

**MÖTET MELLAN KÖNSSTYMPADE KVINNOR OCH
VÄSTERLÄNSK VÅRD**

En forskningsöversikt

GENITALLY MUTILATED WOMEN MEETS WESTERN CARE

A research review

Datum: 2011-10-05

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Kurs: 35

Examensarbete, 15 högskolepoäng

Författare: Marika Filipson och Josefine Thunborg

Handledare: Agnes Botond

Examinator: Carina Lundh Hagelin

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Det finns mellan 100-140 miljoner flickor och kvinnor världen över som är könsstympade, varje år genomgår cirka två miljoner flickor och kvinnor ingreppet. Framför allt är denna kulturella sed utbredd på den afrikanska kontinenten, vissa delar av Asien och den Saudiarabiska halvön. De bakomliggande orsakerna till ingreppet är många och seden är flera tusen år gammal. Ingreppet innebär att hela eller delar av de yttre könsdelarna skärs bort på flickor och kvinnor. De som könsstympats riskerar fysiska och psykiska komplikationer genom hela livet. Invandring till västerländska länder innebär att sjukvården möter kvinnor som könsstympats och kompetens inom området behövs för att kunna tillgodose en god och säker vård för dessa individer genom hela livet.

Syfte

Syftet var att beskriva könsstympade kvinnors möte med den västerländska vården.

Metod

För att kunna besvara denna studies syfte valdes forskningsöversikt som metod. Metoden ansågs lämplig då en strävan fanns att skapa en strukturerad översikt med ett tillförlitligt resultat. Författarna till föreliggande studie hade som avsikt att hålla ett objektivet förhållningssätt och de forskningsetiska överväganden som gjorts har präglat arbetet. Valda artiklar har presenterats på ett rättvisande sätt och sanningen har eftersträvat i alla led.

Resultat

Forskningen visar att vården av könsstympade kvinnor upplevdes skapa obehag för både kvinnor och vårdpersonal. Kulturella skillnader och språkproblem orsakade ofta känslor av skam, skuld och rädsla hos kvinnorna när de varit i kontakt med vården. De upplevde att vårdpersonalen såg ner på dem och att deras integritet kränktes på olika sätt. Deras syn på god vård och vad som var nödvändigt skiljde sig från den vård de fått. Vårdpersonalen upplevde känslor av ilska och sorg relaterat till ingreppets karaktär och de kulturella aspekter som medföljer. Personalen stressades över att de hade svårt att kommunicera med kvinnorna och att de inte hade ordentliga riktlinjer att följa. Det visade sig också att personalen inte hade tillräcklig kunskap om ingreppet för att kunna tillgodose en säker vård.

Slutsats

Svårigheterna i vårdandet kan överbyggas genom adekvat utbildning för vårdpersonalen. För att vården ska fungera behövs möjlighet till dialog och förståelse mellan grupperna om ingreppet och dess komplikationer samt riktlinjer för vårdpersonalen. Förbättrade möjligheter till kommunikation behövs för att kunna tillgodose en kulturkongruent omvårdnad.

Nyckelord: Kvinnlig könsstymning, vårdare, vårdmöte, kultur

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Definition	1
Historik och ursprung	2
Förekomst och utbredning	2
Komplikationer och konsekvenser av könsstypning	3
Vårdande	6
Könsstypade kvinnor i västerländska länder	7
Problemformulering	8
SYFTE	8
Frågeställningar	8
METOD	9
Val av metod	9
Urvalskriterier	9
Datainsamling	9
Urvalsprocess	10
Databearbetning	11
Kvalitetsbedömning	11
Validitet och reliabilitet	11
Forskningsetiska överväganden	12
RESULTAT	13
Kvinnornas upplevelse av mötet med den västerländska vården	13
Resurser hos den västerländska vården för att ge dessa kvinnor god och säker vård	17
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	22
Slutsats	27
REFERENSER	29
Bilagor I-II	

INLEDNING

På grund av att Sverige och andra västerländska länder blir alltmer mångkulturella, krävs det att vården har kunskap om och beredskap för att ta hand om och vårda människor från olika kulturer. Seder, traditioner och religioner gör att vården kan behöva anpassas och utvecklas för att alla människor som söker sig till vården ska behandlas på ett för dem optimalt och säkert sätt (Leininger, 1996).

Författarna till föreliggande studie har genom ett intresse för kvinnosjukvård och en litteraturgenomgång i ämnet funnit att könsstympade kvinnor som migrerat till västerländska länder kan uppleva svårigheter i sitt möte med vården. Kvinnor som könsstympats kan lida av komplikationer kopplade till detta och då behövs kunskap hos vården kring stympningen och dess konsekvenser (Krása, 2010).

BAKGRUND

Definition

Kvinnlig könsstympning innebär att hela eller delar av de yttre könsorganen på flickor skärs bort med ett vasst föremål (Socialstyrelsen [SoS], 2005).

Indelning enligt WHO

World Health Organization [WHO] (2010) definierar könsstympning utifrån fyra olika typer, se tabell 1.

Tabell 1.

Översikt av de olika klassifikationerna av kvinnlig könsstympning enligt WHO (2010)

Typ 1	Sunna (ordet betyder även "tradition") Clitoridectomy	Huden runt klitoris skärs bort. Ibland också hela eller delar av klitoris.
Typ 2	Excision	Delar av eller hela de inre blygdläpparna skärs bort samt avlägsnande av hela klitoris.
Typ 3	Infibulation, faraonisk omskärelse	Borttagning av alla yttre könsdelar, det vill säga klitoris, samt inre och yttre blygdläppar. Slidöppningen täcks genom att de yttre blygdläpparna sys ihop och längst ner mot anus lämnas en liten öppning för urin och menstruationsblod.
Typ 4	All annan typ av skadliga ingrepp	Ingrepp mot könsdelarna av icke-medicinska skäl genom till exempel prickning eller skärande med vassa föremål, brännande av klitoris och annan vävnad, frätande ämnen i slidan eller skärande runt slidmynningen.

Även blandformer av de fyra typerna förekommer. Typ två, där klitoris och de inre blygdläpparna avlägsnas, är vanligast och står för cirka 80 procent av fallen. Ungefär 15 procent av stympningarna är infibulation, det vill säga typ tre (SoS, 2005).

Benämning av ingreppet

Female circumcision är det begrepp som tidigare använts internationellt vid benämning av ingreppet (SoS, 2005). Numera är begreppet Female Genital Mutilation (FGM) internationellt etablerat (WHO, 2010). Även i Sverige har begreppet ändrats, från omskärelse till könsstympling, i samband med att svensk lagtext kring ingreppet skärptes år 1998 (SoS, 2005). Enligt Berggren och Franck (2008) är benämningen kvinnlig könsstympling för många tabubelagd och kan kännas starkt värdeladdad för de berörda. Benämningar som kvinnlig omskärelse, ”traditionen”, circumcision och ”Tahour” (”att göra ren”) används som alternativ beroende på situation och person.

Författarna till föreliggande studie har valt att använda ordet könsstympling för att beskriva ingreppet. Detta ord valdes för att konsekvent visa på hur allvarlig innebörd detta ingrepp har.

Historik och ursprung

Enligt WHO (2010) är stymplingen sprungen ur en blandning av sociala, kulturella och religiösa arv inom familjer och samhällen. Det finns många förklaringar till varför flickor könsstympas (Berggren & Franck, 2008). Riten finns inte påbjuden i skrift inom någon religion och kan inte knytas till någon specifik tro. Att könsstympla flickor är en många tusen år gammal sed och ursprunget kan ses i det samhällssystem där mannen har makt och kvinnan ska kontrolleras (SoS, 2005).

I vissa områden där kvinnlig könsstympling är norm utförs ingreppet i samband med en initieringsrit till vuxenvärlden, och ingreppet utförs på många flickor samtidigt. En del flickor genomgår ingreppet när de visar tecken på könsmognad och andra endast ett par månader innan de ingår äktenskap (Berggren & Franck, 2008). De som utför stymplingarna är vanligen äldre kvinnor och självlärda barnmorskor med starka band till traditionen och de ser det som sin uppgift att sederna efterlevs (SoS, 2005).

I flera länder anses en könsstympad flicka vara ”ren”, och en stängd vulva vara ett tecken på god uppfostran och att flickan kommer från en respektabel familj (Berggren & Franck, 2008). Mödrar står under press att följa de sociala normerna och att könsstympla sin dotter ses som ett sätt att säkra hennes framtid; en icke könsstympad flicka är inte attraktiv för äktenskap (WHO, 2010). Att ta en hustru är för mannen en investering och den måste kontrolleras (SoS, 2005). Vid stymplingen sägs flickan förberedas för att bli kvinna och det finns en tro att fertilitet och männens sexuella njutning stärks (Nawal, 2008). Klitoris har en stor del i traditionens grund och tron finns att kvinnlig masturbation och orgasm är skadlig. Klitoris anses även vara en manlig rest och måste tas bort för att flickan ska kunna bli kvinna (SoS, 2005). Annars förblir hon ett barn i ett samhälle där äktenskap och moderskap är den enda kvinnoroll som anses ge mening (Berggren & Franck, 2008).

Förekomst och utbredning

Det finns mellan 100-140 miljoner flickor och kvinnor världen över som är könsstympade. Utöver detta genomgår ytterligare två miljoner flickor ingreppet varje år. Traditionellt sett är denna kulturella sed framförallt utbredd på den afrikanska kontinenten, och till viss del på den saudiarabiska halvön. Seden har även förekommit i enstaka samhällen i

mellanöstern och i Malaysia och Indonesien. Med invandring från afrikanska länder har dock fenomenet spridit sig, och finns nu att finna i större delen av världen. Många som flyttar ifrån sitt hemland tar avstånd från fenomenet och väljer att inte föra traditionen vidare (Berggren & Franck, 2008).

Komplikationer och konsekvenser av könsstympning

Enligt WHO (2010), är kvinnlig könsstympning ett brott mot de mänskliga rättigheterna och strider mot barnkonventionen. Det finns inga medicinska indikationer för dessa ingrepp, inte heller några fysiska fördelar att vinna. Däremot är nackdelarna och riskerna många (Utz-Billing & Kentenich, 2008). Ingreppet innebär hälsorisker för flickan som stympas, konsekvenserna är bland annat beroende av vilken typ som utförts samt på stympningens grad (SoS, 2005). Ingreppet utförs under primitiva, ofta smutsiga, förhållanden utan bedövning (Berggren & Franck, 2008). Initialt kan detta orsaka smärta, sepsis, blödning och chock. Senare kan kvinnorna även drabbas av urinvägsinfektioner, samlagsproblematik samt komplikationer kring barnafödande (Utz-Billing & Kentenich, 2008).

Enligt Abdulcadir, Margairaz, Boulvain och Irion (2011) är svårighetsgraden på komplikationerna beroende av en mängd olika faktorer:

1. I vilken miljö detta utförs och den socioekonomiska standarden i området. Om det görs på landsbygden eller i en stad.
2. Barnet eller kvinnans hälsa innan ingreppet. Om hon är undernärd eller sjuk sedan tidigare.
3. Hur utförandet går till; hur erfaren den som utför ingreppet är och om den har någon medicinsk utbildning. Under vilka hygieniska omständigheter detta utförs, om det finns tillgång till vatten och/eller antibiotika samt annan medicin. Om man använder sig av sterila instrument och kirurgisk tråd för att sy ihop eller om man endast har smutsiga instrument och syr ihop med törnetaggar samt hur många gånger man gör ingreppet. Om öppningen anses vara för vid och könsstympningen därför otillräcklig, kan ingreppet göras om, och därmed ökar infektions- och komplikationsrisken.
4. Vilken typ av könsstympning som utförs. Vid den mest omfattande typen, infibulation, eller så kallad faraonisk omskärelse, täcker ärret både urinöppning samt vaginalöppning, och endast några millimeter lämnas för tömning av urin och menstruationsblod.

Den typen av könsstympning där alla yttre könsdelar avlägsnas och de yttre blygdläpparna sys ihop är den form som orsakar mest allvarliga konsekvenser, både omedelbara och långsiktiga (Nawal, 2008).

Fysiska komplikationer

De omedelbara komplikationerna kan vara; extrem smärta, urinretention, urinvägsinfektion, blödning, chock, sepsis, anemi, tetanus, HIV eller hepatit på grund av att man använt sig av smutsiga instrument. I flera fall leder ingreppet till död (Abdulcadir et al., 2011). Det händer att dessa barn och kvinnor bryter ben, såsom clavicula, humerus och femur när de försöker försvara sig under ingreppet (Utz-Billing & Kentenich, 2008).

De mer långsiktiga komplikationer detta ingrepp kan medföra, är de komplikationer som oftast ses i den västerländska vården. Detta kan vara allvarlig dysmenorré (mensvärk), som en konsekvens av att blodet inte har någonstans att komma ut. Ibland, vanligtvis om kvinnan även är oskuld, kan blodet stagnera i livmoder och slida och medföra smärtor och andra svårigheter vid menstruation. Ständiga eller återkommande infektioner i livmoder, urinvägar och bäcken är andra långsiktiga komplikationer till ingreppet som kan vara svåra att bli av med. Att det tar lång tid att kissa och svårigheter med att tömma blåsan är inte ovanligt, med följden att det lättare bildas njursten (Abdulcadir et al., 2011). Som en följd av stymningen söker sig många kvinnor till vården då de ofta drabbas av urinvägsinfektioner. En oro för att njurarna har tagit skada av ingreppet är också vanlig, och ska tas hänsyn till då kvinnorna söker för ryggbesvär (Persson et al., 2007). Olika typer av cystor är vanligt förekommande. Dessa kan växa sig stora och bli ytterligare ett hinder för utflöde av urin och menstruation, de kan även vara smärtsamma och utgöra ett hinder i det dagliga livet (Abdulcadir et al., 2011). Dessa cystor kan vara flerrummiga och innehålla segt slem, blir ofta infekterade och smärtsamma (Persson et al., 2007). Inkontinens kan uppstå som en komplikation till ingreppet om urinröret eller perineum blev skadat under könsstymningen (Utz-Billing & Kentenich, 2008). Det kan vara svårt för vårdpersonal att vid behov sätta kateter på dessa kvinnor, på grund av att urinrörsmynningen är täckt. Fistlar, falska passager mellan anus och slida eller mellan slida och urinvägar kan utvecklas, och obehandlade leda till livslånga besvär. Dessa kan vara en följd av själva ingreppet, en långdragen förlossning eller senare rekonstruktionskirurgi (Persson et al., 2007).

Psykiska konsekvenser

Hur kvinnan påverkas av könsstymningen är högst individuellt. Faktorer som kultur och sociala nätverk påverkar, samt hur kvinnan själv ser på ingreppet. I många fall är det i hemlandet förknippat med stolthet att ha genomgått en könsstymning och därmed att ha fört traditionen vidare, då detta tros medföra renhet, trohet och skönhet. Om kvinnan har denna syn på ingreppet är det inte ovanligt att komplikationer kopplade till detta trängs bort och negligeras som något alla kvinnor går igenom och därför "hör till" när man är kvinna. Om kvinnan sedan flyttar till ett land där kvinnlig könsstymning inte är tradition, kan detta medföra många psykiska påfrestningar. En kulturkrock kan uppstå när kvinnan inser att könsstymning inte utförs i det nya landet och att ingreppet dessutom är olagligt. Hon inser att människorna runt omkring anser att hon har blivit stympad och känner som att ha blivit sviken, att känna sig maktlös och skam kan komma att drabba henne. Vidare kan hon känna tvivel mot sin ursprungliga kultur och bli hämmad i den nya. Skammen och oron för att ha blivit utsatt för något som anses förkastligt i det nya landet gör att många kvinnor väntar längre än de borde med att söka hjälp för problem som är kopplade till könsstymningen (Abdulcadir et al., 2011). Utz-Billing och Kentenich (2008) nämner även att känslor av underlägsenhet och ofullkomlighet kan drabba kvinnan. Hon kan lida av konstanta mardrömmar, rädsla, ständig irritation samt har en förhöjd risk att drabbas av depression, psykos och psykosomatiska sjukdomar. Även minnessvårigheter och posttraumatiskt stressyndrom har påvisats förekomma i många fall hos könsstympade kvinnor (Behrendt & Moritz, 2005).

Sexualitet

Könsstymning behöver inte påverka den fysiska lusten till sexuell njutning men ingen som helst positiv inverkan på kvinnors sexliv finns att vinna av ingreppet, tvärtom så

försvårar det eller förhindrar tillfredsställelse (SoS, 2005). Könstymning behöver inte utesluta att kvinnan både kan njuta av sex och nå klimax, däremot kan vägen dit vara svårare (Essén & Johnsdotter, 2004). I vissa kulturer är öppnandet av kvinnans könsorgan en rituell sed efter att äktenskap knutits (SoS, 2005). Många kvinnor kan uppleva det som smärtsamt att bli av med sin oskuld efter att tidigare i livet ha blivit könstympad. Svårigheter med att tränga in kan innebära smärta och svårigheter för båda parter (Abdulcadir et al., 2011). Ytlig och djup samlagssmärta kan vara ett stort problem för kvinnor som genomgått ingreppet. Många av de kvinnor som blivit könstymgade har olika fysiska problem under större delen av sitt liv. Ärret som uppstår kan orsaka smärta och obehag (Utz-Billing & Kentenich, 2008). Runt om i världen har man på kirurgisk väg försökt att återskapa klitorisresterna och blygdläpparna för att underlätta för kvinnorna att uppleva sexuell njutning (Persson et al., 2007).

Barnafödande

Svårigheter att bli gravid kan kopplas ihop med den mycket trängre kanalen upp till äggledaren som dessa kvinnor får, samt upprepade infektioner i fortplantningsorganen. När kvinnor som har blivit könstymgade föder barn kan det uppstå problem om ärret inte ger efter tillräckligt. Möjligheterna för vårdpersonal att undersöka kvinnan blir mindre, och barnet kan bli stående i födslokanalen, med syrebrist och skallskador som följd (Utz-Billing & Kentenich, 2008). Essén och Johnsdotter (2004) belyser de missförstånd som kan uppkomma i kontakt med kvinnor från afrikanska länder där könstymning är norm. I samband med graviditet och barnafödande är det kopplat till en högre risk att vara född utomlands i jämförelse med att vara född i Sverige. Därmed inte sagt att problem under graviditet och i samband med förlossning har ett samband med just könstymning. Innan eller under förlossning måste ibland även en defibulation ske för att barnet ska kunna födas vaginalt (Persson et al., 2007).

Defibulation och reinfubilation

En vanlig anledning till att kvinnor som blivit könstymgade uppsöker västerländsk vård är för att bli defibulerade. Detta syftar till att öppna upp den hopsyddas slidan och blotta urinmynning samt i vissa fall klitoris eller delar av klitoris. Detta underlättar för kvinnan bland annat genom att göra det lättare att urinera, minska risken för urinvägsinfektioner, att kunna genomgå screening för livmoderhalscancer samt gör det lättare att ha samlag och föda barn. Detta ingrepp är i sig inte svårt, men kan kompliceras av kvinnans rädsla och tvekan samt att hon riskerar att bli utesluten ur sin kulturella gemenskap. Det är därför viktigt att noga informera om ingreppets innebörd, om att reinfibulering inte är tillåtet längre fram, försäkra sig om att kvinnan vet hur den kvinnliga anatomin ser ut samt att inkludera kvinnans anhöriga i diskussionen om hon så önskar (Abdulcadir et al., 2011). Detta sker ofta i samband med förlossning (Persson et al., 2007).

Efter en defibulering kopplat till förlossning önskar en del kvinnor att få bli hopsyddas igen. Detta kallas för reinfibulering, och inkluderas i många länder i lagen mot könstymning. Detta innebär att det är olagligt för vårdpersonal att sy ihop kvinnan igen så som hon såg ut innan förlossning. I andra länder är detta inte uttalat förbjudet, men diskuteras flitigt och anses av många vara ett oetiskt ingrepp (Cook & Dickens, 2010).

Vårdande

Mötet mellan patient och vårdgivare

Dahlberg och Segesten (2010) skriver att vårdvetenskap är en disciplin med patienten i fokus och att detta perspektiv bör ha fokus på förståelse för patienten. Patient, hälsa, miljö och vårdande är de fyra konsensusbegrepp som ger grunden för vårdvetenskap.

Att komma till vården som patient innebär en sårbarhet. Patienten vänder sig till professionella vårdare för att han eller hon saknar kunskap och tror att vården har den (Dahlberg & Segesten, 2010). I varje vårdmöte finns en uppsättning av förväntningar hos både vårdare och hjälpsökare, förväntningarna är dels relaterade till normerna som finns i samhället (Holm, 2001). Om vårdare och patient möter varandra förutsättningslöst skapas ett öppet och följsamt vårdande. Alla människor har dock någon form av förförståelse som innebär att det inte är möjligt att vara helt förutsättningslös eftersom förförståelsen påverkar hur världen tolkas, på gott och ont. Förförståelsen kan leda vårdare och patient rätt och fel i mötet (Dahlberg & Segesten, 2010). Holm (2001) beskriver att ett genuint intresse från vårdaren förmedlar en vilja att förstå som i sin tur betyder att vårdaren bryr sig om patienten och intresserar sig för dennes välmående. Det finns ett etiskt krav på mötet mellan vårdare och patient. Det innefattar delaktighet, vårdaren måste möta patienten så att denne får utrymme att dela med sig av sin livsvärld (Dahlberg & Segesten, 2010).

Holm (2001) skriver att självkänedom är en av de egenskaper en vårdare behöver för att ha en professionell hållning. Självkänedom i detta sammanhang innebär att vårdaren är medveten om sina egna känslor och behov för att de ska kunna hanteras och inte styra mötet med patienten.

Mångkulturell omvårdnad

Leininger (1996) tar upp det faktum att sjuksköterskor och sjukvårdspersonal i princip tvingas att utveckla en mångkulturell syn i sitt arbete relaterat till att både patienter och vårdare idag rör sig runt jorden. En modell för kulturkongruent omvårdnad har utvecklats av Leininger då hon i mitten av 1900-talet såg ett behov av att inkludera de kulturrelaterade aspekterna i omvårdnaden. "The culture care theory" har som syfte att upptäcka och förklara individuella och universella omvårdnadsfaktorer utifrån kultur som påverkar hälsa, välbefinnande, sjukdom eller död, hos grupper och hos enskilda individer (Leininger, 2002). Om vårdaren förutser eller uppmärksammar de kulturellt betingade faktorerna som har inflytande på patientens hälsa, välbefinnande, sjukdom och död ska kulturkongruent omvårdnad kunna tillämpas (Leininger, 2002). För att lyckas med detta krävs en holistisk syn på människan. Kulturella faktorer såsom religiösa, filosofiska och sociala värderingar kan på ett eller annat sätt påverka patienten och bör styra omvårdnaden (Leininger, 1997).

Kulturella olikheter patient och vårdare emellan kan orsaka missförstånd vilket kan förebyggas om djupare kunskap finns hos vårdpersonalen. Helhetssyn i vården kan endast garanteras om fördjupad kunskap kring kulturella uttryck, levnadssätt och värderingar finns (Leininger, 1997). Detta samt "the culture care theory" kan relateras till Hanssen (2007) som skriver att om patienten möts av någon som visar kännedom om patientens

religion och kultur samt vad behandling kan få för konsekvenser i sammanhanget förmedlas en känsla av respekt och omsorg.

Kultur är föränderligt och kan påverkas av omgivningen. Immigranter i ett nytt samhälle kommer alltid att påverkas på ett eller annat sätt av det nya samhällets sätt att leva. Personlighet, tidigare upplevelser och erfarenheter är aspekter som påverkar på vilket sätt och i vilken mängd en person absorberar den nya kulturen. När patienten möter sjukvården har hon med sig sin historia präglad av värderingar och hållningar som hör till kultur, religion eller livsåskådning samt sitt sätt att förhålla sig till den nya kulturen och förmågan att anpassa sig till denna. Allt detta påverkar vilka förväntningar patienten har på vård och behandling samt tankar om sitt eget hälsotillstånd (Hanssen, 2007).

Hanssen (2007) poängterar att religion och kultur inte får göra att varje persons unika och grundläggande behov samt sin egen syn på livet, tankar och värderingar glöms bort. Patienten bör inte bemötas som en representant för sitt folkslag, sin religion eller kultur.

Könsstympade kvinnor i västerländska länder

Hälso- och sjukvårdspersonal möter inom flera olika verksamheter könsstympade kvinnor. I dessa möten krävs medicinsk kunskap likväl som förståelse och respekt (SoS, 2005).

Den västerländska vården ställs inför flera svårigheter när det gäller kvinnor som utsatts för könsstympning. Det rör inte enbart den fysiska aspekten av kvinnornas lidande och komplikationer, utan även svårigheter kopplat till lagar, etik och psykologi. Etiska frågor och dilemman uppkommer kopplat till bristen på riktlinjer av hur dessa kvinnor ska behandlas. Det kan gälla reinfibulation efter förlossning, diskussion kring den så kallade medikaliseringen av könsstympning (en lättare form av stympning utförs på sjukhus under sterila former för att undvika de mer drastiska formerna i hemlandet), eller hur man på bästa sätt bemöter dessa kvinnor i vården (Leye, Powell, Nienhuis, Claeys & Temmerman, 2006)

Sverige

I Sverige beräknas 28 000 kvinnor vara könsstympade, varav 5 000 under sju år (Berggren & Franck, 2008). Enligt svensk lagstiftning är könsstympning förbjudet sedan 1982. Lag (1982:316) som förbjuder könsstympning av kvinnor, skärptes år 1998 och 1999, och innebär att alla ingrepp i de kvinnliga yttre könsorganen i syfte att åstadkomma förändringar såsom stympning eller andra bestående förändringar inte får utföras, även om medgivande har lämnats. Den som bryter mot denna lag riskerar fängelse i upp till fyra år. Brottet anses grovt om det medfört livsfara, allvarlig sjukdom eller på annat sätt inneburit ett synnerligen hänsynslöst beteende, och domen är då fängelse i lägst två och högst tio år. Även förberedelse eller underlåtenhet att avslöja brott, är olagligt och straffbart. Lagen är utformad så att en person kan dömas för brottet i Sverige även om det är utfört utomlands, något som gör att framförallt föräldrar och andra släktingar som vet om, eller planerar för, att flickan ska åka utomlands för att få ingreppet utfört, kan dömas (SoS, 2005). Lagen innefattar även ett förbud mot reinfibulering.

I Sverige säger vissa rekommendationer att vårdpersonal skall bereda möjlighet för studenter och nya medarbetare att delta vid undersökning av könsstympade kvinnor, för att på så sätt lära sig mer kring ingreppet (Persson et al., 2007).

Ett urval av lagstiftning i andra västerländska länder

I Schweiz bor det ca 6000-7000 kvinnor som är eller riskerar att bli könsstympade. I landet finns ingen specifik lag som förbjuder könsstympning av kvinnor, men typ 2 och 3 anses som grov kroppsskada, medan typ 1 bedöms från fall till fall beroende av hur allvarliga komplikationer kvinnan får psykiskt och fysiskt, hur gammal hon är och under vilka omständigheter detta utförts, om det anses vara grov kroppsskada, eller bara kroppsskada. Läkare som vet om att ingreppet utförts är skyldig att göra en anmälan (Krása, 2010).

I Australien lever ca 8000 kvinnor som är eller riskerar att bli könsstympade. Här infördes en lag år 2002 som förbjuder alla typer av könsstympning, och som relaterat till hur allvarlig kroppsskadan är kan ge fängelse för den som utför ingreppet i upp till 10 år. Lagen gäller oavsett kvinnans ålder, och kan bestraffas även om brottet begås utomlands, så länge det planerades inom landets gränser (Krása, 2010).

Storbritannien var en av de första länderna att förbjuda kvinnlig könsstympning i lag år 1985. År 2003 skärptes lagen och innefattar nu alla typer av könsstympning, och tiden för längsta fängelsestraff förlängdes från fem år till 14 år. Brottet är straffbart för alla som planerar att begå brottet, hjälper till att planera, eller assisterar någon som utför ingreppet, även utanför landets gränser. Landet har också utformat rekommendationer för hur sjukvårdspersonal ska hantera könsstympning (Krása, 2010).

År 1997 var 168 000 kvinnor i USA könsstympade eller riskerade att bli könsstympade. I landet finns en lag sedan 1997 som förbjuder könsstympning på alla flickor under 18 år, och om detta utförs är straffet upp till fem års fängelse. Det finns ingen specifik lag som förbjuder könsstympning på kvinnor över 18 år, men i flera delstater har man förbjudit även detta (Dave, Sethi & Morrone, 2011).

I Spanien finns det ingen lag som förbjuder könsstympning, men det räknas som kroppsskada, och kan enligt lagen ge ett fängelsestraff på upp till 12 år (Bosch, 2001).

Problemformulering

För att könsstympade kvinnor i västerländska länder ska kunna tillgodoseas med adekvat vård fordras att sjukvården känner till ingreppets ursprung och konsekvenser. Dessutom behövs en förståelse för kvinnans attityd och känslor i ämnet, samt kunskap kring medicinska omständigheter och behandlingsalternativ. Behandling av kvinnan ska grunda sig på lagar och riktlinjer i ämnet, och kräver då att vårdaren har kunskap kring dessa (Krása, 2010). En genomgång av litteraturen i ämnet visar att denna kunskap och förståelse stundom saknas, eller inte kan förmedlas till kvinnan.

SYFTE

Att beskriva mötet mellan könsstympade kvinnor och västerländsk vård.

Frågeställningar

1. Hur upplever kvinnorna mötet med den västerländska vården?
2. Vilka resurser finns hos den västerländska vården för att ge dessa kvinnor god och säker vård?

METOD

Val av metod

Metoden som valdes var forskningsöversikt. Denna metod ansågs som mest lämpad för att beskriva det presenterade syftet. Metoder såsom intervju- eller enkätstudier valdes bort relaterat till ämnets känsliga karaktär och svårigheter att finna deltagare. Aktuell och relevant forskning användes för att få en överblick i ämnet och beskriva kunskapsläget (Forsberg & Wengström, 2008). För att inleda litteratursökningen och få en insyn i forskningsläget gjordes utifrån Backman (2008) ett antal ostrukturerade sökningar på olika databaser. Dessa sökningar resulterade i en bättre kunskapsöversikt över området och ett problemområde ringades in.

Urvalskriterier

För att artiklar skulle inkluderas skulle de i enlighet med Berg, Dencker, och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) ha en väl planerad och beskriven metod och antal deltagare skulle vara tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Författarna till föreliggande studie enades om att endast inkludera artiklar som klassificerades som kategori I och II. Se bilaga I. De skulle även ha ett etiskt godkännande eller ett noggrant beskrivet etiskt övervägande (Forsberg & Wengström, 2008). Samt att de skulle vara primärdokument som enligt Backman (2008) bland annat innebär vetenskapliga tidskriftsartiklar, rapporter och avhandlingar. Artiklarna skulle studera fenomenet i förhållande till västerländsk vård och ingenting annat. Begränsningar för sökningarna sattes till studier från år 2000 och framåt för att forskningen som användes i föreliggande studie skulle vara aktuell samt att artiklarna skulle vara skrivna på svenska eller engelska då detta är de språk författarna behärskar.

Datainsamling

Problemområdet resulterade i ett syfte med tillhörande frågeställningar och strukturerade sökningar inleddes i databasen PubMed då denna innehåller mestadels vetenskapliga artiklar och dess huvudsakliga innehåll är av medicinsk och omvårdnadsnärlig karaktär (Forsberg & Wengström, 2008). Sökord som ansågs kunna generera användbara artiklar jämfördes med Medical Subject Headings, så kallade MeSH termer, i PubMed då dessa termer garanterar ett korrekt fackspråk och därför bättre hittar relevanta artiklar. Till dessa lades även subheadings vilka är underordnade söktermer och vid korrekt användande bildar sökträd med ämnesorden (Forsberg & Wengström, 2008). Sökord/termer som användes PubMed, i olika kombinationer var: female genital mutilation, female circumcision, nursing, health care, complications och culture. Cinahl är specialiserat inom området omvårdnad varför sökningar gjordes även där. Headings används för att finna korrekta söktermer och de termer som togs fram och söktes på var circumcision, female med tillvalda subheadings, nursing och psychosocial factors. Sökningarna i Cinahl begränsades till artiklar som var "peer reviewed". Genomförda sökningar och sökord presenteras i tabell 2.

Tabell 2.

Redovisning av databassökning i PubMed, Cinahl och PsycInfo.

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal Träffar	Antal lästa abstracts	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
PubMed	Female circumcison AND care	Senaste 10 åren Engelska Svenska	142	33	16	3
PubMed	Female genital mutilation AND culture AND care	Senaste 10 åren Engelska Svenska	102	27	13	2
PubMed	Female circumcison AND nursing	Senaste 10 åren Engelska Svenska	57	15	6	2
PubMed	Female genital mutilation AND nursing	Senaste 10 åren Engelska Svenska	63	17	9	1
PubMed	Female genital mutilation AND complications AND health care	Senaste 10 åren Engelska Svenska	58	13	4	3
Cinahl	Heading: Circumcision, Female Subheadings: Nursing, Psychosocial factors	2000-2010 Engelska Svenska Peer-reviewed	45	12	5	3
Totalt:			467	117	53	14

Urvalsprocess

När en sökning givit tillfredsställande antal träffar lästes titlarna igenom och valet av vilka abstrakt som skulle läsas baserades på titelns relevans för frågeställningarna. Summan av lästa abstrakt var 117 stycken. De 53 artiklar som ansågs kunna besvara föreliggande studies syfte och frågeställningar valdes ut för genomläsning i fulltext.

Under sökning och genomläsning av artiklar samt annan litteratur i ämnet identifierades ytterligare tre artiklar i referensangivelser som ansågs relevanta för föreliggande studie, och dessa valdes då manuellt ut för granskning och bearbetning. Denna typ av manuella sökning kan göras för att utöka sökningens omfattning och kan vara ett komplement till den mer strukturerade databassökningen (Backman, 2008). Sökningar utfördes under en period från och med 14 mars 2011 till och med 4 april 2011.

De 18 artiklar som bedömts som relevanta och verkade kunna besvara studiens syfte valdes i denna del av processen ut för vidare bearbetning. Till att börja med granskade och analyserade författarna hälften var av artiklarna vilka i detta läge även kodades och

klassificerades utifrån Berg et al. (1999) och Willman et al. (2006). Se bilaga I. Efter denna genomgång fanns 17 artiklar vars innehåll ansågs ha relevans, samtliga artiklar var skrivna på engelska. Den exkluderade artikeln levde inte upp till kriterierna författarna enats om då den saknade etiskt godkännande alternativt övervägande, det fanns inte heller någon väl beskriven metod.

Databearbetning

Artiklar fanns i tre kategorier, vården ur kvinnornas synvinkel, vårdpersonalen och deras kunskap och de som redovisade båda grupperna. Åtta artiklar redovisade kvinnors upplevelser av vård och sex artiklar vårdpersonalens upplevelser och kunskap inom ämnet samt tre artiklar berörde båda grupperna. Utefter detta strukturerades artiklarna och de kodades av författarna med bokstav och nummer för att förenkla den muntliga diskussionen. Enligt Backman (2008) kan kodningsscheman användas för att underlätta urvalet då en stor mängd dokument ofta finns och ett problem vid forskningsöversikter är att välja ut samt exkludera information. I detta skede läste författarna igenom artiklarna oberoende av varandra. För att hålla ett objektiva förhållningssätt fanns avsikten att egna åsikter och värderingar inte skulle avspeglas i studien varför genomgången av artiklar gjordes individuellt av författarna.

Författarna hade efter denna analysfas en bra bild av artiklarnas innehåll och kunde komma fram till gemensamma punkter för att sammanställa artiklarnas resultat och forma det egna resultatet. Teman kunde urskiljas av författarna i artiklarna och dessa fick färgkodningar. Båda författarna granskade sedan alla artiklar igen och markerade med de färger som överenskommit. Markerade meningar, stycken och uttryck plockades ut och organiserades i de rubriker och underrubriker som presenterades i resultatet. Detta kan i enighet med Backman (2008) ses som ett kreativt sätt som tolkning av artiklarna ger utrymme för. Varje artikel lästes flera gånger för att misstolkningar inte skulle ske.

För att kunna presentera en tydlig bild av artiklarna sammanställdes dessa i en artikelmatris enligt Berg et al. (1999) och Willman et al. (2006). Se bilaga II.

Kvalitetsbedömning

Valda artiklar klassificerades och värderades utifrån Bergs et al. (1999), samt Willmans et al. (2006) bedömningsmall av studier med kvalitativ och kvantitativ metod. Se bilaga I.

Validitet och reliabilitet

Författarna till föreliggande studie hade som mål att presentera en välgrundad studie av god kvalitet, för detta krävs att sanningen reflekteras och högsta möjliga kvalitetskriterier tillämpas (Polit & Beck, 2008).

Validitet innebär att författaren undersöker det som är ämnat att undersökas, det är avgörande för studiens kvalitet att slutsatsen är korrekt och välgrundad (Polit & Beck, 2008). I enighet med detta hade författarna till föreliggande studie det utformade syftet som grund genom hela arbetets gång. Studiens syfte och frågeställningar styrde informationssökningen och presentationen av det slutliga resultatet. För att stärka validiteten i studien har ett objektiva förhållningssätt tillämpats, vilket innebär att saklighet

och opartiskhet genomsyrade forskningsprocessen. Författarna till föreliggande studie strävade efter att noggrant beskriva arbetet med datainsamling, urvalsprocess och analys.

För att studien ska vara tillförlitlig krävs reliabilitet som innebär att studien genomförs på ett tillförlitligt sätt (Polit & Beck, 2008). Författarna till föreliggande studie anser detta viktigt och har utfört datainsamlingen och bearbetningen av materialet systematiskt och tydligt. Korrekta källhänvisningar framställdes och alla inkluderade artiklar kvalitetsgranskades utifrån Berg et al. (1999) och Willman et al. (2006) granskningsmallar. Vid svårigheter med översättningen av artiklar användes ett väl erkänt lexikon (Norstedts, 2010).

Forskningsetiska överväganden

Forskning har stort inflytande på vårt samhälle, och därför är etikaspekten av vikt vid all forskning. Forskningsetisk reflektion måste vara en del av forskningens vardag (Vetenskapsrådet, 2011). Innan arbetet med litteraturstudien påbörjades gjordes etiska överväganden. Dessa överväganden och reflektioner omfattade såväl urval som framställning av resultat. Det kontrollerades att studier som ingick i denna forskningsöversikt var etiskt granskade eller hade presenterade etiska överväganden som ansågs pålitliga (Forsberg & Wengström, 2008). Författarna till studien hade för avsikt att i enighet med Gustavsson, Hermerén och Petersson (2005) inte exkludera artiklar med ett resultat som skiljde sig från författarnas egna åsikter eller känslor i ämnet, utan att enligt god forskarsed stå kritiska till egna och andras förväntningar gällande resultatet i studien. Enligt Helgesson (2006) ska vetenskapligt bra forskning vara objektiv vilket innebär att författarna förhåll sig opartiska och hade för avsikt att presentera valda artiklar på ett rättvisande sätt.

RESULTAT

Då resultatet som funnits till föreliggande studie tydligt kan delas in i kvinnornas upplevelse av mötet med vården, respektive vårdens upplevelse och kunskap i mötet, har författarna valt att presentera de olika parterna var för sig.

Författarna har även valt att benämna samtliga yrkeskategorier inom sjukvården för vårdare när det beskrivs ur kvinnornas synvinkel. Detta innefattar således läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, barnmorskor samt skolsköterskor och sjukgymnaster. Författarna ansåg inte att det var relevant hur kvinnorna uppfattade de olika instanserna och yrkeskategorierna var för sig, utan hur mötet med vården upplevdes som en helhet.

Kvinnornas upplevelse av mötet med den västerländska vården

Kvinnornas tankar kring lagar och regler

I Kanada är kvinnlig könsstympning i alla former förbjudet enligt lag. I en studie gjord i landet uppgav en tredjedel av kvinnorna som levde med könsstympning att de tyckte att lagen var relevant och två tredjedelar var osäkra på vad de tyckte om lagen (Chalmers & Hashi, 2000). En studie utförd i Sverige (Ahlberg, Krantz, Lindmark, & Warsame, 2004) redovisar att somaliska kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning tycker att införandet av lagen mot kvinnlig könsstympning resulterade i vissa negativa aspekter. Även om den generella åsikten hos kvinnorna var att lagen var av stor vikt, så tyckte kvinnorna inte att lagen gav tillräckligt med utrymme för att förstå fenomenet. Deras bekymmer gällde dels att de ansträngningar det somaliska folket gjort för att stoppa könsstympningen inte kom fram i ljuset eller fick den uppmärksamhet det förtjänade. Deltagarna i studien sa, att eftersom könsstympning är förbjudet i Sverige, så utövas det inte i landet. Dels nämndes praktiska svårigheter kring undersökningen av flickor och kvinnor för att ta reda på om de blivit könsstympade efter att en anmälan om misstanke kring detta gjorts, såsom lagen påbjuder bör göras. Lagen uppfattades av kvinnorna som fördömande av, inte bara fenomenet i sig, utan även av kvinnorna som utsatts för det. Detta gjorde att kvinnorna kände förbittring, rädsla och frustration över att leva med att vara könsstympad. I vissa situationer vågade de inte, eller ville inte, avslöja att de blivit könsstympade, utan valde att ljuga istället. Detta för att slippa skämmas och bli gjorda till åtlöje över att ha blivit utsatta (Ahlberg et al., 2004). Ibland tolkar kvinnorna de lagar som förbjuder alla typer av könsstympning som en förebråelse mot deras moderskap. Istället för att hantera könsstympning som en hälsofråga, så tyckte kvinnorna att lagen mot könsstympning klandrade dem för att inte vilja sina barns bästa. De upplevde att deras tradition från hemlandet hade blivit stämplad som ociviliserad och fick dem att framstå som barbarer och barnmisshandlare. Lagen sågs som en förolämpning mot deras mammor, förfäder, samhället och landet de kom ifrån (Khaja et al., 2010).

Lagen mot kvinnlig könsstympning påverkar kvinnorna som genomgått ingreppet på många sätt. När kvinnan föder barn, och då behöver bli öppnad, defibulerad, säger lagarna som förbjuder alla former av könsstympning att dessa kvinnor inte får bli hopsydda, reinfibulerade, efter födseln. Kvinnornas åsikter kring detta gick isär, då önskan om hur man ville ha det var högst individuell. Många kvinnor upplevde lagen som ett stöd som hjälpte dem att slippa gå igenom processen att bli sydda igen. Tack vare detta hade de lättare att föda nästa barn och led av mindre komplikationer kopplade till könsstympningen i det vardagliga livet (Lundberg & Gerezgiher, 2006). Andra kvinnor kände att lagen var

för sträng när det gällde frågan om reinfibulering, och upplevde stora problem både psykiskt och fysiskt när de tvingades vara ”öppna”. Infektioner, skavande av kläder och smärta uppgavs som anledningar att vilja bli reinfibulerad (Berggren, Bergström & Edberg, 2006). Flera kvinnor berättade i olika studier om att de blivit reinfibulerade efter en förlossning utan att de visste om det innan, och utan att ha blivit tillfrågade om hur de ville ha det. En del av dessa kvinnor hade haft en önskan om att detta skulle ske, och var glada över resultatet, medan andra hade föredragit att få slippa bli hopsydd. En del av kvinnorna reagerade med förvåning, då de visste att detta var förbjudet i landet de levde i, medan andra inte hade förväntat sig att bli tillfrågade (Lundberg & Gereziher, 2006; Thierfelder, Tanner & Kessler Bodiang, 2011).

Kommunikation, språk- och kulturaspekten

Kommunikationen mellan den könsstympade kvinnan och sjukvården upplevdes som ett problem av många, och är en av de största anledningarna till att vården av kvinnorna kompliceras (Straus, McEwen & Mohamed Hussein, 2007; Thierfelder et al. 2011; Upvall, Mohammed & Dodge, 2008).

I studien av Berggren et al. (2006) nämnde många kvinnor att själva studien var enda gången de hade blivit frågade om sin könsstympning av någon som kom från ett annat ursprung än de själva. Den enda kontakten dessa kvinnor uppgav att de hade haft med västerlänningar var i vårdsammanhang och när de lämnade och hämtade barnen på förskola och skola.

Flera kvinnor som lever med kvinnlig könsstympning uppgav att de värderade högt att träffa samma vårdare vid flera tillfällen. Att träffa olika vårdare vid varje sjukhusbesök eller besök hos vårdcentral upplevdes inte som optimalt (Carroll et al., 2007; Correa-Velez & Ryan, 2011; Straus et al., 2007). Andra faktorer som gjorde att vården upplevdes positiv var när vårdaren hade tålmod och tid att prata (Abdullahi, Copping, Kessel, Luck & Bonell, 2009; Carroll et al., 2007) när vårdaren log och visade vänlighet samt ett intresse för kvinnans kultur (Carroll et al., 2007). Dessa faktorer gjorde att kvinnorna kände sig mer benägna att tala om problem de hade eller ställa frågor om sin hälsa. Att en ordentlig hälsoundersökning utfördes, där fysisk kontakt spelade en väsentlig roll, samt att få medicin för att bota problemet man hade, gjorde att kvinnorna kände att de fått god vård. Ibland uppfattades det dock av dessa kvinnor som om deras ursprung hindrade dem från att få den vård de hade behov av. Att bli sittandes länge i väntrummet eller inte få den medicin man ville ha, tolkades som tecken på att man var en minoritet, och därför inte fick samma vård som andra. I dessa situationer upplevdes frustration över att inte kunna språket ordenligt (Carroll et al., 2007). Att behöva klä av sig inför en undersökning, eller att behöva genomgå gynekologiska undersökningar upplevdes som märkligt och onödigt. Likaså fanns ingen förståelse om varför blodprov togs, de undrade hur sjukvården skulle använda det blod som tagits, och vad som skulle hända med det sen (Upvall et al., 2008). Kvinnorna i en studie gjord av Correa-Velez och Ryan (2011) kände att vården visste för lite om deras kulturella bakgrund och om könsstympning och att detta påverkade deras möte med vården negativt

Det upplevdes av många kvinnor vara av högsta prioritet att öka tillgången på tolkar samt att höja kvaliteten på de tolktillfällen som gavs inom vården (Carroll et al., 2007). Att inte kunna språket, och att inte kunna läsa och skriva hämmade kvinnor att boka tid på sjukhuset eller att köpa receptfria mediciner (Upvall et al., 2008). Att språket är en stor

barriär i vården av dessa kvinnor bekräftas av Abdullahi et al. (2009) och Straus et al. (2007), flera kvinnor uppgav att de inte kunde lita på att den tolk de blev tilldelade under sin vårdvistelse kunde tolka medicinska termer. I samma studier uppgav flera kvinnor att de vid olika tillfällen inte uppsökt vård, av rädsla för att inte förstå vårdgivaren eller kunna ställa frågor. Samtidigt betonades vikten i båda studierna av att få muntlig information i olika vårdsammanhang, då deras kultur är verbalt inriktad (Abdullahi et al., 2009; Straus et al., 2007). I en annan studie framkom ytterligare hur användandet av tolk inte alltid var det optimala. Kvinnorna uttryckte att de ville ta upp saker med sin vårdgivare som de inte kände sig bekväma med att prata om genom en tolk. I andra fall var det tolken som inte översatte korrekt åt kvinnan, utan hävdade att det var ett skamligt ämne och vägrade översätta. Detta utspelade sig även när någon från det egna umgänget tolkade (Upvall et al., 2008). I studien utförd av Correa-Velez och Ryan (2011), berättade flera kvinnor om svårigheterna att få rätt tolk. En femtedel av de intervjuade hade inte haft tillgång till en tolk som kunde tolka deras språk korrekt under förlossningsarbete och förlossning. Andra problem som uttrycktes var att tolken inte stannade så länge som behovet fanns, att det kommit en manlig tolk när önskemålet var en kvinna, och att tolken var för ung och oerfaren i kvinnornas ögon (Correa-Velez & Ryan, 2011). I vissa fall fick kvinnorna intrycket att vårdpersonalen ansåg att de hade varit i landet så pass länge att de borde ha lärt sig språket, och därför inte samarbetade på ett önskvärt sätt när så inte var fallet (Berggren et al., 2006). Detta sammantaget gjorde att många av kvinnorna hade svårt att lita på vården och tolkningsmöjligheterna (Correa-Velez & Ryan, 2011).

Mer än hälften av de intervjuade kvinnorna i en studie uppgav att de hellre, eller ibland endast, ville träffa kvinnliga vårdare (Carroll et al., 2007). I flera fall var ängslan över att bli behandlad av en man ett tillräckligt skäl för att inte uppsöka vård, och kvinnorna visste inte att de hade möjlighet att be om en kvinnlig vårdgivare (Abdullahi et al., 2009). Att inte vilja diskutera sin könsstympning och problem kopplade till denna med en manlig vårdgivare uppgavs även i två andra studier (Thierfelder et al., 2011; Upvall et al., 2008).

Under förlossning var det många kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning som upplevde att vårdpersonalen hade otillräcklig kunskap i ämnet. De kände att de inte blev förstådda eller tagna på allvar. De själva hade kunskap om hur de på bästa sätt kunde behandlas, men tyckte inte att vårdpersonalen lyssnade på eller förstod vad de hade att säga. Som ett resultat av detta var många kvinnor besvikna, rädda eller i vissa fall även skadade efter sin förlossning (Ahlberg et al., 2004; Berggren et al., 2006; Lundberg & Gereziher, 2006; Straus et al., 2007). Kvinnorna upplevde att de hade haft mycket lite, eller ingenting alls att säga till om när det gällde smärtlindring och hur födseln skulle gå till. Många kvinnor hade även sina män med under värkarbete och förlossning mot sin vilja. De flesta kvinnor i denna studie uppgav även att de hellre hade haft endast kvinnor med sig i rummet under förlossningen, enligt deras tradition (Chalmers & Hashi, 2000). Kvinnor uppgav att de hellre ville bli undersökta av en läkare än av en barnmorska under graviditeten, då de ansåg att läkare var de som hade bäst utbildning och kunskap, och de bara ville ha det bästa till sig och sitt barn (Upvall et al., 2008). När könsstympade kvinnor berättade om sina upplevelser av förlossning och tiden efteråt, visade det sig att flera kvinnor upplevde att de inte hade samma stöd av familj och vänner på sin nuvarande ort, som i sitt hemland. Något som var mycket stressande för dem och gjorde att de kände sig ensamma (Lundberg & Gereziher, 2006; Correa-Velez & Ryan 2011).

Kvinnornas tankar och känslor i mötet med den västerländska vården

Några kvinnor berättade att mötet med vårdpersonal i stort sett var den enda kontakt de hade med västerlänningar. Innan de kom till det nya landet hade de uppfattningen att könsstympning praktiserades överallt i världen och när de insåg motsatsen kände de skam över att ha stympats (Berggren et al., 2006). En del kvinnor beskrev att de led i fruktansvärda smärtor och komplikationer relaterat till könsstympning i samband med samlag, vaginala undersökningar och förlossning, men att de inte kunde prata öppet om detta eftersom de kände skam (Lundberg & Gerezgiher, 2008). Några kvinnor beskrev en rädsla att vårdpersonal skulle chockas om de såg att hon var könsstympad vilket skulle kunna framkalla förlägenhet (Abdullahi et al., 2009). I en annan studie berättade kvinnor att läkare uppvisat chock eller förvåning när de upptäckt att kvinnan varit könsstympad. Läkarna hade då undrande frågat om de bränt sig eller råkat ut för någon olycka (Thierfelder et al., 2005). Kvinnorna sa också att de kunde utläsa avsky i personalens ansiktsuttryck när de såg deras stympade kön och att personalen pratade över huvudet på dem. De kände i och med det att personalen föraktade dem och att de inte möttes med respekt (Berggren et al., 2006). Kvinnor berättade att vårdpersonal fällt kommentarer som sårat dem. Det handlade till exempel om att personalen överraskats när de upptäckt könsstympningen, ansiktsuttryck av äckel och nedlåtande kommentarer om deras kulturella utövanden (Khaja et al., 2010).

Respekt för integritet och känslighet kring frågan om könsstympning var avgörande för om mötet upplevdes positivt av kvinnan. Vårdpersonalen behövde enligt kvinnorna ha en grundförståelse för utövandet av könsstympning (Carroll et al., 2007). Kvinnor som hade positiva minnen av vården hade mött personal med god kunskap om könsstympning vilket ingav förtroende hos dem. De beskrev också hur en välkomnande reception inom mödravård och varsamma undersökningar gav dem trygghet och glädje (Lundberg & Gerezgiher, 2008). Andra kvinnor beskrev vårdarna som väldigt vänliga och snälla och de ville uttrycka sin tacksamhet över att få ta emot vård av hög standard (Berggren et al., 2006). Även Upvall et al. (2009) rapporterade att kvinnor kände sig trygga i vården och imponerades av de moderna och rena sjukhusen och mottagningarna. En positiv upplevelse som rapporterats var att de flesta kvinnor kände att vårdpersonalen förstod och respekterade deras kultur (Khaja et al., 2010). Hur man upplevde vården berodde delvis på hur länge man hade vistats i det nya landet. Flera kvinnor som nyligen anlant till det nya landet var mycket tacksamma bara över det faktum att det fanns tillgänglig vård. Kvinnor som vistats i det nya landet under en längre tid gav en mer varierad bild av hur vården uppfattades (Carroll et al., 2007).

Negativa upplevelser av vårdmöten kom ur att kvinnorna kände osäkerhet när de mött personal som varit okunnig om kvinnlig könsstympning. Vårdpersonalens osäkerhet skapade oro och rädsla hos kvinnorna (Lundberg & Gerezgiher, 2008). Några av kvinnorna uttryckte känslor av hjälplöshet och utsatthet eftersom de mötts av okunskap under förlossning, de kände att personalen inte förstod dem och inte lyssnade (Berggren et al., 2006). Hälften av kvinnorna tyckte inte att vårdpersonalen var tillräckligt kompetent för att vårda dem och endast en femtedel tyckte att vårdpersonalen var någorlunda eller extremt kompetent för att vårda dem. Omvårdnadssituationerna upplevdes jobbigare än den medicinska vården. De upplevde att en del vårdare såg ner på dem och var okänsliga inför deras smärtor efter förlossning. Hälften av kvinnorna uppgav att till framtida barnafödande skulle de välja en annan vårdpersonal och 40 procent skulle välja ett annat sjukhus (Chalmers & Hashi, 2000). Några kvinnor uttryckte att teknologin inom vården orsakade

stress eftersom de inte förstod deras användningsområde och inte heller fick det förklarat för sig (Correa-Velez & Ryan, 2010).

I flera studier framkom att kvinnorna känner sig som studieobjekt för vårdpersonal och studenter (Berggren et al., 2006; Chalmers & Hashi, 2000; Khaja et al., 2010; Thierfelder et al., 2005). Kvinnor beskrev hur de blivit uttittade och stirrade på i sårbara vårdmöten då personalen tagit dit kollegor utan att kvinnorna tillfrågats (Berggren et al., 2006). Kvinnor berättade att det gav känslor av skam och rädsla när de blev sedda som objekt i en vårdssituation där de önskat avskildhet och integritet (Thierfelder et al., 2005). Kvinnor kände även att vårdpersonalen var mer intresserade av själva könsstympningen än dem som patient och deras vårdbehov (Khaja et al., 2010).

Resurser hos den västerländska vården för att ge dessa kvinnor god och säker vård

Lagar och riktlinjer

Widmark, Levál, Tishelman och Ahlberg (2010) redovisade att sjukvårdspersonal i Sverige upplevde skillnader mellan enheter och sjukhus i gällande praxis kring vård av könsstympade kvinnor, skillnaden låg i existens av riktlinjer, innehållet i dem samt tillämpning av dessa. Kännedom om den policy som arbetats fram för att identifiera könsstympade kvinnor saknades, så även konsensus om hur kvinnorna bör informeras om lagar och riktlinjer (Widmark et al., 2010). I en belgisk studie framkom att de flesta av de svarande obstetrikerna inte var medvetna om riktlinjer kring könsstympning på sitt sjukhus (Leye et al., 2008). Widmark, Tishelman och Ahlberg (2002) rapporterade att lagen fick agera stöd i omvårdnaden när riktlinjer saknades genom att personalen arbetade utifrån vad de inte fick göra istället för hur de borde ha gjort. Även Leye et al. (2008) rapporterade att en tredjedel av de svarande tagit praktiskt stöd i lagen på detta sätt.

Hälften av de svarande visste att kvinnlig könsstympning var emot lagen men endast en fjärdedel visste vilka typer som omfattades av denna (Leye et al., 2008). Hälften av de svarande kände till att det är olagligt att könsstympa flickor i USA (Hess, Weinland & Saalinger, 2010).

Etik, kultur och kommunikation

Språk och kommunikation beskrevs som ett återkommande hinder i omvårdnaden av könsstympade kvinnor (Widmark et al., 2010). Correa-Velez och Ryan (2011) redovisade frustration hos vårdpersonal över att inte kunna kommunicera med kvinnorna på ett meningsfullt sätt relaterat till språkproblem, även om de kände trygghet i att arbeta med tolk. Behovet av tolk sänkte vårdkvaliteten relaterat till risken att missa viktig information och möjligheten till djupare förståelse (Widmark et al., 2010). Preventiva åtgärder, till exempel att fråga hur kvinnan tänker kring könsstympning när det gäller hennes döttrar, undveks relaterat till språkproblem. Även respekt för kvinnans kultur angavs som orsak till brist på preventiva interventioner (Leye et al., 2008).

Terminologi inom vården beskrevs som ett problem, sammantaget med att kvinnorna ofta hade dålig kännedom om sina egna kroppar. Det hände även att vårdpersonal utgick ifrån att kvinnan hade låg förståelse i medicin oavsett utbildningsnivå. Läkare berättade också att de försökte tala långsamt och enkelt för att säkerställa att kvinnorna förstod (Widmark et al., 2010).

Kulturella skillnader och känsligheten kring kvinnlig könsstympning i sig angavs som orsaker till att möten med könsstympade kvinnor komplicerades (Widmark et al., 2002). Kvinnornas motvilja att möta manlig vårdpersonal var ett ofta återkommande område för samtal under vårdtiden (Hess et al., 2010). Vårdpersonalen pratade om att deras kroppsspråk ibland visade på starka känslor kring ingreppet och att detta var synligt för kvinnorna i vårdsituationen (Widmark et al., 2002).

Tankar och känslor hos vårdpersonal

Över 80 procent av 333 obstetiker ansåg att kvinnlig könsstympning är en form av våld och 60 procent ansåg att det bröt mot mänskliga rättigheter. Sju stycken tyckte att det var en kulturell och religiös sed som förtjänade respekt (Leye et al., 2008).

Starka känslor kom till uttryck i diskussionerna mellan barnmorskor. De kände hat och agg mot traditionen, mot religion och mot männen. De uttalade också djup empati, beskyddande, sorg och en önskan om att ge kvinnan god vård. Dessa starka känslor samt tankar om identifiering med kvinnan komplicerade mötet. De könsstympade kvinnorna visade upp förlägenhet och skam i vårdsituationer där de blottades vilket fick barnmorskorna att känna medlidande. Barnmorskornas känslor kring närvaro av maken och många familjemedlemmar i salen var blandade. När de lade sig i förlossningsvården och krävde reinfibulation kände barnmorskorna ilska och stress (Widmark et al., 2002). Åsikterna kring reinfibulation efter förlossning gick isär. Det finns inga medicinska anledningar att genomföra en reinfibulation, men vårdpersonal såg ändå flera skäl till varför de ville genomföra ingreppet efter en förlossning. Åsikter som att det var kvinnans rättighet att bestämma över sin egen kropp, att hon riskerade att uteslutas ur sin gemenskap eller att hennes make skulle ta avstånd från henne och att hon trots allt var en vuxen kvinna som tog beslutet användes som argument för att vilja genomföra en reinfibulation (Thierfelder et al., 2005). I en undersökning hävdade en femtedel av deltagarna i studien att de skulle genomföra en reinfibulation om kvinnan efterfrågade det efter sin förlossning. Hur mycket de skulle sy ihop var dock olika, endast ett fåtal skulle sy ihop så mycket som innan förlossningen (Leye et al., 2008).

Läkarna sade att de tyckte om att samtala med kvinnorna, av nyfikenhet på deras liv och kultur och att i förhållande till detta var medicin kulturellt neutralt (Widmark et al., 2010). I en studie där olika typer av yrkesgrupper inom vården deltog angav nästan en femtedel att de inte var intresserade av ämnet könsstympning. I denna studie var intresset hos kvinnor större än hos män, och kvinnorna var bättre på att identifiera könsstympning i förhållande till sina manliga kollegor (Kaplan-Marcusan, Torán-Monserrat, Moreno-Navarro, Fábregas & Munos-Ortiz, 2009). I samtal om kvinnornas sexualitet i gruppen barnmorskor framkom tankar av förundran och identifikation. Nyfikenhet kring huruvida kvinnor som könsstympats var kapabla att känna åtrå och lust, samt om de kunde njuta av sex visades. Tankar rörande hur kvinnorna upplevde sitt sexliv och om det var möjligt för dem att få orgasm togs upp (Widmark et al., 2002). Läkare uttryckte också en medvetenhet om kvinnornas djupt rotade gemenskap inom familjen och betonade vikten av att även tala med männen om kvinnornas vård och vikten av att de följer ordinationer, frustration kring bristen på denna följsamhet visades (Widmark et al., 2010).

Några barnmorskor yttrade att de ville behandla alla kvinnor lika och därför inte ville fråga om de möjligen var könsstympade då det skulle verka utpekande medan andra tyckte att

det kändes bäst att fråga rättframt om de möjligen var stympade för att kunna prata om detta (Widmark et al., 2002). Gynekologer och obstetiker bekräftade att de inte tog upp frågan om könsstympning systematiskt när de vårdade kvinnor från länder där detta praktiserats. Huvudorsakerna till att detta undveks var språksvårigheter, kulturella, genusrelaterade och sociala (Thierfelder et al., 2005).

Kunskap och behov av utbildning

Tamaddon, Johnsdotter, Liljestrand och Essén (2006) redovisar att 28 procent av sjukvårdspersonalen skattade sin kunskap om kvinnlig könsstympning som tillräcklig. Correa-Velez & Ryan (2011) fick liknande resultat där en tredjedel av de svarande rapporterade att de kände till kvinnlig könsstympning och dess konsekvenser. Kaplan-Marcusan et al. (2009) skrev att nästan alla svarande hävdade att de kände till kvinnlig könsstympning, dock kunde inte ens hälften identifiera de olika typerna. Bland legitimerade sjuksköterskor och barnmorskor påvisades att kunskap om de kulturella och lagliga frågorna var lägre än kunskapen kring de fysiska och medicinska frågorna (Hess et al., 2010). I studien av Widmark et al. (2002) uttryckte barnmorskorna att de saknade kunskap samt tekniska färdigheter som krävdes för att vårda kvinnorna. De ansåg att befintliga kunskaper var otillräckliga eftersom anatomin på dessa kvinnors kön är annorlunda. Kunskapsbristen gav både emotionella och vårdrelaterade konsekvenser. I samma studie tyckte barnmorskorna att inte heller läkarna var till hjälp i frågor rörande könsstympning. Snarare upplevdes att läkarna visade på osäkerhet kring hur dessa kvinnor skulle bemötas och behandlas (Widmark et al., 2002).

Sjuksköterskor och barnmorskor som i yrket mött könsstympade kvinnor visade generellt en större kunskap i viktiga frågor än de som inte mött könsstympning i sin professionella roll. En signifikant skillnad påvisades i frågor om riskländer, religioner, tro, komplikationer och definition av infibulation (Hess et al., 2010). En tredjedel av de svarande rapporterade att de kände sig trygga i rollen som vårdpersonal i mötet med kvinnor från riskländer (Correa-Velez & Ryan, 2011).

Widmark et al. (2010) redovisar att rollfördelningen mellan de olika professionerna var oklar när en könsstympad kvinna skulle vårdas. Det visade sig även att läkare antog att barnmorskor inte ville vara delaktiga och specialister inte rådfrågades. Det rådde delade meningar kring hur en förlossning skulle gå till, när defibulationen skulle ske samt om förlossningen skulle anses normal eller inte. Gynekologer var den grupp som bäst kände till kvinnlig könsstympning samt i störst utsträckning upptäckte fall, sjuksköterskor var bättre än läkare på att identifiera de olika typerna och om gruppen gynekologer togs bort var kvinnor bättre än män vad det gällde definition av könsstympning samt att peka ut riskländer (Kaplan-Marcusan et al., 2009). Barnmorskor beskrev att läkare inte hade större kunskap och att även de var osäkra i kvinnornas vård (Widmark et al., 2002). I självskattning har skolläkare och barnläkare skattat sin egen kunskap lägst och gynekologer högst (Tamaddon et al., 2006). Kaplan-Marcusan et al. (2009) skrev att pediatriker var den grupp som bäst kände till riktlinjer och handlingsplaner.

I flera av studierna uttryckte vårdpersonalen ett behov av ökad kunskap samt kliniska och tekniska riktlinjer i vården av kvinnorna (Leye et al., 2008; Tamaddon et al., 2006; Widmark et al., 2002) Även utbildning och utveckling av frågor om hälsa och kultur i vården av kvinnor med flyktingbakgrund från Afrika önskades (Correa-Velez & Ryan, 2011). Gynekologer efterfrågade mer information angående lagstiftning kring

könsstympning, hälften av de tillfrågade önskade klarhet kring etisk och laglig problematik av reinfibulation och medikaliseringen av könsstympning (Leye et al., 2008). Lite färre än hälften av gynekologerna tog tag i att lära sig mer om kvinnlig könsstympning efter att ha mött könsstympade patienter. Det innebar att de sökte i litteratur, tog råd från kollegor och deltog i konferenser och lärotillfällen inom området (Leye et al., 2008).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Författarna till föreliggande studie valde forskningsöversikt som metod. Detta ansågs lämpligt ur flera aspekter. Enligt Backman (2008) kan litteraturgranskningar nå en strukturerad uppfattning och kunskap inom valda ämnesområden. Föreliggande studie behandlar de patienter som vårdpersonal i allmänhet inte funderar så mycket på innan de möter dem i vårdsammanhang och har då kunskapsluckor i mötet med kvinnan. Den mängd forskning som finns gör det då svårt för vårdpersonal att skapa sig en överblick över kunskapsområdet samt hålla sig uppdaterade i ämnet. Sammanställning av befintlig forskning på detta sätt kan då vara en hjälp för vårdpersonalen (Forsberg & Wengström, 2008).

Alternativa metoder hade varit intervjustudie eller enkätstudie. Inget av dessa alternativ hade kunnat inkludera både kvinnornas och vårdpersonalens perspektiv inom ramarna av denna studie. Ingen av dessa metoder hade heller kunnat ge den stora geografiska spridning som önskats. Studierna visar att vårdpersonal inom allmän sjukvård sällan mött könsstympade kvinnor vilket troligen hade inneburit ett större bortfall än önskat om frågeformulär sänts ut till dem. Intervjustudie valdes bort relaterat till det känsliga ämne som könsstympning innebär. Det hade medfört svårigheter att finna intervjupersoner eftersom ett krav skulle ha varit att de behärskat svenska eller engelska i både skrift och tal och möjligheten för författarna att anlita tolk var ytterst begränsad. Troligen hade detta krav även bidragit till att kvinnorna hade varit i landet en längre tid och de skulle i och med det ha haft en högre anpassningsnivå till svensk kultur vilket skulle ha gett studien en snävare bild.

Författarna arbetade på ett systematiskt sätt och med en intention att tydligt beskriva alla steg i processen för att säkerställa den föreliggande studiens validitet och reliabilitet.

Författarna till denna studie valde att skriva om könsstympning utifrån både kvinnornas och vårdpersonalens perspektiv. Det ansågs att båda gruppernas synvinklar behövdes för att ge studien ett bredare spektra av fenomenet i relation till västerländsk vård. Studien fick också en större mängd forskning med hög kvalitet att studera vilket ger resultatet en större tyngd och helhetsbild. Att studera båda perspektiven gav också möjlighet att kartlägga de positiva och negativa aspekterna av ämnet och finna samband av kvinnornas upplevelse av vården i förhållande till vårdpersonalens upplevelse av könsstympning.

Inkluderade artiklar i resultatet var totalt 17 stycken varav fem var från USA och Kanada, två från England, en från vardera Australien, Schweiz, Belgien och Spanien, sex studier var gjorda i Sverige. Avsikten var att studera västerländsk vård, vilka länder eller världsdelar som inkluderas i detta uttryck varierar och kan diskuteras. Författarna till föreliggande studie ansåg att länderna skulle vara industrialiserade och demokratiska samt ha en vård grundad på medicinsk vetenskap. De världsdelar som i det stora hela

representerar detta finns redovisade i studien. Den större mängd studier från USA och Kanada kan förklaras storleksmässigt då både befolkning och yta överstiger alla andra länder. Majoriteten av studierna är gjorda i Sverige vilket inte är selektivt av författarna utan beror på att svensk forskning inom området ligger i framkant och många artiklar finns att tillgå, ur både kvinnornas och vårdpersonalens perspektiv. Författarna till föreliggande studie hade gärna inkluderat forskning från Frankrike då det där finns en förhållandevis stor del invandrade kvinnor från riskländer. Detta var dock inte möjligt då ingen av författarna behärskar franska och forskning därifrån generellt inte översätts till engelska.

Fördelningen mellan studier gjorda av kvinnornas och vårdpersonalens perspektiv var åtta respektive sex stycken samt tre som berörde de båda, denna jämna fördelning föll sig naturligt och har inte påverkats av författarna. En artikel exkluderades efter flera genomläsningar i slutet av analysfasen, denna berörde vårdpersonalens perspektiv och valdes bort då de etiska kraven inte uppfylldes samt metodologiska brister fanns.

Författarna till föreliggande studie valde att inkludera både kvalitativ och kvantitativ forskning. Styrkan i att använda båda alternativen var att en större mängd värdefulla artiklar fanns att tillgå. Majoriteten av artiklarna hade kvalitativ ansats. Då föreliggande studie hade för avsikt att belysa kvinnornas och vårdpersonalens upplevelser var kvalitativa metoder att föredra då det fanns utrymme att skapa mening och förståelse för människans upplevelser genom tolkning (Forsberg & Wengström, 2008). De fyra studier med kvantitativ ansats behandlade alla vårdpersonalens kunskap i ämnet vilka redovisades genom statistiska modeller som gav författarna en överblick i kunskapsläget. De hade också en geografisk spridning där samtliga världsdelar representerades. Dessa aspekter tilltalade författarna att inkludera studier från båda leden.

Kvinnorna i flera av studierna berättar att de har svårt att tala om könsstympning, att ämnet känns skamligt samt att lagstiftningen i väst innebär en press för dem. Enligt författarna till föreliggande studie finns det anledning att ha med i beräkningarna att kvinnornas skildringar av sanningen kan te sig olika. I viss utsträckning kan de ha förvridit sanningen en aning då de intervjuats, relaterat till skam och rädsla för repressalier. Det kan också tänkas att en del kvinnor upplever det som positivt att någon visar intresse för detta ämne och därmed vill dela hela sin historia. Det kan vara så att de kvalitativa studier som valts ut kan ha påverkats av att det mest är kvinnor med negativa erfarenheter av vården som där representeras. Neutrala och positiva upplevelser av vård kanske inte gör ett lika starkt intryck på individen som negativa upplevelser, och det kan vara så att de kvinnor som sökt sig till studierna hade större behov att prata om dessa erfarenheter. I studier där tolk använts bör också sanningshalten diskuteras eftersom det tydligt framkommit att användandet av tolk sällan fungerar optimalt, speciellt inte relaterat till det känsliga ämne som behandlas.

Vid artikelsökning har varierade termer för könsstympning använts. I PubMed förordades termerna female genital mutilation/cutting och i Cinahl användes termen circumcision. De termer som använts har rekommenderats av respektive ämnesordlista i databaserna och de har varit de som givit flest relevanta träffar i respektive databas.

Författarna till föreliggande studie hade också för avsikt att utforma ett klart metodavsnitt för att ge studien en hög reliabilitet. Genom att följa studiens metod ska samma resultat kunna återfås vid ett annat tillfälle (Forsberg & Wengström, 2008). De artiklar som saknat

godkännande från etisk kommitté har inkluderats om de uppfyllt de etiska kvalitetskrav som presenteras i bedömningsmallen (Se bilaga I).

Kvaliteten på de artiklar som inkluderats i resultatet i föreliggande studie granskades utifrån bedömningsmallar utvecklade av Berg et al. (1999) och Willman et al. (2006). Bedömningskriterierna ansågs vara svårtolkade av författarna till föreliggande studie och klassificeringen innebar vissa svårigheter. Genom diskussion mellan författarna till föreliggande studie och genom noggranna genomläsningar av kriterier och artiklar kunde klassificeringen genomföras med tillfredsställande resultat.

Resultatdiskussion

Omvårdnad av könsstympade kvinnor ur ett kulturellt perspektiv

Kvinnorna som vårdats i västerländska länder upplevde vården och kvaliteten av vården olika. En del av detta kan bero på hur länge de varit i landet, där en kortare tid överlag resulterade i mer positiva uttalanden (Carroll et al., 2007). Upvall et al. (2008) beskriver hur en del kvinnor upplevde stress över att inte veta varför vården gick till som den gjorde. Kvinnorna var bland annat missnöjda med att de behövde klä av sig inför undersökningar och lämna blod. Detta kan bero på kulturella förväntningar och tidigare erfarenheter som påverkar upplevelsen av vården (Hanssen, 2007). Hanssen (2007) menar att de värderingar personen har med sig från sin gamla kultur påverkar vilka förväntningar hon har på vården vilket överrensstämmer med att de kvinnor som varit i landet en kortare tid hade lägre förväntningar på vården (Carroll et al., 2007). Hur hon sedan anpassar sig till den nya kulturen beror på personliga förutsättningar och tidigare erfarenheter, och efter ett tag ändras förväntningarna hon hade på vården. Kultur påverkas av omgivningen och därmed är den föränderlig. När kunskapen om hur vården fungerar i det nya landet ökar, öppnar det därför även upp för möjligheten att kritisera eller uppskatta hur vårdsystemet fungerar (Hanssen, 2007). Vilket bekräftas av Carroll et al. (2007) där de kvinnor som varit i landet en längre tid hade fler åsikter och synpunkter på hur vården kunde förbättras. Tiden i det nya landet kan ha inneburit att kvinnornas kulturella perspektiv påverkats.

Könsstympade kvinnor kommer från en kulturell kontext där patriarkatet är starkt och kvinnans kropp och sexuella njutning anses både skamlig och farlig samt sekundär till mannens rätt att njuta av sex och kunna kontrollera sin kvinna (Berggren & Franck, 2008; Nawal, 2008; SoS, 2005). Detta kan för västerlänningar vara obehagligt vilket Widmark et al. (2010) redovisade då vårdpersonalen i Sverige upplevde starka känslor i mötet med kvinnorna.

Enligt Dahlberg och Segesten (2010) kan vårdarens grundförståelse i livet påverka mötet med den könsstympade kvinnan, och influera mötet på ett positivt eller negativt sätt. Ett positivt möte förutsätter att vårdaren möter kvinnan förutsättningslöst och bjuder in henne att dela sin livsvärld, medan mötet kan influeras negativt om vårdarens förståelse för till exempel könsstympning inte är mottaglig för förändring. Widmark et al. (2002) rapporterar om vårdpersonal som berättade om de starka känslor som väcktes i mötet med den könsstympade kvinnan och hur dessa känslor kunde komplicera vårdsituationen. Flera vårdare uttryckte en känsla av hat mot ingreppet, samtidigt som de kände ett starkt medlidande med patienten. Detta uppfattades av kvinnorna i vårdmötet, och de i sin tur kände skam över att orsaka dessa känslor (Abdullahi et al., 2009). Kvinnorna kände sig också sårade om vårdaren visade känslor av nedlåtenhet eller äckel (Khaja et al., 2010). I

enighet med Dahlberg och Segesten (2010) kan reaktionerna hos vårdarna bero på den förförståelse som alla människor har och som styr hur världen tolkas. Att möta kvinnorna förutsättningslöst är inte möjligt relaterat till förförståelsen men om vårdarna utvecklar självkännedom som enligt Holm (2001) är en av de egenskaper en professionell vårdare bör ha kan tankarna och känslorna göras medvetna men inte styrande i mötet.

Barnmorskor kände ett agg mot män när de mötte könsstympade kvinnor (Widmark et al., 2002), vilket kan vara omotiverat. För trots att könsstympling troligtvis har sin grund i ett samhällssystem där mannen ska kontrollera sin kvinna genom detta ingrepp (SoS, 2005), är det oftast äldre kvinnor som utför könsstymplingarna och ser till att seden efterlevs (SoS, 2005). Mödrar som står under press att göra sina döttrar attraktiva för äktenskap på detta sätt, ser till att ingreppet utförs (WHO, 2010).

De könsstympade kvinnorna vittnade i flera fall om hur de känt att vårdare föraktade dem och inte respekterade dem då de pratade nedlåtande om deras kulturella utövande eller visade med kroppsspråk hur avskyvärt de tyckte att det var (Berggren et al., 2006; Khaja et al., 2000). Reaktionerna från både kvinnorna och vårdarna visar att traditionen kring kvinnlig könsstympling i relation till kvinnornas möte med västerländsk kultur och vård innebär kulturskillnader. Enligt författarnas bedömning finns det en stor diskrepans mellan hur omvårdnaden utförs och vad som arbetats fram teoretiskt i bland annat Leiningers (2002) verk. En implementering av The culture care theory skulle kunna medföra att kulturellt betingade, individuella och universella, omvårdnadsproblem som uppstår i vården löses på ett mer tillfredställande sätt genom kulturkongruent omvårdnad (Leinger, 2002). Enligt författarna skulle det kunna vara en lämplig möjlighet att i praktiken använda teorin i frågor som rör defibulation och reinfibulation. Det redovisades hur vissa kvinnor ville vara ”öppna” medan andra reagerade starkt på att inte få ”stängas” igen till fall där ”stängning” skett per automatik utan att kvinnans autonomi tillgodosetts (Berggren et al., 2006; Lundberg & Gereziher, 2006; Thierfelder et al., 2011). Tilläggas till detta kan även Hanssen (2007) som säger att om vårdaren har kännedom om vad viss behandling kan få för konsekvenser i relation till patientens religion och kultur kan detta förmedla en känsla av respekt och omsorg.

Widmark et al. (2010) skriver att läkare i intervjuer sagt att de tyckte om att samtala med kvinnorna och kände en nyfikenhet inför dem. I enighet med Holm (2001) visar det för patienten att vårdaren bryr sig om henne när det finns ett genuint intresse och en vilja att förstå och enligt Dahlberg och Segesten (2010) är det ett etiskt krav att möta patienten så att hon får dela med sig av sin livsvärld och känna delaktighet i vården. Hanssen (2007) poängterar att patienten från en annan kultur inte bör ses som en representant för sitt folkslag då alla människor kommer med unika och grundläggande behov. Detta bör enligt författarna till föreliggande studie beaktas av vårdpersonal i dessa sammanhang så att patienten inte kategoriseras utifrån en eller flera specifika kulturellerade problem utan som en person med unika behov. Nyfikenhet och delaktighet kan då vara två nyckelord.

Enligt Widmark et al. (2002) ansåg en del vårdpersonal att det var bäst att ta upp frågan om könsstympling rättfram för att avdramatisera och öppna upp för samtal. Andra rapporterade att de undvek att ta i frågan om könsstympling när de mötte kvinnor från riskländer för att inte stöta sig med henne (Thierfelder et al., 2005; Widmark et al., 2002). Leye et al. (2008) visade att vårdpersonalens respekt för kvinnornas kultur gjorde att preventiva åtgärder inte alltid sattes in. På samma sätt uppgav vårdpersonal att de med tanke på olikheterna i kultur, och känsligheten i ämnet könsstympling, tyckte att vården av kvinnorna komplicerades, och en del vårdpersonal undvek att prata om könsstympling

med kvinnorna på grund av sociala svårigheter och språkbarriärer. Man ville inte att kvinnan skulle känna sig utpekad eller särbehandlad (Thierfelder et al., 2005; Widmark et al., 2002). Kvinnorna däremot upplevde att ett intresse för deras kultur från vårdgivarens sida underlättade vården, och gjorde det lättare att prata om sina problem (Carroll et al., 2007). Flera av kvinnorna vittnade också om att vårdare som visade intresse för deras härkomst, kultur och tradition och som var medvetna om deras kulturella utövanden samt hade en grundförståelse för ingreppet gladde dem. Det var också viktigt att vårdaren närmade sig frågan med känslighet och omtanke, samt värnade om kvinnans integritet (Carroll et al., 2007; Correa-Velez & Ryan, 2011; Lundberg & Gerezgiher, 2008).

Enligt Berggren och Franck (2008), kunde begreppet könsstympning, som enligt WHO (2010) är det vedertagna begreppet för ingreppet nuförtiden, kännas stötande för de inblandade kvinnorna. Om vårdaren istället använde ett uttryck som ”traditionen” (Berggren & Franck, 2008), kunde det göra att kvinnan kände att vårdaren hade kunskap om och respekterade hennes kultur, vilket i sin tur hjälpte till i omvårdnaden av kvinnan (Hanssen, 2007).

Förhållning till lagar och riktlinjer

Widmark et al. (2010) visade på hur vårdpersonal tyckte att det var svårt att veta hur de skulle informera kvinnorna om de lagar och riktlinjer som fanns runt könsstympning. Kvinnorna hade en dubbel syn på lagarna kring könsstympning, då de överlag tyckte att det var lagar av stor vikt, men samtidigt såg negativa aspekter och fokuserade på dessa (Ahlberg et al., 2004). Hur kvinnorna upplevde att lagen förolämpade dem och fick dem att framstå som barnmisshandlare och barbarer (Khaja et al., 2010) kan ha en koppling till vårdpersonalens osäkerhet kring hur de skulle informera kvinnorna om lagarna (Widmark et al., 2010). En bekräftelse på att västerlänningar ser ingreppet som en omoralisk handling är de förbjudande lagar vi har (Krása, 2010), och detta kan göra att vårdpersonal fokuserar på det som är olagligt och negativt, istället för att se helheten (Widmark et al., 2002).

Enligt Lundberg och Gerezgiher (2006) samt Thierfelder et al. (2011) hade flera kvinnor upplevt att de efter att de fött barn och då blivit defibulerade, utsatts för att bli reinfibulerade efter förlossningen utan att de lämnat sitt medgivande. Detta kan vara ett resultat av bristen på riktlinjer för vårdpersonalen angående hanteringen av olika situationer som rör dessa kvinnor (Widmark et al., 2010). Samtidigt hade vårdpersonal bristande kunskap om de riktlinjer som fanns (Leye et al., 2008). Det hände att vården reinfibulerade kvinnor trots att det var olagligt i landet (Lundberg & Gerezgiher, 2006; Thierfelder et al., 2011), något som kan grunda sig i vårdpersonalens okunnighet kring lagarna mot kvinnlig könsstympning (Hess et al., 2010; Leye et al., 2008).

Enligt Persson et al. (2007) rekommenderades vårdaren, att efter att ha frågat om tillåtelse av kvinnan, göra blivande kollegor och befintliga medarbetare delaktiga i vården av dessa kvinnor. Detta kunde vara fördelaktigt då vårdpersonal som har erfarenhet av att möta dessa kvinnor blev mer kompetenta i mötet med nästa kvinna som blivit stympad (Hess et al., 2010). Kvinnorna själva kände sig tryggare i mötet med vården om vårdaren hade god kunskap om könsstympning (Lundberg & Gerezgiher, 2008). Samtidigt innebar många människor i rummet under undersökningar en stress för dessa kvinnor, som riskerade att känna sig som studieobjekt. Vissa av kvinnorna kände sig uttittade och uttryckte känslor som skam och rädsla i dessa situationer (Berggren et al., 2006; Chalmers & Hashi, 2000; Khaja et al., 2010; Thierfelder et al., 2005).

Kommunikationen mellan den könsstympade kvinnan och vårdgivaren

Inom The culture care theory strävas det efter att vårdpersonalen förstår sin patient och att de kan kommunicera med varandra, vårdaren måste då veta vilket sätt hon ska hantera patientens kommunikationshinder för att detta ska lyckas (Leininger, 1997). På flera sätt uttryckte både vårdpersonal och kvinnor att kommunikationen var en av de stora svårigheterna i vårdmötet. Kvinnorna berättade att tolkning inte alltid utfördes korrekt under olika vårdtillfällen, och detta resulterade i att viktig information inte nådde vårdgivaren (Upvall et al., 2008). Vårdpersonalen uttryckte frustration över att inte kunna kommunicera med kvinnorna (Abdullahi et al., 2009; Carroll et al., 2007; Correa-Velez & Ryan, 2011; Straus et al., 2007; Widmark et al., 2010). Enligt Correa-Velez och Ryan (2011) tyckte vårdpersonal att vårdkvaliteten sänktes då de i olika vårdsituationer tvingades arbeta genom en tolk. Vårdpersonalen litade på arbetet med tolken, även om svårigheter med att kommunicera med kvinnorna på ett meningsfullt sätt upplevdes (Abdullahi et al., 2009; Correa-Velez & Ryan, 2011; Straus et al., 2007). Detta kände även kvinnorna av och upplevde som ett problem. I motsats till vårdarna kände de dock att när förtroendet för att få korrekt tolkning sviktade, drabbade det även förtroendet för vården (Correa-Velez & Ryan, 2011). Enligt Leininger (1997) är det en skyldighet för vårdpersonal som uppmärksammat sådana kommunikationsproblem att lösa dem för att säker och kulturkongruent vård ska kunna ges.

Kvinnor som genomgått en förlossning i det nya landet kände ofta att de inte blev respekterade eller hörda av vårdpersonal (Ahlberg et al., 2004; Berggren et al., 2006; Straus et al., 2007). Detta kan grunda sig i både språkproblematik (Straus et al., 2007; Thierfelder et al., 2011; Upvall et al., 2008) samt att vårdaren förutsatte att kvinnan inte hade tillräcklig kunskap om sin egen kropp, och därför inte lyssnade på henne. Det hände att vårdgivare tog förgivet att kvinnornas medicinska och anatomiska kunskaper var låga, och att de talade långsamt och tydligt för att kvinnorna skulle förstå (Widmark et al., 2010). Många gånger resulterade detta i problem för kvinnan (Ahlberg et al., 2004; Berggren et al., 2006; Straus et al., 2007), då vården i sin tur inte hade tillräcklig kunskap för att vårda kvinnan på ett önskvärt sätt (Tamaddon et al., 2006; Correa-Velez & Ryan, 2011).

Omvårdnadsbehov

I västerländska länder är det oftast de mer långsiktiga komplikationerna till ingreppet som kvinnorna söker vård för (Abdulcadir et al., 2011) och enligt kvinnorna behövde vårdpersonal ha en grundförståelse för ingreppet och behandla ämnet med respekt för att vården skulle upplevas som positiv (Carroll et al., 2007). Endast omkring en tredjedel av vårdpersonalen hade eller tyckte sig ha tillräcklig kunskap om könsstympning (Tamaddon et al., 2006; Correa-Velez & Ryan, 2011). Kvinnorna led fruktansvärt under vaginala undersökningar, men kunde inte prata öppet om detta, eftersom de skämdes. Skammen som kvinnorna kände gjorde det svårt för dem att ta upp ämnet. Kvinnorna beskrev då hur vårdpersonal som hade god kunskap om könsstympning hade ingett förtroende och gjorde att vården upplevdes som positiv (Lundberg & Gereziher, 2008). Enligt Dahlberg och Segesten (2010) är den som söker vård redan i en sårbar position, och kommer till vården för att få hjälp. Detta gör det viktigt för vårdpersonal att veta vilka länder dessa kvinnor ofta kommer ifrån, så att de kan ta upp ämnet med dessa kvinnor. Endast en tredjedel av vårdpersonal kunde identifiera riskländer korrekt (Kaplan-Marcusan et al., 2009).

Kvinnorna uppgav att de helst ville träffa samma vårdare varje gång de uppsökte vård (Carroll et al., 2007; Correa-Velez & Ryan, 2011; Straus et al., 2007). Detta kan sättas i samband med hur de kände att deras stympning chockade vårdpersonalen och gjorde dem förlägna (Abdullahi et al., 2009), samt hur lite kontakt de hade med personer ur annat ursprung än de själva (Berggren et al., 2006). Att träffa samma vårdare eliminerar risken att denne blir chockad, samt skapar en trygghet hos kvinnan, som inte är van att möta människor i den nya kulturen.

En annan faktor som påverkade vården och som kan relateras till kultur är önskan om en kvinnlig vårdgivare. Att tycka att det är svårare att förhålla sig till en man i vårdsituationen kan ha ett samband med kvinnornas kultur, som påbjuder att endast kvinnor är inblandade när det gäller både könsstympning och förlossning (Chalmers & Hashi, 2000). Detta är ett dilemma, då den västerländska vården består av män och kvinnor som jobbar och verkar tillsammans. Även det faktum att kvinnornas ursprungliga kultur påbjuder att endast kvinnor ska närvara vid förlossningsarbete, men att deras män bjöds in av den västerländska vården att ändå delta, påverkade kvinnorna (Abdullahi et al., 2009; Carroll et al., 2007; Chalmers & Hashi, 2000; Thierfelder et al., 2011; Upvall et al., 2008). Om detta hade uppmärksammats när kvinnan sökte vård, genom att till exempel tala om för kvinnan att hon hade möjlighet att välja att bli vårdad av kvinnor i den mån det var möjligt, skulle enligt Hanssen (2007) en känsla av respekt och omsorg förmedlats eftersom patienten mött en vårdare med kännedom om dennes religion och kultur. Även vården diskuterade sinsemellan kvinnornas inställning, då de kände av kvinnornas motvilja till att bli behandlade av män (Hess et al., 2010). Kvinnorna kan ha känt att vårdarna tyckte att en önskan om kvinnlig vårdgivare var obekvämt, och därför inte vågat fråga om detta nästa gång, något som kan ha resulterat i en obekvämt situation för kvinnan eller till och med fått henne att avstå från att uppsöka vård (Abdullahi et al., 2009). Kaplan-Marcusan et al., (2009) visade att män inom vården i allmänhet inte upplevde ett lika stort intresse för ämnet könsstympning som kvinnor inom vården. Om kvinnorna känner att det saknas intresse för deras kultur och stympning, kan det ytterligare påverka deras uppfattning om att bli vårdade av män (Carroll et al., 2007).

Många kvinnor uppsökte enligt Abdulcadir et al. (2011) vården för att få en defibulation utförd. Detta innebär att vården måste besitta kunskap om hur detta ska ske för att kunna ge god vård (SoS, 2005). Långt ifrån alla vårdare hade tillräcklig kunskap om könsstympning (Tamaddon et al., 2006; Correa-Velez & Ryan, 2011; Kaplan-Marcusan et al., 2009) för att vara kapabla att råda kvinnan till rätt behandling. Om vården hade kunskap om vilka problem som är kopplade till vilken typ av könsstympning hade det underlättat när kvinnan sökte vård (Abdulcadir et al., 2011).

Enligt (SoS, 2005) behöver inte stympningen påverka kvinnornas sexuella lust. Detta överrensstämmer med Essén och Johnsdotter (2004) som beskrev hur könsstympade kvinnor kan njuta av sex. Samtidigt framgick det av Utz-Billing och Kentenich (2008) att många av kvinnorna lider av smärtor och andra problem kopplat till stympningen under större delen av sina liv. Många barnmorskor undrade över detta och ville utöka sin kännedom om hur kvinnornas sexualitet berörs av stympningen vilket även tyder på att kunskapen inom ämnet sviktar (Widmark et al., 2002). För att stilla barnmorskornas nyfikenhet samt öka kunskapen kan barnmorskorna enligt Holm (2001) visa ett genuint intresse genom att öppna upp för samtal om detta vilket skulle visa att de värderar kvinnornas välmående.

Kvinnor som fött barn i västerländska länder upplevde många gånger att de trots att de hade kunskapen, inte blev hörda när de förklarade för vårdpersonalen hur de ville bli behandlade och hur förfarandet skulle gå till för att vara så säkert som möjligt. Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen inte lyssnade på dem, utan ignorerade deras kunskaper och önsknings (Ahlberg et al., 2004; Berggren et al., 2006; Straus et al., 2007). Denna känsla av maktlöshet kan ha yttrat sig i likgiltighet som gjorde att kvinnorna inte ens förväntade sig att bli tillfrågade om huruvida en reinfibulation skulle utföras efter förlossningen eller inte (Lundberg & Gereziher, 2006; Thierfelder et al., 2011). Kvinnor som flyttat ifrån sitt hemland och därmed tappat sitt sociala skyddsnät, upplevde stress och rädsla när de födde barn i det nya landet, och kände sig ensamma och utsatta (Lundberg & Gereziher, 2006; Correa-Velez & Ryan 2011). Om kvinnan däremot hade med sig många anhöriga till vården upplevde några vårdare blandade känslor och besvärades av att de anhöriga lade sig i vården (Widmark et al., 2002). Andra uttryckte en medvetenhet kring vikten av kvinnornas gemenskap inom familjen, och inkluderade dem i vården av kvinnan (Widmark et al., 2010).

Slutsats

Forskningen visar att svårigheter uppstår när könsstympade kvinnor möter västerländsk sjukvård, bekymmer som skapar obehag för såväl kvinnorna som vårdpersonalen. Ökad kunskap om ingreppet i sig och dess komplikationer samt förbättrade kommunikationsstrategier skulle förbättra vården av kvinnorna och på ett kulturkongruent vis skapa möjligheter för dialog och förståelse mellan grupperna. Det har visat sig att skam och skuld är känslor som kvinnorna ofta bär med sig då de ska eller har mött vården vilket inte är känslor som sjukvården bör framkalla hos sina patienter.

Den forskning som finns innefattar flera aspekter av könsstympning och västerländsk sjukvård. Denna forskning brister i tillämpning ute i verksamheterna, personalen i flera inkluderade studier vittnade om avsaknad av kunskap och riktlinjer. Genom att lagstifta mot ingreppet har vårdpersonal givits viss vägledning. Men det har visat sig att kongruens i vården av kvinnorna saknas. Studierna skulle med fördel kunna användas för att utveckla direktiv inom vården samt forma studiemål för att kunna införa könsstympning som en del av utbildningarna för vårdpersonal.

Föreliggande studie kan med fördel användas av vårdpersonal som vill få en överblick i ämnet och skapa sig en uppfattning om hur vården av kvinnorna kan förbättras. De kan se vilka aspekter av vårdmötet som vanligen skapar obehag och få idéer om hur de kan förbättra situationen för kvinnorna som söker vård hos dem.

Fortsatta studier

Resultatet har urskiljt brister och svårigheter inom vården av kvinnorna, vilka anses ge belägg för att utveckla strategier som kan höja kvaliteten inom flera områden. Författarna till denna studie finner dock att vidare studier behövs för att ytterligare kunna utveckla vården så att frågan kan hanteras på ett bättre sätt.

Vårdpersonalens och kvinnornas svårigheter att kommunicera med varandra är en fråga av stor vikt. Det anses angeläget att studier genomförs för att belysa hur problemen bör hanteras. Om individerna i vårdmötet kunde kommunicera med varandra skulle vården av kvinnorna kunna anpassas på individnivå utifrån den holistiska människosynen. Allt för

ofta brister användandet av tolk ur flera aspekter och det bör klargöras hur och varför bristerna uppstår samt hur vården ska kunna komma tillrätta med dessa, inte minst för att kunna garantera en säker vård för alla invånare.

Kunskapsluckorna hos vårdpersonalen om den medicinska och tekniska delen av könsstympning behöver täppas igen. Författarna till föreliggande studie uppmärksammar dock att meningarna om hur kvinnorna bör behandlas går isär inom den befintliga forskningen. Studier som riktas mot att klargöra den medicinska aspekten är att föredra för att kunna skapa riktlinjer så att vården kan anpassas på en universell nivå.

REFERENSER

* Markerade titlar finns redovisade i matrisen (bilaga II)

Abdulcadir, J., Margairaz, C., Boulvain, M., & Irion, O. (2011). Care of women with female genital mutilation/cutting. [Elektronisk version]. *Swiss medicine weekley*, 140.

* Abdullahi, A., Copping, J., Kessel, A., Luck, M., & Bonell, C. (2009). Cervical screening: perceptions and barriers to uptake among Somali women in Camden. [Elektronisk version]. *Public Health*, 123, (680-685).

* Ahlberg, B.M., Krantz, I., Lindmark, G., & Warsame, M. (2004). "It's only a tradition": making sense of eradication and interventions and the persistence of female "circumcision" within a Swedish context. [Elektronisk version]. *Critical Social Policy*, 24(1), 50-78.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Behrendt, A., & Moritz, S. (2005). Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. [Elektronisk version]. *The American journal of Psychiatry*, 162(5), 1000-1002.

Berg, A., Dencker, K., & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

* 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. [Elektronisk version]. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(1), 50-57.

Berggren, V., & Franck, M. (2008). *Kvinnlig könsstympning*. Lund: Studentlitteratur.

Bosch, X. (2001). Spain considers improving law on female circumcision. [Elektronisk version]. *The Lancet*, 357, 1510.

* Carroll, J., Epstein, R., Fiscella, K., Gipson, T., Volpe, E., & Jean-Pierre, P. (2007). Caring for Somali women: implications for clinician-patient communication. [Elektronisk version]. *Patient Education and Counseling*, 66, 337-345.

* Chalmers, B., & Hashi, K. O. (2000). 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. [Elektronisk version]. *Birth*, 27(4), 227-234.

Cook, R., & Dickens, B. (2010). Special commentary on the issue of reinfibulation. [Elektronisk version]. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 109, 97-99.

* Correa-Velez, I., & Ryan, J. (2011). Developing a best practice model of refugee maternity care. [Elektronisk version]. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*.

Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Dave, A., Sethi, A., & Morrone, A. (2011). Female genital mutilation: What every American dermatologist needs to know. [Elektronisk version]. *Dermatologic Clinics*, 29(1), 103-109.

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

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Gustavsson, B., Hermerén, G., & Petersson, B. (2005). *Vad är god forskningssed? Synpunkter, riktlinjer och exempel*. Stockholm: Printfabriken
Hämtad den 15 mars, 2011, från Vetenskapsrådet:
http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000334/god_forskningssed_3.pdf

Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.

Helgesson, G. (2006) *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur

* Hess, R.F., Weinland, J.A., & Saalinger, N.M. (2010). Knowledge of female genital cutting and experience with women who are circumcised: a survey of nurse-midwives in the United States. [Elektronisk version]. *Journal of midwifery & women's health*, 55(1), 46-54.

Holm, U. (2001). *Empati: att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur & Kultur.

* Kaplan-Marcusan, A., Torán-Monserrat, P., Moreno-Navarro, J., Fábregas, M.J.C., & Munoz-Ortiz, L. (2009). Perception of primary health professionals about female genital mutilation: from healthcare to intercultural competence. [Elektronisk version]. *BioMed Central health services research*, 9(11), 1-8.

* Khaja, K., Lay, K., & Boys, S. (2010). Female circumcision: toward an inclusive practice of care. [Elektronisk version]. *Health Care for Women International*, 31, 686-699.

Krása, K. (2010). Human rights for women: the ethical and legal discussion about female genital mutilation in Germany in comparison with other Western European countries. [Elektronisk version]. *Medicine, health care, and philosophy*, 13(3), 269-278.

Leininger, M. (1996). Culture Care Theory, Research, and Practice. [Elektronisk version]. *Nursing Science Quarterly*, 9(2), 71-78.

Leininger, M. (1997). Overview of the Theory of Culture Care with the Ethnonursing Research Method. [Elektronisk version]. *Journal of Transcultural Nursing*, 8(2), 32-51.

Leininger, M. (2002). Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. [Elektronisk version]. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192.

Leye, E., Powell, R., Nienhuis, G., Claeys, P., & Temmerman, M. (2006). Health care in Europe for women with genital mutilation. [Elektronisk version]. *Health care for women international*, 27, 362-378.

* Leye, E., Ysebaert, I., Deblonde, J., Claeys, P., Vermeulen, G., Jacquemyn, Y., & Temmerman, M. (2008). Female genital mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. [Elektronisk version]. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13(2), 182-190.

* Lundberg, P.C., & Gereziher, A. (2006). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. [Elektronisk version]. *Midwifery*, 24, 214-225.

Nawal, M.N. (2008). An introduction to global women's health. [Elektronisk version]. *Reviews in Obstetrics and Gynecology* 1(1), 33-37.

Norstedts: engelsk-svenska ordbok professionell. (första upplagan). (2010). Norstedts Förlag AB.

Persson, E., Liljegren, M., Lundgren, A-M., Mogess, L., Mörlin, B.,...Wiklund, I. (2007). *Fokusrapport: Mötet med könsstympade kvinnor i vården.* Stockholm.

Polit, D., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* (8:e uppl.). Philadelphia: Lippincott.

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

SFS 1982:316. *Lag med förbud mot könsstympning av kvinnor.* Stockholm: Riksdagen.

* Straus, L., McEwen, A., & Mohamed Hussein, F. (2007). Somali women's experience of childbirth in the UK: perspectives from Somali health workers. [Elektronisk version]. *Midwifery*, 25, 181-186.

* Tamaddon, L., Johnsdotter, S., Liljestränd, J., & Essén, B. (2006). Swedish health care providers' experience and knowledge of female genital cutting. [Elektronisk version]. *Health Care for Women International*, 27, 709-722.

* Thierfelder, C., Tanner, M., & Kessler Bodiang, C.M. (2011). Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. [Elektronisk version]. *European Journal of Public Health*, 15(1), 86-90.

* Uppvall, M., Mohammed, K., & Dodge, P. (2008). Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circumcision in the United States: a focus group approach. [Elektronisk version]. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 360-368.

Utz-Billing, I., & Kentenich, H. (2008). Female genital mutilation: an injury, physical and mental harm. [Elektronisk version]. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 29(4), 225-229.

Vetenskapsrådet. (2011). *Etik*. Hämtat den 15 mars, 2011, från Vetenskapsrådet:
<http://www.vr.se/etik.4.3840dc7d108b8d5ad5280004294.html>

* Widmark, C., Levál, A., Tishelman, C., & Ahlberg, B.M. (2010). Obstetric care at the intersection of science and culture: swedish doctors' perspectives on obstetric care of women who have undergone female genital cutting. [Elektronisk version]. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30(6), 553-558.

* Widmark, C., Tishelman, C., & Ahlberg, B.M. (2002). A study of swedish midwives' encounters with infibulated women in Sweden. [Elektronisk version]. *Midwifery*, 18(2), 113-125.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2010). *Female genital mutilation*. Hämtad 29 november, 2010, från World Health Organization:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en>

BILAGA I

Tabell 1. 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 (2006).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) 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.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) 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.
Icke- kontrollerad studie (P) 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.
Retrospektiv studie (R) 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.
Kvalitativ studie (K) 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 (sammenhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; 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 II

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Abdullahi, A., Copping, J., Kessel, A., Luck, M., Bonell, C. 2009 England	Cervical screening: Perceptions and barriers to uptake among Somali women in Camden	Att undersöka vilka hinder som upplevs av Somaliska kvinnor för att genomgå screeningstest för cellförändringar i livmodertappen, och hur man kan övervinna dem.	Intervjustudie samt fokusgrupper användes för att samla in material.	Intervju n=8 (0) Fokusgrupp n=42 (0)	Man nämnde att man kände sig obekvämt med att visa att man var könsstympad och tyckte inte om eller fasade för vårdpersonalens reaktioner på detta. Kommunikation var ytterligare hinder som nämndes som anledningar att utebli från testen.	I (K)
Ahlberg, B., Krantz, I., Lindmark, G., Warsame, M. 2004 Sverige	'It's only a tradition': making sense of eradication interventions and the persistence of female 'circumcision' within a Swedish context	Att undersöka varför kvinnlig könsstympning fortsätter att praktiseras, trots ihärdiga försök att eliminera detta fenomen och trots att många som bor i länder där detta traditionellt sett praktiseras flyttat till icke-praktiserande länder.	Intervjustudie utförd under två år med kvinnor och män, flickor och pojkar som lever med och påverkas av kvinnlig könsstympning och som ursprungligen är ifrån Somalia.	n=110 (0)	Paradoxalt nog har alla försök som gjorts för att eliminera detta fenomen har inte bara varit av godo för dessa människor. Problemet har stigmatiserats och man tar nu avstånd från att prata om problem man har kopplade till könsstympningen. Det innebär komplexa känslor att komma till ett land där det som tidigare varit en stolthet, är förbjudet. Kulturella skillnader och värderingar kring fenomenet gör att detta är ett dilemma för samtliga inblandade.	I (K)
Berggren, V., Bergström, S., Edberg, A-K. 2006 Sverige	Being different and vulnerable: Experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden.	Att undersöka upplevelsen av kvinnlig könsstympning och erfarenheten av möten med svensk mödravård bland kvinnor från Eritrea, Somalia och Sudan boende i Sverige.	Explorativ kvalitativ design med intervjuer. Intervjuerna analyserades för att finna förståelse.	n=22 (1)	Kvinnorna upplever sig stirrade på, utsatta och sårbara när de kommer till vården, de känner att sjukvårdspersonal inte förstår och inte lyssnar. Språksvårigheter och brist på tolkar försvårar.	I (K)

Bilaga II

Författare År Land År	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Carroll, J., Epstein, R., Fiscella, K., Gipson, T., Volpe, E., Jean-Pierre, P. 2007 USA	Caring for Somali women: Implication for clinician- patient communication	Att identifiera hur invandrade somaliska kvinnor föredrar att kommunikationen sker med den preventiva vården i USA, samt att få en bild av hur de nu uppfattar denna kommunikation.	Intervjustudie bland invandrade somaliska kvinnor i USA.	n=34 (0)	Kvinnorna tyckte att det som utmärkte en bra kommunikation med vården, och faktorer som uppfattades positivt i kontakt med vården, var en effektiv verbal samt icke-verbal kommunikation, att de blev behandlade av kvinnor, tillgången till kunnig kvinnlig tolk, att känna sig respekterad och sedd samt att bli behandlad med diskretion och respekt.	I (K)
Chalmers, B., Hashi, K.O. 2000 Kanada	432 somali women´s birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation	Samla information om könsstympade kvinnors upplevelser av vården kring deras graviditet och förlossning samt om tidigare erfarenheter runt ingreppet.	Kvinnorna intervjuades genom av två somaliska barnmorskor.	n=432	Kvinnorna upplevde att de hade lite att säga till om i sin förlossningsvård. Kvinnorna var missnöjda då de inte mött personal som förstått dem och deras problematik, merparten av kvinnorna berättade om vårdpersonal som sårat dem.	II (K)
Correa- Velez, I., Ryan, J. 2011 Australien	Developing a best practice model of refugee maternity care	Att undersöka vilka faktorer som påverkar kvalitén på samt vad som utgör god mödravård för invandrarkvinnor, för att sedan kunna implementera dessa i en modell för hur denna vård ska bedrivas.	Insamling av statistiskt material från sjukhus om kvinnorna och faktorer som påverkar deras vård. Intervjuer utförda med invandrarkvinnor från Afrika, enkätundersökning bland sjukvårdspersonal.	n=23 (0) 637(469)	Bättre tillgång till tolkar och mer kompetenta tolkar var ett behov som uttrycktes av båda grupperna. Utvecklande av sjukvårdspersonalens kunskap kring kulturella och etniska frågor för att skapa en bättre kongruens mellan kvinnornas förväntningar och bemötandet de får i vården.	I (R) (K)

Bilaga II

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Hess, R.F., Weinland J., Saalinger N.M. 2010 USA	Knowledge of female genital cutting and experience with women who are circumcised: A survey of nurse-midwives in the United States	Att kartlägga kunskapen hos legitimerade sjuksköterskor och barnmorskor om könsstympning och deras erfarenheter av att i USA arbeta med afrikanska invandrarkvinnor som könsstympats.	Enkäter delades in i tre delar, varav två kvantitativa delar med stängda frågor. Personal som mött könsstympade kvinnor i arbetet fick även svara på en tredje, kvalitativ del med öppna frågor.	n=243 (357)	Kunskap om fakta samt medicinska och fysiska frågor fanns i större utsträckning än kunskap om de kulturella och religiösa influenserna. De tre huvudteman som diskuterades i omvårdnaden var reinfibulation efter förlossning, komplikationer av könsstympning samt patienternas önskemål om kvinnlig omvårdnadspersonal.	II (R)
Kaplan- Marcusan, A., Torán- Monserrat, P., Moreno- Navarro, J., Castany Fábregas, M., Muñoz-Ortiz, L. 2009 Spanien	Perception of primary health professionals about female genital mutilation: from healthcare to intercultural competence	Att undersöka vad sjukvårdspersonal har för kunskap och uppfattning kring ämnet kvinnlig könsstympning och hur deras attityder i ämnet yttrade sig, samt om dessa kunskaper och attityder verkade förändras i någon riktning med några års mellanrum.	Enkätstudie utförd vid två olika tillfällen, 2001 och 2004.	År 2001 n=280 (55) År 2004 n=296 (112)	Över 80 % av deltagarna behandlade regelbundet patienter som ursprungligen kommer från områden där kvinnlig könsstympning är norm. Mindre än hälften kunde återge de olika typerna av könsstympning och 18% av deltagarna var intresserade av att lära sig mer om ämnet.	I (R)
Khaja, K., Lay, K., Boys, S. 2010 Kanada och USA	Female circumcision: Toward an inclusive practice of care	Delvis redovisa resultatet kommen ur en intervjustudie och vad hälso- och sjukvården bör ta i beaktande när vården av dessa kvinnor ska utformas samt beskriva hur vi bör ändra vår syn på könsstympning.	Kvalitativa explorativa intervjuer	n=17	Kvinnorna kände sig uttittade av vårdpersonalen relaterat till stympningen. Lagen mot stympning känns förnedrande för dem eftersom de tycker att de beskrivs som barnmisshandlare.	II (K)

Bilaga II

Författare År Land År	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Leye, E., Ysebaert, I., Deblonde, J., Claeys, P., Vermeulen, G., Jacquemyn, Y Temmerman, M. 2008 Belgien	Female genital mutilation: Knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists	Att undersöka vad Belgiska gynekologer har för kunskaper och attityder kring ämnet kvinnlig könsstympning.	Enkätundersökning bland gynekologer på ett universitetssjukhus. Frågeformulär utvecklat ur en schweizisk studie.	n=333 (391)	Yngre deltagare i studien var mer benägna att ha kunskap i ämnet än äldre kollegor, och hade dessutom fått mer utbildning i ämnet. Över 80% tyckte att könsstympning var en kränkning av kvinnan. Mer än 60 % skulle utföra en reinfibulation om de blev tillfrågade.	I (R)
Lundberg, P.C., Gerezgiher, A. 2008 Sverige	Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden	Att undersöka eritreanska kvinnors erfarenheter av graviditet och förlossning relaterat till kvinnlig könsstympning	Etnografisk design, semistrukturerade intervjufrågor. Två djupintervjuer genomfördes med varje informant.	n=15	Många beskrev komplikationer som de inte kunde tala öppet om på grund av skam. Kvinnorna hade både positiva och negativa upplevelser av möte med vårdpersonal och svensk sjukvård. De kvinnor med positiva upplevelser hade mött personal som hade god kunskap och var välinformerade om kvinnlig könsstympning.	I (K)
Straus, L., McEwen, A., Mohamed Hussein, F. 2006 England	Somali women's experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers	Att utforska vilka erfarenheter och upplevelser Somaliska kvinnor har av att föda barn i England.	Intervjustudie genomfördes bland somaliska kvinnor som hade erfarenheter av att föda barn i England.	n=8 (0)	Kvinnorna upplevde att kunskap saknades för att ge god vård när de skulle föda. Brister i kommunikation, kunskap samt negativa attityder påverkade dem under deras tid på sjukhuset.	I (K)

Bilaga II

Författare År Land År	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Tamaddon, L., Johnsdotter, S., Liljestrand, J., Essén, B. 2011 Sverige	Swedish health care providers' experience and knowledge of female genital cutting	Att undersöka kunskap och erfarenhet hos svenska sjukvården vad gäller kvinnlig könsstympning som hälsorisk.	Enkätundersökning bland gynekologer, pediatriker, skolsköterskor, mödrahälsovård samt barnmorskor.	n=2707 (1938)	Ca 80 % av de svarande hade erfarenhet av att behandla kvinnor som blivit könsstympade. Erfarenheten hos de olika yrkesgrupperna skilde sig dock åt med gruppen gynekologer som mest erfarna av att behandla dessa kvinnor, och hade störst kunskap.	I (R)
Thierfelder, C., Tanner, M., Kessler Bodiang, C. 2005 Schweiz	Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system	Att undersöka hur invandrade afrikanska kvinnor som blivit könsstympade upplever den gynekologiska vården i Schweiz. Huruvida de tycker att de får adekvat vård för de problem de har kopplat till könsstympningen.	Intervjuer i fokusgrupper med könsstympade kvinnor från Afrika. Telefonintervjuer med vårdpersonal som hade erfarenhet av att arbeta med kvinnor som blivit könsstympade.	Fokusgrupp n=29 (0) Intervjuad personal n=37 (0)	Sjukvårdspersonal har för lite erfarenhet av kvinnlig könsstympning för att kunna ge dessa kvinnor god och säker vård. Kommunikationen mellan sjukvården och kvinnorna brister många gånger, och med anledning av detta blir vården sämre. Dessutom saknas riktlinjer för hur den Schweiziska vården ska handla i relation till dessa kvinnor.	I (K)
Upvall, M.J., Mohammed, K., Dodge, P.D. 2009 USA	Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circumcision in the United States: A focus group approach.	Att undersöka hur flyktingar från den etniska gruppen Somali Bantu ser på hälso- och sjukvård i rollen som könsstympade kvinnor nyligen ankomna till USA.	Intervju och diskussion i små fokusgrupper, frågeguide med öppna frågor användes. Kvalitativ innehållsanalys genomfördes.	n=23	Kvinnorna upplevde flera problem och hade funderingar kring amerikansk hälso- och sjukvård i allmänhet samt i relation till stympning. Kvinnlig vårdare från samma religion föredrogs, frågor kring mödravård, vaginala undersökningar och integritet var av vikt. Ett av de största hindren för god vård var språket och bristen på korrekt och kompetent tolkning.	I (K)

Bilaga II

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Widmark, C., Leval, A., Tishelman, C., Ahlberg, B. M. 2010 Sverige	Obstetric care at the intersection of science and culture: Swedish doctors' perspectives on obstetric care of women who have undergone female genital cutting.	Att utforska obstetrikers syn på att vårda kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning. Hur beskriver, förklarar och resonerar de kring vården av och riktlinjer angående kvinnlig könsstympning.	Intervjustudie bland läkare inom det obstetriska fältet i Sverige.	n=13 (0)	Åsikterna gick isär när det gällde hur man på bästa sätt ger dessa kvinnor god vård. Riktlinjer kring ämnet är diffusa och går isär och ansvarsfrågan är oklar i många situationer. Svårigheter med kommunikationen upplevdes som ett hinder.	I (K)
Widmark, C., Tishelman, C., Ahlberg, B.M. 2002 Sverige	A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden	Utreda barnmorskors uppfattning och inställning till infibulation och infibulerade kvinnor samt deras erfarenhet av att vårda dem.	Diskussioner hölls i små fokusgrupper och enskilda intervjuer genomfördes vid behov.	n=26	Mötet med könsstympade kvinnor väckte känslor av ilska, hat, stress, empati och sorg hos barnmorskorna. De beskriver svårigheter i omvårdnaden relaterade till språkproblem, närvaro av maken och familj. Många tyckte att de saknade de tekniska färdigheter som krävs i vården av kvinnan.	I (K)

Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006).

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

I = Hög, II = Medel, III = Låg