämt i skriftliga regler, det vill säga inte står formulerad i lagtext. Kallas även sed, bruk eller tradition. Religionens betydelse vad gäller könsstympning är omdiskuterad. Sedvänjan är en tradition som troligtvis har existerat i närmare 3000 år. Teorierna om var och varför sedvänjan uppstod går isär, men är inget som med säkerhet kunnat fastställas (UNICEF, 2016). Inte heller har den något skriftligt stöd i någon religion men förekommer ändå bland både muslimer, kristna och animister (Socialstyrelsen, 2016).

Kvinnlig könsstympning är djupt rotat i den traditionella tron om kvinnans roll och hennes status i samhället. Många äldre kvinnor och självlärda barnmorskor är starkt traditionsbundna och ser som sin uppgift att sedvänjan följs vilket bidrar till att könsstympning av flickor och kvinnor får fortgå. Trots alla hälsorisker detta ingrepp medför kan det sociala trycket på modern vara så stort att hon låter sina döttrar könsstymmas trots att det är något hon själv egentligen inte vill. Mödrarna kan även låta göra det för att säkra sina döttrars framtid då könsstympning anses vara en nödvändighet för att kunna ingå äktenskap då flickans oskuld bevaras. Det är först efter själva stympningen som könsorganen anses rena och vackra vilket omvandlar flickan till en riktig kvinna som kan upptas i de äldres gemenskap (UNICEF, 2016). En stark påverkan från omgivningen att vidmakthålla gamla traditioner kan vara en av anledningarna till att sedvänjan hålls vid liv (Socialstyrelsen, 2015). I Västafrika har könsstympning länge fungerat som en del av en initiationsrit vilket välkomnar flickan in i vuxenvärlden. Invigningen består ofta av diverse ritualer som dans, festligheter och gåvor (Socialstyrelsen, 2016). Kvinnor som inte genomgått könsstympning blir ofta utsatta för förtal och stöts ut ur den sociala gemenskapen vilket leder till social isolering utan möjlighet till ekonomiskt stöd. Med denna vetskap bakom sig låter föräldrarna därför vanligen könsstymma sina döttrar (Jones, 2010).

## **Konsekvenser av könsstympning**

Ingreppet utförs oftast under primitiva förhållanden av kvinnor som helt i avsaknad av utbildning för ändamålet, så kallade traditionella barnmorskor, äldre kvinnor i byn eller barberare som använder sig av smutsiga verktyg samt utan möjlighet till smärtlindring. Instrument som dessa ritualer genomförs med kan vara en kökskniv, glasbit, sax eller ett rakblad. Den trasiga huden sys sedan ihop med hjälp av taggar, ståltråd, hästhår eller vad som finns att tillgå. Då samma instrument används till flertalet ingrepp leder även detta till allvarliga komplikationer där blodburna smittor överförs (Brady, 1998). Vissa flickor kan få svårigheter både psykiskt som fysiskt. Vilka konsekvenser som uppstår för kvinnan beror på vilken typ och i vilken grad könsstympningen utförts, men gemensamt för de alla är att de utgör stora hälsorisker (Socialstyrelsen, 2005).

Kvinnlig könsstympning kan orsaka flera fysiska problem. De omedelbara komplikationerna som uppstår är svår ihållande smärta, chock och blödning. Skadorna kan även leda till urinvägsinfektioner (Socialstyrelsen, 2016) och problem vid urinering (Socialstyrelsen, 2005) samt andra besvär med urinvägarna. Skador på närliggande organ samt blodförgiftning är även konsekvenser som kan uppkomma (Socialstyrelsen, 2016). Svår värk och smärta i underlivet både i direkt anslutning till ingreppet samt efter, infektioner, ärrbildningar, cystor, infertilitet, smärta vid samlag och andra sexuella problem samt graviditet- och förlossningskomplikationer är bara några utav de konsekvenser som kan följa. Svåra menstruationssmärter är även vanligt förekommande (Socialstyrelsen, 2005).

Studier som genomförts i länder med hög förekomst av könsstympning visar att ingreppet har direkt koppling till psykosociala konsekvenser. Dessa kan på lång sikt leda till traumarelaterade besvär som ångest, en negativ självkänsla, misstro och en upplevelse av att känna sig ofullständig. Vilken typ av ingrepp som genomfördes samt huruvida bedövning använts eller ej visade sig vara avgörande för utvecklande av posttraumatisk stress (Vloeberghs et al., 2013). I samband med gynekologisk undersökning, förlösning och samlag kan minnet av ingreppet åter upplevas vilket är något som kan vara mycket traumatiskt (Socialstyrelsen, 2016). En upplevelse av att ha blivit sviken av de närmast anhöriga och för individen betydelsefulla personer kan väcka känslor i form av ilska vilket är något som kan leda till en generationskonflikt (Socialstyrelsen, 2005).

## **Lidande**

Att ha kunskap om lidande och hälsa är enligt Katie Eriksson (1994) vårdandets hjärta. Motivet för all vård är att lindra lidande. Lidande är därför ett av teorins grundbegrepp (Wiklund & Lindwall, 2012). Hennes omvårdnadsteori bygger på att människan och hennes hälsa är en helhet av kropp, själ och ande. Därför är det av stor betydelse att se människan i sin helhet. Lidande är något som varje individ någon gång under livet får uppleva och det kan indelas i existentiellt lidande vilket kan bli livslångt, fysisk smärta, samt andligt och själsligt lidande (Kirkevold, 2000). Varje lidande är unikt och formas av individen och omgivningen omkring henne (Wiklund & Lindwall, 2012).

I en studie med etnografisk metod jämfördes två grupper med skilda kulturella bakgrunder vad gäller smärta och lidande. Där framkom att kulturell influens är djupt rotad och människan har inte bara lärt sig hur hon skall hantera och uttrycka smärta utan genom den kultur hon lever i har hon även lärt sig hur smärtsamt någonting är samt vilka tillstånd som skapar mer lidande än andra. Varje kulturell grupp hade en egen mall av hur smärtsam själva smärtupplevelsen var och utifrån graden av smärta fanns traditionellt utformade behandlingar och modeller på hur dessa tillstånd skulle följas upp, behandlas och utvärderas. Att evaluera tvärkulturell smärta är komplicerat då människans egen kultur värderar huruvida hennes smärta relaterad till situationen är befogad eller inte (Morse, 2015).

Lidandet i vården beskrivs som sjukdomslidande, livslidande samt vårdlidande och kan vara relaterat till den fysiska kroppen men även till själsliga och till andliga dimensioner. När det finns en lucka mellan patientens behov samt begär och sjuksköterskans kunskap, attityd samt förhållningssätt till den lidande människan uppkommer vårdlidande. När människan lider slits hon fram och tillbaka mellan det som är och det som hon önskar. Hon slits mellan det som hon upplever som gott och ont samt mellan skam och värdighet. Om värdigheten kränks eller hotas föreligger risk för lidande (Wiklund & Lindwall, 2012).

Kvinnlig könsstympning innebär ett trauma för både kropp och själ. Den fysiska smärtan kan avta då kroppen läker, men den sårbarhet det psykiska lidandet väckt är något dessa kvinnor får bära med sig livet ut (Hussein, 2013). De känslor som följer i ingreppets spår utvecklas under sikt till mentala problem där ilska, ångest, rädsla och skam upptar en stor del av vardagen. Upplevelsen av att vara maktlös och att inte äga sin egen kropp har bidragit till såväl fysiska spänningar som apatiska känslor och nattliga mardrömmar (Vloeberghs et al., 2013). Människan kommer genom lidandets kamp att försöka bevara eller återupprätta värdigheten. Först då lidandet bekräftas och patienten har mod och styrka att vara engagerad i lidandets kamp kan hon försonas med det (Wiklund & Lindwall, 2012).



## **Sjuksköterskans roll**

Att främja och återställa hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande utgör, enligt ICN:s etiska kod, grunden för sjuksköterskans arbete. Det ligger i vårdens natur att hysa respekt för både mänskliga och kulturella rättigheter, att upprätthålla värdighet samt rätten till liv och egna val. Det är därför av stor vikt att omvårdnad ges oberoende av ålder, hudfärg, tro, etnisk eller kulturell bakgrund, sexuell läggning, kön, nationalitet, funktionsnedsättning, politiska åsikter eller social ställning (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Enligt föregångaren till transkulturell omvårdnad, Madeleine Leininger, är det väsentligt att ha kunskap inom just det området och även kring det praktiska utövande som fokuserar på relativa kulturella värden av vårdande och hyser respekt för skillnader vad gäller livsåskådning och trosuppfattning mellan olika individer och grupper. Leininger (1995) talar om globaliseringens tidevarv där samhället blir alltmer mångkulturellt både på grund av den ökade rörligheten samt av medias expansion. I samband med att världen blir mer lättillgänglig skiftar också patienters och vårdpersonals kulturella bakgrund. I globaliseringsprocessen behöver därför dagens sjuksköterskor besitta kulturell kompetens vilket är något som kan resultera i effektiv personcentrerad omvårdnad. Sjuksköterskeyrket skall vara ett exempel på kulturell förståelse där grunden för behandling bygger på respekt, förtroende och jämlikhet för att infria patientens tillit inom västerländsk vård (Reig, Siles & Solano, 2014).

Personal inom hälso- och sjukvården kan komma i kontakt med flickor och kvinnor som har varit utsatta eller riskerar att utsättas för könsstympning. Ingreppet är enligt svensk lag förbjudet vilket bör informeras på ett lämpligt och relevant sätt (Socialstyrelsen, 2016). Riktlinjer för kvinnlig könsstympning har etablerats i ett antal länder som Tyskland, Belgien, Storbritannien och Sverige (Mulongo et al., 2014). Samverkan mellan olika aktörer inom kommun och landsting för förebyggande arbete skall ske på olika fronter. Därför behövs en ökad beredskap samt kunskap om vilket vårdbehov och behandling som är aktuell för att göra det möjligt att förebygga och förhindra att flickor som bor i Sverige skall utsättas för könsstympning (Socialstyrelsen, 2016).

## **Mötet**

Att ha adekvata kunskaper om patientens kulturella faktorer där hela personen ses i sitt livssammanhang är en grundförutsättning för holistisk vård. Det är därför av stor vikt att på ett professionellt sätt kunna bemöta kvinnor som könsstympats och att genom sitt kunnande visa insikt om deras lidande, samt deras mentala hälsa (Wiklund & Lindwall, 2012). Enligt Svederberg, Svensson och Kindeberg (2001), uppstår det i alla sammanhang någon form av interkulturell kommunikation då människor från två kulturer möter varandra. Detta omfattar inte enbart kontakt mellan personer som har sitt ursprung i olika etnokulturella bakgrunder utan även genom kommunikation mellan individer som talar samma språk men där respektives utbildningsbakgrund skiljer sig åt (Svederberg et al., 2001). Varje människa är unik i sig själv och därför kan mötet mellan två individer ses som transkulturell. Då vårdandet påverkas av både individens och vårdarens kulturella bakgrund (Socialstyrelsen, 2016) är det av stor vikt att i pedagogiska situationer vara lyhörd både för erfarenheter som för värderingar med kulturell grund (Svederberg et al., 2001). När personal inom hälso- och sjukvården möter dessa flickor och kvinnor som blivit utsatta för könsstympning är det därför betydelsefullt att ha en helhetssyn, ett professionellt bemötande och reflektion över patientens perspektiv (Socialstyrelsen, 2016).

## **Problemformulering**

Mer än 200 miljoner flickor och kvinnor framförallt i Afrika, Mellanöstern och Asien har genomgått könsstympning. Det innebär ett fysiskt ingrepp där hela eller delar av det yttre könsorganet tas bort (WHO, 2016). Ingreppet utförs oftast under primitiva förhållanden med osterila verktyg och i de flesta fall utan möjlighet till smärtlindring (Brady, 1998). Då invandring till västvärlden sker, från länder där kvinnlig könsstympning praktiseras är det ett relevant ämne att studera (Sala & Manara, 2001). I Sverige är könsstympning av flickor och kvinnor enligt svensk lag förbjuden sedan 1982 (SFS 1982:316). Förebyggande arbete pågår i Sverige och i andra europeiska länder (Socialstyrelsen, 2016). Motivet för all vård är att lindra lidande (Wiklund & Lindwall, 2012). För att kunna tillgodose omvårdnaden hos denna grupp flickor och kvinnor behöver världens sjuksköterskor ha kunskap kring området. Därför vill författarna beskriva faktorer som kan påverka sjuksköterskans möte med könsstympade kvinnor.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att beskriva faktorer som kan påverka sjuksköterskans möte med kvinnor som blivit könsstympade eller riskerar att utsättas.

## **METOD**

### **Val av metod**

Metoden för denna studie var allmän litteraturöversikt och den valdes för att helheten över ett avgränsat forskningsområde skall framställas (Friberg, 2012). Syftet med en litteraturstudie är fokuserad på forskning inom problemområdet och bygger på vetenskapliga tidskrifter och rapporter. Detta innebär att systematiskt söka, kritiskt granska och sammanställa litteratur inom valt ämne (Forsberg & Wengström, 2015). Vid en allmän litteraturöversikt kan både kvalitativa och kvantitativa studier användas och processen av datainsamling samt dataanalys är inte lika tidskrävande som vid en intervjustudie (Henricson, 2012).

### **Urval**

Enligt Kristensson (2014) består urvalet i en litteraturstudie av vetenskapliga artiklar. Tolv artiklar hittades i databaserna PubMed vilket står för Public Medline och CINAHL som står för Cumulated Index to Nursing and Allied Health Literature. Artiklar som inkluderades var både kvalitativa och kvantitativa empiriska studier vilka svarade på syftet att beskriva faktorer som kan påverka sjuksköterskans möte med könsstympade kvinnor. Varje databas anpassades efter urvalskriterier vilket är något som kan tydliggöra metoden då inklusions- och exklusionskriterier formuleras (Polit & Beck, 2008).

### Inklusionskriterier

De artiklar som inkluderades i studien var peer reviewed vilket innebär att de är vetenskapligt granskade och har även blivit godkända av minst två andra forskare inom området och säkerställer därför hög kvalitet (Helgesson, 2015). Enbart originalartiklar, det vill säga där resultaten från forskningsstudier presenteras för första gången har använts. Dessa var även etiskt godkända och hade publicerats i vetenskapliga tidskrifter (Kristensson, 2014).

Kriterier för inkludering var att artiklarna fick vara från år 2000 fram till idag samt att det skrivna språket var på engelska.

### Exklusionskriterier

Översiktsartiklar valdes bort då dessa sammanställer och granskar resultat från tidigare forskning (Kristensson, 2014). Artiklar som var publicerade före år 2000 samt artiklar som saknade relevans för studiens syfte exkluderades.

### **Datainsamling**

Databasen CINAHL är specialiserad på omvårdnadsforskning och tillhandahåller flertalet olika dokumenttyper som bland annat vetenskapliga tidskriftsartiklar med ett tidsomfång från 1982 och framåt. PubMed är en fri version av Medline med en bred databas inom både medicin som omvårdnad. I huvudsak är det vetenskapliga tidskriftsartiklar och då PubMed inkluderar material från flera olika tidskriftsförlag kan artiklar publiceras innan de indexerats i Medline (Forsberg & Wengström, 2015). Datainsamlingen pågick under november- december 2016 och sökningen redovisas i tabell ett. Till en början lästes titeln av de artiklar som söktes, om dessa överensstämde med uppsatsens syfte lästes även abstraktet och var detta tillämpligt för denna studie lästes eventuellt hela artikeln. Samma procedur utfördes flera gånger för att inte missa någonting som kunde vara relevant. Svåra ord och begrepp översattes från engelska till svenska med hjälp av lexikon varpå texten sedan bearbetades.

### Databassökning

Sökningen av vetenskapliga artiklar utfördes i databaserna CINAHL samt PubMed. Till en början söktes termer i MeSh som står för Medical Subject Headings. Sökningen utfördes med följande sökord: "Nurse-patient relations", "nurse", "nurses", "nursing", "circumcision", "female", "female genital mutilation", "female genital cutting", "infibulation", "FGM", "FGC", "FGM/C", "transcultural", "encounter". Enligt Kristensson (2014) skall sökorden vara mycket känsliga för att kunna identifiera relevant litteratur. Dessa sökord kombinerades med varandra med hjälp av booleska operatorerna "AND" och "OR" (Forsberg & Wengström, 2015). Genom användningen av dessa sökoperatörer förenas eller separeras söktermerna vilket bidrar till att säkerställa litteraturens relevans samtidigt som sökningen avgränsas (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016). Sökorden skulle finnas med i titel eller abstrakt vid första urvalet. Till en början söktes enbart artiklar i fulltext men då antalet artiklar var otillräckliga valdes detta kriterium bort. Huvudsökord i respektive databas var FGM vilket är en förkortning som står för female genital mutilation och nursing patient relation men även FGC som står för female genital cutting, Genital cutting, Circumcision female och infibulation.

**Tabell 1.** Presentation av databassökning

<b>Databas och datum</b>	<b>Sökord</b>	<b>Begränsningar</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Antal lästa abstrakt</b>	<b>Antal lästa artiklar</b>	<b>Antal inkluderade artiklar</b>
25/11 2016  CINAHL	Circumcision, Female OR female genital mutilation OR female genital cutting OR infibulation OR FGM OR FGC OR FGM/C AND Nurse-Patient Relations OR nurses OR nursing	Published Date: 20000101-; Peer Reviewed; Research Article; English Language	14	10	8	7
25/11 2016  PubMed	Circumcision, Female OR female genital mutilation OR female genital cutting OR infibulation OR FGM OR FGC OR FGM/C AND nurse-Patient Relations OR nurses OR nursing OR nurse	Abstract; Publication date from 2000/01/01; English	158	17	7	3
02/12 2016	Transcultural And encounter And Nursing	Abstract; Publication date from 2006/01/01.	14	5	2	1
07/12 2016	Transcultural nursing AND communication	Abstract AND free full text AND "last 10 years.	11	3	2	1
<b>Totalt</b>			198	36	20	12

### Manuell sökning

I enlighet med Forsberg och Wengström (2015), kan manuell sökning ske på flera sätt. En möjlighet är att studera aktuell referenslista på de artiklar som rör problemområdet. Ett annat tillvägagångssätt är att söka efter vetenskapliga artiklar som inte publicerats eller via kontakt med forskare. Genomgång av referenslistor resulterade i ytterligare tre artiklar som inkluderades i denna studie.

## **Databearbetning**

Då de vetenskapliga publikationerna är många och kvaliteten skiftar från låg till hög behövs kritisk granskning för den litteratur som väljs (Kristensson, 2014). Totalt lästes 20 vetenskapliga artiklar från två databaser var på 12 av dessa valdes ut och granskades inför resultatet. Genom manuell sökning inkluderades ytterligare tre artiklar. Vid insamling av vetenskapliga artiklar har både kvalitativa och kvantitativa artiklar granskats. En bra systematisk granskning möjliggörs enligt Kristensson (2014) genom användandet av speciella granskningsmallar. För den här uppsatsens trovärdighet har Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskapliga artiklar använts (Berg, Dencker & Skärsäter, 1999; Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Resultatet av granskningen redovisas i en matris (Bilaga B). Artiklarna bedömdes som I = hög kvalitet, II = medel eller III = låg kvalitet. Studier som bedömdes ha en hög och medelhög kvalitet inkluderades i resultatet (Kristensson, 2014). Artiklar refereras noggrant i texten utan plagiering av andras tankar eller texter.

## **Dataanalys**

Av sammanlagt 20 lästa vetenskapliga artiklar valdes 15 ut. Dessa lästes ytterligare igenom ett flertal gånger för att skapa en helhetssyn. Därefter delades artiklarna upp i mindre stycken för enskild undersökning varpå de granskade delarna kodades för att sammanställas på nytt (Forsberg & Wengström, 2015). I enlighet med Friberg (2012) analyserades likheter och skillnader samt identifiering av kategorier utfördes för att sedan sammanfatta resultat från de artiklar som inkluderats. Genom bearbetning av artiklarna framkom fyra huvudteman som presenteras i resultatet. För att möjliggöra att studiens resultat presenterades på ett överskådligt sätt ställdes analyserad data i relation till varandra och integrerades därefter till ett summerat resultat (Kristensson, 2014). Relevanta artiklar sammanställdes i matrisen där artiklarnas syfte, metod, och resultat sammanfattades och presenterades (Bilaga B).

## **Forskningsetiska överväganden**

Forskningsetiska överväganden i en litteraturstudie innebär att enbart källor och studier som har fått tillstånd från en etisk kommitté där grundläggande fria rättigheter respekteras bör användas. Alla artiklar som berör ämnet skall presenteras, oavsett om de stödjer forskarens egen åsikt eller ej. Vetenskapliga artiklar och källor har med noggrannhet refererats i studien utan avsteg från god vetenskaplig sed (Forsberg & Wengström, 2015).

I denna litteraturstudie valdes artiklar där de etiska principerna respekteras. Detta innebär att den enskilda patienten har rätt till självbestämmande, självständighet och personlig integritet samt där individens både fysiska och psykiska sfär respekteras (Helgesson, 2015). I enlighet med Forsberg och Wengström (2015) har data inte plagierats då detta inte är tillåtet utan har refererats i löpande text. Inte heller har fusk eller ohederlighet förekommit i form av att metoder, hypoteser eller data plagierats eller stulits utan angivande av källa och studien redovisas med förbehåll för eventuella feltolkningar och missuppfattningar som gjorts då artiklarna är skrivna på engelska.

Enligt Henricson (2012, s.70) så finns forskningsetik för att värna alla livsformer och försvara människors grundläggande värde och rättigheter. I den här litteraturstudien utgår författarna från denna formulering och sätter fokus på alla människors lika värde samt kvinnans rätt till fri identitet. Vad som i denna studie menas med lika värde är alla människors lika rätt till frihet över sina kroppar. I november månad, år 2012 deklarerade FN att kvinnor har rätt till kroppslig integritet och fördömde i starka ordalag kvinnlig könsstympning (UN Women, 2012).

## **RESULTAT**

Studiens resultat bygger på en integrerad analys av 15 vetenskapliga artiklar som svarar till litteraturöversiktens syfte där faktorer som kan påverka mötet mellan sjuksköterskan och kvinnor som genomgått könsstympning eller riskerar att utsättas beskrivs. Det som framkom under dataanalysen har indelats i fyra teman.

### **Kunskap om könsstympning**

Enligt en svensk studie från Tamaddon et al. (2006), en studie från London city (Relph et al., 2013) samt en undersökning från USA (Hess et al., 2010) framkommer att merparten av vårdgivare själva sett patienter som utsatts för könsstympning men bara hälften av dem kunde identifiera typologin korrekt. En studie från Spanien visar att endast 16 procent av de som är verksamma inom yrket förklarade att de upptäckt kvinnor utsatta för könsstympning och cirka 40 procent identifierade typologin korrekt (Kaplan-Marcusan et al., 2009). Forskning från Nigeria visar att alla som deltog besatt kunskap om könsstympning (Ibrahim et al., 2013; Ashimi et al., 2014) men enligt en sju år äldre studie som utfördes i staden Benin, belägen i södra Nigeria framkom att endast 6,6 procent av deltagarna identifierade alla fyra typer av könsstympning korrekt (Onuh et al., 2006). En studie som gjordes i centrala och södra Italien visar att 95,1 procent av de som deltog i undersökningen uppgav att de inte hade kunskap varken hur de skulle hantera eller bemöta en kvinna som var utsatt för någon form av könsstympning (Caroppo et al., 2014). Resultatet från föregående studie gällande den kunskap som saknas, överensstämmer även med vad som framkom från en undersökning som gjordes i Gambia (Kaplan et al., 2013).

Den kunskap som vårdgivare saknar vad gäller kvinnlig könsstympning och dess hälsorelaterade konsekvenser är omfattande (Kaplan et al., 2013; Caroppo et al., 2014).

Hälso- och sjukvårdspersonal bör lära sig mer vad gäller kulturella föreställningar och traditioner gällande mötet av de patienter som kommer från länder där sedvänjan praktiseras (Hess et al., 2010; Kaplan et al., 2009). Tamaddon et al. (2006) anser även att Svenska myndigheter kan förbättra sina insatser vad gäller att hantera möten mellan vårdgivare och könsstympade kvinnor.

### **Kommunikation**

Kärnan inom transkulturell omvårdnad är kommunikation (Cang-Wong et al., 2009). I en finsk samt en schweizisk studie observerades kommunikationssvårigheter mellan vårdpersonal och somaliska kvinnor (Degni et al., 2012; Thierfelder et al., 2005; Widmarck et al., 2002). Den första typen av kommunikationsbarriärer inkluderar språkliga hinder som till stor del beror på olika språk (Thierfelder et al., 2005) eller dialekter (Amiri et al., 2015; Degni et al., 2012) medan den andra typen av kommunikationsproblem innefattar hur hälso- och sjukvårdspersonal samt hur patienten tolkade och förklarade sjukdomstecken och symptom (Thierfelder et al., 2005; Widmarck et al., 2002). På grund av de olika uttryckssätt som rådde sinsemellan förvånades personalen av hur invandrare beskrev sina symptom (Amiri et al., 2015). För effektiva omvårdnadsåtgärder är det grundläggande att i all kommunikation vara öppen och mottaglig för kulturella behov, livsinställningar samt värderingar (Cang-Wong et al., 2009). Sjukvårdspersonal skall visa förståelse, medlidande och respekt i synnerhet mot patienter med en annan kulturell bakgrund (Degni et al., 2012; Hess et al., 2010). Att bekräfta patientens personliga kulturella perspektiv är en betydelsefull åtgärd för att skapa tillit (Cang-Wong et al., 2009; Widmarck et al., 2002).

## **Transkulturella mötet**

Cang-Wong et al. (2009) menar att avsaknaden av etnisk variation bland sjuksköterskor gör det till en stor utmaning för henne att försöka tillhandahålla en holistisk omvårdnad till en patientgrupp som blir allt mer mångfaldig. Även då hon är välutbildad och kulturellt känslig. Att besitta kunskap om och även förstå patientens kultur är en avgörande faktor för att som sjukvårdspersonal kunna erbjuda effektiv vård (Amiri et al., 2015). Vårdgivare är en grupp som behöver mer av både medicinska som kulturella kompetenser för att vara förmögen att hantera den ökande invandringen av kvinnor som för längesedan utsatts för könsstympning i sitt ursprungsland (Tamaddon et al., 2006). För att sjuksköterskan skall kunna utveckla en effektiv och även terapeutisk patientrelation måste ett förtroende etableras där hon vinner patientens tillit. Felaktiga tolkningar och missförstånd vad gäller kulturella skillnader kan både hindra eventuella hälso- och sjukvårdsrelaterade åtgärder samt även orsaka skada (Cang-Wong et al., 2009; Degni et al., 2012).

Det är i högre grad kvinnliga yrkesverksamma som uppdagar fallen av könsstympning (Kaplan-Marcusan et al., 2009) vilket kan bero på att de flesta invandrarkvinnor med ursprung i länder där sedvänjan praktiseras föredrar kvinnlig sjukvårdspersonal (Hess et al., 2010) då dessa tenderar att visa större känslighet gällande detta dilemma (Kaplan-Marcusan et al., 2009). Genom utvecklandet av transkulturella vårdmodeller underlättas det preventiva arbetet vilket kan leda till att rättsliga åtgärder samt de negativa följder som riskerar att uppkomma kan undvikas (Caroppo et al., 2010). I en värld av ömsesidigt beroende nationer och människor är transkulturell omvårdnad ett område där omvårdnadskompetens uppfyller behovet att utveckla ett globalt perspektiv inom sjukvårdsexpertis (Amiri et al., 2015).

## **Kompetensutveckling**

Hälso- och sjukvårdspersonal behöver idag aktivt ta ställning och arbeta förebyggande mot kvinnlig könsstympning (Kaplan-Marcusan et al., 2009; Tamaddon et al., 2006) samt möjliggöra en god behandling och stöd till de som redan utsatts. Det behövs dock mer forskning och datautvärdering för att komma fram till det mest effektiva sättet att utbilda vårdpersonal (Kaplan et al., 2013) samt olika aktörer i samhället (Ahanonu & Victor, 2014) och de behov gällande kompetensutveckling som föreligger landets hälso-sjukvårdspersonal bör främja utvecklingen av strategier för sensibilisering och detektion av dessa situationer (Kaplan-Marcusan et al., 2009). För att ha möjlighet att värna om flickor och kvinnors hälsa och rättigheter erfordras adekvat kunskap om de hälsorelaterade följder som könsstympningen medför (Ahanonu & Victor, 2014). Problemet är att i många länder där sedvänjan praktiseras är vårdpersonal fortfarande inblandad i utövandet av könsstympning. Dessa yrkesaktiva behövs för att utbilda folk om de skadliga effekter som sedvänjan har vad gäller kvinnans hälsa samt belysa fördelarna med att eliminera denna praxis (Relph et al., 2013; Kaplan et al., 2013). Ett grundläggande steg i avskaffandet av könsstympning är att ändra den uppfattning och de myter som finns kring det kvinnliga könsorganet samt att den kulturella synen kring sedvänjan bryts ned (Onuh et al., 2006; Hess et al., 2010). Både individer som familjer kan uppleva det lättare att överge utövandet då de får stöd menar Ahanonu och Victor (2014). Med hjälp av strategier kan genomförandet av utbildningsprogram som syftar utveckla yrkesverksamma att utifrån ett transkulturellt omvårdnadsperspektiv arbeta förebyggande (Kaplan-Marcusan et al., 2009) med respekt för kvinnors kulturella värderingar (Hess et al., 2010).

En del i arbetet kring att förebygga könsstympning av flickor och kvinnor innebär bland annat att föra en dialog med familjer som har en positiv inställning till sedvänjan eftersom det kan misstänkliggöra motiv för att föra denna tradition vidare genom att utsätta sina döttrar. Det är av stor vikt att informera och tydliggöra att det enligt landets lagar är förbjudet med könsstympning (Kaplan et al., 2013). Flickan tas ofta till familjens ursprungsland så att ingreppet kan utföras under sommarlovet. Detta tillvägagångssätt möjliggör att flickans sår kan läka innan hon återvänder till skolan. De psykiska konsekvenser som följer kan vara enorma, särskilt i situationer där flickor eller unga kvinnor är socialt integrerade i olika sammanhang i värdlandet, såsom vid lärosäten eller fritidsaktiviteter. Enligt studien framkom det att flickan efter ingreppet, upplevde sin kropp som en "etnisk gräns" vilket begränsar hennes integrationsprocess och socialisering (Caroppo et al., 2014).

## **DISKUSSION**

### **Resultatdiskussion**

Syftet med genomförd litteraturoversikt var att beskriva de faktorer som kan påverka sjuksköterskans möte med könsstympade kvinnor och även dem som riskerar att utsättas. Resultatet tyder på att de huvudsakliga problemen bestod av olika brister. Dessa visade sig i form av otillräcklig kunskap hos hälso- och sjukvårdspersonal vad gäller kvinnlig könsstympning samt dess hälsorelaterade konsekvenser. Vidare framkommer kommunikationssvårigheter och vårdpersonals brist på kunskap inom utveckling av transkulturella vårdmodeller samt ofullständig till ibland total avsaknad av adekvat utbildning och stöd för att möjliggöra ett korrekt bemötande av dessa kvinnor samt att arbeta förebyggande inom området.

Trots att resultatet visar att merparten av vårdgivare sett könsstympade kvinnor (Tamaddon et al., 2006; Relph et al., 2013; Hess et al., 2010) framkommer att kunskaperna vad gäller kvinnlig könsstympning samt dess hälsorelaterade konsekvenser är bristfälliga (Kaplan et al., 2013; Caroppo et al., 2014) vilket stödjer det forskningsresultat som Mulongo et al. (2014) presenterat. Könsstympningens konsekvenser, i synnerhet de psykiska behöver studeras ytterligare för att kunna tillgodose det vårdbehov som föreligger flickor och kvinnor. Uppgifterna från en italiensk studie visar hur betydelsefullt det är att hälso- och sjukvårdspersonal, i huvudsak vad gäller västerländska länder, får adekvat utbildning inom området för att ha möjlighet att kunna möta dessa kvinnor på bästa sätt. Dagens Europa ser annorlunda ut i jämförelse med för ett tiotal år sedan på grund av de migrationsströmmar som under de senaste åren bidragit till att forma nya samhällen som även är mer komplexa. Sjuksköterskan och övrig vårdpersonal får en stor utmaning i att hantera problem hos kvinnor som härrör från könsstympning menar Caroppo et al. (2014).

Tamaddon et al. (2006) delar även de den åsikten att vårdgivare är en grupp som behöver mer av både medicinska som kulturella kompetenser för att vara förmögen att hantera den ökande invandringen av kvinnor som för längesedan utsatts för könsstympning i sitt ursprungsland. Däremot är de av en helt annan syn vad gäller de riskbedömningar som Socialstyrelsen samtidigt kom fram till där 5000 flickor i Sverige uppskattas befinna sig i riskzonen för könsstympning, och menar att det inte är någonting som överensstämmer med deras iakttagelser. Tio år senare är Socialstyrelsens (2016) estimering av flickor i riskzonen för att utsättas för könsstympning uppe i 7000.



Resultatet visade att kvinnlig könsstympning både är ett etiskt som kulturellt känsligt ämne vilket idag är något som bör behärskas i det mångkulturella samhället. Caroppo et al. (2014) skriver att en adekvat vård för könsstympade kvinnor inte enbart bör fokusera på den kliniska delen av omvårdnaden utan människan måste ses i sitt sammanhang med förståelse för hela hennes historia samt med hänsyn till de omständigheter som kan föreligga. Vägen till att säkerställa dessa kvinnors hälsa och välbefinnande nås genom att visa insikt om hennes situation samtidigt som hänsyn till kulturella aspekter tas. Amiri et al. (2015) menar att den största utmaningen inom det transkulturella mötet är då sjukvårdspersonal och patienter de möter talar olika språk. Detta framkom även i en finsk samt i en schweizisk studie där Degni et al. (2012) och Thierfelder et al. (2005) beskrev kommunikationssvårigheter som uppstod i mötet mellan kvinnor från Somalia och finsk- respektive tysktalande vårdpersonal. I den finska studien framkom även att trots de tillfällen tolk använts var det inte alltid behjälpligt då dessa inte behärskade det finska språket tillräckligt bra vad gäller översättningen av medicinsk terminologi.

I resultatet framkom också att det förebyggande arbetet mot sedvänjan enligt Kaplan- Marcusan et al. (2009) är att genomföra utbildningsprogram där hälso- och sjukvårdspersonal undervisas i dessa strategier som syftar att motverka könsstympning samt att dessa metoder även utvecklas ytterligare. Att besitta kunskap om sedvänjan och att arbeta förebyggande utifrån ett transkulturellt omvårdnadsperspektiv med respekt för både värderingar och kultur skildrar en positiv och genomgripande modell i samband med integrativ vård till en migrerande population, samtidigt som både fysiska och psykiska konsekvenser elimineras. Mulongo et al. (2014) skriver att i ett antal länder har riktlinjer för kvinnlig könsstympning etablerats och dessa är Tyskland, Belgien, Storbritannien och Sverige.

## **Metoddiskussion**

Enligt Kristensson (2014) går en litteraturstudie ut på att sammanställa andras forskningsresultat för att med detta besvara en specifik fråga eller ett kliniskt problem samt identifiera så kallade blinda fläckar. Denna studie är varken omfattande eller systematiskt genomförd då en systematisk undersökning höjer studiens kvalitet vilket ger en mer betydande vetenskaplig tyngd (Kristensson, 2014). Att genomföra en systematisk litteraturstudie på grundnivå är tidskrävande och därför kan enligt Forsberg och Wengström (2015) en allmän litteraturstudie istället vara ett alternativ. Den typen av studie har dock sina svagheter som bland annat selektivt urval som stödjer den egna studien, begränsad tillgång till relevant forskning eller att experter inom samma forskningsområde drar helt olika slutsatser. En av studiens svaghet är att presentationen av både kvantitativ och kvalitativ data sker i löpande text då Forsberg och Wengström (2015) menar vidare att studier med olika ansats bör presenteras var för sig. En annan datainsamlingsmetod som kunde tillämpats är intervjustudie. Den metoden diskuterades med en föreställning att beskriva sjuksköterskors upplevelser av mötet med könsstympade kvinnor som sökte sig till den svenska vården. Genom intervjustudien begränsas beskrivningen till att enbart behandla en hälso- och sjukvårdssituation inom Sverige vilket minskar undersökningens forskningsområde och även dess trovärdighet. En intervjustudie är även tidskrävande vilket ytterligare begränsar det valet av metod. Därför valdes till slut en allmän litteraturoversikt som metod.

Enligt Forsberg och Wengström (2015) är syftet med den valda litteraturstudiens metod att beskriva kunskapsläget inom ett visst område, i detta fall de faktorer som påverkar mötet mellan sjuksköterskan och den könsstympade kvinnan. Artiklarna som analyserades och presenterades i denna studies resultat söktes i databaserna CINAHL Complete och PubMed. Inledningsvis var det tänkt att själva mötet med de kvinnor som genomgått ingreppet skulle beskrivas utifrån forskning med utgångspunkt i västvärlden.

Under datainsamlingens process framkom det dock att de vetenskapliga artiklar med relevans inom ämnet kvinnlig könsstypning var begränsat vilket ledde till att sökningen expanderades. Det innebar att artiklar som valdes till studiens resultat nu istället fick härstamma från olika delar av världen. Utöver de flertal artiklar från olika länder inom Europa, inkluderades studier både från USA som från Västafrika. Med detta tillvägagångssätt till trots resulterade inte utvidgningen av sökområdet i ett tillräckligt antal studier som kunde tillämpas för arbetets ändamål. Sökningen breddades ytterligare då publikationsår för artiklarna ändrades till år 2000 vilket innebar något äldre studier. Vidare studerades referenslistor vilket enligt Forsberg och Wengström (2015) innebär en manuell sökning och detta resulterade i ytterligare tre artiklar. Att antalet vetenskapliga artiklar från västvärlden är begränsade tyder på en överhängande forskningslucka inom ämnet där vidare studier krävs. Detta är i sig något som påverkar denna studies trovärdighet i negativ riktning då för lite forskning finns att tillgå. Däremot håller närmare 87 procent av de 15 artiklar som inkluderats till litteraturöversiktens resultat en vetenskaplig kvalitet som i granskning enligt Willman et al. (2011) bedöms som hög och resterande 13 procent som medelhög. Genom användandet av evidensbaserade granskningsmallar, artikelsökning både i databaser som manuellt och att detta gjorts vid flera olika tillfällen bidrar även till en ökad tillförlitlighet (Forsberg & Wengström, 2015). I enlighet med Polit och Beck (2008) har artiklarna som använts lästs ett flertal gånger av båda författarna och granskats separat för att minimera risken för eventuella bedömningsbias.

### **Slutsats**

Olika typer av brister manifesteras i form av otillräcklig kunskap hos hälso- och sjukvårdspersonal vad gäller kvinnlig könsstypning samt dess hälsorelaterade konsekvenser, kommunikationssvårigheter, vårdpersonals kunskap inom utveckling av transkulturella vårdmodeller samt ofullständig till ibland total avsaknad av adekvat utbildning och stöd för att möjliggöra ett korrekt bemötande av dessa kvinnor samt att kunna arbeta förebyggande inom området. Gemensamt för dessa brister är att de alla grundades i inkomplett kunskap inom området kvinnlig könsstypning. Det gällde såväl kliniskt som psykiskt där symptom som kunde härledas till utförandet kunde visa sig med stor variation. Den kunskapsbrist vad gäller hur vårdpersonal skulle utbildas eller få stöd i att arbeta förebyggande med hjälp av bland annat transkulturella vårdmodeller gäller även andra samhällsaktörer som måste bli medvetna om vilken betydelsefull roll de spelar och det är av stor vikt att dessa involveras i arbetet för att på så vis kunna nå ut till befolkningen. Mer utbildning behövs vilket innebär att både forskning och datautvärdering i större omfattning är nödvändig för att komma fram till det mest effektiva sättet att höja kunskapen inom detta komplexa område.

### **Fortsatta studier**

Under datainsamlingens process visade det sig att relevant forskning inom området kvinnlig könsstypning är mycket begränsad. Kunskapsbrist om könsstypning hos sjukvårdspersonal tyder på att det finns ett stort behov av undervisning om både riktlinjer i hur mötet med könsstypade kvinnor skall hanteras samt vidare studier i ämnet.

### **Klinisk tillämpbarhet**

För att förstå sina patienter behöver sjuksköterskan besitta kunskap om andra kulturer och bör även samtidigt vara självkritisk till sin egen kultur för att medvetandegöra hur den påverkar synen på hälsa och livskvalitet likväl som omvårdnad. Att ha förståelse för den enskilda människan där varje person är sin egen unika individ, tydliggör vikten av att sjuksköterskan besitter en kulturell kompetens. Att ha adekvata kunskaper om patientens kulturella faktorer där hela personen ses i sitt livssammanhang är en grundförutsättning för holistisk vård (Wiklund & Lindwall, 2012). Det är därför av stor vikt att på ett professionellt sätt kunna bemöta kvinnor som könsstympats och att genom sitt kunnande visa förståelse om deras lidande, samt deras mentala hälsa. Undervisning i transkulturell omvårdnad är därför i hög grad nödvändig inom sjuksköterskeutbildningen. År 2016 etablerade Socialstyrelsen ett kompetenshöjande material i form av webbutbildning, handledningsunderlag samt kunskapsstöd i syfte att möjliggöra ett korrekt bemötande av könsstympade flickor och kvinnor i vården (Socialstyrelsen, 2016). Hälsa- och sjukvårdspersonal kan genom dessa resurser stödjas i sin kompetensutveckling. Flickor och kvinnor som utsatts för könsstympning och har bestående besvär som härrör från ingreppet har rätt till ett professionellt bemötande och en fullgod vård. Att hälso- och sjukvårdspersonal besitter kunskap samt en hög kompetens inom området kvinnlig könsstympning är avgörande för att infria ett respektfullt möte med den utsatta flickan eller kvinnan.

## REFERENSER

Ahanonu, E. and Victor O. (2014). Mothers perceptions of female genital mutilation (\*).

Amiri, R., Heydari, A., Dehghan-Nayeri, N., Vedadhir, A. and Kareshki, H. (2015). Challenges of Transcultural Caring Among Health Workers in Mashhad-Iran: A Qualitative Study. *Glob J Health Sci.* 2016 Jul; 8(7): 203–211(\*).

Ashimi, A., Aliyu, L., Shittu, M., & Amole, T. (2014). A multicentre study on knowledge and attitude of nurses in northern Nigeria concerning female genital mutilation. *European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care*, 19(2)(\*).

Brady, M. (1998). Female genital mutilation: what every nurse needs to know. *Nursing*, 28(9), 50-51, 2p.

Cang-Wong, C., O Murphy, S. and Adelman, T. (2009). Nursing Responses to Transcultural Encounters: What Nurses Draw on When Faced with a Patient from Another Culture. *The Permanente journal* 13(3):31-7 (\*).

Caroppo, E., Almadori, A., Giannuzzi, V., Brogna, P., Diodati, A. and Bria P. (2014). Health care for immigrant women in Italy: are we really ready? A survey on knowledge about female genital mutilation. *Ann Ist Super Sanità* 2014. Vol. 50, No. 1: 49-53 (\*).

Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland...[corrected] [published erratum appears in IMMIGRANT MINORITY HEALTH 2012; 04(2):344]. *Journal Of Immigrant & Minority Health*, 14(2), 330-343(\*).

Ericsson, K. (1994). *Den lidande människan*. (1.uppl.) Stockholm: Liber utbildning.

FN:s konvention om barnets rättigheter. Hämtad från <http://barnkonventionen.se/fns-konvention-for-barns-rattigheter/>

Forsberg, C., Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Friberg, F. (2012). *Att göra en litteraturoversikt. Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: studentlitteratur.

Globala målen för hållbar utveckling(2016). Hämtad från <http://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-5-uppna-jamstalldhet/>

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Hess, R., Weinland, J., & Saalinger, N. (2010). Knowledge of female genital cutting and experience with women who are circumcised: a survey of nurse-midwives in the United States. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 55(1), 46-54(\*).

Hussein, L. (2013). Talking point: Violated and scared. *Therapy Today*, 24(10), 81-82, 2p.

Ibrahim I., Oyeyemi A., och Ekine A. (2013). Knowledge, attitude and practice of female genital mutilation among doctors and nurses in Bayelsa state, Niger-Delta of Nigeria. *Int J Med Biomed Res* 2013;2(1):40-47 (\*).

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2014). Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>

Jones, A. (2010). Working psychologically with female genital mutilation: an exploration of the views of circumcised women in relation to better psychological practice. Professional doctorate thesis, University of East London (\*).

Kaplan-Marcusan A, Toran-Monserrat P, Moreno-Navarro J, Castany Fabregas MJ, Munoz-Ortiz L. (2009). Perception of primary health professionals about female genital mutilation: *from healthcare to intercultural competence*. *BMC Health Serv*. 9-11(\*).

Kaplan, A., Hechavarria, S., Bernal, M., Bonhoure, I. (2013). Knowledge, attitudes and practices of female genital mutilation/cutting among health care professionals in The Gambia: a multiethnic study. *Journal Public Health* 13:851(\*).

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Leininger, M.M. (1995). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices*. 2. ed. New York: McGraw-Hill.

Morse, J., M. (2015). Using qualitative methods to access the pain experience. *Br J Pain*. 2015 Feb; 9(1): 26–31, 6p.

Mulongo, P., McAndrew, S., & Hollins Martin, C. (2014). Crossing borders: Discussing the evidence relating to the mental health needs of women exposed to female genital mutilation. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 23(4), 296-305.

Norstedts svenska synonymordbok (5:e uppl.). Norstedts Förlag: Stockholm 2010.

Onuh, S., Igberase, G., Umeora, J., Okogbenin, S., Otoide, V., Gharoro, E., & ... Gharoro, E. P. (2006). Female genital mutilation: knowledge, attitude and practice among nurses. *Journal Of The National Medical Association*, 98(3), 409-414(\*).

Reig Alcaraz, M., Siles González, J., & Solano Ruiz, C. (2014). Attitudes towards female genital mutilation: an integrative review. *International Nursing Review*, 61(1), 25-34.

Rolph, S., Inamdar, R., Singh, H., & Yoong, W. (2013). Female genital mutilation/cutting: knowledge, attitude and training of health professionals in inner city London. *European Journal Of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology*, 168(2), 195-198(\*).

- Sala, R., & Manara, D. (2001). Nurses and requests for female genital mutilation: cultural rights versus human rights. *Nursing Ethics*, 8(3), 247-258, 12p.
- Socialstyrelsen. (2005). Kvinnlig könsstympning. Ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänst och hälso-och sjukvård. Stockholm:KopieCenter.
- Socialstyrelsen. (2015). Flickor och kvinnor i Sverige som kan ha varit utsatta för könsstympning. Publicerad: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), januari 2015.
- Socialstyrelsen. (2016). Kvinnlig könsstympning – ett stöd för hälso- och sjukvårdens arbete. Publicerad: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), juni 2016.
- SFS (1982:316) Lag med förbud mot könsstympning av kvinnor. *Svensk författningssamling nr 1982:316*. Hämtad från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1982316-med-forbud-mot-konsstympning-av\\_sfs-1982-316](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1982316-med-forbud-mot-konsstympning-av_sfs-1982-316)
- Stockholm läns landsting. (2007). Fokusrapport: Mötet med könsstympade kvinnor i vården. Stockholm: Medicinskt programarbete.
- Svederberg, E., Svensson, L., & Kindeberg, T. (2001). *Pedagogik i hälsofrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Tamaddon, L., Johnsdotter, S., Liljestränd, J., & Essén, B. (2006). Swedish health care providers' experience and knowledge of female genital cutting. *Health Care For Women International*, 27(8), 709-722(\*).
- Thierfelder, C., Tanner, M. and Bodiang, CM. (2005). Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *Eur J Public Health*. 2005 Feb;15(1):86-90.(\*).
- UN Women. (2012). Female genital mutilation. Hämtad från <http://www.unwomen.org/en/news/stories/2012/12/united-nations-bans-female-genital-mutilation>
- UNICEF. (2016). Kvinnlig könsstympning. Hämtad från <https://unicef.se/fakta/kvinnlig-konsstympning>
- Vloeberghs, E., Van Der Kwaak, A., Knipscheer, J., & Van Den Muijsenbergh, M. (2013). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health*, 17(6), 677-695, 19p.
- Widmarck, C., Tishelman, C., Ahlberg, B.M. (2002). A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*.1:113–125.(\*).
- Wiklund, L., Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., och Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (4:e uppl.). Lund: Studentlitteratur. (Valda delar).

Sarah Palmlöv  
Maria Ungh

2017-01-23

World Health Organisation. (2016). Female genital mutilation. Hämtad från World Health Organization://<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

## Bilaga A

**Tabell 1.** Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
<b>Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
<b>Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Icke- kontrollerad studie (P)</b> är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Retrospektiv studie (R)</b> är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
<b>Kvalitativ studie (K)</b> är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

\* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.



**Bilaga B**

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R),  
Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare År Land År	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
1. Ahanonu, E. and Victor O.(2014) Nigeria	Mothers perceptions of female genital mutilation	Att bedöma uppfattningar om könsstympning bland mödrar på en vårdcentral i Nigeria.	Semistrukturerade intervjuer utfördes med hjälp av frågeformulär som delades ut.	n=95 (0)	Resultatet av denna studie visar att alla mödrar hade en negativ uppfattning om könsstympning.	P I
2. Amiri, R., Heydari, A., Dehghan-Nayeri, N., Vedadhir, A. and Kareshki, H. (2015) Iran	Challenges of Transcultural Caring Among Health Workers in Mashhad-Iran	Att utforska erfarenheter hos vårdpersonal i Mashhad- Iran som arbetar med invandrare.	Data samlades genom individuella intervjuer.	n=17 (0)	Dataanalysen består av fyra huvudkategorier; (1) kommunikationsbarriär, (2) oregelbunden uppföljning, (3) brist på förtroende, (4) kulturhistorisk personlighet. Egenskap.	K II
3. Ashimi, A., Aliyu, L., Shittu, M., & Amole, T. (2014) Nigeria	A multicentre study on knowledge and attitude of nurse in northern Nigeria concerning female genital mutilation	Att beskriva kunskap och attityd om kvinnlig könsstympning hos sjuksköterskor i norra Nigeria.	Semistrukturerad kvantitativ tvärsnittsstudie med 350 sjuksköterskor utfördes med hjälp av självadministrerad enkät. Data erhöles och analyserades med SPSS version.	n=350 (0)	318 (91 procent) av deltagarna hade hört talas om kvinnlig könsstympning. Av dessa kunde 127 (40 procent) specificera olika typer av könsstympning. Endast 127 (49 procent) kunde identifiera "Angurya" och "Gishiri" former av kvinnlig könsstympning. 13 (4 procent) skulle utföra det på sina döttrar.	CCT I

Författare År Land År	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
4. Cang-Wong, C., O Murphy, S. and Adelman, T. (2009) USA	Nursing Responses to Transcultural Encounters: What Nurses Draw on When Faced with a Patient from Another Culture	Att utforska sjuksköterskans erfarenheter av att möta patienter från andra kulturer och vilka hjälpmedel som behövs för det bästa bemötandet.	250 strukturerade frågeformulär delades ut i enkätform till sjuksköterskor på vårdenheter i Santa Clara Medical Center.	n=111 (-139)	Majoriteten svarade att de besatt erfarenhet av att möta patienter från andra kulturer.	P I
5. Caroppo, E., Almadori, A., Giannuzzi, V., Brogna, P., Diodati, A. and Bria P. (2014) Italy	Health care for immigrant women in Italy: are we really ready? A survey on knowledge about female genital mutilation	Att undersöka kunskap om könsstympning hos både socialarbetare och vårdpersonal som jobbar med asylsökande.	Strukturerade intervjuer. Fr.o.m oktober t.o.m december 2012 delades frågeformulär ut till 41 arbetare inom CARA (Shelter for Refugees and Asylum Seekers) i centrala och södra Italien.	n=41 (0)	Endast 7,3 procent av de tillfrågade uppgav kunskap om könsstympning medan 4,9 procent inte alls hade kunskap om ingreppet och 70,7 procent förklarade att de aldrig trott på eller hjälpt en kvinna som är könsstympad. Trots detta arbetar alla respondenter med asylsökande kvinnor i länder där könsstympning utförs.	P I
6. Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Finland	Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland.	Att utforska sjuksköterskors och barnmorskors kommunikation med somaliska kvinnor som bor i Finland.	Kvalitativa individuella intervjuer utfördes på fem familjeplaneringskliniker i olika städer i Finland.	n=25 (0)	Studien visade att det uppstod språksvårigheter i kommunikation med somaliska kvinnor.	K II

Författare År Land År	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
7. Hess, R., Weinland, J., & Saalinger, N. (2010) USA	Knowledge of female genital cutting and experience with women who are circumcised: a survey of nurse-midwives in the United States	Att bedöma kunskapsnivå om kvinnlig könsstympning hos legitimerade barnmorskor och sjuksköterskor som arbetar med kvinnor som är könsstympade.	Multicenterstudie med både kvalitativ och kvantitativ metod.	n=600 (-243) bortfall	Nästan 70 procent av deltagarna kunde identifiera könsstympning av typ tre, infibulation. Mindre än 20 procent visste att både muslimska och kristna kvinnor denna sedvänja. 57 procent visste att ingreppet är ovanligt i USA.	RCT
8. Ibrahim I., Oyeyemi A., och Ekine A. (2013) Nigeria	Knowledge, attitude and practice of female genital mutilation among doctors and nurses in Bayelsa state, Niger-Delta of Nigeria	Att utvärdera kunskap, attityd och erfarenhet om könsstympning hos läkare, sjuksköterskor och barnmorskor på sjukhus i Bayelsa.	197 strukturerade frågeformulär delades ut till alla tillgängliga läkare, barnmorskor och sjuksköterskor. Data analyserades med Epi-Info version 3.5.1.	n=197 (0)	Mer än 90 procent av de tillfrågade hade negativ syn på könsstympningen. Av de 70 kvinnliga respondenterna uppgav 27,1 procent att de var könsstympade. Endast 10 procent av sjuksköterska/barnmorska medgav sig ha utfört en könsstympning nyligen.	P I
9. Kaplan- Marcusan, A., Torán- Monserrat, P., Moreno- Navarro, J., Ca- stany Fábregas, MJ., and Muñoz-Ortiz L. (2009) Spain	Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from intercultural competence	Att analysera uppfattningar, kunskap, attityder och erfarenheter hos vårdpersonal om könsstympning.	Strukturerade intervjuer. Frågeformulär delades ut till 225 år 2001 och 184 år 2004 till sjukvårdspersonal.	n=409 (0)	Totalt har 225 (80 procent) av yrkesverksamma besvarat enkäten 2001 och 184 (62 procent) år 2004. Antalet upptäckta fall hade ökat trefaldigt till år 2004 från antalet rapporterade 2001. 18 procent uppgav att de inte hade något intresse av könsstympning. Mindre än 40 procent kunde korrekt identifiera typ av könsstympning medan mindre än 30 procent kände till länder där ingreppet genomfördes och 82 procent hade givit god omvårdning till patienter från dessa länder.	P I

Författare År Land År	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
10. Kaplan, A., Hechavarria, S., Bernal, M., Bonhoure, I. (2013) Spain	Knowledge, attitudes and practices of female genital mutilation/cutting among health care professionals in The Gambia: a multiethnic study	Att undersöka attityder och erfarenheter om kvinnlig könsstympning hos sjukvårdspersonal i Gambia.	Tvärsnittsstudie utformades genom kvantitativ metod efter ett etnisk tillvägagångssätt.	n=468 (0)	En stor del av hälso- och sjukvårdspersonalen i Gambia som arbetar på landsbygden beviljar 42,5 procent för könsstympningen, och 47,2 procent uppger vilja utföra på sina egna döttrar medan 7,6 procent redan utfört det i sin medicinska praxis.	P I
11. Onuh, S., Igberase, G., Umeora, J., Okogbenin, S., Otoide, V., Gharoro, E., & ... Gharoro, E. P. (2006) Nigeria	Female Genital Mutilation: Knowledge, Attitude and Practice among Nurses	Att kartlägga kunskaps- nivå, attityder och erfarenheter om könsstympning bland sjuksköterskor i Benin, Nigeria där ingreppet är olaglig.	Frågeformulär delades ut till 182 personer under år 2001.	n=182 (0)	Av 193 sjuksköterskor hade 182 (94,3 procent) deltagit i denna studie och svarat på frågeställningar.	P I
12. Widmarck, C., Tishelman, C., Ahlberg, B.M. (2002) Sweden	A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden	Att undersöka kunskap och attityder om könsstympning hos svenska barnmorskor och deras erfarenheter av att vårda dessa kvinnor.	Både individuella intervjuer och gruppsamtal utfördes.	n=26 (0)	Studien visade att det uppstod kommunikationssvårigheter mellan vårdpersonal och könsstympade kvinnor samt deras familjer och avsaknad av riktlinjer.	K I

Författare År Land År	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
13. Relph, S., Inamdar, R., Singh, H., & Yoong, W. (2013) UK	Female genital mutilation/cutting: knowledge, attitude and training of health professionals in inner city London.	Att bedö ma kunskap, erfarenheter och träning om kvinnlig könsstympning bland vårdpersonal där prevalensen av ingreppet är hög.	Frågeformulär delades ut till 85 personer varav 79 av dessa skickat sina svar.	n=79 (0)	92,9 procent av deltagarna hade svarat på frågeenkäten. Alla var medvetna om könsstympning och bara 27,1 procent kunde definiera graden. 72,4 procent var medvetna om könsstympningens konsekvenser.	P
14. Tamaddon, L., Johnsdotter, S., Liljestränd, J., & Essén, B. (2006) Sweden	Swedish health care providers' experience and knowledge of female genital cutting.	Att utvärdera kunskaper och erfarenheter bland hälso- och sjukvårdspersonal i Sverige gällande könsstympning.	Kvantitativ studie med 2707 enkäter som skickades ut vilka 769 besvarades.	n = 769 (-1938) bortfall	60 procent av deltagarna kunde identifiera typ III, 60 procent hade sett typ II skärning, och 41 procent hade typ I skärning, medan 18 procent kunde identifiera IV sticklingar.	P
15. Thierfelder ,C., Tanner, M. and Bodiang, CM. (2005) Switzerland	Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system.	Att analysera hur invandrarkvinnor upplever sjukvården i Schweiz.	Strukturerade kvalitativa gruppintervjuer.	n=29 (0)	Studiens resultat visade kommunikationssvårigheter mellan vårdpersonal och kvinnor som genomgått könsstympning.	K I