



**SJUKSKÖTERSKANS ERFARENHETER OCH KUNSKAPER OM
KVINNLIK KÖNSSTYMPNING**

**NURSES' EXPERIENCE AND KNOWLEDGE ABOUT FEMALE
GENITAL MUTILATION**

Examinationsdatum: 2013-12-18
Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Kurs: 40
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Författare: Nabila Bibi
Neda Rahimian

Handledare: Britten Jansson
Examinator: Margareta Westerbotn

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Kvinnlig könsstympning är ett fysiskt ingrepp där hela eller delar av kvinnans eller flickans yttre könsorgan borttas eller på annat vis skadas av traditionella och kulturella orsaker. Det finns över 140 miljoner könsstympade kvinnor i världen. Kvinnlig könsstympning klassificeras i fyra olika kategorier. Ingreppet förekommer främst i östra, västra och nordöstra delen av Afrika. Cirka 70 procent av kvinnorna blir könsstympade vid barnåldern. Kvinnlig könsstympning innebär många hälsorisker och komplikationer för flickan och kvinnan. Orsaken till kvinnlig könsstympning indelas i fem grupper: Estetiska och hygieniska skäl, sociologiska skäl, psykologisk skäl, myter och falska tron och religiösa skäl.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors erfarenhet och kunskap om kvinnlig könsstympning.

Metod

Metoden som valdes var kvalitativ intervjustudie. Intervjuer av sjuksköterskor som arbetar inom Stockholms län genomfördes för att få en djupare förståelse i området som skulle studeras. Elva intervjuer genomfördes och analyserades genom innehållsanalys.

Resultat

Sex av sjuksköterskorna kom i kontakt med de könsstympade kvinnorna och flickorna på olika sätt. Kvinnorna hade sökt vård på grund av komplikationer relaterade till könsstympningen och vaginala plastikoperationer. Sjuksköterskorna hade bristande kunskaper angående kvinnlig könsstympning. Den främsta kunskapskällan sjuksköterskorna nämnde var massmedia.

Slutsats

Sjuksköterskor kommer i kontakt med könsstympade kvinnor och flickor genom den ökade invandringen från afrikanska länder. Det framkom att svårigheter i omvårdnaden uppstår då det kan ske en kulturkrock. Det finns bristande kunskap om ämnet bland sjuksköterskor i Sverige. Sjuksköterskorna hade fördomar och negativa attityder upptäckts mot somaliska kvinnor.

Nyckelord: kvinnlig könsstympning, sjuksköterska, erfarenhet, kunskap

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	4
Kvinnlig könsstympning	4
Klassificering av kvinnlig könstympning	5
Komplikationer vid könsstympning	5
Orsak till könsstympning	6
Lag mot kvinnlig könsstympning	9
Sjuksköterskans ansvar	9
Erfarenhet	10
Kunskap	10
Problemformulering	11
SYFTE	11
METOD	11
Metodval	11
Urvalskriterier	11
Intervjuguide	12
Genomförande	12
Databearbetning	13
Dataanalys	13
Forskningsetiska överväganden	14
RESULTAT	15
Sjuksköterskans erfarenhet av kvinnlig könsstympning	15
Omvårdnadsåtgärder	13
Sjuksköterskornas kunskaper	18
Kunskap om omvårdnandsarbete	17
DISKUSSION	22
Resultatdiskussion	22
Metoddiskussion	25
SLUTSATS	27
REFERENSER	29
BILAGA A-B	

BAKGRUND

Kvinnlig könsstympning

Kvinnlig könsstympning är ett fysiskt ingrepp där hela eller delar av kvinnans eller flickans yttre könsorgan borttas eller på annat vis skadas av traditionella och kulturella orsaker (Nour, 2008; Berggren & Franck, 2008). Enligt Berggren och Franck (2008) finns det över 140 miljoner könsstympade kvinnor i världen och varje år könsstympas cirka tre miljoner flickor. Berggren och Franck (2008) menar att orden kvinnlig omskärelse eller kvinnlig könsstympning bär med sig en fördömande attityd. Ordet kvinnlig könsstympning kan låta nedlåtande. Människor som praktiserar könsstympning upplever att ordet omskärelse borde användas i utbyte. Risken med detta är att kvinnlig omskärelse jämförs med manlig omskärelse, vilket är fel både ur ett religiöst samt ett anatomiskt perspektiv. Därför föredras ordet kvinnlig könsstympning. Även World Health Organisation [WHO] (2013) har valt att använda ordet kvinnlig könsstympning när området beskrivs

Prevalens

Kvinnlig könsstympning förekommer främst i östra, västra och nordöstra delen av Afrika, vilket även benämns för omskärelsebältet. Könsstympning praktiseras i 28 afrikanska länder och cirka 70 procent av kvinnorna blir könsstympade vid barnåldern. Ingreppet har även upptäckts i delar av Mellanöstern, Malaysia och Indonesien. Vilken typ av ingrepp som tillämpas och orsaken till kvinnlig könsstympning beror på kultur, etnicitet och ursprung (Berggren & Franck 2008). Åldern på flickorna skiljer sig mellan länderna. I vissa länder utförs ingreppet på spädbarn och i andra länder sker det i puberteten. Ett exempel är att en andel stammar i Eritrea och Etiopien könsstympar barn redan när de är en vecka gamla medan i grannlandet Somalia är ingreppet vanligast bland flickor i sex-åtta års ålder, men vanligast förekommande är i fem till tio års ålder (Berggren & Franck 2008; Socialstyrelsen, 2005; Bjälkander, Grant, Berggren, Bathija & Almroth, 2013).

Utförande

Ingreppet utförs framförallt av kvinnor. Traditionella barnmorskor arbetar oftast som omskärerskor. Oftast har äldre kvinnor i slakten ansvar över att flickor och kvinnor könsstympas. Kvinnor med religiösa eller rituella funktioner kan också utföra ingreppet. I undantagsfall utförs ingreppet på sjukhus av kompetent sjukvårdspersonal. Kraven för att utföra ingreppet på sjukhus med bedövning samt goda hygieniska förhållanden är att föräldrarna bekostar ingreppet. På grund av ekonomiska problem väljs detta alternativ vanligtvis bort (Statenshelsetilsyn, 2000; Socialstyrelsen 2005).

I Sierra Leone könsstympas flickor i bondo bush, vilket är en form av övergångsritual från flicka till kvinna (Utzet et al., 2013). Det utförs olika ceremonier där bland annat könsstympning ingår. Området för bondo bush brukar vara lokaliserad flera kilometer ifrån byn och enbart kvinnor har tillträde till området. Kvinnorna som leder bondo bush ceremonierna kallas för *sowie* och utför själva könsstympning på flickorna. *Sowie* är äldre kvinnor, som har arvt sina positioner. En *Sowie* är inte enbart en kvinna som utför ingreppet könsstympning utan hon är även respekterad och tros ha övernaturliga krafter (Berggren & Franck 2008; Socialstyrelsen, 2005). Ett arbete som *sowe* är ett respektabelt jobb med status. Många av dessa kvinnor utför könsstympning av syfte för att kunna försörja sig själva, då det är vanligt i afrikanska länder att den manliga släktingen ärver föräldrarnas tillhörigheter. Att utföra kvinnlig könsstympning blir då en inkomstkälla för kvinnorna (Socialstyrelsen, 2008).

Om ingreppet inte utförs på sjukhus utan i områden liknande bondo bush används vassa föremål, till exempel rakblad, knivar, glasbitar, saxar. Samma föremål kan återanvändas på flera flickor eller kvinnor och brukar vara i dåligt skick (UNICEF, 2013; Berggren & Franck 2008).

Klassificering av kvinnlig könstympning

WHO (2013) klassificerar kvinnlig könstympning i fyra olika kategorier: typ ett till fyra. Dessa varierar beroende på land och kultur.

Typ ett innebär klitorisdektomi, vid denna typ av könstympning borttas hela eller delar av klitoris, eller enbart förhuden. Denna typ av könstympning kallas även för *sunna*. *Typ två* benämns även som excision där det sker en borttagning av hela klitoris, samt hela eller delar av dem inre blygdläpparna. *Typ tre* kallas för infibulation eller faraonisk omskärelse där yttre och inre blygdläppar samt klitoris avlägsnas. Därefter sys det som finns kvar av dem yttre blygdläppar ihop för att slidmyningen ska täckas. Ett litet hål lämnas ovanför anus för att urin och menstruationsblod ska kunna rinna ut. Det kvarlämnade hålet kan vara enbart några millimeter stort, med andra ord sker en avsmalning av vaginalöppningen. *Typ fyra* är inte fullständigt klarlagd däremot skadas könsorganet på olika sätt. Detta görs genom vassa föremål, bränning av klitoris, införande av frätande ämnen i slidan eller genom att skära runt slidmyningen (Berggren & Franck 2008; Martinelli & Olle´-Goig, 2012; WHO, 2013 Sauer & Neubauer, 2013).

Komplikationer vid könstympning

Ingreppet utförs sällan på sjukhus och av sjukvårdspersonal. Kvinnlig könstympning innebär många hälsorisker och komplikationer för flickan och kvinnan (Socialstyrelsen, 2005).

Tidiga komplikationer

Blödning

Blödningar från underlivet kan uppstå och utvecklas till chocktillstånd vilket innebär att blodtrycket sjunker kraftigt. Om svårigheter med att stoppa blödningen uppstår efter ingreppet, kan det leda till livshotande tillstånd (Landfald, & Yterhus, 2011; Socialstyrelsen, 2005).

Smärta

Bedövning är ovanligt om ingreppet inte utförs på sjukhus. Icke farmakologiska metoder kan komma att användas för att reducera smärtupplevelsen under ingreppet. Exempelvis kan flickan eller kvinnan föras ner i kallt vatten för att minska temperaturen i underlivet, vilket kan minska smärtupplevelsen (Socialstyrelsen, 2005.) Utan bedövning medför ingreppet extrem smärta som i värsta fall kan leda till medvetslöshet (Berggren & Franck, 2008; Utzet et al., 2013) .

Infektion

Utan behandling kan svåra infektioner i såret spridas till närliggande organ och utvecklas till en blodförgiftning. Beroende på åldern vid ingreppet finns det skillnader i komplikationerna. Feber är en indikator för infektion vilket är mer förekommande bland flickor som blir könstympade i noll till tio års ålder. Förklaringen till detta är att könsorganets skyddande miljö med lägre surhetsgrad inte är färdigutvecklad. Detta sker

efter den hormonella förändringen i kroppen under puberteten (Bjälkander et al., 2012; Statenshelsetilsyn, 2000; Sauer & Neubauer, 2013; Sardi, Iavazzo & Gkegkes, 2013).

Infektioner är därför vanligare bland flickor som är könsstympade mellan noll till tio års ålder eftersom att de är mer mottagliga för bakterier. Infektionerna i sig kan leda till olika komplikationer senare i livet, till exempel infertilitet om infektionen angriper äggstockarna (Statenshelsetilsyn, 2000; Sauer & Neubauer, 2013; Sardi, Iavazzo & Gkegkes, 2013).

Sena komplikationer

Urologiska komplikationer

Urinretention och urinvägsinfektioner är vanligt förekommande komplikationer direkt efter könsstympningen men samt senare i livet. Att urinera efter ingreppet kan vara problematiskt då det orsakar smärta i det såriga underlivet. Det kan leda till det allvarliga tillståndet urinstämna. Detta innebär att det ansamlas urin i urinblåsan och som utvidgar sig allt mer på grund av att flickan eller kvinnan inte tömmer urinblåsan tillräckligt eller överhuvudtaget. Utan behandling försämras njurarnas funktion vilket leder till andra allvarliga konsekvenser för kroppen. Flickor och kvinnor som könsstympas drabbas av återkommande urinvägsinfektioner. Anledningen till varför de får återkommande urinvägsinfektioner är bland annat oförmåga att tömma urinblåsan tillräckligt samt av hygieniska skäl då tarmbakterier lättare kan orsaka infektioner. Kvinnor och flickor som är könsstympade enligt könsstympningsformen *typ tre* har en ökad risk för att menstruationsblod, urin och flytningar stockas innanför den ihopsydda slidan, vilket blir en gynnsam miljö för bakterier (Okwudili & Chukwudi 2012). Enligt Berggren och Franck (2008) är urininkontinens ett vanligt problem bland könsstympade kvinnor, speciellt infibulerade. Detta kan vara en följd av svårigheter som uppstår med att tömma urinblåsan.

Sexuella komplikationer

Om kvinnan är infibulerad innebär det att en liten öppning i vulvan har lämnats vilket försvårar penetration med penis. Detta orsakar samlagssmärter hos kvinnan men även hos mannen. På så sätt minskar den sexuella njutningen hos kvinnan, men sexuell njutning kan upplevas genom till exempel stimulans av bröst och andra känsliga områden på kroppen (Okwudili & Chukwudi 2012; Socialstyrelsen, 2005).

Psykiska komplikationer

Att utsätta flickor för en stark smärtupplevelse under den period då flickan söker sin identitet kan leda till psykiska problem senare i livet. Till exempel återupplevande av händelsen, undvikande beteenden samt stress. Posttraumatiskt stressyndrom är en vanlig reaktion till traumatiska händelser. Flickan kan utveckla hat och ilska mot den äldre generationen som utförde ingreppet. Förlossning och samlag påminner om smärtan under könsstympningen och kan därför bli plågsamma (Berggren & Franck 2008; Socialstyrelsen, 2005; Okwudili & Chukwudi, 2012).

Orsak till könsstympning

Enligt Martinell och Olle´-Goig (2012) indelas orsaken till könsstympning i fem grupper: sociologiska skäl, psykologisk skäl, myter och falsk tro, estetiska och hygieniska skäl samt religiösa skäl.

Sociologiska skäl

Enligt Berggren och Franck (2008) finns det många olika orsaker till könsstympning men grunden är att kontrollera kvinnan genom att till exempel bevara hennes oskuld. En av de främsta anledningarna till varför könsstympning praktiseras på flickor och kvinnor är tradition. Följer individen en tradition skapas en sorts trygghet samt tillhörighet (Statenshelseinsyn, 2000).

I Socialstyrelsens (2005) utbildningsmaterial står det att kvinnlig könsstympning ses även som en initieringsrit där flickan introduceras till vuxenlivet och det firas med festligheter och gåvor. Detta ses som en positiv rit där vanligen flera flickor i jämlik ålder könsstympas tillsammans. Ceremonierna ses som ett tillfälle att ge kunskap till könsstympade flickor om deras framtida roll som fruar och mödrar, samt ett tillfälle för att föra vidare kulturen och för att skapa tillhörighet. Tillhörigheten skapas genom ären de får och genom smärtan de upplever under ingreppet. Smärta har en positiv mening i detta fall. (Socialstyrelsens, 2005).

I flera länder i Afrika är brudpris en vanlig företeelse, även i de länder där könsstympning inte förekommer. Samband mellan ”priset” på bruden samt om hon är omskuren eller inte har uppmärksamats. Är kvinnan eller flickan omskuren ökar på så sätt värdet på henne. Enligt en del socialantropologer finns det ett så kallat ”jungfruprovet” som förekommer i en del länder. Provet går ut på att makens familj kontrollerar hur trång kvinnans öppning är och därmed erbjuder ett pris på kvinnan eller flickan. Ju trängre öppningen är desto högre pris sätts det. Detta är en ytterligare orsak till varför könsstympning förekommer (Socialstyrelsen, 2002).

Enligt Berggren och Franck (2008) är det inte endast äldre omskurna kvinnor som får uppleva utanförskap av samhället, utan även barn. Det finns exempel där flickor vägrar leka med andra jämnåriga flickor som inte är omskurna. Dessa flickor har en ”orenhet” som smittar och därför får de inte heller röra de omskurna flickornas hår. Det finns även fall där flickor bråkar och uppmanar varandra att visa sin infibulation för att tävla med varandra om vem som är bäst. Gruppträck bland unga är därför också en orsak till könsstympning. Den stora pressen från andra jämnåriga leder till att många av dessa flickor övertygar sina föräldrar om att omskära dem (Socialstyrelsen, 2005).

En kvinna som inte är könsstympad anses ofta vara oren, icke oskuld och ouppfostrad. Detta leder i sin tur till svårigheter för kvinnan att giftas bort och uppnå ett liv med socialt acceptans, därför att män i dessa samhällen föredrar att gifta sig med könsstympade kvinnor. Många familjer upplever sig därför tvingade till att könsstympa sina döttrar, för att kunna ge dem en optimal framtid. Det är en strategi för att ge barnen ett framgångsrikt liv som gifta kvinnor. Det finns flera historier där föräldrar som bor utanför Afrika, blir pressade från flickans mormor eller farmor att könsstympa sina döttrar för att inte riskera att barnbarnet förblir ogift. Det är inte heller ovanligt att flickans mormor eller farmor låter henne omskäras mot familjens vilja under exempelvis en semestervistelse i hemlandet (WHO, 2013; Berggren & Franck, 2008; Socialstyrelsen, 2005; Schultz & Lien, 2013).

Psykologiska skäl

I många afrikanska länder är det viktigt att kvinnans oskuld bevaras fram tills giftermålet. Genom könsstympningsformen infibulation säkras kvinnans oskuld fram till bröllopsnatten.

då mannen ofta har till uppgift att ”öppna henne”. Detta är ett sätt att bevara familjens rykte och heder (Socialstyrelsen, 2005; WHO, 2013).

Att känna sexuell njutning som kvinna är i många av dessa länder tabubelagt ur ett genusperspektiv. Det tros kunna leda till promiskuösa förhållanden samt till prostitution. Att avlägsna klitoris är därmed ett sätt att kontrollera kvinnans sexualitet och kropp genom minskad sexlust. Borttagande av klitoris används även som preventivmedel. En del länder i Afrika har inte tillgång till preventivmedel och denna metod tros leda till reducerat antal oönskade graviditeter i samband med minskad sexuell lust (Socialstyrelsen, 2005).

Myter och falsk tro

Det finns olika normer för vad som är typiskt manligt och kvinnligt. Dessa normer skiljer sig mellan olika länder. I en del länder där könsstympning praktiseras anses mannens förhud vara kvinnligt samt att kvinnans klitoris är manligt. Vissa samhällen har uppfattningen att klitoris är något smutsigt som även kan växa och förhindra samlag samt förlossningar. Det ska därför avlägsnas så att flickorna senare ska kunna utvecklas till riktiga kvinnor (Socialstyrelsen, 2005; Berggren & Franck, 2008).

I en del samhällen där könsstympning sker tros orgasmen kunna döda spermier och därför minimeras möjligheten till graviditet. Kvinnor som har svårigheter med att bli gravida och som tidigare låtit bli att könsstympas väljer att göra det efter giftermål, av det skälet att kunna bli fruktbara. I Tanzania och Kenya tros det även att en kvinna som inte är könsstympad kommer med sannolikhet att inte kunna föda friska barn (Socialstyrelsen, 2002; Berggren & Franck, 2008).

Estetiska samt hygieniska skäl

Ett stängt underliv ses som något vackert och rent och därför utförs det även av estetiska skäl. Sudan och Egypten är två länder där klitoris anses vara något fult och orent. En annan orsak till könsstympning är att en del tror att kvinnor med klitoris har dålig hygien i underlivet och lider av klådbesvär (Berggren & Frank, 2008).

Religion och historia

Kvinnlig könsstympning existerade som en kulturell och social sedvana redan i faraonernas tid, gamla Egypten. Detta förklarar av kvinnlig könsstympning har pågått i världen över 2000 år. Detta gör ingreppet äldre än Kristendomen och Islam. Infibulation existerade under den här tiden tid och därför kallas den även för faraonisk omskärelse. Sedvanan spred sig sedan till stora delar av Afrika genom att små etniska grupper flyttade till andra afrikanska länder (Martinelli & Olle´-Goig, 2012; Berggren & Franck, 2008; Socialstyrelsen, 2002).

Ingreppet könsstympning nämns varken i Bibeln eller i Koranen, och förekommer bland människor med olika tron. Det är ett okänt fenomen i många muslimska länder. Trots det associeras ingreppet ofta felaktigt med Islam. Detta beror på att profeten Muhammed hade nämnt könsstympning i hadithsamlingar. Hadither är skrifter om profeten Mohammeds handlingar och uttalanden (Nationalencyklopedin, 2013). Han hade gjort ett uttalande om könsstympning ska utföras så ska en liten del som möjligt tas bort av könsorganet. Detta tolkar människor på olika sätt. En del menar att han var för könsstympning och andra menar att eftersom könsstympning var en vanlig företeelse på den tiden kunde inte

profeten stoppa det. Därför uppmanade han folk att minimera skadorna (Socialstyrelsen; 2005; Schultz & Lien, 2013).

Könsstympningsformerna *ett* och *två* kallas *sunna*, ett muslimskt talesätt för tradition. Ordet *sunna* betyder även ”profetens sätt”. En del kvinnor från Somalia anser att könsstympning tillåter dem att vara riktiga muslimer då de kan utföra bönen som rena kvinnor. Allt fler muslimska länder väljer att inte praktisera könsstympning, särskilt de allra svåraste formerna (Socialstyrelsen; 2005; Schultz & Lien, 2013).

Det finns även kristna kvinnor som könsstympas av traditionella skäl trots att det inte nämns i bibeln. Kvinnlig könsstympning är dock ett okänt begrepp bland de flesta kristna. Men det utförs fortfarande i vissa kristna afrikanska länder (Berggren & Franck, 2008).

Lag mot kvinnlig könsstympning

Lagstiftning om kvinnlig könsstympning existerar i alla nordiska länder, men några rättsliga åtgärder har aldrig vidtagits. Sverige var det första landet i västvärlden som införde lag mot könsstympning år 1982. Enligt lagen förbud mot könsstympning av kvinnor 1982:316, får kvinnlig könsstympning inte utföras oavsett om samtycke från kvinnan eller flickan finns. I olika delar av västvärlden har kvinnlig könsstympning uppmärksammats i domstolen. I Storbritannien har en engelsk gynekolog fått sin legitimation återkallad under en rättegång då gynekologen hade könsstympat en flicka. (Essén & Wilken-Jensen, 2003) Enligt Tamaddon, Johnsdotte, Liljestränd och Essén (2006) är kvinnlig könsstympning inte lika vanligt i Sverige som i de afrikanska invandranas ursprungsländer.

Sjuksköterskans ansvar

En Sjuksköterska är en legitimerad yrkesprofession som arbetar med hälsa och sjukvård. Sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är att lindra lidande, främja hälsa, återställa hälsa, förebygga sjukdom (Svensk Sjuksköterske Förening [SSF], 2007). Sjuksköterskans arbete styrs av olika lagar såsom Lagen och förordningar om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531), Patientjournalagen (1985:562) och hälso- sjukvårdslagen (1982:763) (Socialstyrelsen, 2005).

Det finns riktlinjer för hur en sjuksköterska ska handla etiskt under omvårdnadsarbetet. De är samlade i International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor (SSF, 2007)

En del av dessa koder är:

Sjuksköterskan och allmänheten

Primära ansvaret för sjuksköterskor är att ge människor vård. Sjuksköterskan ska arbeta för en miljö där människors rättigheter, religioner, värderingar och traditioner respekteras. Berggren, Bergström och Edberg (2006) menar att det finns behov av att möta specifika kulturella hälsobehov, som till exempel könsstympning på ett respektfullt sätt. Därför bär sjuksköterskan ansvar för att skapa en miljö där detta uppfylls.

Sjuksköterskan, professionen och medarbetare

Sjuksköterskan har ansvar för att framställa samt tillämpa acceptabla riktlinjer inom omvårdnadsarbete, forskning, utbildning och ledning. Omvårdnaden som tillämpas ska bygga på evidensbaserad forskning. Berggren, Bergström och Edbergs (2006) studie visar

att svensk hälso- och sjukvård för kvinnor som är könsstympade är inte tillfredsställande och behöver stärkas. Därför har sjuksköterskan som ovan nämnt ett ansvar att tillämpa omvårdnad på evidensbaserade kunskaper samt till att aktivt söka efter kunskapen.

Erfarenhet

Enligt Haglund (2013) är ”*Erfarenhet*” ett begrepp som i dagligt tal definieras som en process där kunskap byggs på genom sinnesintryck samt praktiserande utföranden. Under medeltiden uppmärksammades begreppet inom grekiska filosofin där motsatsen till begreppet ansågs vara teoretiskt- och språkligt kunskap. Erfarenhet erhålls genom upprepade handlingar som sedan leder till kunskap om en specifik situation.

En amerikansk artikel förklarar att sjukvårdspersonal har kunskap om skälen till ingreppet samt vilka komplikationer som könsstympning kan orsaka. Med det finns bristande kunskaper angående kulturen. Då sjuksköterskorna inte har erfarenhet av kvinnlig könsstympning är det lätt att stigmatisering sker av könsstympade kvinnor. För att minska stigmatiseringen krävs det mer kunskap om kulturen i kvinnornas hemländer (Hess, Weinland & Saalinger, 2010)

Kunskap

Enligt Norstedts etymologiska ordbok (2008) är betydelsen av ordet kunskap ”kunnande; lärdom; vetande”. Vetenskapliga filosofin har under flera hundra år studerat frågor kring ämnet. Frågor som ställdes var bland annat: Vad är kunskap? Vad har det för betydelse och hur kan vi erhålla kunskap? Redan i det antika Grekland studerade filosofer detta. Platon (427 f.Kr. – 347 f.Kr.) var en av dem. Han menade att kunskap innebär åsikter med tillförlitliga grunder (Prawitz, 2013).

Praktisk kunskap innebär kunskapsteori inom yrkeslivet. Denna kunskapsform är baserad på mellanmännsliga yrken, till exempel yrken inom vården, skolor och polisyrket. Kortfattat är det kunskap som samlar in genom yrkeserfarenhet. Kunskap baserad på erfarenhet är en stor del utav sjuksköterskans roll. Ett exempel på erfarenhet kopplad till sjuksköterskans profession är tyst kunskap (Birkler 2007). En definition av tyst kunskap är följande:

Det finns alltid en grundläggande icke-språklig kunskap bakom varje färdighet. En kunskap som inte bara är omedveten och osynlig, utan i viss mening inte heller kan göras medveten och synlig, vilket gör den tyst. (Birkler, 2007, s.187).

Enligt Alsterdal et al. (2009) är tyst kunskap en yrkeskunskap som byggs upp genom åren genom erfarenhet. Det kännetecknas av att det inte går att beskriva utan endast upplevas. Upplevelsen kommer i form av instinkter från sjuksköterskan. Det kan röra sig om patientens kroppshållning, uttryck och hudfärg men som inte går att beskriva med ord. Det är en egen kunskapsform som inte är detsamma som de teoretiska kunskaperna. Ett exempel om tyst kunskap är när en sjuksköterska vårdade en nyopererad patient som själv ansåg att han mätte bra. Sjuksköterskan upplevde ändå att något inte riktigt stämde. Hon kunde inte heller se några klara symtom som stödjer det hon trodde på. En läkare tillkallades för att undersöka samt ta prover på patienten, men alla värden var utan anmärkning. Läkaren ansåg att det inte var väsentligt att bli tillkallad. Patienten dog samma dag av en komplikation som inte kunde påvisas av medicinska tester. Problematiken i denna situation var att läkaren inte litade på sjuksköterskans kunskap.

Enligt Berggren et al. (2006) upplever kvinnor som är könsstympade sjukvården inkompetent när det gäller könsstympning. Deras erfarenhet av sjukvården visar att sjukvårdspersonal saknade kunskap angående könsstympning och känner dig dåligt bemötta. Detta bidrog till att kvinnorna kände sig otrygga i vårdsituationer.

I och med den ökade invandringen från afrikanska länder till västvärlden har kunskapen om könsstympning uppmärksammats. Kunskapsluckor har upptäckts och det finns behov av utbildning inom ämnet. De kunskapsluckor som bland annat har uppmärksammats bland sjukvårdspersonal är diagnos och klassificering av kvinnlig könsstympning (Purchase, et al., 2013).

Problemformulering

Den mesta av forskningen som främst finns publiceras på databasen PubMed angående svensk sjukvård och könsstympning är fokuserad på gynekologer och barnmorskors kontakt med kvinnlig könsstympning och inte om hur sjuksköterskor i Sverige kommer i kontakt med könsstympade kvinnor och flickor. Därför anser vi att det finns behov av en kvalitativ studie med enbart fokus på sjuksköterskors kunskaper och erfarenheter angående kvinnlig könsstympning i Sverige, på grund av bristande litteratur. En annan anledning till varför vi vill studera detta område är att könsstympade kvinnor känner att västvärldens sjukvård inte har tillräckliga kunskaper om könsstympning och kände sig därför otrygga i vårdsammanhang (Berggren et al., 2006). Vi vill då därför undersöka kunskaperna kring ämnet bland sjuksköterskor. Manlig omskärelse valdes inte att studeras för att det skiljer sig från kvinnlig könsstympning och utförs av andra skäl.

SYFTE

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors erfarenhet och kunskap om kvinnlig könsstympning.

METOD

Metodval

Metoden som valdes var kvalitativ intervjustudie för att besvara på studies syfte. Intervjuer av sjuksköterskor som arbetar inom Stockholms län skedde för att få en subjektiv förståelse i området som studerades (Henricson, 2012). Semistrukturerad intervjuform användes. Enligt Henricson (2012) är det speciella med semistrukturerad intervjuform att de öppna frågornas ordning anpassas efter deltagaren. På så sätt får deltagaren mer frihet att styra intervjun. Forskaren kan ställa följdfrågor för att få en ytterligare fördjupning i vissa sammanhang.

Urvalskriterier

Enligt Henricson (2012) bör deltagarna som väljs till en kvalitativ studie vara relevanta för studiens syfte, därav valdes sjuksköterskor som arbetar inom vårdcentral, skolhälsovård, gynekologisk mottagning, gynekologisk vårdavdelning och geriatrisk avdelning inom Stockholms län. För att kunna få en bred och spridd kunskap som möjligt kontaktades dessa olika verksamheter inom hälso- och sjukvård. Vi kontaktade både vårdgivare inom landstinget och privat sektor. Det fanns inga speciella krav eller tanke bakom vilka vårdgivare som kontaktades.

Det ansågs som en fördel om deltagande sjuksköterska hade erfarenhet av kvinnlig könsstympning, det vill säga vårdat en könsstympad kvinna/flicka, men det var inte ett krav för att kunna delta i studien då vi ville studera deras kunskaper inom ämnet. Ett annat krav var att deltagarna skulle ha arbetat som sjuksköterska i minst ett år då sannolikheten ansågs större att de hade träffat en könsstympad kvinna eller flicka samt hittat sin roll som sjuksköterska. Benner (2001) menar att erfarenhet inte alltid är beroende av antalet yrkesverksamma år. Det handlar alltså om vilka upplevelser sjuksköterska har haft under sina yrkesår. Deltagaren skulle även tala engelska eller svenska flytande för att det inte skulle ske några språkliga missförstånd som kunde leda till felaktiga slutsatser, men även på grund av etiska skäl då de skulle förstå studiens syfte.

Undersökningsgrupp

Deltagarna bestod av 11 sjuksköterskor. Sex sjuksköterskor var verksamma på gynekologiska avdelningar, en deltagare var skolsköterska, en arbetade på vårdcentral och tre arbetade på en geriatrisk avdelning. Sex av 11 sjuksköterskor hade erfarenhet av kvinnlig könsstympning. Med erfarenhet menas att de under sina verksamma år har vårdat kvinnor som var könsstympade. De fem resterande sjuksköterskor utan erfarenhet inkluderades då det var deras kunskaper angående kvinnlig könsstympning som skulle studeras.

Intervjuguide

I enlighet med Henricson (2012) skapades en semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor (se Bilaga A). Intervjuguiden omfattade nio övergripande frågor för att erhålla detaljrika intervjuer med stödfrågor. Frågorna utformades för att kunna besvara på studiens syfte.

Pilotintervju

I en pilotintervju testas intervjufrågorna samt den planerade tiden (Henricson, 2012). Den första intervjun som genomfördes var en pilotintervju som sedan inkluderades i studien. Efter pilotintervjun ansågs frågeguiden besvara syftet och därför behövdes ingen komplettering av ytterligare frågor.

Genomförande

Tjugotvå chefsjuksköterskor vid valda verksamheter kontaktades via elektronisk post (e-post) och telefon, för att undersöka om intresse till ett deltagande fanns. Därefter togs via e-post kontakt med verksamhetscheferna för ett godkännande. Chefsjuksköterskorna informerade sedan personalen om studien och frågade om intresse fanns. Inom kort fick vi information av chefsjuksköterskorna om vilka sjuksköterskor som frivilligt ville delta i studien och en lämplig tid för intervjuerna bestämdes.

Fem verksamheterchefer gav tillåtelse till studien. Totalt genomfördes 11 intervjuer. Intervjuerna tog cirka 15-20 minuter och skedde ostört i ett enskilt rum på den avdelning eller mottagning sjuksköterskan arbetade på. Med undantag från en sjuksköterska som intervjuades på ett kafé. Båda författarna deltog vid samtliga intervjuer. Innan intervjuens start kom författarna överens om vem som skulle leda intervjun genom att ställa intervjufrågorna. Deltagarna godkände användandet av en diktafon, med undantag från en.

Intervjun som utfördes utan ljudinspelning antecknades av en av författarna samtidigt som den andra ställde frågorna.

En intervju skedde via telefon, då deltagaren inte hade möjlighet att fysiskt träffas. Intervjun skedde i enrum som ingen annan förutom författarna hade tillgång till och samtalet spelades in med diktafon genom att högtalaren på mobilen användes.

Bortfall

Studien bestod av bortfall då 17 verksamheter tackade nej till deltagande. Av dessa 17 verksamheter tackade fyra ja till deltagande i studien men tackade nej i efterhand. Ingen intervju genomfördes med dessa verksamheter.

Databearbetning

Transkribering

Transkribering av de ljudinspelade intervjuerna utfördes i enlighet med Henricsson (2012). All inspelad material transkriberades av båda författarna separat utan uppdelning. Detta skedde i nära anslutning till intervjuerna för att komma ihåg så mycket som möjligt från intervjun, vilket underlättar tolkning av vissa uttryck. Skratt inkluderades inte i transkriberingen då vi upplevde att det inte hade någon betydelse i sammanhanget och för tolkningen av materialet. Varje transkriberad intervju markerades med en siffra och intervjufrågorna markerades med fet stil för att underlätta orienteringen i den transkriberade texten.

Dataanalys

Båda författarna läste de transkriberade texterna enskilt ett flertal gånger som sedan jämfördes med varandra för att upptäcka eventuella skillnader. Det skedde en uppdelning av de transkriberade texterna. Sjuksköterskor med erfarenhet analyserades för sig och sjuksköterskor utan erfarenhet för sig. Därefter reflekterades och analyserades texterna tillsammans utifrån studiens syfte. Analys av de transkriberade texterna skedde i enlighet med Henricson (2012). Meningsenheterna valdes ut som svarade på syftet och färgades med röd färg. Därefter kondenserades meningsenheterna till kortare texter för att texten skulle bli hanterbar. De kondenserade meningsenheterna tilldelades en kod. Syftet med koderna var att ge en kort beskrivning av meningsenheterna. Koderna med liknande innehåll placerades under olika underkategorier. Efter det läste båda författarna igenom alla underkategorier och analyserade materialet för att sedan kunna hitta resultatets kärna. De två kategorier som användes var kunskap och erfarenhet, vilket är syftet två huvudområden. Efter att ha analyserat de transkriberade texterna valdes olika underkategorier totalt framkom det 13 underkategoriers som presenteras i resultatet. Ett exempel på denna process redovisas i tabell 1.

Tabell 1: Exempel på analysprocessen

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
”Jag kan tänkta mig att det främst sker i Afrikas landsbygd och så tar man med sig sin dotter till någon medicinskt kunnig och sen så syr man ihop vaginalöppningen? och blygläppana”	Det sker främst i Afrika av medicinskt kunnig, vaginan sys ihop	Utförandet	Bristande kunskap	Sjuksköterskans kunskap

Tillförlitlighet

Båda författarna medverkade vid alla intervjuer och samma frågeguide har använts vid samtliga intervjuer vilket stärker studiens tillförlitlighet. Intervjuerna inspelades med två diktafoner för att försäkra att intervjuerna inspelades. Sedan har de transkriberade texterna lästs enskilt och tillsammans. För att öka arbetets reliabilitet har båda författarna transkriberat samtliga intervjuer. De transkriberade intervjuerna jämfördes sedan med varandra för att upptäcka eventuella skillnader. Detta gjordes för att undvika egna och felaktiga tolkningar av intervjuerna. Dålig ljudinspelning samt otydlig konversation kan vara andra faktorer till felaktiga tolkningar därför har två diktafoner använts vid samtliga intervjuer. Arbetet har validitet då vi enbart har undersökt det som är avsedd att undersöka och ingenting annat samt att frågeguiden kontrollerades under pilotintervjun för att ge svar på studiens syfte. Genom att samma intervjuguide användes vid samtliga intervjuer och genomförandet av en pilotintervju leder till ett tillförlitligt arbete (Helgesson, 2006; Kvale & Brinkmann 2009).

Forskningsetiska överväganden

Enligt Henricson (2012) finns Det fyra huvudkrav inom forskningsetik: informationskravet, samtyckeskravet, nyttjandekravet och konfidentialitetskravet. Dessa krav har genomtyrat det etiska tänkandet genom hela studien.

Hänsyn har tagits till att skydda deltagarna i denna studie genom att inte avslöja deras identitet, det vill säga genom att behandla all material konfidentiellt. Konfidentialitet innebär att privat information vilket kan identifiera deltagarna har skyddats (Helgesson, 2006). All insamlad data bevarades med säkerhet genom till exempel varsam hantering av USB-minnen och datorer på offentliga platser. Lösenordsskyddade datorer användes och alla utskrifter avidentifieras. Ett informerat samtycke från deltagarnas sida är väsentligt, som vi även fick av samtliga deltagare. Deltagarna erhöll information om studien. Informationen handlar bland annat om studiens innehåll, studieform och själva intervjuerna. Denna information gavs skriftligt och muntligt. Deltagarna meddelades även om att det är frivilligt att delta och de kan avbryta medverkan när de vill. Det har även respekteras om deltagarna inte godkänner att intervjun spelas in med ljudbandspelare..

Efter studiens godkännande kommer all inspelad material och transkribering att raderas från samtliga använda datorer, för att obehöriga inte ska få tillgång till material som kan härledas till deltagarna. Författarna har tagit etiskt ställningstagande genom att ta avstånd från oredlighet genom att inte på något vis försöka manipulera, förvränga eller plagiera text för att det ska gynna studiens resultat. Att plagiera innebär bland annat att beslagta andras publicerade idéer och arbeten utan att referera samt att skriva av en publicering utan att omformulera texten till egna ord (Helgesson, 2006).

Författarna tog även hänsyn till nyttoperspektivet och bedömer att studien ger mer nytta än skada, utifrån de forskningsetiska aspekterna. Utan denna studie kvartstår en kunskapsbrist. Ett etiskt övervägande var att inte intervjua patientgruppen då detta är ett känsligt, - och tabubelagt ämne, samt att denna patientgrupp är svår att nå (Helgesson, 2006).

RESULTAT

I resultatet inkluderas 11 intervjuer med sjuksköterskor verksamma inom Stockholms län. Kategorier och underkategorier presenteras i tabell 2. Resultatet är uppdelat i fem huvudkategorier med deras underkategorier. Ett flertal citat har använts för att stärka resultatet, vilka skrivs i kursiverad text med indrag.

Tabell 2. Presentation av kategorier och underkategorier.

Kategori	Underkategori
Sjuksköterskans erfarenhet av kvinnlig könsstympning	Sjuksköterskans kontakt med könsstympade kvinnor och flickor Psykologiska komplikationer
Omvårdnadsåtgärder	Smärtlindring Samtal Gynekologiska undersökningar
Sjuksköterskans kunskap	Bristande kunskap Tillräcklig kunskap Önskad kunskap Kunskapskällor
Kunskap om omvårdnadsarbetet	Smärtlindring och infektion Sekretess Tolk och kurator Varsamhet

Sjuksköterskans erfarenhet av kvinnlig könsstympning

Av intervjuerna framkom det att sex av de 11 sjuksköterskor som intervjuades hade erfarenhet av kvinnlig könsstympning, det vill säga vårdat en eller flera könsstympade kvinnor eller flickor. I denna del presenteras enbart sjuksköterskornas erfarenheter av kvinnlig könsstympning. Utifrån analysprocessen framkom underrubrikerna *sjuksköterskans kontakt med könsstympade kvinnor och flickor* samt *psykologiska komplikationer*.

Sjuksköterskans kontakt med könsstympade kvinnor och flickor

Antalet patienter som sjuksköterskorna hade träffat som var könsstympade varierade från en till tjugo. Sjuksköterskor kom i kontakt med könsstympade kvinnor och flickor på olika

sätt. De hade bland annat mött kvinnorna under sina verksamma år på gynekologiska avdelningar. Patienterna sökte vård för bland annat akuta buksmärter och blödningar relaterade till ingreppet. Kontakten med könsstympade kvinnor skedde även i samband med aborter och gynekologiska undersökningar där sjuksköterskorna assisterade behandlade läkare.

Sjuksköterskorna hade stött på olika könsstympningstyper och gemensamt för alla sjuksköterskor var att de hade stött på könsstympningsformen *typ tre*. Sjuksköterskorna kom i kontakt med denna patientgrupp när de ska genomgå rekonstruktiva vaginala plastikoperationer. Operationerna utfördes för att det ska bli möjligt med vaginal förlossning. De träffade även denna patientgrupp genom mottagningar för sexuell hälsa och HIV, inom barnmorskemottagning samt inom hemtjänsten.

Det har varit enstaka fall där flickor har sökt sig till skolsköterskan på grund av menstruationssmärta relaterat till könsstympning. Det är genom hälsosamtalen som görs på alla elever i årskurs åtta som sjuksköterskan får kännedom om flickorna är könsstympade eller inte. Syftet med hälsosamtalen var att skapa en hälsohistoria.

I hälsosamtalen ingick frågan om könsstympning. Frågorna riktades endast till flickor med ursprung från de länder där ingreppet förekommer. Flickorna kom främst från Somalia men även andra afrikanska länder och de flesta var inte radikalt könsstympade. Den mest förekommande könsstympningsformen var *typ 1*.

Psykologiska komplikationer

Sjuksköterskor som hade vårdat könsstympade kvinnor eller flickor betonade de bestående psykiska trauman som orsakas av könsstympningen. Ett exempel nämndes där en äldre könsstympad kvinna som fortfarande försökte bearbeta sorgen hon kände för att ha blivit könsstympad. Den äldre kvinnan jämförde traumat med ett djupt sår som svider än idag när hon pratade om det. Sjuksköterskorna upplevde att kvinnorna var traumatiserade av könsstympningen som skedde under barndomen. En sjuksköterska berättade att det var en psykisk påfrestning för de könsstympade kvinnorna att återuppleva smärta igen i samband med exempelvis abort. Sjuksköterskan uttryckte detta såhär:

Hon ville inte kommunicera riktigt, höll armen för ansiktet... och jag tänkte på det, det är ju traumatiskt att vara med om ett sånt här ingrepp, och sen är det ju en abort och hela smärtan, hennes foster hade varit med om en skada, så jag tänkte att det sitter nog kvar i än... det här som man har varit med om när man var barn.

Omvårdnadsåtgärder

Sjuksköterskorna beskrev olika omvårdnadsåtgärder de utförde för de könsstympade kvinnorna och flickorna. Det framkom att omvårdnaden anpassades för att skapa ett välmående hos dem. De underrubriker som framkom för denna kategori är *smärtlindring, samtal* och *gynekologisk undersökning*.

Smärtlindring

Sjuksköterskornas omvårdnadsarbete med de könsstympade kvinnorna var bland annat att smärtlindra. Postoperativt smärta som uppstod i underlivet efter en vaginal

plastikoperation, vilket innebär återställning av underlivet från könsstämpningsformen *typ tre* smärtlindrades. Kvinnan eller flickan smärtlindrades även vid gynekologiska undersökningar då undersökningsmaterial som inte är anpassade efter det könsstämpade underlivet orsakade smärta. Aborter kunde vara smärtsamt för kvinnor med en trång vaginal öppning orsakad av könsstämpningsformen *typ tre*. Sjuksköterskorna betonade därför vikten av en adekvat smärtlindring vid dessa tillfällen.

Samtal

Att samtala med dessa kvinnor var en annan omvårdnadsåtgärd som sjuksköterskorna beskrev eftersom dessa kvinnor oftast led av psykologiska komplikationer. Sjuksköterskor lade därför vikt på samtal med kvinna eller flickan om det hon har genomgått, för att upptäcka om det fanns behov av psykologiskt stöd.

Eftersom en skolsköterska inte utförde några gynekologiska undersökningar på eleverna ser omvårdnadsarbetet annorlunda ut. Det förebyggande arbete var att informera och ge kunskap. Det var främst riktat till de flickor som är uppvuxna i Sverige och där könsstämpning aldrig har varit på agendan i hemmet. Information till flickorna betonades eftersom vid en eventuell resa till hemlandet ska de kunna skydda sig om de blir tvingade till könsstämpning. Eleverna uppmanades även till att prata med sina mödrar om könsstämpning ifall de inte visste vad det var för något.

Anledningen till detta var att eleverna ska förstå vilken attityd mödrarna har om kvinnlig könsstämpning. På så sätt fick skolsköterskan kännedom om flickorna befann sig i någon form av riskzon för att bli könsstämpade.

Det här förekommer hos folk av dina föräldrars ursprung, och det här är viktig kunskap för dig för du kan vara en av dem som hjälper till att sätta stopp för den här traditionen. Om du har hört talas om några som pratar om att tänka göra sånt säg "nej" säg "stopp" säg "det är inte bra" ... och på olika sätt informerar jag om det.

Sjuksköterskorna hade delade åsikter om kommunikationssvårigheter med de könsstämpade kvinnorna. De som arbetade med gynekologiska patienter menade att det pratades relativt fritt om hygien, blödning och sexuell aktivitet efter operation, men att det blev annorlunda med patienter som är könsstämpade då dessa ämnen är tabubelagda i deras kulturer. De menade att det var mer naturligt att tala om sexualitet och intimitet i Sverige än i kulturer där kvinnlig könsstämpning förekommer.

Det framkom att frågan inte alltid har ställts om kvinnan är könsstämpad trots att misstanken har funnits. Sjuksköterskorna menade att slutsatsen kunde dras genom avvikande anatomi i könsorganet och att kvinnan kom från ett land där könsstämpning utförs. Tänkbara anledningar till varför det var svårt att prata om sex och samlevnad var att det blir en kulturkrock då ämnet är tabubelagt i deras kultur.

I en del kulturer så är det inte naturligt att prata om sexualitet överhuvudtaget. Och ännu mindre om man har blivit utsatt för i mina ögon ett övergrepp som barn. Så det blir ju lite svårt att prata kring det på ett naturligt sätt, just för att det området antar jag där man könsstämpar kvinnor så gör man det för att de inte ska få ha en sexualitet, som vi är vana vid i västerländerna.

Sjuksköterskorna som inte ansåg kommunikation och samtal som ett problem kunde ställa frågor och lyssna på kvinnan eller flickans berättelser utan några svårigheter.

Okej, vi gör en massa tokiga saker med våra kroppar, det är olika i olika delar av världen men skär och klipper och härja och göra hål och allt möjligt det håller vi på med allihopa på ett eller annat sätt och det här är ett fenomen. Dåliga traditioner ska utrotas... det här har hänt den här tjejen, hon ska inte behöva känna sig äcklad av att jag får äcklade känslor av att prata med henne/.../för då har jag faktiskt gjort ont och inte gott.

Gynekologisk undersökning

Det framkom att undersökningar utfördes annorlunda på en könsstympad kvinna till skillnad från en kvinna som inte har genomgått ingreppet. Inom gynekologiska mottagningar utfördes det vaginala ultraljud på kvinnor för att fastställa diagnoser. Detta försvåras för könsstympade kvinnor som genomgått könsstymningsformen *typ tre* på grund av den trånga vaginala öppningen. Ultraljuden fördes då in genom analöppningen vilket leder till sämre diagnostik. Ett fall uppgavs där det var problematiskt med en undersökning på en kvinna som var utsatt för könsstymningsformen *typ tre*. Patienten hade kommit till mottagningen med sin man som ville att sjukvårdspersonalen skulle sy ihop kvinnans blygdläppar ännu mer. Patientens blygdläppar var redan så pass ihopsydda att öppningen inte var större än ett lillfingers omkrets. Sjuksköterskan använde därför den minsta storleken på ett instrument under undersökning.

Sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder i detta sammanhang var att ge stöd till kvinnan. Med detta menades förklara hur undersökningen skulle ske. Sjuksköterskorna berättade att det krävdes extra smärtlindring då instrumenten som användes orsakade mer smärta hos den könsstympade kvinnan, därför att vaginal öppningen var trång och för liten för undersöknings instrumenten.

Sjuksköterskornas kunskaper

Sjuksköterskornas kunskaper angående könsstymning varierade. Samma form av kunskap upprepades bland sjuksköterskorna. De underrubriker som formades till detta stycke är *Bristande kunskap, tillräcklig kunskap och önskad kunskap.*

Bristande kunskap

Sjuksköterskor utan erfarenhet, som inte hade vårdat en könsstympad kvinna eller flickan innan kände att deras kunskaper var begränsade inom ämnet. De upplevde att det fanns information om kvinnlig könsstymning som de borde kunna och de ansåg att de inte hade tillräckligt med kunskap för att vårda en könsstympad kvinna. Sjuksköterskorna trodde att enbart könsstymningsformen *typ tre* var kvinnlig könsstymning. Uppfattningen fanns att slidmynningen sys ihop och att ett litet hål lämnas för menstruationsblod och urin ska rinna ut. Kunskap om att kvinnlig könsstymning förekommer i olika delar av Afrika var bristande. De antog att ingreppet enbart förekommer i Somalia, det förmodades även att ingreppet existerar i Asien, bland annat i Indien. Sjuksköterskorna trodde de hade vårdat en könsstympad kvinna på grund av hennes etnicitet utan att ha sett underlivet eller på annat sätt får det bekräftat att kvinnan var könsstympad. På grund av detta antog sjuksköterskorna att de hade erfarenhet av kvinnlig könsstymning då de hade vårdat somaliska kvinnor.

Man med sig sin dotter till någon medicinskt kunnig på ett sjukhus, och sen så syr man ihop vaginal öppningen och blygläpparna, och enbart en liten öppning kvar för menstruations blod att rinna ut. Och sen så låter man det läka lite hur som helst har jag förstått, det är kvinnlig könsstypning...

Sjuksköterskorna som har vårdat könsstypade kvinnor eller flickor upplevde att de hade tillfredsställande kunskap om kvinnlig könsstypning. Det framkom att det fanns bristande kännedom om de olika typerna av kvinnlig könsstypning. Ingen sjuksköterska med erfarenhet av hönstypade kvinnor hade kännedom om att kvinnlig könsstypning indelas i fyra olika typer. De berättade att kvinnlig könsstypning enbart förekommer i landsbygden av äldre kvinnor. Andra sjuksköterskor betonade att kvinnlig könsstypning inte var en klassfråga utan att det förekom i alla klasser i samhället.

”Jag kan tänka mig att det främst sker i Afrikas landsbygd och så tar man med sig sin dotter till någon medicinskt kunnig och sen så syr man ihop vaginal”

Det framkom bristfälliga och varierande kunskaper bland sjuksköterskorna angående orsaken till kvinnlig könsstypning. Sjuksköterskorna beskrev att religion var en av orsakerna. Det talades även om mannens roll och makt gällande kvinnlig könsstypning, det vill säga att mannen är en orsak till att det utförs. Sjuksköterskorna menade att mannen vill åstadkomma makt över kvinnan och hennes sexualitet.

Det framkom under intervjuerna att sjuksköterskorna associerade komplikationer till kvinnlig könsstypning. Samtliga sjuksköterskor förklarade att komplikationer under förlossning måste vara vanligt förekommande.

Med det menade sjuksköterskorna att en normal vaginal förlossning måste vara problematiskt. Det uppkom en tveksamhet om det ens går att ha en vaginal förlossning. Samma inställning fanns gällande samlag. De ansåg att samlag måste vara smärtsamt och nästan omöjligt när en kvinna är könsstypad.

Tillräcklig kunskap

En sjuksköterska förklarade att den främsta anledningen till varför könsstypning existerar är att klitoris anses vara något ohygieniskt, att det ses som något smutsigt i dessa länder. På grund av detta är kvinnan eller flickan inte ren fram tills borttagning av klitoris. Myter och okunskap leder till att flickor könsstypas, till exempel tros det att klitoris kommer utvecklas till en penis om den inte tas bort. Sjuksköterskorna förklarade att det är den äldre generationen som styr traditionen därför måste den äldre generationen involveras om könsstypning ska förhindras.

Sjuksköterskor som hade vårdat könsstypade kvinnor visste att det är en tradition och en del av kulturen i länderna där det utförs samt att kvinnlig könsstypning är indelad i olika typer. En annan anledning som nämndes till varför kvinnlig könsstypning förekommer är att hämma kvinnans sexuella lust.

Allt detta är för mannens skull, han ska få mer sexuell njutning inte hon. Hon ska bara producera barn.

Erfarna sjuksköterskor berättade om urologiska komplikationer, till exempel att urinera efter ingreppet kan vara problematiskt och leda till smärta. Sjuksköterskorna beskrev att denna komplikation kunde vara kvarstående livet ut men också att det enbart är en

komplikation strax efter ingreppet då könsorganet är sårigt. Infektion i underlivet kunde även förutses vara förekommande.

Förlossning och samlag påminner om smärtan kvinnorna upplevde när de blev könsstympade. Samtliga sjuksköterskor pratade även om att kvinnans sexuella njutning hade berövats. Därför att klitoris hade avlägsnats och många nerver i könsorganet hade förstörts under ingreppet. Sjuksköterskorna bedömde detta som en permanent komplikation.

Önskad kunskap

Kunskap om kvinnlig könsstympning som sjuksköterskorna utan erfarenhet önskade var kunskap om hur de skulle bemöta kvinnorna eller flickorna. Kunskap om vad dessa kvinnor har gått igenom ansågs av sjuksköterskorna vara en viktig del i omvårdnaden.

Jag vill veta vad dem har gått igenom så att jag kan bemöta henne på ett bra sätt utan att bli chockad och rädd för det jag ser

Det fanns ett intresse för komplikationer och hur de ska upptäckas och behandlas, samt hur de ska ge omvårdnad för att minska lidande hos kvinnan eller flickan. Kunskap om statistik, hur många könsstympade kvinnor eller flickor det finns i världen och hur det förebyggande arbetet fungerar önskades. Vidare framkom en önska om kunskap gällande framtiden, kommer det gå att förhindra förekomsten av kvinnlig könsstympning, och i så fall hur. Sjuksköterskorna efterfrågade förståelse för vilket själsligt lidande det skapar för flickan eller kvinnan, och vad könsstympning ger för psykiska konsekvenser. Samtidigt ifrågasatte sjuksköterskorna sin fråga. Sjuksköterskorna funderade om det verkligen var ett lidande för kvinnorna, könsstympade kvinnor och flickor kanske inte ser det som ett lidande själva.

Sjuksköterskor var intresserade av kulturen i länder där kvinnlig könsstympning är en tradition, samt varför denna tradition existerar. Vad finns det för andra orsaker till kvinnlig könsstympningen än det de hade kännedom om. Det uttrycktes ett intresse om själva ingreppet och därav ville sjuksköterskorna veta hur ingreppet utförs rent praktiskt.

Det är viktigt att jag förstår vad flickan eller kvinnan har gått igenom och hur hon är uppväxt. För att se det hela från hennes perspektiv och försöka mötas halvvägs.

Erfarna sjuksköterskor som vårdat en könsstympad kvinna ville veta hur vaginala förlossningar hanteras. De ställde frågan hur en förlossning med en kvinna som är *typ tre* könsstympad går till rent praktiskt, vad gör barnmorskan för att kunna förlösa kvinnan? Det framkom en önskan om korta internutbildningar angående ämnet då det blir alltmer aktuellt samt att möten med könsstympade kvinnor blir flera.

De erfarna sjuksköterskorna ansåg att de hade tillräckligt med kunskap om kvinnlig könsstympning. Eventuella avvikande beteenden hos kvinnor som är könsstympade kunde förstås, jämfört med beteenden hos kvinnor som är uppvuxna i Svensk kultur. Där det pratas öppet om sex och samlevnad. Med den kunskapen och förståelsen upplevde de erfarna sjuksköterskorna att de kunde tillräckligt om ämnet för att kunna ge en god omvårdnad.

Kunskapskällor

Samtliga sjuksköterskor var eniga om att den största kunskapskällan angående kvinnlig könsstympning var via media och skönlitteratur. Olika dokumentärfilmer som har visats på tv och artiklar i tidningar som har uppmärksammat ämnet har varit givande. Ämnet hade även diskuterats med kollegor från Afrikanska länder och på så vis hade sjuksköterskorna erhållit sina kunskaper om kvinnlig könsstympning.

Sjuksköterskor som har erfarenhet av kvinnlig könsstympning berättade att deras kunskaper om ämnet kommer från studier. De som saknade erfarenhet nämnde att det finns mycket som ska ingå under sjuksköterskeutbildningen och därför menade de att undervisning om könsstympning prioriteras bort. Det uttrycktes en besvikelse över att ämnet inte ingick i sjuksköterskeutbildningen då det är intressant. Utbildningsmaterial på avdelningen som har uppmärksammat kvinnlig könsstympning har också varit en kunskapskälla.

De erfarna sjuksköterskorna ansåg att i och med att de arbetar med kvinnovård och träffar kvinnor som är könsstympade väcks det ett intresse, som förmodligen inte skulle ha funnits om de arbetade inom en annan verksamhet. Interna utbildningsdagar samt endagskurser angående kvinnlig könsstympning som har erbjudits från arbetsgivaren har varit ytterligare en kunskapskälla.

Kunskap om omvårdnadsarbete

Utifrån de områden i omvårdnadsarbetet som berördes framkom underrubrikerna *smärtlindring och infektion, sekretess, tolk och kurator och varsamhet*.

Smärtlindring och infektion

Det framkom att de erfarna sjuksköterskorna som inte hade vårdat könsstympade kvinnor eller flickor aldrig hade funderat på omvårdnadsarbetet. De erfarna sjuksköterskorna upplevde omvårdnaden kring en könsstympad kvinna eller flicka problematiskt, då de hade svårt att komma på bra omvårdnadsåtgärder. De svar som framkom var att lindra smärtan som kan uppstå. Det var tydligt att kvinnan eller flickan inte skulle ha ont och att detta skulle åtgärdas hastigt. Sjuksköterskorna berättade även att uppmärksamhet skulle ägnas åt infektionstecken som till exempel rodnad, svullnad och smärta och därför borde könsorganet inspekteras ofta.

Det är viktigt för mig att veta hur såret ser ut, om det ser fint ut eller finns det någon infektionsrisk...

Sekretess

Sjuksköterskorna nämnde även sekretess i detta sammanhang. Det menades att om kvinnan eller flickan kommer till avdelningen för att utföra en plastikoperation där underlivet återställs från könsstypningsformen *typ tre*, bör information om kvinnans närvarande på avdelningen inte lämnas till släktingar som kontaktar avdelningen. Kvinnan eller flickan kan ha tagit beslutet om att plastikoperera vaginan utan familjens eller släktens vetande. Det nämndes även att om kvinnan eller flickan föredrar enbart kvinnliga vårdare bör det respekteras om det får henne att känna mer bekväm och avslappnad.

Tolk och kurator

Sjuksköterskor med erfarenhet önskade att en tolk skulle vara inblandad. Sjuksköterskorna berättade att dessa kvinnor oftast inte har svenska som modermål och då kan kommunikationen bli problematisk. De menade även att det medicinska språket kan vara främmande för kvinnor eller flickor som trots allt behärskar det Svenska språket. Skolsköterskan berättar att om behov av tolk finns brukar alltid en kvinnlig tolk efterfrågas. Flickorna brukar känna sig otrygga att prata om ett tabubelagt ämne med en man involverad. Kvinnor som sökte vård för att plastikoperera könsorganet, kan behöva kuratorsamtal före och efter operationen. Det påpekades att efter en sådan operation finns det mycket att bearbeta, till exempel sexlivet efter att ha fått vaginan öppnad. De erfarna sjuksköterskorna uttryckte att en kurator bör vara inkopplad för att kunna hjälpa kvinnan eller flickan att bearbeta sina tankar och känslor kring operationen.

Varsamhet

Sjuksköterskorna ansåg även att information kring sex och samlevnad måste anpassas, då det kan vara ett tabubelagt ämne i deras hemländer bör det respekteras. Informationen måste presenteras och tas upp på ett odramatiskt tillvägagångssätt. Med detta menas till exempel att inte börja med frågan ”hur har ni sex?” utan att med försiktighet närma sig området. Sjuksköterskorna berättade även vikten av omsorg i händerna.

Extra varsamma händer, mycket bedövningsmedel, lokalbedövning för att ens vara i närheten av underlivet och jobba... inget ryckigt arbete...

Varsamhet ansågs vara viktigt när sjuksköterskor eller annan vårdpersonal av olika anledningarna måste röra vid könsorganet då kvinnan eller flickan kan ha svårigheter för att folk närmar sig den kroppsdel. Utan varsamhet kan flickan eller kvinnan återuppleva negativa upplevelser eftersom hon under könsstympningen kan ha blivit fastbunden eller vidhållen av andra kvinnor. Dessutom kan ovarsamhet orsaka smärta. Sjuksköterskorna förklarar att detta tankesätt gäller alla kvinnor som har varit med om ett trauma, till exempel en våldtäkt, traumatisk förlossning eller könsstympning. Samtliga sjuksköterskor betonade vikten av att vara lyhörd, inte stressa kvinnan eller flickan. Ha tålamod och ett lugnt bemötande.

Man kan ju tänka sig att det är jobbigt för dem att berätta om det här, och sen att de kanske ska lägga sig på en gyn stol på mottagning, det är klart att det skulle kännas jättejobbigt för den kvinnan med den bakgrunden... Sen kan man inte behandla alla som offer... man får möta dem där de är

...

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Enligt Hanssen (2007) kan vårdpersonal från Skandinaviska länder känna svårigheter i omvårdnaden och kommunikation med patienter som är uppvuxna i andra kulturer. Därmed kan personalen få stereotypa föreställningar av dessa patienter. Berggren (2005) och Goldenstein (2013) belyser i sina studier behovet av utbildning av sjukvårdpersonal om kvinnlig könsstympning, kunskap om kulturen och traditioner som dessa kvinnor och flickor är uppvuxna med.

Det framkom i studien att en del sjuksköterskor trodde att könsstympning enbart förekommer i Somalia. Då de uttryckte sig att de hade träffat könsstympade kvinnor endast

på grund av deras etnicitet. Sjuksköterskorna ansåg detta trots att de inte kunde svara på frågan om kvinnan var könsstympad då frågan aldrig ställdes till kvinnan eller flickan, samt att de inte såg kvinnans eller flickans underliv. Detta kan anses vara förutfattade meningar som finns inom vården. Det kan också förklara den syn sjuksköterskor har på invandrarkvinnor från Somaliska länder. Kvinnorna eller flickorna blir på ett eller annat sätt stämplade som könsstympade då de i verkligheten kanske inte är det. Enligt Berggren och Franck(2008) är det därför viktigt att skrämmande och främmande ämnen såsom kvinnlig könsstympning diskuteras med aktuell patient, utan att ha förutfattade meningar för att minska risken för diskriminering. Enligt ICN:s etiska koder (2007) skall alla patienter vårdas på lika villkor samt bemötas med respekt oberoende av etnicitet. Denna etiska kod ansågs inte följas då sjuksköterskorna uppfattades som generaliserande, det framkom att det fanns fördomar mot framförallt Somaliska kvinnor. De hade ingen grund i sitt uttalande eftersom de inte visste om kvinnan var könsstympad. Denna tolkning baseras på att läkaren inte hade informerat om det, kvinnan själv hade inte berättat det samt att sjuksköterskorna inte hade sett kvinnans underliv.

Media kan påverka och styra den information som förmedlas till samhället. Den bild media och skönlitteratur ger om kvinnlig könsstympning behöver nödvändigtvis inte vara hela sanningen (Johansson, 2001; Meurling, 2003; Johansson, 1999; Johansson, 2006). Det visade sig att sjuksköterskornas främsta kunskapskälla av kvinnlig könsstympning var media det vill säga tv och tidningar samt skönlitteratur. Till exempel kunde bara vissa länder där könsstympning förekommer nämnas och inte alla orsaker till varför ingreppet existerar. Författarna tror därför att sjuksköterskorna som upplevdes uttrycka sig inkorrekt och dömande kan ha blivit påverkade av budskapet från massmedia. Då de själva aktivt inte har sökt information om kvinnlig könsstympning. Enligt Berggren och Franck (2008) kan sjukvårdspersonal grunda sin kunskap i media som aktivt ger en viss bild av kvinnlig könsstympning som inte alltid överensstämmer med verkligheten. Medias påverkan på vårdpersonal kan därför ha en negativ inverkan på omvårdnaden och bemötande med patienterna. Kvinnlig könsstympning framställs som något negativt och hemskt inom massmedia vilket kan vara en orsak till den rädsla som bildas i samhället. Denna rädsla upplevdes av författarna finnas även hos de sjuksköterskor som inte vårdat könsstympade kvinnor eller flickor.

Sjuksköterskorna beskrev en saknad efter samarbete med tolk i vårdarbetet och förklarade att omvårdnaden skulle underlättas om tillgång till tolk fanns. Detta för att kvinnor eller flickor som är könsstympade kanske inte har Svenska som modersmål och kan därav inte förstå det Svenska språket tillfredsställande. Dessutom kan det medicinska språket som används inom vården vara obekant då de inte använder det i det vardagliga språket. En av sjuksköterskorna talade om vikten av att alltid ha med en kvinnlig tolk för att på bästa möjliga sätt värna om de könsstympade kvinnornas eller flickornas önskan. En manlig tolk kan få dem att känna sig obekväma och därav blir samtalet begränsat. Berggren och Franck (2008) menar att kommunikationssvårigheter på grund av otillräckliga språkkunskaper kan leda till bristande vård. Därför betonar Berggren och Franck (2008) vikten av att en tolk är inblandad i vårdkontakten.

Enligt Fossum (2013) krävs det goda kunskaper av det Svenska språket för att kunna uppfölja ett av målen för hälso- och sjukvård, en god hälsa och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen. Fossum (2013) menar att det är viktigt att vårdpersonal och patient förstår varandra för att kunna uppfölja detta mål. Därför är det nödvändigt med en tolk om behovet finns. Det kan bli problematiskt om patienten missförstår information och det kan bli ett personligt lidande för patienten då en otrygghet skapas av att inte förstå språket. Författarna anser att vikten av tolk i alla vårdssituationer är viktigt, speciellt när en kvinna

eller flicka som könsstympas för första gången har kontakt med Svensk sjukvård och inte behärskar språket tillfredsställande. Detta kan skapa en känsla av otrygghet och ensamhet. Språket framkallar begränsningar och skilda möjligheter för kvinnan eller flickan. Att inte känna igen sig i miljön är redan en kris, att sedan inte förstå vad läkaren eller sjuksköterskorna säger måste upplevas skrämmande. Kvinnan eller flickan kommer kanske inte veta hur dagen kommer se ut, vad som ska göras och när allt ska göras.

Kvinnlig könsstympning är en kulturell sedvana som ingen religion stödjer enligt Socialstyrelsen (2005) samt Schultz och Lien (2013). Sjuksköterskor trodde att orsaken till kvinnlig könsstympning var religion. Islam nämndes som en religion som tillåter kvinnlig könsstympning. Det är dock viktigt att poängtera att det inte var alla sjuksköterskor i studien som antog detta.

Författarna hade en förförståelse om att denna uppfattning skulle uppkomma i studien då fenomenet länge har associerats med olika religioner (Berggren & Frank, 2008). Trots denna association stödjer inte islam kvinnlig könsstympning, utan det är en missuppfattning som finns i bland annat västvärlden (Rouzia, 2013). Detta är en faktor till varför kvinnlig könsstympning borde ingå i sjuksköterskeutbildningar då fenomenet blir allt mer förekommande inom vården enligt sjuksköterskorna som ingick i studien. Kunskap om kvinnlig könsstympning skulle kunna förintra fördomar och negativa attityder. Information om varför det sker är väsentligt då det påverkar samhällets syn och attityd på ingreppet.

Erfarenhet och kunskap är beroende av varandra (Birkler, 2007). Benner (1993) belyser sambandet mellan kunskap och erfarenhet. Hon menar att med erfarenhet ökar ens kunskap inom specifika områden. En sjuksköterskas kunskapsnivå är högre om ett visst fenomen ju mer erfarenhet sjuksköterskan har. Hess et al., (2010) menar att det blir lättare för sjukvårdspersonal att utveckla negativa attityder och stigmatisera könsstympade kvinnor om de inte har tillräckligt med kunskap om kulturen i de länderna där det praktiseras. Ett bifynd med föreliggande studiens resultat var sambandet mellan attityder och kunskapsnivån, då författarna upplevde att sjuksköterskor med mindre kunskap hade rädsla för ämnet kvinnlig könsstympning. Det fanns en osäkerhet i deras svar och de ansåg att de inte hade tillräckligt med kunskap för att vårda en könsstympad kvinna.

Författarna tror att denna människosyn och attityd riskerar att spegla deras möte med kvinnor som könsstympas. I studien sågs det också ett samband mellan sjuksköterskor som inte hade erfarenhet och deras kunskapsnivå. Sjuksköterskorna med bristande kunskaper angående kvinnlig könsstympning hade inte vårdat en könsstympad kvinna tidigare, med undantagsfall från en sjuksköterska. Det bästa vore om sjuksköterskor kunde förbereda sig genom att studera kvinnlig könsstympning i den mängd de kan. Hess et al., (2010) anser att i och med att detta är ett okänt och främmande fenomen som blir allt mer frekvent i västvärlden så krävs det ett professionellt bemötande som inte styrs av rädsla och avståndstagande. Med kunskap kan rädsla omvandlas till säkerhet.

Psykiska komplikationer är en av många komplikationer flickan eller kvinnan kan drabbas av. Om könsstympning utförs i tidig ålder till exempel under förskoleåldern kan flickan utveckla hat och ilska mot sina föräldrar och andra vuxna människor, eftersom hon har känt sig övergiven av sina föräldrar under ingreppet som tillät könsstympningen (Ulz-billinge & Kentench, 2008). Under den åldern är flickan nyfiken på sitt och andras könsorgan. Om ingreppet utförs under den här perioden finns det risk för en problematisk identitetsutveckling hos flickan. Psykiska följder som flickan kan utveckla är bland annat posttraumatiskt stressyndrom och depression som kan bli kvarstående livet ut utan hjälp

(Berggren & Franck 2008; Ulz-billinge & Kentench, 2008). Sjuksköterskorna i föreliggande studie la vikt på könsstympade kvinnans eller flickans psykologiska följder av ingreppet. De fokuserade och anpassade omvårdnaden efter det. Ett exempel är att kuratorssamtal nämndes före och efter vaginala plastikrekonstruktioner. Sjuksköterskorna var uppmärksamma på de psykologiska följderna kvinnorna eller flickorna gick igenom. De belyste vikten av lyhördhet och försiktighet i sitt bemötande för att inte stressa upp kvinnan eller flickan. Detta var en viktig faktor i omvårdnaden som sjuksköterskorna beskrev.

Slutligen anser författarna att det var positivt att sjuksköterskorna visade upp att de hade en holistisk människosyn genom att de tog hänsyn till andra aspekter än endast underlivets anatomi vid kvinnlig könsstympling. De beskrev exempelvis betydelsen av tolk vid kommunikation med könsstympade kvinnor, psykologiska komplikationer och vikten av sekretess. Enligt Edberg och Wijk (2009) innebär det att människan ses som en helhet. Sjuksköterskorna tog hänsyn till detta och de ansåg att det är en viktig del av omvårdnadsarbetet. Författarnas förförståelse var att enbart fokus på könsorganet skulle framkomma under de genomförda intervjuerna, men detta motbevisades.

Metoddiskussion

En kvalitativ intervjustudie ansågs svara på studiens syfte, därför var det ett lämpligt val av metod. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) ger en kvalitativ intervjustudie goda förutsättningar till att ta del av personers erfarenheter. Denna metod var användbar då syftet var att undersöka sjuksköterskors erfarenhet och kunskap om kvinnlig könsstympling.

Studien kunde inte ha genomförts i form av en litteraturstudie på grund av begränsade antal funna vetenskapliga artiklar om svenska sjuksköterskors erfarenhet och kunskap om kvinnlig könsstympling.

Det upplevdes som problematiskt att få tag på sjuksköterskor som ville delta i studien. De vårdcentraler som kontaktades centralt i Stockholm tackade genast nej. Anledningen till detta tros vara att ämnet kan upplevas som känsligt och tabubelagt. Responsen var att de inte hade tid och att de inte hade "sådana patienter här". Författarna blev därmed hänvisade till "invandrartäta" områden. Det upplevdes som om det fanns en negativ attityd bland dessa verksamheter som hade kontaktats.

Författarna upplevde att de hade en trångsynt bild av könsstympade kvinnor, vilket inte överensstämmer med ICN:s etiska kod (2007) som menar att sjuksköterskan ska arbeta för en miljö där människors sedvänjor och värderingar ska respekteras. Därför begränsades studien geografiskt då författarna endast intervjuade sjuksköterskor från vissa delar av Stockholm. Grundtanken med studien var att intervju sjuksköterskor från varierande geografiska områden av Stockholm. Vi tror att det skulle ha påverkat resultatet då kunskapen och erfarenheten hos sjuksköterskor inom dessa områden hade troligtvis sett annorlunda ut. Detta beror på att det inte är lika invandrartäta områden och därför kommer de kanske inte i kontakt med könsstympade kvinnor i samma utsträckning som sjuksköterskor i förorten.

Det var inte planerat att utföra 11 intervjuer till studien då enligt Trost (2010) kan ett stort urval av deltagare leda till att materialet blir ohanterligt. Materialet riskerar därmed att inte bli djupgående och noggrant analyserat. Eftersom intervjuerna inte varade längre blev det transkriberade materialet hanterbart. Henricson (2012) menar att det är rimligt med cirka 20 deltagare, då det finns en risk att de senare tackar nej till att medverka. Det kan därför

förväntas att antal deltagare kommer att reduceras, vilket hände för oss. Sjuksköterskor som först tackade ja till att medverka i studien ångrade sig senare. Samtidigt menar Henricson (2012) att för få deltagare det vill säga cirka fem-sex kan leda till begränsad information. Författarna anser därför att antalet deltagare som ingick i vår studie är tillfredsställande.

En annan problematik som uppstod under studiens gång var syftet. Det var svårt att avgöra hur syftet skulle formuleras då alla sjuksköterskor inte hade erfarenhet av kvinnlig könsstympning. Detta löste sig då författarna fick kontakt med sjuksköterskor med erfarenhet av att vårda kvinnor som var könsstympade. Totalt inkluderades 11 intervjuer varav fyra sjuksköterskor hade ingen erfarenhet av att vårda kvinnor som var könsstympade. Alla intervjuer inkluderades till studien, då de ansågs vara givande och besvara studiens syfte. Författarna upptäckte även skillnader på kunskapsnivån hos sjuksköterskor med erfarenhet av kvinnlig könsstympning jämfört med dem utan. Detta blev ytterligare en anledning till att inkludera alla deltagare till studien.

En telefonintervju utfördes och detta kan ha påverkat resultatet negativt. Kvale och Brinkmann (2009) menar att gester, kroppsspråk och ansiktsuttryck inte framkommer vid telefonintervjuer. Detta kan ha påverkat resultatet eftersom tolkningen kan ha varit annorlunda om intervjun hade skett i form av ett fysiskt möte där kroppsspråk och gester framkommer. Trost (2010) menar att fördelen med telefonintervjuer är att deltagaren själv kan bestämma när och var intervjun ska genomföras. Det var därför en fördel att utföra denna intervju från då författarna annars inte hade möjligheten att inkludera sjuksköterskan till studien.

Det genomfördes även en intervju utan ljudinspelning. Eftersom intervjun inte var lång samt att deltagaren pratade långsamt utfördes detta problemfritt och svar på syftet kunde antecknas utan större problem.

Enligt Trost (2010) kan inspelning med hjälp av en diktafon distrahera deltagarna under en intervju trots att de har angivit sitt godkännande. Det kan påverka resultatet då de kan känna sig osäkra med att lämna all information. Författarna ansåg att fördelarna med diktafoninspelning överväger nackdelarna. Viktig information under intervjun kan gå förlorad om det endast antecknas för hand. Även tonfall i rösten, tvekan och skratt kan utebli vilket är en nackdel vid analys av materialet.

Intervjun som utfördes i kafeterian skedde inte ostört, på grund av bakgrundsljud. Därför var det problematiskt att transkribera intervjun då det var mycket brus i bakgrunden under samtalet. Dessa störningar leder i sin tur till kommunikationssvårigheter. Men i det hela tros det inte ha påverkat resultatet eftersom volymen på diktafonen gick att höja.

Sjuksköterskor från olika verksamheter med spridd kunskap och erfarenhet deltog i studien. Vid en kvalitativ studie är detta en fördel enligt Henricson (2012) eftersom ett större antal intervjuer kan undvikas. Författarna anser att detta är fördelaktigt då studien inte begränsas till endast en avdelning eller en vårdcentral. En annan intressant aspekt med studien var att författarna intervjuade sjuksköterskor inom verksamheter som en könsstympad flicka och kvinna med stor sannolikhet kan möta under sitt liv, från barndom till ålderdom. En könsstympad flickas första kontakt med hälso-sjukvård kan ske med en skolsjuksköterska. Sedan är det tänkbart att en könsstympad flicka eller kvinna söker vård för sina komplikationer på en vårdcentral eller gynekologisk avdelning. I slutet av sitt liv hamnar

hon kanske på en geriatrisk avdelning. Författarna intervjuade sjuksköterskor från alla dessa områden. Det var därför givande att få en helhetsbild av en könsstympad flickas och kvinnans vårdprocess under livets gång.

Enligt Kvale och Brinkmann (2009) generaliserar vi dagligen. Våra egna upplevelser av en viss situation förgriper vi i nya händelser, därmed får vi förväntningar av vad som kommer att ske i likartade situationer. Eftersom det har utförts en intervjustudie där elva sjuksköterskors erfarenheter och kunskaper har studerats går resultatet inte att generaliseras. Eftersom det är individuella erfarenheter som har studerats går det inte i enlighet med Gillham (2008) att generalisera resultatet till större populationer. Henricson (2012) menar också att det inte går att generalisera en kvalitativ studie. Medan Lundman och Hällgren Graneheim (2012) hävdar att resultatet av en kvalitativstudie kan överföras till liknande mindre grupper av sjuksköterskor, därav kan denna studies resultat också överföras till liknande grupper.

Enligt Haglund (2013) kan ordet erfarenhet tolkas på en mängd olika sätt. Därför framkom det problem med innebörden av ordet erfarenhet. Vissa sjuksköterskor förstod inte vad som menades med ordet erfarenhet. Därav förklarade författarna att med erfarenhet menades om sjuksköterskorna hade vårdat en könsstympad kvinna eller flicka. Trots det har syftet besvarats med de intervjufrågor som användes.

Båda författarna deltog i samtliga intervjuer. Som oerfarna intervjuare kan det enligt Trost (2010) vara en fördel att båda deltar under intervjuerna. Då deltagaren kan känna sig underlägsen valde författarna att en skulle ha huvudansvaret och ställa intervjufrågorna medan den andra skulle vara passiv och hantera diktafonerna eftersom det blir en mindre "två mot en" känsla för deltagaren. Författarna tror därför att deltagarna inte kände sig underlägsna under intervjun. Författarna kunde stötta varandra genom att tillägga och bidra till intervjun om något hade missats. Detta kan anses stärka studiens trovärdighet.

Resultatet anses vara trovärdigt då båda författarna har transkriberat samtliga intervjuer och efter varje transkribering diskuterat och jämfört texterna (Helgesson, 2006). Detta har varit väldigt givande för att se hur intervjun har tolkats samt om de svarar på syftet och i så fall på vilket sätt. Ytterligare en faktor som höjer trovärdigheten är att två diktafoner har använts under intervjuerna, vilket minskar risken för att delar eller hela intervjun inte inspelas.

SLUTSATS

Sjuksköterskor i denna studie kom i kontakt med kvinnor som är könsstympade på olika sätt, på gynekologiska vårdavdelningar, gynekologiska mottagningar, geriatriska avdelningar, vårdcentral och inom skolhälsovården. Ur föreliggande studie framkom det bristande kunskap om kvinnlig könsstympling hos sjuksköterskorna som deltog i studien. Med studien har det upptäckts förutfattade meningar emot somaliska kvinnor. Få sjuksköterskor hade kunskap om de fyra typerna av kvinnlig könsstympling. Det fanns bristfälliga kunskaper om orsaken till ingreppet, det associerades bland annat med religion.

Det framkom att svårigheter i omvårdnaden kan uppstå då det kan ske en kulturkrock. Kvinnlig könsstympling och sexuell kontakt är tabubelagda ämnen i de länder ingreppet praktiseras. Därför är det en utmaning för sjuksköterskorna att försöka ge en god omvårdnad utan upprörda känslor och missuppfattningar. Det kan uppstå olika omvårdnadssituationer som kan bli problematiska utan rätt kunskap. Till exempel kan

gynekologiska undersökningar försvåras utan rätt hjälpmedel. Sjuksköterskor som inte hade vårdat en könsstympad kvinna eller flicka innan upplevde en osäkerhet kring omvårdnadsarbetet. Denna osäkerhet kan avspeglas i bemötandet vilket kan orsaka en otrygghet hos kvinnan eller flickan.

Klinisk tillämpbarhet

Liknade kvalitativa studier har inte gjorts tidigare där Svenska sjuksköterskors erfarenheter och kunskaper har studerats. Därför anser vi att det är viktigt att belysa ämnet kvinnlig könsstymning i sjuksköterskeprogrammets grundutbildning samt genom interna utbildningar på verksamheter. På så sätt kan man vårda könsstympade flickor och kvinnor på ett värdigt sätt och samtidigt minimera risker för förutfattade meningar. Sjuksköterskorna kan med säkerhet utföra sin omvårdnad om de har tillfredsställande kunskaper. Omvårdnaden ska inte styras av rädsla utan av evidensbaserad kunskap vilket blir en god grund för en säker omvårdnad och ett gott bemötande.

Vi önskar att denna studie kan väcka ett intresse för ämnet kvinnlig könsstymning hos sjuksköterskor. Tidigare genomförda studier har visat att invandringen från afrikanska länder i västvärlden ökar (Purchase et al., 2013). Därför kommer sjuksköterskor med stor sannolikhet att träffa könsstympade kvinnor i framtiden, iallafall inom kvinnovården. Vi hoppas att denna studie inspirerar sjuksköterskeutbildningar runt om i landet att belysa ämnet kvinnlig könsstymning inom sjuksköterskeprogrammet. Då vi har upptäckt bristande kunskaper som kan bli en förutsättning till en osäker omvårdnad.

Fortsatta studier

Det vore intressant att undersöka sjuksköterskors attityder om kvinnlig könsstymning i Sverige. Då ett bifynd under denna studie var bland annat sjuksköterskors negativa attityder gentemot könsstymning.

Det var svårt att få tag på sjuksköterskor inom centrala Stockholm. Därför kan det vara tänkvärt att undersöka skillnader i kunskapsnivån i olika delar av Stockholm. En jämförande studie av kunskapsnivåer hos sjuksköterskor som arbetar inom kommuner med olika socioekonomiska förutsättningar.

REFERENSER

- Alsterdal, L., Bohlin, H., Bornemark, J., Burman, A., Hedén, M., Heder, M., & Waldemarson, Y. (2009). *Vad är praktiskt kunskap*. Huddinge: Södertörns högskola.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (Commemorative ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Berggren, V., & Franck, M. (2008). *Kvinnlig könsstympning*. Lund: Studentlitteratur.
- Berggren, V., Bergström, S., & Edberg, A.-K. (2006). Being different and vulnerable: Experiences of immigrant African woman who have been circumcised and sought maternity care in Sweden. *Journal of transcultural nursing*, 17(1), 0-57.
- Berggren, V. (2005). *Female genital mutilation: studies on primary and repeat female genital cutting* (doktoravhandling, karolinska institutet, department of public health sciences).
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: Etik och människosyn*. Stockholm: Liber.
- Bjälkander, O., Bangura, L., Leigh, B., Berggren, V., Bergström, S., & Almroth, L. (2012) health complications of female genital mutilation in Sierra Leone. *International journal of women's health*, 4: 321–331. doi: 10.2147/IJWH.S32670
- Bjälkander, O., Grant, D-S., Berggren, V., Bathija, H., Almroth, L. (2013). Female genital mutilation in Sierra Leone: forms, reliability of reported status, and accuracy of related demographic and health survey questions. *Obstetrics and Gynecology International*, 2013. Doi: 10.1155/2013/680926
- Essén, B., Wilken-Jensen C. (2003). How to deal with female circumcisions as a health issue in the nordic countries. *ACTA obstetrica et Gynecologica scandinavica*, volume 82(8):683-6. PMID:12848638
- Fossum, B. (2013) *kommunikation: samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun: Tekniker och genomförande*. Malmö: Studentlitteratur.
- Goldenstein, R-A. (2013) Female Genital Cutting: Nursing Implications. *Journal transcultural nursing*, 25(1):95-101. doi: 10.1177/1043659613493441
- Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur
- Haglund, D. (2013) *.erfarenhet*. Hämtad 3 oktober, 2013, från nationalencyklopedin: <http://www.ne.se/lang/erfarenhet>
- Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

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

Hess, R., Weinland, J., & 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. *Journal of midwifery & women's health*, 55(1), 46-54. doi: 10.1016/j.jmwh.2009.01.005

Johansson, T. (2001). *Socialpsykologi: subjektivitet, överskridande och förändring*. Lund: Studentlitteratur.

Johansson, T. (2006). *Makeovermani: Om dr Phil, plastikkirurgi och illusionen om det perfekta jaget*. Falkenberg: Natur och kultur.

Johansson, T. (1999). *Socialpsykologi: Moderna teorier och perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun (2:a uppl.)*. Lund: studentlitteratur.

Kvinnlig könsstympning (2002). Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11036/2002-114-77_200211477.pdf

Landfald, G., & Yterhus, S. (2011). Omvårdnad vid cirkulationssvikt. Almås, H., Stubberud, D.-G., & Grønseth, R. (red.), *Klinisk omvårdnad I* (2. Uppl, 261-263). Stockholm: Liber

Lundman, B., & Graneheim Hällgren, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. M. Grankär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2. uppl, ss. 187-202). Lund: Studentlitteratur.

Martinelli, V., Olle'-Goig, J.-E. (2012). Female genital mutilation in djibouti. *African health sciences*, *12(4)*: 412–415.

Meurling, M. (2003). *Varför flickor?: ideal, självbilder och ätstörningar*. Lund: Studentlitteratur.

Nationalencyklopedin.(2013). *Sunna*. Hämtad 10 september 2013, från http://www.ne.se/lang/sunna?i_h_word=hadith

Nour, M. N. (2008). Female Genital Cutting: A Persisting Practice. *Obstetrics and gynecology*. *1(3)*: 135–139. PMID: PMC2582648

Okwudili, O., & Chukwudi, O. (2012). Urinary and genital tract obstruction as a complication of female genital mutilation: care report and literature review. *Journal of surgical technique of care report*, *4(1)*: 64–66. doi : 10.4103/2006-8808.100360

Prawitz, D. (2013). Kunskapsteori. Hämtad 28 augusti 2013, från nationalencyklopedin: <http://www.ne.se/lang/kunskapsteori>

Purchase T.-C., Lamoudi M., Colman S., Allen S., Lathe P., & Jolly K. (2013). A survey on knowledge of female genital mutilation guidelines. *ACTA obstetrica et Gynecologica scandinavica*, volume 92(7):858-61. doi: 10.1111/aogs.12144

Rouzia, A.-A. (2013) Facts and controversies on female genital mutilation and Islam. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18(1):10-14. doi:10.3109/13625187.2012.749982

Sardi, T.-A., Iavazzo, C., Gkegkes, I.-D. (2013) Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence. *Arch Gynecol Obstet*. 287(6):1137-49. doi: 10.1007/s00404-012-2708-5

Sauer, P.-J., & Neubauer, D. (2013). Female genital mutilation: a hidden epidemic (statement from the European academy of paediatrics). *European Journal of Pediatrics*. Advance online publication. DOI 10.1007/s00431-013-2126-0

Schultz, J.-H., Lien, I.-L. (2013). Meaning-making of female genital cutting: children's perception and acquired knowledge of the ritual. *International Journal of Women's Health*, 15(5), 165–175. doi: 10.2147/IJWH.S40447

SFS 1982:316. *Förbud mot könsstympning av kvinnor*. Stockholm: Riksdagen

SFS 1998:531. Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Stockholm: Riksdagen.

SFS 1985:562. Patientjournalagen. Stockholm: Riksdagen.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Riksdagen.

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

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 20 augusti, 2013, från socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Statenshelsetilsyn. (2000) *Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjærning*. Hämtad den 4 juli 2013 från helsetilsynet, http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/veileder_helsepersonell_omskaering_ik-2723.pdf

Svenska sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:S etiska kod för sjuksköterskor*, Hämtad 20 augusti, 2013, från swenurse. <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Tamaddon, L., Johnsdotter, S., Liljestrand, J., & Essén, B. (2006) Swedish health care providers' experience and knowledge of female genital cutting. *Health care for women international*, 27(8), 709-22.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer* (4:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Unicef. (2013) kvinnlig könsstympning. Hämtad 20 juni 2013, från UNICEF, <http://unicef.se/fakta/kvinnlig-konsstympning>

Ulz-billinge, I., & Kentench, H. (2008) female genital mutilation: an injury, physical and mental harm. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4):225-229. doi: 10.1080/01674820802547087

Utzet, M., Seixas, A., Kaplan A., Njie, L-A., Cham B., Blanco S. (2013). Female Genital Mutilation/Cutting: The Secret World of Women as Seen by Men. *Obstetrics and Gynecology International*. 2013. doi: 10.1155/2013/643780

Utzet, M., Martín, M., Manneh. M., Kaplan. A., Forbes, M., Ceesay. H., Bonhoure. I. (2013) Female genital mutilation/cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn. *International Journal of Women's Health*, 17(5):323-31. doi: 10.2147/IJWH.S42064

Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. Edberg, A.-K., & Wijk, H. (red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (1. Uppl, 30-31). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2013). *Female genital mutilation*. Hämtad 23 juni, 2013, från World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

Frågeguide

Inledningsfrågor

Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?

Hur länge har du arbetat på/i den här avdelningen/verksamheten?

Hur många könsstämpande kvinnor har du träffat?

Beskriv vad du har för erfarenhet av kvinnlig könsstämpning?

Vad sökte kvinnan för vård, vad gjorde du för åtgärder?

- Berätta om ett vårdtillfälle
- Beskriv en situation
- Ge exempel på...

Beskriv dina kunskaper om kvinnlig könsstämpning

- Hur det går till
- Hur det ser ut
- Komplikationer
- Omvårdnad

Kan du beskriva hur du har fått den kunskapen, via erfarenhet eller utbildning?

Anser du att du fick tillräckligt med kunskap under dina studier?

Vilka kunskaper önskar du att du hade om kvinnlig könsstämpning?

Förklara om du kände att du hade tillräckligt med kunskap för att vårda kvinnan/flickan?

Bilaga B

Till verksamhetschef

XXX

Vi heter Nabila Bibi och Neda Rahimian och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör är kvinnlig könsstympning (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och uppläggning). Vi är därför mycket intresserade av få genomföra arbetet vid XXX.

Om Du godkänner att studien genomförs vid XXX är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid XXX är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.
Vänlig hälsning

Nabila Bibi och Neda Rahimian

Nabila Bibi

Neda Rahimian

Students namnteckning

Students namnteckning

Students namnförtydligande

Students namnförtydligande

Nabila Bibi

Neda Rahimian

Students telefonnummer

Students telefonnummer

0737157110

073-6352600

Students E-postadress

Students E-postadress

Nabila.bibi@hotmail.com

neda.rahimian@hotmail.com

Handledares namnförtydligande

Britten Jansson

Handledares telefonnummer

08/406 28 68

Sjuksköterskans erfarenhet om kvinnlig könsstympning.

Problemområdet

Kvinnlig könsstympning är ett fysiskt ingrepp där hela eller delar av kvinnans/flickans yttre könsorgan borttas eller på annat sätt skadas av traditionella och kulturella orsaker. Idag räknas det finnas över 140 miljoner könsstympade kvinnor i världen, varje år könsstympas cirka 3 miljoner flickor/ kvinnor.

WHO klassificerar kvinnlig könsstympning i fyra olika kategorier, dessa olika typer varierar beroende på land och kultur.

Typ 1 innebär Klitorisdektomi, vid denna typ av könsstympning borttas hela eller delar av klitoris, eller enbart förhuden.

Typ 2 kallas även för excision där det sker en borttagning av hela klitoris, samt hela eller delar av dem inre blygdläpparna.

Typ 3 kallas för Infibulation/faraonisk omskärelse där yttre och inre blygdläppar samt klitoris avlägsnas. Därefter sys det som finns kvar av dem yttre blygdläppar ihop för att slidmyningen ska täckas. Ett litet hål lämnas ovanför anus för att urin och menstruationsblod ska kunna rinna ut, det kvarlämnade hålet kan vara enbart några millimeter stort. Med andra ord sker en avsmalning av vaginalöppningen.

Typ 4 är inte fullständigt klarlagd, dock skadas könsorganet på olika sätt. Detta görs med vassa föremål, bränna klitoris, föra in frätande ämnen i slidan och skära runt slidmyningen.

Syfte med arbetet är att undersöka sjuksköterskors erfarenheter om kvinnlig könsstympning.

Det finns begränsade antal forskningar gjorda i Sverige där man har studerat hur svenska sjuksköterskor bemöter och vårdar könsstympade kvinnor. Tidigare studier har uppmärksammat att vårdpersonal har bristfälliga kunskaper inom området samt att könsstympade kvinnor inte känner sig väl omhändertagna av sjukvården därför anser vi att det finns behov av en kvalitativ studie där man undersöker hur sjuksköterskans kunskap om kvinnlig könsstympning ser ut i Sverige.

Metoden som väljs är kvalitativ intervjustudie. Intervjuer av sjuksköterskor på vårdavdelningar samt vårdcentraler i Stockholm kommer att utföras för att få en djupare och unik förståelse i området som ska studeras. Det kommer utföras cirka 6-7 intervjuer. Det finns inga speciella krav eller tanke bakom vilken/vilka vårdcentral som ska kontaktas, men de vårdavdelningar som har valts ut har inriktningen gynekologi. Intervjuerna kommer att spelas in med ljudbandspelare om deltagaren godkänner det. Därefter kommer de inspelade intervjuerna transkriberas. De transkriberade texterna ska läsas igenom ett flertal gånger, kategoriseras samt analyseras.

Tidslängd för arbetet är 7 veckor. Själva intervjun kommer att ta cirka 30-40min.

Jag godkänner härmed att Nabila Bibi och Neda Rahimian får utföra studien
Sjuksköterskans erfarenhet, attityder samt kunskaper om kvinnlig könsstympning på
kliniken under tidsperioden augusti- oktober 2013.

Ort, datum

Namnteckning, Verksamhetschef

Namnförtydligande