



**VAD PÅVERKAR KVINNLIG KÖNSSTYMPNING?**

**En litteraturstudie**

**WHAT AFFECT FEMALE GENITAL MUTILATION?**

**A review**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Kurs: K40

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Författare: Cornelia Andersson

Författare: Stephanie Liberg

Handledare: Anna Swall

Examinator: Ulrika Kreicbergs

## **SAMMANFATTNING**

### **Bakgrund**

Kvinnlig könsstympning innebär att hela eller delar av könsorganen avlägsnas. I världen uppskattas 100-140 miljoner kvinnor genomgått ingreppet. Kvinnlig könsstympning är främst förekommande i de västra och östra delarna av Afrika samt i Egypten. Ingreppet är inte en religiös plikt utan har sedan 2000 år tillbaka utförts som en kulturell sed. En kartläggning av faktorer som påverkar fortsatt utövande av kvinnlig könsstympning behövs för att få svar på vilka resurser i det förebyggande arbetet som har störst påverkan i avskaffningen av kvinnlig könsstympning. Kartläggningen kan ge vårdpersonal en riktning om vilka resurser som är viktiga i det förebyggande arbetet och möjlighet att influera berörda kvinnor till avskaffning av ingreppet.

### **Syfte**

Syftet var att kartlägga faktorer som påverkar utövande av kvinnlig könsstympning.

### **Metod**

Litteraturstudie baserad på vetenskapliga artiklar valdes som metod för att granska och sammanställa litteraturen och få en översikt över kunskapsläget av det valda ämnet kvinnlig könsstympning. Totalt hittades 19 relevanta artiklar genom databassökning i Pubmed och CINAHL samt manuell sökning.

### **Resultat**

Utövandet av kvinnlig könsstympning var främst relaterat till tradition och anpassning i samhället. Kvinnor som motsatte sig ingreppet erhöll medieinnehåll och hade grundläggande kunskaper om medicinska komplikationer, religiösa förbud och utbildningsinterventioner. Attityder gentemot utövande av kvinnlig könsstympning har ett samband mellan kön, ålder, utbildningsnivå och bostadsområde. Låg avsikt att utöva ingreppet på sina döttrar var associerat med manligt kön, hög ålder samt hög utbildningsnivå av modern. Utvärderandet av lagförbudet i Egypten visade inga skillnader i mönstret av spridning av kvinnlig könsstympning före och efter lagförbudet. Lagförbudet sågs inte som en lösning utan som ett sätt att skapa konfrontation mellan regeringen och samhället. Olika utbildningsprogram/interventioner visade sig ha en påverkan på attitydförändring gentemot kvinnlig könsstympning.

### **Slutsats**

Faktorer som påverkade utövandet av kvinnlig könsstympning är utbildning, kunskap, ålder, kön och geografi. Utbildningsinterventioner har en attitydpåverkan både direkt och indirekt. Detta samt hälsoutbildningar, personliga erfarenheter och interaktion med familj och vänner är de främsta källorna till kunskap om könsstympning. Lagstiftning mot ingreppet är inte tillräckligt. Det behövs åtgärder på kommunalnivå där hälso- och sjukvårdspersonal kan informera, ge stöd och påverka attityd till att stoppa denna sedvänja.

**Nyckelord:** Litteraturstudie, kvinnlig könsstympning, kvinnlig omskärelse, förebyggande arbete, prevention, attityder, resurs.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Inledning.....	1
Terminologi.....	1
Klassifikationer .....	2
Historia bakom könsstympning.....	3
Kvinnlig könsstympning som tradition .....	4
Komplikationer och konsekvenser .....	4
Mänskliga rättigheter.....	7
Förebyggande arbete .....	7
Problemformulering .....	8
<b>SYFTE</b> .....	<b>9</b>
<b>METOD</b> .....	<b>10</b>
Val av metod .....	10
Urvalskriterier .....	10
Databassökning .....	10
Manuell sökning.....	12
Bearbetning av data.....	12
Validitet/Reliabilitet .....	12
Forskningsetiska överväganden .....	13
<b>RESULTAT</b> .....	<b>13</b>
Betydelsen av tradition och religion.....	13
Förutsättningar som påverkar attityder gentemot ingreppet .....	14
Faktorer som påverkar fortsatt utövande av kvinnlig könsstympning .....	15
Strategier mot kvinnlig könsstympning .....	17
Berördas förslag till attityd- och beteendeförändring .....	19
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>19</b>
Resultatdiskussion.....	19
Metoddiskussion.....	23
Slutsats .....	24
Fortsatta studier .....	24
<b>REFERENSER</b> .....	

Fel! Bokmärket är inte definierat.

## BILAGA A – Bedömningsunderlag

Arbetsmaterial, får ej kopieras

## **BILAGA B – Matris**

## **BAKGRUND**

### **Inledning**

Ingreppet kvinnlig könsstypning har sedan 2000 år tillbaka i tiden genomförts som en kulturell sed och är ingen religiös plikt (Socialstyrelsen, 2005). Ingreppet innebär total eller delvis borttagning av de yttre kvinnliga könsorganen. Uppskattningsvis har 100-140 miljoner kvinnor genomgått kvinnlig könsstypning och ytterligare 2 miljoner flickor könsstympas varje år (World Health Organization [WHO], 2013). Ingreppet förekommer främst i de östra och västra delarna av Afrika. I takt med den ökade globaliseringen samt det höga antalet könsstympade kvinnor per år har fallen av kvinnlig könsstypning ökat runtom i världen (Stockholm läns landsting [SLL], 2007). Exempelvis i Belgien har antalet könsstypande flickor tredubblats de senaste 10 åren (Dubourg et al., 2011).

Den vanligaste orsaken till kvinnlig könsstypning är, enligt Sayed, El-Aty & Fadel (1996), seder och traditioner. Könshierarki, ägandeskap, hygien, fertilitet är andra orsaker (Almås, Stubberud & Grønseth, 2011). Ingreppet utövas ofta av traditionella utövare (äldre erfarna utövare av ingreppet) och mer sällan av sjukvårdspersonal (Mandara, 2004). Då det sker av traditionella utövare är hygienrutinerna sällan adekvata (SLL, 2007). Ingreppet orsakar många både omedelbara och sena komplikationer (SLL, 2007).

Många berörda kvinnor, både de i riskzon och de som redan könsstympats, har idag kontakt med den svenska vården relaterat till den ökade invandringen (The Union Nation of Children´s fund [UNICEF], 2013b). Därför är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen har kunskap om ämnet. Författarna valde därför att skriva om detta då det inte fanns i utbildningen. Kunskap inom ämnet är viktigt både för att kunna bemöta de berörda kvinnorna, behandla komplikationer och framför allt för att arbeta förebyggande. Genom en ökad kunskap ges vårdpersonalen möjlighet att informera samt influera berörda kvinnor till attityd- och beteendeförändring angående ingreppet.

### **Terminologi**

Ingreppet på kvinnors könsorgan har genom åren haft flera olika termer. De vanligaste termerna på engelska är female circumcision (FC), female genital mutilation (FGM) och female genital cutting (FGC). I Sverige har termerna kvinnlig omskärelse och kvinnlig könsstypning använts. Valet av terminologin har debatterats länge, då det har betydande konsekvenser både på grupp- och individnivå. Termen kvinnlig omskärelse har använts i många hundra år i västvärlden. Uttrycket ”kvinnlig könsstypning” får växande stöd från slutet av 1970-talet (Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK], 2011). Ordet stypning visar en tydlig skillnad från manlig omskärelse och understryker skadan av handlingen. Användning av ordet ”könsstypning” förstärker det faktum att praktiserandet är en kränkning av flickors och kvinnors rättigheter, och därigenom bidrar till att främja nationell och internationell opinionsbildning för nedläggning av kvinnlig könsstypning (WHO, 2008). År 1991 blir begreppet könsstypning en officiell term efter att FN ändrar termen ”kvinnlig omskärelse” till ”kvinnlig könsstypning” på uppmaning från WHO (NCK, 2011).

I Sverige ändrades begreppet omskärelse till könsstypning år 1998 (Socialstyrelsen, 2005). Detta för att ingreppet inte handlar om att göra om av medicinska skäl, utan i de flesta fall handlar om att en del av kvinnans kön tas bort (Socialstyrelsen, 2004). NCK (2011) belyser att termen könsstypning dock skall användas med varsamhet, då det kan

uppfattas som mycket laddat och starkt av berörda personer, vilket kan komma att inverka negativt på deras självbild. Trots detta används ordet könsstympning i denna c-uppsats.

### Definition

Enligt WHO's definition omfattar kvinnlig könsstympning (FGM) "alla förfaranden som innebär partiell eller total borttagning av de yttre kvinnliga könsorganen, eller annan skada på de kvinnliga könsorganen av icke-medicinska skäl" (WHO, 2013).

### **Klassifikationer**

Kvinnlig könsstympning indelas i fyra huvudtyper enligt WHO (2013).

- Typ 1. Klitoridektomi - innebär exision av hela eller delar av klitoris och/eller dess förhud.
- Typ 2. Excision – innebär exision av hela eller delar av klitoris och de inre blygdläpparna, och ibland de yttre blygdläpparna.
- Typ 3. Infibulation – innebär exision av klitoris samt inre och yttre blygdläppar. Detta är det mest omfattande ingreppet där förträngning av den vaginala öppningen sker genom att det som är kvar av de yttre blygdläpparna sys ihop. Ett litet hål lämnas öppet för urin och menstruationsblod.
- Typ 4. Oklassificerade former – Till denna grupp hör alla andra skadliga förfaranden av ingrepp på kvinnliga genitalier för icke-medicinska skäl, exempelvis prickning, rispning och piercing med vasst föremål. Ingreppet syftar till att rituellt framkalla blödning av underlivet genom att skrapa, bränna eller fräta.

Utöver dessa fyra klassifikationer av könsstympning används begreppet "sunna" som betyder tradition (Almroth, 2008, refererat i Berggren & Franck, 2008). Begreppet innebär ett mindre ingrepp som exempelvis prickning av klitoris. Dock kan "sunna" även användas i fall där en grövre typ av stympning gjorts. Ett annat begrepp är infibulation ("faraonisk omskärelse") motsvarande typ III som är den mest radikala könsstympningsformen. Vid detta ingrepp avlägsnas helt eller delvis de inre blygdläppar samt delar av de yttre blygdläppar, ofta tillsammans med klitoris. Sårkanterna sys sedan samman för att täcka det mesta utav urinröret samt slidöppningen och lämnar endast en minimal öppning för passage av urin samt menstruationsblod (Shell-Duncan & Hernlund, 2000). Två andra begrepp som används är defibulation och reinfibulation. Defibulation innebär öppning av slidmynningen, exempelvis i samband med graviditet och eller förlossning eller på kvinnans begär. Reinfibulation innebär att slidmynningen åter sys ihop exempelvis efter förlossning eller när kvinnan är änka eller frånskild (Shell-Duncan & Hernlund, 2000). Reinfibulation liksom könsstympning är inte tillåtet enligt svensk lag (SLL, 2007).

### Oklar Indelning

Enligt Socialstyrelsen (2005) ses definitionerna enbart som en teoretisk indelning. I praktiken är det svårt att avgränsa dessa klassifikationer eftersom det finns många glidande övergångar mellan de olika typerna av könsstympning. Elmusharaf, Elhadi och Almroth, (2006) visar i sin studie på en överlappning mellan WHO:s klassificeringar. Kvinnor som påstår sig ha genomgått en "sunna" motsvarande WHO typ I har i själva verket genomgått, enligt WHO:s klassificeringar, typ III då de har visat sig ha en form av könsstympning som sträcker sig utanför klitoris. Studien visar även att den form av kvinnlig könsstympning som kvinnor påstår sig ha genomgått rapporterats felaktigt bland en av fyra kvinnor. Enligt Larsen och Okonofua (2002) finns en medvetenhet om huruvida kvinnorna genomgått

ingreppet men dock saknas en kunskap om vilken typ av könsstympning som utförts. Ingreppet äger ofta rum under kaotiska förhållanden vilket kan försvåra avsikten att utföra ingreppet på ett specifikt sätt, därmed svårigheterna med tydliga klassifikationer (NCK, 2011).

## **Historia bakom könsstympning**

Könsstympning är inte en religiös plikt utan har sedan 2000 år tillbaka utförts som en kulturell sed (Socialstyrelsen, 2005), vilket Sayed et al. (1996) beskriver som den vanligaste orsaken till kvinnlig könsstympning. Trots att det finns grupper av islam som stödjer ingreppet, finns inget direkt stöd baserat på religionen (UNICEF, 2008). Enligt Garba, Muhammed, Abubakar och Yakasai (2012) har religion minst påverkan på utövandet av ingreppet. Kvinnlig könsstympning förekom långt före kristendom och islam (SLL, 2007). Sedvänjan har sannolikt spridit sig längs handelsvägar från Egypten till cirka 30 andra afrikanska länder (Socialstyrelsen, 2005).

### Utbredning av könsstympning

Kvinnlig könsstympning är främst förekommande i de västra och östra delarna i Afrika samt i Egypten (SLL, 2007). I de centrala och sydliga delarna är ingreppet i stort sett okänt (Shell-Duncan & Hernlund, 2000). Denna sed förekommer även i vissa folkgrupper/minoriteter i Asien och mellanöstern (SLL, 2007). Könsstympning förekommer bland muslimer, kristna såväl som lokala trossamfund, jordbrukare och nomader. Ingreppet sker både i städerna och på landsbygden, både bland utbildade och analfabeter samt fattiga och rika (Shell-Duncan & Hernlund, 2000). I världen räknar WHO (2013) uppskattningsvis att 100-140 miljoner kvinnor genomgått könsstympning. Enligt Almås et al. (2011) bor cirka 300 000 av dessa kvinnor i Sverige. Varje år könsstympas två miljoner flickor. På grund av detta och globaliseringen ökar antalet könsstympade kvinnor i större delen av världen (SLL, 2007). I Belgien har antalet könsstympade kvinnor tredubblats det senaste tio åren (Dubourg et al. (2011).

### Vem utför ingreppet?

Ingreppet utförs framförallt av kvinnor. Antingen av traditionella barnmorskor (äldre erfarna kvinnor utan utbildning) eller av en äldre kvinna i familjen. Även kvinnor med religiösa och rituella funktioner kan ha detta som uppgift (Socialstyrelsen, 2005). Enligt Mandara (2004) utfördes ingreppen framförallt av en herbalist som är kunnig inom örtmedicin, och i mindre utsträckning av traditionella barnmorskor, föräldrar och släktingar. Även enligt Ekenze, Ezegwui och Adiri (2007) och Garba et al. (2012) utförs ingreppen främst av en traditionell utövare så kallad ”klippare” och i mindre utsträckning av en sjuksköterska. Män, medicinutbildade sköterskor eller läkare utför ibland ingreppet, men främst upprätthålls traditionerna av kvinnorna (NCK, 2011), då utförandet av könsstympning innebär status (Socialstyrelsen, 2005). Dessa kvinnor som utför ingreppet saknar ofta skolning och har därmed ofta avsaknad av kunskap om anatomi, kroppsfunktioner och aseptik (SLL, 2007). Ingrepp som utförs av kvalificerad sjukvårdspersonal, då oftast barnmorskor och i sällsynta fall även läkare, kan ske under övervakning och med tämligen goda hygieniska förhållanden (Socialstyrelsen, 2005). Enligt Zayed och Ali (2012) utförs dock flertalet av ingreppen i hemmet av ”klippare”.

## Ålder vid ingreppet

Majoriteten av flickorna är barn när de könsstympas. Åldern kan dock variera från region till region. I vissa grupper utförs kvinnlig könsstympning på nyfödda flickor medan det i andra grupper utförs först i samband med giftermål (SLL, 2007). Den genomsnittliga åldern för ingreppet varierar kraftigt i förhållande till etnicitet (Klouman, Manongi & Klepp, 2005). Enligt Berg och Denison (2011) utsätts kvinnor för könsstympning i tidig barndom.

## **Kvinnlig könsstympning som tradition**

Enligt UNICEF (2008) är kvinnlig könsstympning en djupt förankrad social tradition. Förklaringen till traditionen ligger i den sociala dynamiken mellan individer i samhället. Mödrar låter sina döttrar könsstympas, då samhället kräver detta för att deras döttrar skall bli accepterade som kvinnor och ha möjligheten att bli bortgifta. Denna skyldighet föräldrar känner till sina döttrar kan förstås ur en traditionssynpunkt, då motstånd mot könsstympning skulle leda till skam och utanförskap. Enligt Isman, Ekéus och Berggren (2013) finns det bland kvinnor en tvetydighet till sina känslor angående ingreppet. Samtidigt som de motsätter sig kvinnlig könsstympning på grund av dess negativa effekter på hälsan, lyfts de positiva kulturella aspekterna fram. Enligt UNICEF (2008) beror brist på initiativ hos dessa berörda kvinnor inte på omedvetenhet om ingreppets skadliga aspekter, utan på vad avskaffningen uppfattas medföra såsom förlust av status samt respekt som könsstympning idag innebär. Genom att se kvinnlig könsstympning som en social tradition, ges förståelse till varför kvinnor själva fortsätter med denna sedvänja trots dess hälsokonsekvenser.

Orsaken till kvinnlig könsstympning varierar beroende på land och kultur (Socialstyrelsen, 2005). I många östafrikanska länder spelar religion en viktig roll, medan könsstympning i vissa västafrikanska länder är en del av en initiationsrit som en flicka genomgår för att kunna klassificeras som en vuxen kvinna. I Somalia, Eritrea och Etiopien anses könsstympning vara en nödvändighet för att flickor ska bli anständiga och moraliskt goda kvinnor (NCK, 2011). Klouman et al. (2005) beskriver etnicitet och religion som den starkaste orsaken till kvinnlig könsstympning. Enligt Almås et al. (2011) är den vanligaste förklaringen till ingreppet relaterat till könshierarki och ägandeskap. Andra förklaringar är trosföreställningar om fertilitet och hygien. Det finns en trosföreställning om att stympning gynnar fruktsamhet, då den kvinnliga orgasmen skulle döda spermier (SLL, 2007). Vidare skriver Socialstyrelsen (2005) en ytterligare förklaring som handlar om kontroll över kvinnans kropp och sexualitet. Detta innebär viljan att minska kvinnors sexlust (Berg & Denison, 2013) för att minska risken för graviditet. I vissa folkgrupper anses klitoris representera manlighet och pojkars förhud representera kvinnlighet. I andra grupper finns föreställningen om att klitoris växer ut till ett tredje ben. Detta kan därför vara en ytterligare förklaring till varför dessa delar tas bort. En annan förklaring till ingreppet är att det skall vara skönare för mannen vid samlag samt att bibehålla kvinnans oskuld innan äktenskapets ingång, vilket utförs genom att mannen öppnar kvinnan (Socialstyrelsen, 2005). Könsstympning ses ofta som en förutsättning för giftermål (Gele, Johansen & Sundby, 2012; Socialstyrelsen, 2005).

## **Komplikationer och konsekvenser**

Förekomsten av komplikationer uppges vara mycket hög (Socialstyrelsen, 2005). Bland de 140 kvinnor i en studie som genomgått ingreppet rapporterar 13 procent komplikationer till följd av ingreppet (Elgaali, Strevens & Mårdh, 2005). Hos könsstympade kvinnor i



Gambia finns komplikationer till följd av ingreppet i en tredjedel av fallen. Även bland de som enbart har genomgått ingrepp typ I uppvisar en av fem flickor komplikationer (Kaplan, Hechavarría, Martin & Bonhoure, 2011). Nästan hälften av de som genomgått kvinnlig könsstympning uppvisar komplikationer i form av infektioner och könssjukdomar (främst HIV) (Klouman et al. 2005). Bjälkander, et al. (2012) rapporterar andra vanliga komplikationer såsom försenad eller ofullständig läkning, samt feber som i studien var vanligare bland flickor som genomgått könsstympning före tio års ålder. Några typer av sena komplikationer som SLL (2007) nämner är bäckeninflammationer, överdriven ärrbildning (keloid), varbildning (abscesser), nervknutor vid klitoris, fistlar samt cystor i vulva. Enligt Rouzi (2010) verkar cystor i vulva vara en vanligare komplikation av ingreppet, än man tidigare trott. Frakturer är heller inte en ovanlig komplikation relaterat till flickors motstridande vid ingreppet (SLL, 2007).

Det finns väldigt lite kunskap om konsekvenser till följd av könsstympningen hos äldre kvinnor. Det är osäkert hur många flickor som dör i samband med ingreppet (SLL, 2007). Statens helsetilsyn (2000) påstår dock att dödligheten vid ingreppet angivs vara 15 procent.

### Infektioner

Enligt Almås et al. (2011); Gele et al. (2012); Iavazzo, Sardi och Gkegkes (2013) och Makhlof–Obermeyer (2006) löper könsstympade kvinnor en stor risk för infektioner, då hygienrutinerna, enligt Almås et al. (2011) sällan är adekvata. Detta som i sin tur kan leda till septisk chock. Ingrepp som utförs på flera flickor samtidigt har en ökad risk för att överföra blodsmitta, exempelvis hiv och hepatit, då de knivar, rakblad och saxar som används inte noggrant rengörs (Almås et al., 2011). Enligt Makhlof–Obermeyer (2006) finns det även en stor risk för blodbrist (anemi) och enligt SLL (2007) ökar komplikationsrisken med anemi och undernäring. Det finns även en ökad infektionsrisk om kvinnan exempelvis har en liten öppning, då detta leder till ansamling av gammalt blod i slidan (Almås et al., 2011).

### Smärtor

De omedelbara komplikationerna efter kvinnlig könsstympning är framförallt svår smärta. Smärtans höga intensitet kan orsaka psykisk chock (SLL, 2007). En mycket stor andel av de kvinnor som blivit könsstympade visar genom tidigare genomförda undersökningar besvär med smärtor. Det kan handla om menstruationssmärter och långvarig smärtsam blåstömning. Körtlar som skurits av i samband med könsstympning kan leda till cystbildning runt slidöppningen vilket även det kan orsaka smärta (Almås et al., 2011). Chock förekommer både på grund av smärta och/eller blödning (SLL, 2007).

### Inkontinens och urinvägsinfektioner

Ingreppet kan orsaka skador på intilliggande organ såsom ändtarmen, slida och urinrör. Vanliga komplikationer vilka kan förekomma senare som en följd av skadorna är svårigheter att kasta vatten. Det kan bero både på smärta samt förträngning av urinvägarna. Med en minimal slidöppning försvåras blåstömningen. Detta upplevs ofta som en psykisk påfrestning vilket kan leda till undvikande av regelbundna blåstömningar. I sin tur kan oregelbundna blåstömningar leda till urinretention (stopp i urinvägarna), vilket åtgärdas med kateterisering. Med okontrollerat urinläckage förblir bäckenbotten fuktig vilket främjar bakterieväxt och dålig lukt, därav de återkommande urinvägsinfektionerna (SLL, 2007). Tillsammans med de återkommande urinvägsinfektionerna är många dessutom både urin- och avföringsinkontinenta (Almås et al., 2011). Enligt Magdy, Rasheed och Salem

(2013) är urinvägsbesvär vanligare bland könsstympade kvinnor, då den vanligaste typen av inkontinens är blandningsinkontinens följt av trängningsinkontinens och ansträngningsinkontinens.

### Sexuella problem

Enligt Alsibiani och Rouzi (2008); Andersson, Rymer, Joyce, Momoh och Gayle (2012); Anis, Aboul Gheit, Awad och Saied (2012); El-Defrawi, Lotfy, Dandash, Refaat & Eyada (2011) och Zayed och Ali (2012) påverkar könsstymning kvinnors sexuella funktion negativt. Även Morison, Dirir, A., Elmi, Warsame, och Dirir, S. (2007) rapporterar svårigheter med sexuella relationer efter ingreppet.

Enligt Berg & Underland (2013) hade kvinnor som genomgått ingreppet en större sannolikhet för en svår graviditet samt förlossning samtidigt som Socialstyrelsen (2005) rapporterar dödlighet och sjuklighet vid graviditet som bland de högsta i områden där ingreppet är mest förekommande. De vanligaste långsiktiga problemen av könsstymning är utebliven orgasm och smärtor vid samlag (Almås et al., 2011; Litorp, Franck & Almroth, 2010). Även problem relaterat till förlossning nämns som en av de vanligast nämnda komplikationerna efter ingreppet (Litorp et al., 2010). Studier visar att 42 procent av kvinnorna som blivit könsstympade, har sexuella problem där ett normalt samlag är svår genomförbart (Almås et al., 2011). Enligt Pereda, Arch och Pérez-González (2012) undviker kvinnorna intimitet och frekvensen av sexuella aktiviteter är mycket låg. Almroth et al. (2005) visar att kvinnor som genomgått den mest omfattande formen av könsstymning (typ III) har en högre risk för infertilitet.

### Psykosociala problem

Trots att det finns få studier om de psykologiska effekterna av kvinnlig könsstymning har det rapporterats psykosociala konsekvenser av ingreppet (Rahman & Toubia, 2000), då det finns starka indikationer för att ingreppet orsakar psykiskt trauma (Almås et al., 2011). En omedelbar reaktion som många flickor upplever efter ingreppet är rädsla, bitterhet och undertryckt ilska. Många känner svek från mamman och anhöriga som initierat stymningen (Rahman & Toubia 2000; Socialstyrelsen, 2005). Vidare rapporterar Rahman & Toubia, (2000); Socialstyrelsen (2005) störningar i matintag, sömn och humör som omedelbara problem efter ingreppet. Utifrån befintliga kunskaper om de psykosociala konsekvenserna karakteriseras könsstymning av flickor som en traumatisk kris (Socialstyrelsen, 2005). Enligt Behrendt och Moritz (2005); Kizilhan (2010) finns en högre förekomst av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och andra psykiska syndrom hos könsstympade kvinnor jämfört med hos icke könsstympade kvinnor. En av sex tillfrågade könsstympade kvinnor lider av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och en tredjedel rapporterar symtom relaterade till depression eller ångest efter ingreppet (Vloeberghs, Van der Kwaak, Knipscheer & Van den Muijsenbergh, 2013). Även Elnashar och Abdelhady (2007) rapporterar flera symtom relaterade till depression och ångestproblematik hos berörda kvinnor. För vårdpersonalen är även denna information viktig för att kunna ge ett gott bemötande och omvårdnad relaterat det faktiska besväret.

SLL (2007) menar att ingreppet kan bli ett livslångt minne och kan återupplevas i samband med förlossning, sjukdom i underlivet, samlag eller gynekologisk undersökning. Reaktionerna kan vara de samma som förekommer vid våldtäkt och andra sexuella övergrepp. Dock finns det få studier som dokumenterar kvinnors upplevelser av både könsstymningen och livet efter att ha blivit könsstympade (Almås et al., 2011).

## **Mänskliga rättigheter**

Efter andra världskriget blir det viktigt att formulera ett mänskligt rättighetsdokument med övergripande moraliska riktlinjer för det globala samfundet. Med tanke på alla hot och kränkningar mot folket under andra världskriget blir syftet att skriva ett dokument om mänskliga rättigheter för att skydda den enskilda människan (Roth, 2007).

Enligt FN allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna är alla människor födda fria med lika värde och rättigheter. Denna rättighet gör ingen skillnad på ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan uppfattning, nationellt eller socialt ursprung och egendom. Mänskliga rättigheter innebär att ingen får utsättas för tortyr, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Varje människa har rätt till liv, frihet samt personlig säkerhet. Människor har försetts med förnuft och samvete och bör därför handla därefter i en anda av gemenskap gentemot varandra. Samma rättigheter sinsemellan könen skall gälla under äktenskapets ingående, under äktenskapet och vid dess upplösning. Mödrar och barn har särskilt rätt till omvårdnad och hjälp (Svenska FN-förbundet, 2008).

### Barnkonventionen

FN's barnkonvention skrevs för att fastslå barn som individer med egna rättigheter samt behov av särskilt skydd och stöd. Barnkonventionen bygger på fyra principer som handlar om att alla barn har samma rättigheter, vid alla beslut skall barnet bästa uppmärksammas, alla barn har rätt till liv och utveckling samt att alla barn skall ha rätt till uttrycksfrihet (Svenska FN-förbundet, 2013).

## **Förebyggande arbete**

Ordet förebyggande, som även kallas prevention, innebär åtgärder för att förebygga ohälsa. Det i sin tur delas in i primär -, sekundär - och tertiär prevention. Primär prevention är förebyggande åtgärder för att minska incidens av sjukdom. Sekundär prevention innebär behandling av redan diagnostiserad sjukdom för att tillståndet inte ska förvärras. Tertiär prevention innebär rehabilitering av sjukdom för att minska komplikationer av redan bestående sjukdom. Begreppet förebyggande åtgärder benämns ofta tillsammans med ordet hälsofrämjande arbete som handlar om att främja hälsa istället för att förebygga sjukdom (Janlert, 2000). Det hälsofrämjande arbetet handlar om att ge människor information för att kunna ta kontroll över sin hälsa. Detta för att i sin tur höja hälsostandarden för enskilda och samhället (Scriven, 2013). I det hälsofrämjande arbetet kan preventionsstrategier skapas, vilket är långsiktiga planer för hur ett förebyggande arbete får läggas upp. Dessa strategier är ett försök till att nå människorna individuellt, på gruppnivå eller befolkningsnivå (Janlert, 2000). För att kunna göra detta krävs bra resurser och kunskap om var fokus av dessa resurser ska ligga för att kunna effektivisera strategierna mot kvinnlig könsstympning. Enligt Nationalencyklopedin [NE] (1996) syftar ordet resurs till något tillgängligt för en viss verksamhet. Därför krävs bra resurser för att kunna genomföra ett effektivt förebyggande arbete.

### Internationellt arbete för lagstiftning

Allt fler kvinnor och hälsoarbetare yttrar sig mot kvinnlig könsstympning. Enligt FN's barnkonvention ”har varje barn rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård”. ”Traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa ska avskaffas”. Detta betyder alltså att könsstympning strider mot denna konvention som vidare i kapitel 13-15 skriver om ”Varje barns rätt till yttrandefrihet, tankefrihet, religionsfrihet och föreningsfrihet ska respekteras” (UNICEF, 2013a). Arbetet mot de skadliga ingreppen har med stöd av bland

annat FN:s barnkonvention, resulterat i lagförbud mot kvinnlig könsstympning. Exempel på länder som infört lagförbud är Burkina Faso, Egypten, Etiopien, Sudan, Australien och Storbritannien. Andra länder som exempelvis Kanada, Frankrike och USA har infört straffbrott mot de som utför kvinnlig könsstympning. Även i flera afrikanska länder har officiella strategier utvecklats för att förhindra könsstympning (UNICEF, 2013b).

Problemet med kvinnlig könsstympning har uppmärksammats av Afrikanska Unionen genom olika avtal och deklARATIONER. Inom den Afrikanska Unionen finns ett regionalt avtal för att stoppa detta fenomen. Inter-African Committee on traditional Practices Affecting the Health of Women and Children (IAC) är en organisation som bildades 1984 av en rad afrikanska kvinnor och arbetar med att upphäva könsstympning (UNICEF, 2013b).

### Nationellt arbete för lagstiftning i Sverige

Förebyggande arbete mot könsstympning har pågått i Sverige under drygt femton år i olika projekt och invandrarföreningar. Kvinnlig könsstympning uppmärksammades i Sverige, framförallt vid invandring av somaliska flyktingar. I Europa, Nordamerika och Australien har man sett en ökning av könsstympning, då flyktingar har tagit med sig traditionen till västvärlden (UNICEF, 2013b). I Sverige har man sedan 1990-talet bedrivit satsningar fokuserade på attitydförändringar bland invandrargrupper (NCK, 2011).

I Sverige stiftades år 1982 lagförbudet vilket innebär att alla former av kvinnlig könsstympning är förbjudna. Lagen (SFS 1982:316) innebär förbud mot könsstympning av kvinnor och lyder: 1 § Ett ingrepp i de kvinnliga yttre könsorganen i syfte att stympta dessa eller åstadkomma andra bestående förändringar av dem (könsstympning) får inte utföras, oavsett om samtycke har lämnats till ingreppet eller inte. Den som bryter mot lagen döms till fängelse i fyra år (Socialstyrelsen, 2005).

### Hälso- och sjukvårdspersonalens roll i förebyggande arbete

Hälso- och sjukvårdspersonalen kan genom samverkans- och nätverksgrupper med representanter från bland annat socialtjänsten samt utbildade informatörer från de berörda länderna samt olika invandrarföreningar, delta i det förebyggande arbetet (Socialstyrelsen, 2005). Hälso- och sjukvårdspersonal skall ge upplysning och metoder för att förebygga sjukdom (Hanson, 2004).

Enligt Socialstyrelsen (2005) behövs dock fördjupad kunskap inom ämnesområdet kvinnlig könsstympning. Cirka 98 procent av alla kvinnor i Somalia är könsstympade. Detta är dock bara en del av alla drabbade i världen. Vi lever idag i en värld som blir allt mer globaliserad vilket ger oss en blandning av människor med olika religion och kultur. Inom hälso- och sjukvården behövs kunskap om könsstympning för att kunna förebygga samt säkerställa ett bättre omhändertagande och bemötande av denna grupp kvinnor (Socialstyrelsen, 2005). Samtidigt som omhändertagandet av kvinnor som genomgått könsstympning är viktigt, är det förebyggande arbetet av större betydelse. Genom prevention kan man minska människors lidande samt minska samhällskostnader. Därför är förståelse för hur och varför kvinnlig könsstympning fortfarande lever kvar, avgörande för utvecklandet av förebyggande strategier mot ingreppet (UNICEF, 2008).

### **Problemformulering**

Kvinnlig könsstympning är ett politiskt känsligt ämne. Enskilda politiker eller politiska grupper kan ha svårt för att argumentera mot sedvänjan. I exempelvis Sierra Leone stödjer presidenten öppet traditionen där det dessutom har ett starkt stöd i parlamentet (Berggren

& Franck, 2008). Detta är exempel på aspekter som hindrar det förebyggande arbetet mot könsstympning, då denna tradition sträcker sig långt bakåt i tiden.

Bishai, et al. (2010) visar att förebyggande arbete mot kvinnlig könsstympning långsiktigt lönar sig, då stora pengar sannolikt kan sparas från könsstympningsrelaterade komplikationer, såsom förlossningskomplikationer samt fysiska-, psykiska- och sexuella hälsoproblem. Den årliga kostnaden för behandling av obstetriska komplikationer i samband med kvinnlig könsstympning var 3,7 miljoner dollar i totalt sex afrikanska länder. Kvinnlig könsstympning innebär därmed en ekonomisk belastning för hälso- och sjukvården. Många berörda kvinnor som både genomgått ingreppet eller som är i riskzonen, har daglig kontakt med vården. Den bristande kunskapen som många i hälso- och sjukvården har, och som tidigare nämnts, är som sagt både nödvändig för att kunna arbeta förebyggande och för att kunna bemöta dessa berörda kvinnor i vården. Ökad kunskap kan uppnås genom att man i det förebyggande arbetet, syftar till att ge hälso- och sjukvårdspersonal nödvändig information för att kunna bedriva förebyggande arbete mot könsstympning.

Genomgång av litteraturen visar att det görs förebyggande arbete mot könsstympning, i form av bland annat lagar, riktlinjer och regler. Sierra Leone är exempelvis ett land där mer än 90 procent av alla kvinnor genomgått ingreppet (Rahman & Toubia, 2000). Sierra Leone har skrivit under både FN- och afrikanska konventioner mot diskriminering av kvinnor samt gällande barns rättigheter (CEDAW, 2007, refererat i Berggren & Franck, 2008). Enligt kommittén mot diskriminering mot kvinnor förklarar United Nation [UN] (2007) i sin rapport, avsaknaden av riktiga åtgärder och åtagande för att avskaffa könsstympning, vilket verkar vara ett resultat av tron att informationsspridning om hälsoeffekter är tillräckligt i arbetet mot sedvänjan.

Enligt UNICEF (2008) finns det idag grundläggande kunskap om hur man på bästa sätt stödjer berörda samhällen, i arbetet mot kvinnlig könsstympning. Genomgång av litteraturen visar dock att trots existerande kunskap, saknas kartläggning av faktorer som påverkar attityder till fortsatt utövande av ingreppet. Med attityd menas inställning till en person eller företeelse (NE, 1995) där attityder beskriver en positiv eller negativ reaktion inför dessa företeelser (Janlert, 2000). Därför är en attitydkartläggning av betydelse för att ge svar på vilka resurser i det förebyggande arbetet som har störst påverkan i avskaffningen av kvinnlig könsstympning. Detta för att i sin tur kunna tillämpa i vården och ge vårdpersonalen kunskapen om att bättre bemöta samt influera berörda kvinnor till attityd- och beteendeförändring angående ingreppet. Något som på lång sikt kan leda till en minskad förekomst av kvinnlig könsstympning.

## **SYFTE**

Syftet var att kartlägga faktorer som påverkar fortsatt utövande av kvinnlig könsstympning.

### *Frågeställning:*

- Var skall resurserna läggas för att effektivisera det förebyggande arbetet av kvinnlig könsstympning?

## **METOD**

### **Val av metod**

Litteraturstudie har valts som metod för detta examensarbete. Det handlar om att söka, kritiskt granska och därefter sammanställa litteratur (Forsberg & Wengström, 2013). Litteraturstudie som metod är lämpligt för att skapa översikt över kunskapsläget av ett omvårdnadsrelaterat område/problem eller inom sjuksköterskans kompetensområde (Friberg, 2012). Som enskild läkare eller sjuksköterska kan det vara svårt att ha kontroll över kunskapsläget inom ett område relaterat till den stora mängden publicerade vetenskapliga artiklar. Därför finns det ett stort behov av att sammanställa flera vetenskapliga studier (Forsberg & Wengström, 2013). Litteraturen utgjorde informationskällan till studiens resultat som byggde på vetenskapliga tidskriftsartiklar eller andra vetenskapliga rapporter (Forsberg & Wengström, 2013).

### **Urvalskriterier**

Inkluderingskriterier för de inkluderande vetenskapliga artiklarna var att artiklarna skulle vara publicerade de senaste tio åren. Detta för att garantera att resultaten var relevanta och uppdaterade. Dock fick vi utöka publiceringsdatumet till 13 år för att få ytterligare artiklar. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska då det var dessa två språk som författarna behärskade. Artiklarna skulle vara peer-reviewed och huvudsakligen omfatta originalartiklar. Peer-reviewed innebär artiklar som granskats av experter inom det specifika ämnesområdet (Ulrichsweb, 2013). Reviewartiklarna exkluderas i studiens resultat men kunde inkluderas i bakgrundkunskap. Artiklarna skulle behandla könsstympning hos kvinnor och därför användes Circumcision Female som huvudsökord i alla databassökningar. Exklusionskriterierna var män, då syftet i studien var att fokusera på kvinnan.

### **Databassökning**

De databaser som användes var PubMed och Cumulated Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Pubmed är en bred databas som täcker medicin, omvårdnad och odontologi. I Pubmed är den huvudsakliga dokumenttypen, vetenskapliga tidskriftsartiklar. CINAHL är en databas som täcker omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi. I CINAHL består dokumenttyperna huvudsakligen av vetenskapliga tidskriftsartiklar, monografier, doktorsavhandlingar och konferensabstrakt (Forsberg & Wengström, 2013). I Pubmed användes MeSH-termer för att söka relevanta artiklar. MESH-termer står för Medical Subjects Headings och består av bestämda termer som används för indexering, sökning och katalogisering av biomedicinska tidskrifter (Karolinska Institutet, 2012). Det primära sökordet som användes var Circumcision Female. Ett annat begrepp för könsstympning är Female Genital Mutilation (Socialstyrelsen, 2005). Dock fanns detta sökord inte som MeSH-term och därför användes enbart Circumcision Female i kombination med andra relevanta sökord som exempelvis: Prevention Health Services, Health Services, Health Promotion, Primary Prevention, Public Health, Health Resources, Health Planning, Cultural Characteristics och Attitudes to Health. Ordet AND eller OR användes för att kombinera dessa sökord i databasen Pubmed. Även en fritextsökning gjordes i Pubmed med sökorden Female Genital Mutilation Policy för att ytterligare öka chansen till att finna relevanta artiklar. I databasen CINAHL användes CINAHL Headings, en motsvarighet till MeSH-termer, för att hitta relevanta artiklar om det valda ämnesområdet. I CINAHL användes sökorden Preventive health care, Health Policy, Health Promotion, Attitude to Health i kombination med AND

Circumcision Female. Endast sökningar från Pubmed kom att redovisas, då de relevanta artiklar som hittats i CINAHL även återfanns i Pubmed. Se tabell I.

Tabell 1. Sökningar utförda i databasen PubMed

Databas samt datum för sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Inkluderade artiklar
Pubmed 130910	Health Services (MeSH) AND Circumcision Female (MeSH)	Published in the last 13 years. Language: English, Swedish	93	40	18	2
Pubmed 130910	Health Promotion (MeSH) AND Circumcision Female (MeSH)	Published in the last 13 years. Language: English, Swedish	12	5	4	0
Pubmed 130425	Preventive Health Services (MeSH) AND Circumcision Female (MeSH)	Published in the last 13 years. Language: English, Swedish	49	42	17	0 + 2 artiklar hade tidigare inkluderats.
Pubmed 130911	Public Health (MeSH) AND Circumcision Female (MeSH)	Published in the last 13 years. Language: English, Swedish	249	50	24	12 + 2 artiklar hade tidigare inkluderats.
Pubmed 130910	Primary Prevention (MeSH) AND Circumcision Female (MeSH)	Published in the last 13 years. Language: English, Swedish	6	4	3 2 artiklar hade lästs under andra sökningar	0
Pubmed 130911	Health Resources (MeSH) AND Circumcision Female (MeSH)	Published in the last 13 years. Language: English, Swedish	1	1	0	0
Pubmed 130911	Health Planning (MeSH) AND Circumcision Female (MeSH)	Published in the last 13 years. Language: English, Swedish	24	8	3	0
Pubmed 130912	Cultural Characteristics (MESH) OR Attitudes to	Published in the last 13 years. Language: English,	173	24	17 12 artiklar hade lästs under	1 9 artiklar hade tidigare inkluderats.

	Health (MeSH) OR Health Policy (MeSH) AND Circumcision Female (MeSH)	Swedish			andra sökningar	
Pubmed 130913	Female genital mutilation policy (fritext)	Published in the last 13 years. Language: English, Swedish	97	6	4	1 +1 artikel som tidigare inkluderats
<b>Totalt</b>			434	180	90	16

### Manuell sökning

Utöver databassökning i PubMed och CINAHL gjordes manuell sökning i tidsskrifter i enlighet med rekommendationer från Forsberg och Wengström (2013). De artiklar som hittades via manuell sökning redogörs i matrisen genom stjärnmarkering. En artikel hittades i tidskriften *Journal of the Obstetrics and Gynaecology* med sökorden Female Genital Mutilation AND Attitudes. Med sökorden Female Genital Mutilation AND Attitudes hittades en artikel i tidskriften *International Family Planning Perspectives*. Ytterligare en artikel hittades i tidskriften *Obstetrics and Gynecology International* med sökorden Female Genital Cutting AND Attitudes. Totalt hittades tre relevanta artiklar via manuell sökning.

### Bearbetning av data

Databassökningen började med att titeln av de sökta artiklarna lästes av båda författarna. Där titeln verkade stämma överens med studiens syfte lästes abstraktet. Vidare lästes hela artikeln av båda författarna där abstraktet stämde överens med syftet. Denna procedur upprepades två gånger för att inte missa någon relevant artikel. När artiklarna valts ut delades dessa mellan författarna där artiklarna översattes från engelska till svenska med hjälp av Nordstedts stora engelsk-svenska lexikon (Petti, 2010). Sedan byttes andra halvan av artiklarna mellan författarna där artiklarna återigen översattes från engelska till svenska. Upprepad bearbetning av artiklarna gjordes. Artiklarna lästes flera gånger i enlighet med Forsberg och Wengström (2013). Detta för att försäkra om att inga misstolkningar gjorts. Efter genomförd databassökning där relevant data hittades, granskades informationen med ett kritiskt förhållningssätt. Den översatta texten analyserades sedan genom markering av stycken som ansågs svara på studiens syfte och frågeställning. Sedan gjordes en sammanställning genom att olika teman delades upp, organiserades och insamlad data ytterligare analyserades. För att redovisa artiklarna i resultatet använde sig författarna av en matris. Se bilaga II.

### Validitet/Reliabilitet

Författarna reflekterade kritiskt över föreliggande studie i enlighet med Henricson (2012). God vetenskaplig kvalitet är forskning som ger ny kunskap eller uppvisar en känd företeelse eller relation ifrån en ny synvinkel (Heméren, 2011). Syftet förklarades tydligt med en frågeställning i enlighet med Heméren (2011). Detta för att förstärka validiteten som innebär studiens förmåga att få fram ett önskat resultat, det vill säga, att studiens innehåll är rimligt för att besvara syftet (Forsberg & Wengström, 2013). Författarna var genom hela forskningsprocessen noggranna genom att tydligt beskriva databassökningen



samt databearbetningen. Detta för att säkerställa reliabiliteten som handlar om att säkerställa att studien är tydligt beskriven för att möjliggöra att samma studie kan utföras på nytt (Forsberg & Wengström, 2013). De inkluderade tidskrifterna söktes upp i Ulrich periodical directory. Denna databas granskar tidskrifter och visar ett innehåll av enbart peer-reviewed tidskrifter (Ulrichsweb, 2013). En ytterligare granskning i tidskrifterna gjordes av författarna. Detta för att säkerställa att de valda artiklarna var peer-reviewed. Författarna hittade till en början 39 relevanta artiklar. Utifrån ett bedömningsunderlag av Berg, Decker och Skärsäter (1999) och William, Stoltz och Bahtsevami (2011) se bilaga I, granskades de valda artiklarna ytterligare för att bedömas och värderas i en matris se bilaga II. I föreliggande litteraturstudie inkluderades enbart artiklar med hög- (I) eller medel (II) kvalitet, vilket slutligen resulterade i 19 artiklar.

Sophiahemmet Högskolas bedömningsmall, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevami (2011), har använts för att klassificera artiklarnas kvalitet och därmed säkerställa en hög vetenskaplig klass för att stärka studiens tillförlitlighet. Sökningar i databasen Ulrich periodical directory samt sökningar i valda tidskrifter användes för att säkerställa att artiklarna var peer-reviewed vilket ytterligare ökade tillförlitligheten.

### **Forskningsetiska överväganden**

Forskningsetik är ett sätt att tillämpa allmänna etiska insikter i forskningsområdet (Helgesson, 2006). Under hela forskningsprocessen har ett etiskt ställningstagande ständigt tagits av författarna, något som enligt Helgesson (2006) är ett sätt att undvika rent forskningsbedrägeri. Författarna har inte plagierat data utan har ständigt refererat, då plagiering inte är tillåtet (Forsberg & Wengström, 2013). I det föreliggande arbetet har inte heller fusk eller ohederlighet förekommit i form av att data, hypoteser eller metoder stulits eller plagierats utan angivande av källa, i enlighet med Forsberg och Wengström (2013). Resultatet till föreliggande studie har inte förvrängts på något sätt till författarnas fördel utan har presenterats objektivt, där Helgesson (2006) beskriver vikten av att forskaren är opartisk samt att resultatet inte skall påverkas av vem det är som utför studien.

### **RESULTAT**

Resultatet till föreliggande studie presenteras under rubriker som baserats på faktor och strategier för och mot kvinnlig könsstympning.

#### **Betydelsen av tradition och religion.**

Utövandet av kvinnlig könsstympning var relaterat till en tradition i syfte om att forma flickor efter bilden av idealkvinnan (Johnsdotter, Moussa, Carlbom, Aregai & Essén, 2008). Även Gele, Bø och Sundby (2013b) rapporterade kvinnlig könsstympning som en sed, menad att upprätthålla värdigheten hos flickor, vilket var en påverkande faktor i attityder till ingreppet. Det fanns heller ingen avsikt att överge traditionen bland dem som stöttade fortsatt utövning av kvinnlig könsstympning (Gele et al., 2013b), trots att majoriteten ändå motsatte sig praxis (Alo & Gbadebo, 2011). Den största majoriteten av kvinnor i Haj-Yousif- och Shendiområdet i Sudan som stöttade utövandet rapporterade anpassning i samhället som orsak (Islam & Uddin, 2001). Kvinnor med tron om att ingreppet förhindrade äktenskapsbrott samt föredrogs av männen, var mer benägna att stödja fortsatt utövande av kvinnlig könsstympning (Dalal et al., 2010). Andra faktorer som påverkade attityder till kvinnlig könsstympning var, enligt Gele et al. (2013a),

relaterat till det religiösa kravet där kvinnor ansåg ingreppet som en del av religionen, något som även Dalal, Lawoko och Jansson (2010) rapporterade.

### **Förutsättningar som påverkar attityder gentemot ingreppet**

Förnekande av ingreppets hälsorisker var en annan påverkande faktor till attityder mot kvinnlig könsstympning (Gele et al., 2013a). De kvinnor i Haj-Yousif och Shendiområdet som motsatte sig kvinnlig könsstympning hade grundläggande kunskaper om medicinska komplikationer till följd av ingreppet. Även religiösa förbud och personliga erfarenheter rapporterades som orsaker till motsättning av ingreppet. Samma studie i Juda rapporterade religiösa förbud som den största anledningen till motsättning av ingreppet, följt av kunskap om medicinska komplikationer samt tron om att ingreppet är ett brott mot kvinnors värdighet (Islam & Uddin, 2001). Enligt Livermore, Monteiro och Rymer (2007) uppgavs hälsa som den främsta anledningen till motsättning av att föra vidare ingreppet, följt av religion, kultur, lagar, utbildning samt kränkning av de mänskliga rättigheterna. Även Almroth et al. (2001) tog upp hälsa i form av det lidande som ingreppet orsaker, som det största motivet bland dem som inte hade en avsikt att föra vidare ingreppet på sina döttrar.

Kvinnor som fortsatte uttrycka sitt godkännande till kvinnlig könsstympning var även mer benägna att vara gifta och var sannolikt mindre medvetna om sina rättigheter (Diop & Askew, 2009). Vidare rapporterade Rahlenbeck och Wubegzier (2009) en 20 gånger högre risk för döttrar att utsättas för ingreppet om modern var könsstympad, något som även Masho och Matthews (2009) visade på då könsstympade kvinnor var 3,5 gånger mer benägna att stödja fortsatt utövande av kvinnlig könsstympning jämfört med de som inte var könsstympade.

### Vilken kunskap finns och var kommer kunskapen ifrån?

70 procent av kvinnorna rapporterades vara okunniga gällande farorna med kvinnlig könsstympning (Igwegbe & Egbuonu, 2000). Det fanns även en medvetenhet om hälsorisker till följd av ingreppet hos 52 procent av kvinnorna, medan 48 procent hävdade en omedvetenhet om hälsoriskerna. Flertalet betraktade hälsorisker associerade till ingreppet som beräknad propaganda (Alo & Gdabedo, 2011).

Den största källan till kunskap angående hälsokomplikationer efter ingreppet var den informella interaktionen och diskussionen med stadens invånare som källa till attitydförändring (Diop & Askew, 2009; Igwegbe & Egbuonu, 2000), detta följt av hälsoutbildning och personlig erfarenhet (Igwegbe & Egbuonu, 2000). Personlig erfarenhet rapporterades även av Mitike och Deressa (2009) som en källa till kunskap angående ingreppets hälsokomplikationer. Vidare visades dock kommittén mot kvinnlig könsstympning, hälsocenter för flyktingar och utbildning om kvinnlig könsstympning, som de främsta källorna till kunskap om hälsoriskerna (Mitike och Deressa, 2009). Information om hälsokomplikationer från kyrkor, tryckta/elektroniska medier samt från kampanjer mot kvinnlig könsstympning ansågs inte som en viktig kunskapskälla (Igwegbe & Egbuonu, 2000).

### Vilken kunskap påverkar attityder gentemot ingreppet?

Kvinnor som trodde att kvinnlig könsstympning kunde leda till död, ge minskad sexuell tillfredsställelse samt orsaka problem under graviditet/förlossning visade en högre sannolikhet att gynna avskaffning av kvinnlig könsstympning jämfört med jämnåriga utan sådan tro (Dalal et al., 2010). Enligt Gele et al. (2013b) rapporterades dock en fortsatt

avsikt att föra vidare utövandet på sina döttrar trots kunskap om hälsoeffekterna samt brottet mot mänskliga rättigheter.

Gele et al. (2013b) rapporterade tillsägelser från kampanjer på TV att överge faraonisk omskärelse men att istället utöva ”sunna” omskärelse. I Sverige uttrycktes även, enligt Johnsdotter et al. (2008), en tveksamhet för mediakampanjerna mot kvinnlig könsstympning. I uttryckandet av sitt stöd för kampanjerna, rapporterades ett missnöje med att i massmedia presentera frågan som om den gällde alla afrikanska invånare i Sverige, då de upplevde en stor skillnad mellan afrikaner sinsemellan.

Dock fanns det en högre sannolikhet för motstånd mot utövandet bland kvinnor som under det senaste året haft tillgång till information om kvinnlig könsstympning via tryckta medier, TV, samhällsmöten och sammankomster i moskéer eller kyrkor jämfört med de kvinnor som saknade tillgång till sådan information (Dalal et al., 2010). Kvinnor som inte hade exponerats för någon typ av media var 1,6 gånger mer benägna att stödja fortsatt utövande av kvinnlig könsstympning jämfört med dem som erhöll medieinnehåll (Masho och Matthews, 2009). En större medvetenhet visades gällande komplikationer till följd av ingreppet som ett resultat av den nigerianska offentliga utbildningskampanjen i TV och radio (Anuforo, Oyedele & Pacquiao, 2004). Även Diop och Askew (2009) rapporterade radiosändningar som en förklaring till attitydförändring.

En blandning av verbal information om de negativa hälsokonsekvenserna och visuell information, i form av bilder på berörda barn eller sång som var påminnande om den egna upplevelsen, sågs ha en djup inverkan på berörda kvinnor och män (Lien & Schultz, 2013). Orsaken till attitydförändringen angavs främst ligga i den visuella informationen i form av bilder på flickor med svåra hälsoproblem till följd av ingreppet. Dock nämndes även den verbala informationen om hälsorisker, mänskliga rättigheter samt ingreppets icke religiösa koppling som viktiga (Lien & Schultz, 2013).

Vidare rapporterade Lien och Schultz (2013) fyra faktorer som hade en attitydinverkan och innefattade formell utbildning, personlig erfarenhet av sjukhusarbete, seminarier och konferenser om kvinnlig könsstympning samt diskussioner med familj och vänner. Människor i omgivningen som motsatte sig praxis hade en påverkan till attitydförändringen, vilket även stärktes av den norska statens åsikter om kvinnlig könsstympning genom lagförbud (Lien & Schultz, 2013).

### **Faktorer som påverkar fortsatt utövande av kvinnlig könsstympning**

De faktorer som påverkade huruvida kvinnor låtit sina döttrar genomgå kvinnlig könsstympning var pedagogisk status, ålder och kön.

#### Ålder

Enligt Gele et al. (2013a) var dock ålder ej associerat med fortsatt utövande av kvinnlig könsstympning. Majoriteten visade dock att procentandelen av kvinnlig könsstympning ökade med åldern (Alo och Gdadebo, 2011; Igwegbe & Egbuonu, 2000; Mitike & Deressa, 2009; Rahlenbeck & Wubegzier, 2009; Snow, Slanger, Okonofua, Oronsaye & Wacker, 2002). Procentandelen av könsstympade kvinnor var som högst vid 25-29 års ålder (Snow et al., 2002). Enligt Igwegbe och Egbuonu (2000) var majoriteten mödrar som genomgått kvinnlig könsstympning mellan åldrarna 16-30 år. En högre andel äldre kvinnor (45-49 år) hade genomgått ingreppet jämfört med yngre kvinnor (15-24 år) (Rahlenbeck &

Wubegzier, 2009). Vidare rapporterade Mitike och Deressa (2009) en högre andel flickor som genomgått ingreppet vid 11-12 år jämfört med åldern 7-8 år.

Åldersspannet för ingreppet uppgavs i områdena Yoruba och Hausa vara från födsel upp till åtta dagar efter födseln (Anuforo et al., 2004). Enligt Asekun-Olarinmoye och Amusan (2008) uppgav högst andel utföranden av kvinnlig könsstympning vid ett års ålder. Snow et al. (2002) rapporterade den genomsnittliga åldern för ingreppet vara 4,9 år. En större åldersbredd av Almroth et al. (2001) rapporterades där åldersspannet för ingreppet var 2-12 år. Likaså Mitike & Deressa (2009) rapporterade förekomsten av kvinnlig könsstympning bland flickor mellan 1-12 års ålder. I området Igbo rapporterades även en större variation i åldersspannet för utövandet av ingreppet, då genomförandet av ingreppet kunde sträcka sig från födelse till strax innan giftermål (Anuforo et al., 2004).

Samtliga som låtit sina döttrar genomgå ingreppet var äldre kvinnor (Johnsdotter et al., 2008). Även Almroth et al. (2001) rapporterade att samtliga äldre kvinnor och män (morföräldrar) hade låtit sin första dotter genomgå kvinnlig könsstympning, till skillnad från de yngre kvinnorna. Den äldsta åldersgruppen (45-49 år) mödrar hade en högre andel könsstympade döttrar jämfört med den yngsta åldersgruppen mödrar (15-24 år) (Alo & Gdadebo, 2011). Dock rapporterade Snow et al. (2002) att en högre andel äldre (45-49 år) kvinnor motsatte sig ingreppet jämfört med yngre kvinnor. Ju yngre kvinnorna var desto mindre positiva var de till avskaffning av kvinnlig könsstympning. Kvinnor i åldrarna 15-24 år var 1.2 gånger mer benägna att stödja fortsatt utövande av kvinnlig könsstympning jämfört med kvinnor i åldern 40-49 år (Masho och Matthews, 2009). Enligt Mitike och Deressa (2009) rapporterades även ingreppet oftare bland yngre föräldrar (< 35 år).

## Kön

Avsikten att utöva ingreppet på sina döttrar var associerat med kön på föräldern.

Manligt kön var associerat med låg avsikt att utöva kvinnlig könsstympning (Mitike & Deressa, 2009). Även Islam och Uddin (2001) rapporterade en mindre benägenhet bland män i fortsatt stöd av ingreppet jämfört med deras fruar. De yngre och äldre männen upplevde att kvinnlig könsstympning borde stoppas, då de inte längre ansåg ingreppet vara en förutsättning för äktenskap samt att ingreppet innebar stora kostnader relaterat till komplikationer följt av ingreppet (Ako & Akweongo, 2009).

Enligt Gele et al. (2013a) var däremot kvinnor mindre benägna att stödja kvinnlig könsstympning jämfört med män (Gele et al., 2013a). Även Almroth et al. (2001) rapporterade en högre andel män än kvinnor som hade en vilja att föra vidare utövandet på sina döttrar. Dock visades en högre andel kvinnor som var benägna att utföra ingreppet på deras döttrar, än de kvinnor som stöttade ingreppet i allmänhet (Islam & Uddin, 2001). Enligt Ako och Akweongo (2009) upplevde de unga kvinnorna praxis som okontrollerbar.

Enligt Anuforo et al. (2004) visade beslutsfattaren för ingreppet skilja sig lite städerna emellan då beslutsfattaren för ingreppet i Igbo var den äldsta kvinnan på faderns sida. Beslutsfattaren i Hausa var fadern till flickan med moderns stöd och i Yoruba togs beslutet gemensamt av båda föräldrarna. Almroth et al. (2001) rapporterade flickans mor som beslutsfattaren i de flesta fall gällande utövandet av kvinnlig könsstympning. Fadern rapporterades vara mer involverad i beslut gällande att inte utföra ingreppet.

## Geografi

Stadsbor visade sig ofta gynna avskaffning av kvinnlig könsstympning jämfört med de som bodde på landsbygden (Dalal et al., 2010), där även de sociala sanktionerna mot icke könsstympade kvinnor var starkare på landsbygden och i små byar jämfört med i storstadsregionerna (Anuforo et al., 2004). Enligt Masho och Matthews (2009) var de som bodde på landsbygden tre gånger mer benägna att stödja fortsatt utövande jämfört med kvinnor som bodde i urbana områden.

## **Strategier mot kvinnlig könsstympning**

### Lagförbud som enskild åtgärd

Små skillnader visades i förekomsten av ingreppet före och efter lagförbud. I övre Egypten visades en liten minskning av andelen kvinnor som hade minst en könsstympad dotter fem år efter jämfört med före lagförbudet. Pressen på att utgöra ingreppet var dock lägre fem år senare efter lagförbudet. Samtidigt var andelen flickor som utfört kvinnlig könsstympning av läkare lägre efter lagförbudet i övre Egypten (Hassanin & Shaaban, 2013). 70 procent rapporterade en skräck för att uppsöka vård vid komplikationer i samband med ingreppet efter lagförbudet i Storbritannien (Livermore et al., 2007).

Enligt Ako och Akweongo (2009) hade Ghana svårigheter att upprätthålla lagförbudet mot kvinnlig könsstympning, där problemet låg i frågan om roller och ansvar. Detta som ledde till ett icke konsekvent engagemang för eliminering av kvinnlig könsstympning. Förutom svårigheter med frågan om roller och ansvar fanns även svårigheter att upprätthålla lagförbudet relaterat till de begränsade budgetmässiga bestämmelserna. Den begränsade budgeten ledde till bristande kontorsmedel, avsaknad av utbildad personal inom jämställdhetsfrågor, avsaknad av transport för att följa upp anmälningsärenden i praktiserande samhällen, då de flesta ärenden var svårtillgängliga. Likaså var det även problematiskt att genomföra utredningar, gripa utövarna av kvinnlig könsstympning samt skydda offren (Ako & Akweongo, 2009).

### Samhällets åsikter gällande lagförbudet

Det fanns en stor medvetenhet om lagförbudet mot kvinnlig könsstympning i Ghana. Dock fanns inte en lika stor medvetenhet om orsakerna till lagen, innehållet i lagen samt tillvägagångssätt för berörda kvinnor att söka ersättning, rapportera händelser av kvinnlig könsstympning och söka skydd vid hot för ingreppet (Ako och Akweongo, 2009). Enligt Livermore et al. (2007) upplevde flertalet att det talades mindre om kvinnlig könsstympning efter att lagen trädde i kraft. Trots det upplevde majoriteten bland dem som var medvetna om lagförbudet, detta som något positivt (Livermore et al., 2007).

Trots en stor medvetenhet om lagförbudet mot kvinnlig könsstympning i Ghana, verkade uppfattningarna i samhället strida mot lagförbudet. En vilja att behålla kvinnlig könsstympning var relaterat till en tradition, samtidigt som staten hade kriminaliserat praxis, vilket hade lett till motstridiga åsikter (Ako och Akweongo, 2009). Trots det verkade modernisering och statliga lagar ha en inverkan på förändring av samhällets uppfattningar (Ako & Akweongo, 2009). Dock tenderade unga kvinnor att ifrågasätta auktoriteten av statliga regler gentemot sina föräldrars auktoritet, vilket verkade leda till en konflikt mellan konstitutionella och kulturella rättigheter. Kriminalisering ansågs därför inte som en lösning utan istället som ett sätt att skapa konfrontation mellan regeringen och allmänheten (Gele et al., 2013b).

## Utbildning

Moderns utbildningsnivå var associerat med attityder till fortsatt utövande av ingreppet (Dalal et al., 2010; Islam & Uddin, 2001; Masho & Matthews, 2009; Rahlenbeck & Wubegzier (2009). Moderns utbildningsnivå var även associerat till huruvida deras döttrar hade genomgått kvinnlig könsstympning (Almroth et al., 2001; Alo & Gdadebo, 2011; Anuforo et al., 2004; Rahlenbeck & Wubegzier, 2009). Den största andelen könsstympade kvinnor påträffades bland dem med lägst utbildning (Snow et al., 2002).

Utbildade kvinnor var i USA 2,9 gånger mer benägna att vara sympatisörer av kvinnlig könsstympning jämfört med utbildade kvinnor (Masho & Matthews, 2009). En kvinna som någon gång hade gått i skola hade därmed en fyrfaldig större benägenhet att vara emot kvinnlig könsstympning (Rahlenbeck & Wubegzier, 2009). Enligt Islam och Uddin (2001) gynnade en högre andel kvinnor med primär- eller juniorutbildning, kvinnlig könsstympning jämfört med kvinnor med gymnasial- eller högre utbildning. Utbildade samt läskunniga kvinnor gynnade ofta avskaffning av kvinnlig könsstympning jämfört med utbildade/låg utbildning och analfabeter. Även en högre andel sysselsatta kvinnor visade motstånd mot utövandet jämfört med de kvinnor som var arbetslösa (Dalal et al., 2010).

Det fanns en mindre benägenhet att utöva ingreppet på sina döttrar bland de kvinnorna med eftergymnasial utbildning (Alo och Gdadebo, 2011; Almroth et al., 2001; Anuforo et al., 2004). En moder som aldrig gått i någon form av skola hade 2,3 gånger större chans att ha en könsstympad dotter jämfört med en moder som gått i skolan (Rahlenbeck & Wubegzier, 2009). Anuforo et al. (2004) nämnde även arbetande inom vården som en orsak till en mindre benägenhet att föra vidare ingreppet på sina döttrar.

Egenmakt var ännu en faktor som rapporterades vara förknippat med avvisande av kvinnlig könsstympning. Dock hittades inga associationer mellan ekonomisk status och/eller anställning och könsstympningsstatus på döttrarna (Rahlenbeck och Wubegzier, 2009) medan Alo och Ghadebo (2011) hittade en signifikant association mellan socioekonomisk status och huruvida respondenternas döttrar blivit könsstympade eller ej, då mödrar med låg socioekonomisk status hade högre andel könsstympade döttrar jämfört med mödrar med hög socialekonomisk status.

Förutom utbildning av modern, rapporterade Asekun-Olarinmoye och Amusan (2008) även utbildning för de som utför ingreppet, så kallade "klippare", som ett sätt att stoppa utövandet av kvinnlig könsstympning. Ingreppet kunde även ha en påverkan på flickors utbildning i samband med den höga graden av frånvaro från skolan (Gele et al., 2013b).

### Utbildningsprogram/Interventioner

Andelen som stöttade fortsatt utövande av kvinnlig könsstympning hade minskat efter interventionen jämfört med andelen män och kvinnor som stöttade fortsatt utövande före interventionens början. Dessutom hade en ökning av andelen som efter interventionen inte längre hade en avsikt att könsstympa framtida döttrar (Asekun-Olarinmoye & Amusan, 2008). Enligt Diop och Askew (2009) hade effekten av utbildningsprogram lett till en större medvetenhet gällande hälsokonsekvenserna av kvinnlig könsstympning. Flertalet angav programmet/interventionen som den största informationskällan till attitydförändringen.

Efter interventionen rapporterades en högre andel icke könsstympade kvinnor jämfört med innan interventionen. Interventionsprogrammet visade en minskning av utövandet av

ingreppet på flickor från tio år och yngre genom inverkan på kvinnors deltagande, både genom ett aktivt deltagande i programmet eller genom en indirekt påverkan av att vara bosatt där programmet genomfördes. En spridning av information från deltagarna förekom oftare efter programmet än före samt att andelen kvinnor som ansåg kvinnlig könsstympning som en social nödvändighet minskade efter interventionen (Diop & Askew, 2009).

Enligt Mitike och Deressa (2009) ansågs flertalet av deltagarna ha en positiv syn på dessa interventioner mot utövandet. En tredjedel bland de som hört talas om utbildningsprogram för att främja medvetenhet om kvinnlig könsstympning, hade själva deltagit i sådana program (Livermore et al., 2007). Avsikten att utöva ingreppet på sina döttrar var förknippat med graden av deltagande vid interventioner mot kvinnlig könsstympning. Ett aktivt deltagande i anti-könsstympnings interventioner var associerat med låg avsikt att praktisera kvinnlig könsstympning (Mitike & Deressa, 2009).

### **Berördas förslag till attityd- och beteendeförändring**

Flera åtgärder rapporterades för att minska utövandet av kvinnlig könsstympning, vilket innefattade ökad statlig utbildning om kvinnlig könsstympning och dess komplikationer i skolor och media. Bland respondenterna inom vården framkom att legalisation av bruket kunde vara en åtgärd för att säkerställa att utövarna är utbildade och att dessa procedurer sker på sjukhus för att förhindra den höga graden av komplikationer (Anuforo et al., 2004).

Enligt Gele et al. (2013b) framkom det även två frågor som ansåg vara ledande för hinder mot en lyckad attitydförändring mot ingreppet. Dessa frågor handlade om misstänksamhet med rädsla för inskränkning på religion och kultur, samt att det krävdes många för att göra en förändring relaterat till den starka sociala konventionen. Män som var utövare av kvinnlig könsstympning rapporterade en vilja att ge upp kvinnlig könsstympning på regeringens begäran om regeringen kunde ge alternativa inkomstkällor likvärdig med den kvinnlig könsstympning tillhandahöll (Asekun-Olarinmoye & Amusan, 2008).

## **DISKUSSION**

### **Resultatdiskussion**

Syftet med föreliggande studie var att kartlägga faktorer som påverkar fortsatt utövande av kvinnlig könsstympning. Huvudfynden i studiens resultat visar på viktiga faktorer som påverkar utövandet av sedvänjan. Huvudfynden i studiens resultat tar upp lagstiftning, kön, ålder, bostadsområde och utbildning vilket diskuteras i denna diskussion.

Resultatet visade att majoriteten som ändå motsatte sig praxis ändå hade en avsikt att utöva ingreppet på sina döttrar relaterat till den djupt rotade traditionen samt strävan att passa in i samhället (Alo & Gbadebo, 2011; Islam & Uddin, 2001). Enligt författarna talar detta alltså för hur stark denna tradition är och därför är det av stor vikt att kartlägga vilka faktorer som påverkar attityder till ingreppet för att därmed kunna kartlägga vart resurser har störst påverkan för att förbättra det förebyggande arbetet mot kvinnlig könsstympning. Resultatet visade även att det krävs samspel bland många för att utöva en förändring (Gele et al., 2013b). För att bryta sedvänjan krävs, enligt författarna, en större folksamling som genom motstånd kan ge motsatt effekt för de som väljer att fortsätta utövandet av ingreppet, då istället fortsatt utövande leder till skam och utanförskap. Därför är det viktigt att man som vårdpersonal får en ökad kunskap om påverkande faktorer för att tillsammans

i grupp/gemensamt kunna använda sig av resurser som påverkar och når ut till flest människor.

Fyndet i resultatet visade att det fanns en högre benägenhet att stödja fortsatt utövande av kvinnlig könsstympning bland dem som inte exponerats för någon typ av media jämfört med dem som erhöll medieinnehåll. Interaktion med familj och vänner, personlig erfarenhet och hälsoutbildning nämndes som de flest nämnda källorna till kunskap. Detta talar för att media har en betydelse för attityder till ingreppet. Enligt författarna bör resurserna därför syfta till att hålla interna utbildningar om kvinnlig könsstympning och uppmuntra könsstympade kvinnor att åka ut och föreläsa i bland annat skolor. Dels för att lyssnare lättare skall kunna relatera till verkligheten, få samma typ av interaktion som med familj och vänner, väcka en diskussion bland berörda samt lyfta fram hjälporganisationens ideella och icke vinstdrivande engagemang. Enligt resultatet fanns dock en omedvetenhet/okunnighet gällande farorna av kvinnlig könsstympning samt en omedvetenhet om sina rättigheter bland kvinnor som fortsatte uttrycka sitt godkännande till ingreppet. Tidigare litteratur visar att alla människor är födda fria med lika värde och rättigheter. Detta innebär att ingen människa får utsättas för tortyr, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (Svenska FN-förbundet, 2008). Författarna anser därför att det behövs ytterligare kampanjer som syftar till att ge berörda tillräcklig information om de hälsorisker som finns till följd av ingreppet.

Resultatet har visat att en blandning av både verbal och visuell information verkar ha djupast inverkan. Därför är det av vikt, enligt författarna, att komplettera den information som ges via media (TV och radio) då inte alla har tillgång till dessa samt att studier har visat att media inte är den främsta kunskapskällan. Dock innebär detta inte att en nedmontering av mediainformation är aktuell då denna metod ändå har visat sig ha en viktig roll. Dock är det av vikt att dessa resurser kompletteras med andra åtgärder där man inte bara tar tag i problemet på en internationell nivå utan även på en kommunal nivå där man via mer anpassade metoder försöker nå ut till berörda människor genom att relatera till personliga erfarenheter samt interaktion. Denna tillämpning blir av större betydelse i ett mindre och mer slutnare samhälle då dessa, vilket tidigare nämnts, visar tendenser till att hålla hårdare i könsstympning som tradition gentemot större samhällen. Detta är information som behöver bearbetas och behandlas tillsammans och genom att nå ut på en kommunal nivå möjliggörs detta.

Några betydande skillnader i förekomsten av ingreppet före och efter lagförbudet i övre Egypten kunde inte påvisas. Tidigare litteratur visar att kvinnlig könsstympning som utövas av läkare ger en större möjlighet för ingreppet att ske under övervakning och under relativt goda och hygieniska förhållanden (Socialstyrelsen, 2005). Tidigare litteratur visar även att de kvinnor som utför ingreppet och inte är sjukvårdspersonal, ofta saknar skolning och har därmed en avsaknad av kunskap om anatomi, kroppsfunktioner och aseptik (SLL, 2007). Enligt författarna kan lagförbud som enskild åtgärd innebära större komplikationer relaterat till okunniga utövare samt ohygieniska förhållanden, vilket leder till stora komplikationskostnader för hälso- och sjukvården och samhället. Resultatet visade även att folket i Ghana var dåligt informerade gällande lagförbudets innerbörd. Enligt författarna talar detta för att det är av vikt att, utöver informera befolkningen att ett sådant lagförbud finns i landet, även informera om vad lagen innebär, orsakerna till lagen samt tillvägagångssättet för olika typer av händelser som är kopplade till kvinnlig könsstympning. Det är av vikt att det görs kompletterande åtgärder vid sidan om lagförbudet för att ta hand om de redan drabbade och se till att de får hjälp vid eventuella komplikationer. Åtgärderna skall även syfta till att ge berörda människor den information



och hjälp till ändring av invant beteende som krävs för att maximera människors anpassningsförmåga till lagförbudet. Ett bra upprätthållande av lagförbudet är av minst lika stor vikt för att lagförbud som enskild resurs ska bli effektiv. Risken med lagförbud är tron på att lagstiftning är tillräcklig och därmed slutar prioritera andra resurser i det förebyggande arbetet. Det krävs därför som sagt åtgärder som prioriteras högre än lagstiftning för att stoppa sedvänjan.

Gällande ålder visade resultatet att utövandet av kvinnlig könsstympning började i tidig ålder samt att prevalensen ökade med åldern. Även tidigare forskning visar att flickor utsätts för kvinnlig könsstympning i tidig barndom (Berg & Denison, 2011). Då forskning visar på att kvinnlig könsstympning sker under tidig ålder, visar detta på, enligt författarna, att det förebyggande arbetet måste ske tidigt. Berörda flickor i en yngre ålder saknar i större utsträckning förmågan till egna resonemang och självständigt beslutstagande. Detta talar för att resurserna måste fokuseras på att förändra föräldrarnas attityder till ingreppet för att i sin tur få föräldrarna att motsätta sig ingreppet på sina döttrar.

Det fanns en högre risk för döttrar att utsättas för ingreppet om modern själv var könsstympad (Matthews & Masho, 2009; Rahlenbeck & Wubegzier, 2009). Enligt författarna kan denna onda cirkel upphävas genom attitydförändring bland föräldrar då detta torde minska risken för att döttrarna till dessa föräldrar överför traditionen på sina döttrar.

Gällande ålder på modern visade resultatet att majoriteten bland dem som låtit sina döttrar genomgå ingreppet var äldre kvinnor samtidigt som en högre andel yngre kvinnor fortsatt stöttade utövandet av ingreppet. Enligt författarna bör resurserna i det förebyggande arbetet därför fokuseras på den yngre åldersgruppen av kvinnor från 15 år och uppåt, då många idag blir föräldrar i ung ålder. Detta faktum visar i sin tur att attityder som ung påverkas av de beslut som föräldrar tar gällande sina barn. Genom att lägga resurserna på den yngre åldersgruppen ökar chanserna till attitydförändring då invanda beteenden i samband med ålderdom försvårar viljan till förändring.

Gällande kön på föräldern visade resultatet en mindre benägenhet bland män att fortsätta utövandet då flickans mor i det flesta fall var beslutsfattaren gällande utövande av kvinnlig könsstympning på sina döttrar. Tidigare litteratur visar att det främst är kvinnor som upprätthåller traditionerna (NCK, 2011). Samtidigt som det är kvinnorna som upprätthåller traditionerna påverkar även männen till stor grad upprätthållandet av denna tradition vilket, enligt författarna, talar för att resurserna bör läggas på att även nå ut till män och påverka dessa till attitydförändring. Detta på grund av att män i allmänhet besitter en större samhällsmakt. Detta i sin tur leder till att ju fler män som motsätter sig ingreppet, desto mindre lönsamt kommer det bli för kvinnor att genomgå ingreppet. Tidigare litteratur visar att könsstympning ofta ses som en förutsättning för giftermål (Gele et al., 2012; Socialstyrelsen, 2005). Därmed bryts cirkeln som håller uppe traditionen.

Resultatet visade även en högre förekomst och fortsatt gynnande av kvinnlig könsstympning bland dem som bodde på landsbygden jämfört med dem i stadsområden. Enligt författarna kan detta grundas i det eventuella faktum att boende i stadsområden har en större tillgång till informationsspridare (medier) relaterat till en högre frekvens av modern utrustning, samt invandring som ger en större möjlighet till influens från andra. Sedan kan även detta grundas i att de berörda på landsbygden tenderar att hålla hårdare i traditionerna samt att ett mer slutet samhälle, där ”rebelliska” åsikter ges litet utrymme, gör det svårare för enskilda individer att gå emot strömmen. Detta jämfört med större städer, där en större befolkningsmassa kan möjliggöra en liberalare yttrandefrihet. Med detta i

åtanke bör resurserna fokuseras på att försöka nå ut till fler boende på landsbygden då given information talar för att en attitydförändring bland denna befolkning är svårare att uppnå gentemot större samhällen. Dock är även ett visst fokus av resurser i storstäderna av vikt då chansen att nå ut till en större folkmassa är större. Emellertid bör metoderna för storstäderna skilja sig mot landsbygden.

Utbildning var ännu ett viktigt huvudfynd i studiens resultat där den högsta andelen könsstympade kvinnor (mödrar och döttrar) påträffades bland dem med låg utbildning och låg socioekonomisk status. Enligt författarna talar detta för att utbildningsnivån på mödrar har ett stort samband med utövandet då det oftast är mödrar bland föräldrarna som väljer att gynna fortsatt utövande av kvinnlig könsstympning. Utbildning av främst kvinnor är därför ett viktigt steg i förebyggandet mot kvinnlig könsstympning. För att förhindra utövandet av kvinnlig könsstympning bland föräldrar krävs tidiga åtgärder där man för att istället erbjuda utbildning för redan blivna mödrar i största möjliga mån försöker erbjuda utbildning för unga flickor. Detta för att i redan ung ålder skapa de bästa förutsättningarna till goda avsikter för sina barn.

Utbildningsprogram som syftar till att utbilda kvinnor om hälsoeffekterna till följd av ingreppet visade sig, enligt resultatet, ha bra effekt. Enligt författarna visar detta vikten av utbildningsprogram vilket kan vara ett alternativ istället för mediakampanjer via TV och radio. Detta då programmet även hade en indirekt allmänt positiv påverkan på närområdet där programmet genomfördes då spridning av information från deltagarna förekom oftare efter programmet (Diop & Askew, 2009). Utbildningsprogram är en bra åtgärd som sker på kommunal nivå och har, vilket tidigare diskussion visat, den bäst påverkande kunskapen angående ingreppet. Dock behövs främst utbildning som syftar till att ge kvinnor möjlighet att gå i skolan vilket leder till ett bra arbete och hög socioekonomisk status. I dagens samhälle krävs det dessutom en läs- och skrivkunnighet för att kunna uppdatera sig om den senaste informationen. Ju fler som besitter en läs- och skrivkunnighet ju större är chansen för media och informationsspridare att kunna nå ut till de berörda. Förutom utbildning av enbart mödrar kan även utbildning av så kallade ”klippare” vara ett sätt att stoppa kvinnlig könsstympning (Asekun-Olarinmoye & Amusan, 2008). Då tidigare litteratur visar att det framförallt är kvinnor som utför ingreppet (Socialstyrelsen, 2005) visar detta, enligt författarna, vikten av utbildning bland alla kvinnor. Detta för att minska risken att kvinnor gynnar fortsatt utövande samt öka chansen för kvinnor att personligen avstå från att utföra ingreppet.

### Klinisk relevans

Studiens huvudfynd är viktiga att implementera i vården. Relaterat till den ökade invandringen har detta lett till en ökning av en patientgrupp som består av könsstympade kvinnor tillsammans med deras berörda familjer. Därför är det av vikt att sjuksköterskan har en grundläggande kunskap angående detta ämne för att bättre kunna bemöta, våga ta upp och belysa ett sådant känsligt ämne som detta. Sjuksköterskans yrkesroll innebär ett ansvar att ge personcentrerad vård och se till patientens helhet. Detta innebär att se till patientens hela livssituation. Sjuksköterskan får ofta en god relation med patienten i och med den täta vårdkontakten. Sjuksköterskan ges möjlighet till samtal med kvinnan och hennes närstående vilket ger möjlighet till informationsgivning om hälsoriskerna som finns till följd av kvinnlig könsstympning i form av både verbal samt visuell information. Fokus skall då ligga på båda könen då även männen är en viktig faktor för attitydpåverkan gällande ingreppet. Sjuksköterskan ges även möjlighet till att motivera de berörda till skolgång då hög utbildning är associerat till låg avsikt att föra sedvänjan vidare. Studiens

resultat visar att lagstiftning som enskild åtgärd inte är tillräcklig. Stöd till berörda för att ändra ett invant beteende och lära att anpassa sig till lagförbudet krävs i tillägg. Genom att sjuksköterskan tar upp och belyser detta ämne uppstår en diskussion som förs vidare till familj och vänner vilket förhoppningsvis ger ett förändrat beteende. Studiens resultat ger därför en vägledning för hur sjuksköterskan kan gå tillväga och hur hon kan använda sin kunskap och sina resurser för att öka chansen till en attitydpåverkan angående ingreppet.

## **Metoddiskussion**

Som metod valdes litteraturstudie då det ansågs vara etiskt oförsvarbart att göra en kvalitativ studie inom den valda patientgruppen. Detta på grund av svårigheter att på ett etiskt sätt tala om detta ämne samt svårigheter att hitta personer villiga till intervju. Socialstyrelsen (2005) beskriver könsstymning som ett känsligt ämne som de flesta upplever mycket privat, vilket kan komma att påverka samt försvåra dialogen i en intervjusituation. Förutom det känsliga ämnet så hade även språket varit ett hinder vid en kvalitativ studie, då många av dessa kvinnor kanske inte behärskar svenska eller engelska, vilket hade varit språket som använts under en eventuell intervju. En kvalitativ studie hade gett en djupare förståelse. Dock hade det funnits en risk för geografisk begränsning då författarna hade som mål att beröra ämnet ur ett mer globalt perspektiv.

De inkluderade vetenskapliga artiklarna i resultatet var skrivna på engelska då detta var ett språk som författarna behärskade. Genom upprepade genomläsningar av båda författarna samt användning av Nordstedts engelsk-svenska lexikon vid översättningen av artiklarna, ansågs risken för feltolkningar minimal.

Till en början var en inklusionskriterie för de inkluderade vetenskapliga artiklarna att dessa skulle vara publicerade inom de senaste tio åren för att få tillgång till den senaste forskningen. Dock utökades tidsspannet med tre år för att utöka antalet artiklar, då det till en början fanns svårigheter att hitta relevant information inom tidsspannet tio år. Fördelen med utökat tidsspänn var en bredare möjlighet till att hitta relevanta artiklar. Dock fanns en risk att studiens tillförlitlighet minskar ju äldre artiklar man använder, vilket var något som reflekterades över. Författarna valde ändå att behålla tidsspannet 13 år. Detta val var grundat i det faktum att detta ämnesområde ännu inte är hårt etablerat som forskningsområde, vilket betyder att ämnets utveckling inom forskningen fortfarande avancerar i långsam takt. Därför ansågs det fördelaktigt att ha med artiklar äldre än tio år för att öka rikligheten i resultatet, än att enbart ha med artiklar inom tidsspannet tio år vilket hade gett ett smalare resultat. Författarna ansåg därför inte valet av artiklar påverka studiens tillförlitlighet utan istället stärka studien relaterat till den mängd artiklar samt kombinationen av kvalitativ och kvantitativ data som använts.

De artiklar som valdes i uppsatsen hade en bred geografisk spridning med artiklar från Ghana, Sudan, Sverige, Norge, England, USA, Nigeria, Egypten, Senegal, Etiopien, Somalia och Storbritannien. Detta var inte ett aktivt val utan blev ett bifynd efter kvalitetsgranskningarna av artiklarna. En kombination av artiklar från både västerländska och icke västerländska länder ger ett globalt perspektiv vilket stärker examensarbetet tyckte författarna då resultatet blev mer omfattande och därmed mer generaliserbart.

Studien anses ha en hög reliabilitet då författarna genom sitt tydliga beskrivande av metodprocessen anses ha möjliggjort för samma studie att utföras på nytt. Då merparten av studiernas resultat var likartade anser författarna att man inte hade kunnat komma fram till ett annorlunda resultat. Studien hade även en hög validitet då författarna anses ha ett relevant innehåll för att besvara studiens syfte och frågeställning.

Totalt hittades 39 relevanta artiklar. På grund av tidsbegränsning samt metodtyp valde författarna att exkludera artiklar. Exkluderingen av artiklar var baserat på tillförlitlighet samt hur relevanta artiklarna var för studien. Många artiklar hade gjort likvärdiga slutsatser och därför kunde många av dessa artiklar exkluderas baserat på grad av tillförlighet. Artiklar som hade en otydlig uppdelning av metod, syfte och resultat samt artiklar där metoden ansågs otillräcklig enligt författarna till föreliggande studie, exkluderades. Detta ledde till en samling av artiklar med medel och hög tillförlitlighet. Dock exkluderades aldrig artiklar i syfte om att gynna den egna ståndpunkten. Den slutliga mängd artiklar som inkluderades i resultatet var 19 stycken.

Författarna var medvetna om att det fanns en risk för att fel slutsatser kunde dras relaterat till vilka artiklar som valts samt vilken tillgång som erhållits för att finna relevanta artiklar. Risken med litteraturstudier och dess icke tillförlitlighet beskrivs av Forsberg & Wengström (2013), då forskaren kan välja studier som stödjer den egna ståndpunkten och därmed kan slutsatserna inom samma område komma att variera beroende på vem som genomfört studien. Detta är något som författarna reflekterat över och det är därför valt att hitta relevant forskning genom databassökning i CINAHL och Pubmed, genom manuella sökningar i journaler samt genom sökningar i tillförlitliga artiklars referenslistor för att hitta och granska mest möjliga data inom ämnesområdet. Författarna var även medvetna den etiska aspekten gällande denna grupp kvinnor, då kvinnlig könsstympning är ett känsligt ämne. Detta togs hänsyn till i databassökningen då enbart artiklar där samtycke getts av deltagarna inkluderades. Resultatet kan användas som underlag för sjuksköterskor i utvecklandet av kliniska riktlinjer, då svensk sjuksköterskeförening anser att det finns ett stort behov av litteraturstudier inom omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2006, refererat i Forsberg & Wengström, 2013).

### **Slutsats**

De stora påverkande faktorerna till attityder gentemot ingreppet var utbildning, kunskap, ålder, kön och område. Resurser skall läggas på att förse kvinnor i alla åldrar med skolgång och utbildning i kombination med utbildningsinterventioner. Utöver utbildning vore det fördelaktigt att lägga ytterligare resurser i storstadsområden. Där bör fokus ligga på den yngre åldersgruppen samt att det är av lika stor vikt att lägga fokus på män som kvinnor.

Det krävs fler parallella åtgärder vid sidan om en lagstiftning såsom hälsoutbildningar, personliga erfarenheter och interaktion med familj och vänner. Genom att hantera problemen på en kommunal nivå istället för på en internationell nivå kan hälso- och sjukvårdspersonal kliniskt tillämpa kunskapen genom diskussion av information relaterat till personliga erfarenheter där vårdpersonalen kan fungera som stöd i bearbetningen. Detta leder till både bättre omhändertagande men möjliggör även chansen till attitydpåverkan hos dessa kvinnor i syfte om att stoppa denna sedvänja.

### **Fortsatta studier**

Utifrån föreliggande studie såg författarna ett stort behov av vidare forskning inom området kvinnlig könsstympning, som ännu ej är ett etablerat forskningsområde. Ytterligare fortsatta studier om hur åtgärder mot kvinnlig könsstympning kan effektiviseras är av relevans. Fortsatt utvärdering och jämförelse av insatta interventioner mot kvinnlig könsstympning ses även som ett förslag till fortsatta studier. Detta för att se vilka interventioner som ger bäst effekt i det förebyggande arbetet. Samtidigt är fortsatta kvalitativa studier av berörda kvinnor av betydelse i syfte om att undersöka ytterligare

vilka resurser och metoder som dessa kvinnor anser vara mest effektiva för attityd- och beteendeförändring av kvinnlig könsstympning.

I dagsläget finns det lite forskning som belyser könsstympade kvinnors upplevelser av bemötandet i vården. Det är av vikt att dessa synpunkter lyfts fram och dessa fynd skulle lättast uppnås genom en kvalitativ studie med berörda kvinnor. Detta skulle därmed kunna optimera ett bra bemötande av dessa kvinnor i vården.

## REFERENSER

\*Ako, M. A & Akweong, P. (2009). The limited effectiveness of legislation against female genital mutilation and the role of community beliefs in Upper East Region Ghana. *Reproductive Health Matters*, 17(34), 47-54. doi: 10.1016/S0968-8080(09)34474-2

\*Almroth, L., Almroth-Berggren, V., Hassanein, O.M., El Hadi, N., Al-Said, S.S.E., Hasan, S.S.A., Lithell, U.B., & Bergström, S. (2001). A community based study on the change of practice of female genital mutilation in a Sudanese village. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 74(2), 179–185. doi: 10.1016/S0020-7292(01)00392-7

Almroth, L., Elmusharaf, S., El Hadi, N., Obeid, A., El Sheikh, M.A., Elfadil, S.M., & Bergström, S. (2005). Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *Lancet*, 366(9483), 385-91. doi:10.1016/S0140-6736(05)67023-7

Almås, H., Stubberud, D.G., & Grønseth, R. (Red.). (2011). *Klinisk omvårdnad* (2:a uppl.). Stockholm: Liber.

\*Alo, O.A., & Gbadebo, B. (2011). Intergenerational attitude changes regarding female genital cutting in Nigeria. *Journal of women's health*, 20(11):1655-61. doi: 10.1089/jwh.2010.2610.

Alsibiani, S.A., & Rouzi, A.A. (2008). Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertility and sterility*, 93(3), 722-724. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.10.035

Andersson, S.H., Rymer, J., Joyce, D.W., Momoh, C., & Gayle, C.M. (2012). Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 119(13), 1606-11. doi: 10.1111/1471-0528.12004

Anis, T.H., Aboul Gheit, S., Awad, H.H., & Saied, H.S. (2012). Effects of female genital cutting on the sexual function of Egyptian women. A cross-sectional study. *The journal of sexual medicine*. 9(10), 2682-92. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02866.x.

\*Anuforo, P.O., Oyedele, L., & Pacquiao, D.F. (2004). Comparative study of meanings, beliefs, and practices of female circumcision among three Nigerian tribes in the United States and Nigeria. *Journal of Transcultural Nursing*. 15(2):103-13.

\*Asekun-Olarinmoye, E.O., Amusan, O.A. (2008). The impact of health education on attitudes towards female genital mutilation (FGM) in a rural Nigerian community. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* September, 13(3), 289–297. doi: 10.1080/13625180802075174

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

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

\*Stjärnmarkerade artiklar redovisas i matrisen (se bilaga II) och återfinns i studiens resultatdel.

Berg, R.C., & Denison, E. (2011). Does Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Affect Women's Sexual Functioning? A Systematic Review of the Sexual Consequences of FGM/C. *Sexuality Research and Social Policy*, 9(1), 41-56. doi: 10.1007/s13178-011-0048-z

Berg, R.C., & Denison, E. (2013). A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). Summarized in a Systematic Review. *Health Care for Women International*, 34(10), 837-859. doi:10.1080/07399332.2012.721417

Berg, R.C., & Underland, V. (2013). The Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obstetrics and Gynecology International*, 2013. doi: 10.1155/2013/496564

Berggren, V., & Franck, M. (Red). (2008). *Kvinnlig könsstympning*. Malmö: Studentlitteratur AB.

Bishai, D., Bathija, H., Bonnenfant, Y.T., Darwish, M., Huntington, D., Johansen, E., & Taghreed, A. (2010). Estimating of the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 281-288. doi: 10.2471/BLT.09.064808

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

\*Dalal, K., Lawoko, S., Jansson, B. (2010). Women's attitudes towards discontinuation of female genital mutilation in Egypt. *Journal of Injury and Violence Research*, 2(1), 47-7. doi: 10.5249/jivr.v2i1.33

\*Diop, N.J., Askew, I. (2009). The Effectiveness of a Community-Based Education Program on Abandoning Female Genital mutilation/cutting in Senegal. *Studies in family planning*, 40(4), 307-318.

Dubourg, D., Fabienne, R., Leye, E., Ndam, S., Rommens, T., & Maes, S. (2011). Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16, 248-257. doi:10.3109/13625187.2011.579205

Ekenze, S.O., Ezegwui, H.U., & Adiri, C.O. (2007). Genital lesions complicating female genital cutting in infancy: a hospital-based study in south-east Nigeria. *Annals of Tropical Paediatrics: International Child Health*, 27(4), 285-90. doi:10.1179/146532807X245670

Elnashar, A., & Abdelhady, R. (2007). The impact of female genital cutting on health of newly married women. *International journal of gynecology & obstetrics*, 97(3), 238-244. doi:10.1016/j.ijgo.2007.03.008

Elmusharaf, S., Elhadi, N., & Almroth, L. (2006). Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. *BMJ*, 333, 124. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38873.649074.55

\*Stjärnmarkerade artiklar redovisas i matrisen (se bilaga II) och återfinns i studiens resultatdel.

El-Defrawi, M.H., Lotfy, G., Dandash, K.F., Refaat, A.H., & Eyada, M. (2001). Female Genital Mutilation and its Psychosexual Impact. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 465–473. doi: 10.1080/713846810

Elgaali, M., Strevens, H., & Mårdh, PA. (2005). Female genital mutilation: An exported medical hazard. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 10(2), 93-97.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.

Garba, I. D., Muhammed, Z., Abubakar, I. S., & Yakasai, I. A. (2012). Prevalence of female genital mutilation among female infants in Kano, Northern Nigeria. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286, 423–428 DOI 10.1007/s00404-012-2312-8

\*Gele, A.A., Bø, B.P., Sundby, J. (2013a). Have we made progress in Somalia after 30 years of interventions? Attitudes toward female circumcision among people in the Hargeisa district. *BMC Research Notes*. 27(6), 122. doi: 10.1186/1756-0500-6-122

\*Gele, A.A., Bø, B.P., & Sundby J. (2013b). Attitudes toward female circumcision among men and women in two districts in Somalia: is it time to rethink our eradication strategy in Somalia? *Obstetrics and Gynecology International*, 2013. doi: 10.1155/2013/312734

Gele, A.A., Johansen, E & Sundby, J. (2012). When female circumcision comes to the West: Attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. *BMC Public Health* 12, 697. doi:10.1186/1471-2458-12-697

Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Malmö: Studentlitteratur AB.

\*Hassanin, I.M., & Shaaban, O.M. (2013). Impact of the complete ban on female genital cutting on the attitude of educated women from Upper Egypt toward the practice. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120(3), 275–278. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.10.010

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

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

Herméren, G. (2011). *Vetenskapsrådet: God forskningssed*. Bromma: CM-gruppen

Iavazzo, C., Sardi, T.A., & Gkegkes, I.D. (2013). Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence. *Archives of gynecology and obstetrics*, 287(6), 1137-1149. doi: 10.1007/s00404-012-2708-5

\*Stjärnmarkerade artiklar redovisas i matrisen (se bilaga II) och återfinns i studiens resultatdel.



\*Igwegbe, A.O., & Egbuonu, I. (2000). The prevalence and practice of female genital mutilation in Nnewi, Nigeria: the impact of female education. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 20(5), 520-522.

\*Islam, M., & Uddin, M. (2001). Female Circumcision in Sudan: Future Prospects and Strategies for Eradication. *International Family Planning Perspectives*, 27(2), 71-76.

Isman, E., Ekéus, C., Berggren, V. (2013). Perceptions and experiences of female genital mutilation after immigration: An explorative study. *Sexual and reproductive healthcare*, 4(3), 93–98. doi: 10.1016/j.srhc.2013.04.004

Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt Lexikon*. Stockholm: Natur och Kultur

\*Johnsdotter, S., Moussa, K., Carlbom, A., Aregai, R., & Essén, B. (2008). “Never My Daughters”: A Qualitative Study Regarding Attitude Change Toward Female Genital Cutting Among Ethiopian and Eritrean Families in Sweden. *Health Care for Women International*, 30(1-2), 114-133. doi:10.1080/07399330802523741

Kaplan, A., Hechavarría, Martín, M., & Bonhoure, I. (2011). Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reproductive Health*, 8, 26. doi:10.1186/1742-4755-8-26

Karolinska Institutet. (2012). Handledning i MeSH-indexering. Stockholm: Karolinska Institutet. Hämtad från <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=4358&a=11716&l=sv>

Kizilhan, J.I. (2010). Impact of psychological disorders after female genital mutilation among Kurdish girls in Northern Iraq. *The European Journal of Psychiatry*, 25(2), 92-100.

Klouman, E., Manongi, R., & Klepp, K.I. (2005). Self-reported and observed female genital cutting in rural Tanzania: Associated demographic factors, HIV and sexually transmitted infections. *Tropical Medicine & International Health*, 10(1), 105-115.

Larsen, U., & Okonofua, F.E. (2002). Female circumcision and obstetric complications. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 77(3), 255–265. doi: 10.1016/S0020-7292(02)00028-0

\*Lien, I.L., & Schultz, J.H. (2013). Internalizing Knowledge and Changing Attitudes to Female Genital Cutting/Mutilation. *Obstetrics and Gynecology International*. doi:10.1155/2013/467028

Litorp, H., Franck, M., & Almroth, L. (2010). Female genital mutilation among antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 87(7), 716-722. doi: 10.1080/00016340802146938

\*Livermore, L., Monteiro, R., & Rymer, J. (2007). Attitudes and awareness of female genital mutilation: a questionnaire-based study in a Kenyan hospital. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 27(8) 816-8. doi:10.1080/01443610701709650

Magdy, M.A., Rasheed, S., & Salem, E. (2013). Lower urinary tract symptoms following female genital mutilation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. doi:10.1016/j.ijgo.2013.06.010

\*Stjärnmarkerade artiklar redovisas i matrisen (se bilaga II) och återfinns i studiens resultatdel.

Makhlouf-Obermeyer, C. (2006). The consequences of female circumcision for health and sexuality: An update on the evidence. *Culture, Health & Sexuality*, 7(5), 443-461. doi: 10.1080/14789940500181495

Mandara, M.U. (2004). Female genital mutilation in Nigeria. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 84, 291-298. doi:10.1016/j.ijgo.2003.06.001

\*Masho, S.W., & Matthews L. (2009). Factors determining whether Ethiopian women support continuation of female genital mutilation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 107, 232-235. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.07.022

\*Mitike, G., & Deressa, W. (2009). Prevalence and associated factors of female genital mutilation among Somali refugees in eastern Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 9, 264. doi: 10.1186/1471-2458-9-264

Morison, L.A., Dirir, A., Elmi, S., Warsame, J., & Dirir, S. (2007). How experiences and attitudes relating to female circumcision vary according to age on arrival in Britain: A study among young Somalis in London. *Ethnicity & Health*, 9(1), 75-100.

Nationalencyklopedin. (1995). *Nationalencyklopedins ordbok*(1:a bandet). Höganäs: Bra böcker AB.

Nationalencyklopedin. (1996). *Nationalencyklopedins ordbok*(3:e bandet.) Höganäs: Bra böcker AB.

Nationellt Centrum för Kvinnofrid. (2011). *Kvinnlig omskärelse/Könsstympning i Sverige: en kunskaps- och forskningsöversikt*. Uppsala: Edita Västra Aros.

Pereda, N., Arch, M., & Pérez-González, A. (2012). A case study perspective on psychological outcomes after female genital mutilation. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 32(6), 560-565. doi:10.3109/01443615.2012.689893

Petti, V. (Red.). (2010). *Norstedts stora engelsk-svenska ordbok* (1:a uppl.) Stockholm: Norstedts ordbok

\* Rahlenbeck, S.I., & Wubegzier, M. (2009). Growing rejection of female genital cutting among women of reproductive age in Amhara, Ethiopia. *Culture, Health & Sexuality*, 11(4), 443-452. doi: 10.1080/13691050802711293

Rahman, A., & Toubia, N. (2000). *Female genital mutilation: a guide to laws and policies worldwide*. London: Zed.

Roth, H.I. (2007). *Vad är mänskliga rättigheter*. Stockholm: Natur och kultur.

Rouzi, A.A. (2010). Epidermal clitoral inclusion cysts: not a rare complication of female genital mutilation. *Human Reproduction*, 25(7), 1672-1674. doi:10.1093/humrep/deq12

Sayed, G.H., El-Aty, A., & Fadel, K.A. (1996). The practice of female genital mutilation in Upper Egypt. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 55(3), 285-291. doi: 10.1016/S0020-7292(96)02753-1

\*Stjärnmarkerade artiklar redovisas i matrisen (se bilaga II) och återfinns i studiens resultatdel.

Scriven, A. (2013). *Ewles & Simnett Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur AB.

SFS 1982:316. Med förbud mot könsstympning av kvinnor.

Shell-Duncan, B., & Hernlund, Y. (2000). *Female "circumcision" in Africa: culture, controversy, and change*. Boulder: Lynne Rienner Publishers.

\*Snow, R.C., Slanger, T.E., Okonofua, F.E., Oronsaye, F & Wacker, J. (2002). Female genital cutting in southern urban and peri-urban Nigeria: self-reported validity, social determinants and secular decline. *Tropical Medicine and International Health*. 7(1):91-100. doi: 10.1046/j.1365-3156.2002.00829.x

Socialstyrelsen. (2005). *Kvinnlig könsstympning: Ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård*. Hämtad från: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9960/2005-110-4\\_20051104.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9960/2005-110-4_20051104.pdf)

Socialstyrelsen. (2004). *Du har rätt att säga nej: En broschyr om kvinnlig könsstympning* [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-114-2>

Statens helsetilsyn. (2000). *Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring*. Oslo: Statens helsetilsyn. Hämtad från: [http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/veileder\\_helsepersonell\\_omskjaering\\_ik-2723.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/veileder_helsepersonell_omskjaering_ik-2723.pdf)

Stockholm läns landsting. (2007). *Fokusrapport: Mötet med könsstympade kvinnor i vården*. Stockholm: Medicinskt programarbete.

Svenska FN-förbundet. (2008). *Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna*. Hämtad från: <http://www.fn.se/PageFiles/7177/Allmanforklaringomdemanskligarattigheterna.pdf>

Svenska FN-förbundet. (2013). *Barnets rättigheter* [Broschyr]. Stockholm: Svenska FN-förbundet. Hämtad från: [http://issuu.com/fnforbundet/docs/1-13\\_barnetsrattigheter/1](http://issuu.com/fnforbundet/docs/1-13_barnetsrattigheter/1)

The United Nation of Children's fund. (2008). *Changing a harmful social convention: Female genital mutilation/cutting*. Hämtad från: <http://www.polisci.ucsd.edu/~gmackie/documents/ChangingHarmfulSocialConvention.pdf>

The United Nation of Children's fund. (2013a). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter*. Hämtad från: <http://unicef.se/barnkonventionen>.

The United Nation of Children's fund. (2013b). *Kvinnlig könsstympning: Kvinnlig könsstympning är en livsfarlig sedvänja som ger flickor men för livet*. Stockholm: UNICEF. Hämtad från: <http://unicef.se/fakta/kvinnlig-konsstympning>

Ulrichsweb. (2013). Hämtad från: <http://ulrichsweb.serialssolutions.com/login>

United Nation. (2007). *Report of the Committee on the elimination of discrimination against women*. New York: United Nation. Hämtad från: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N07/415/16/PDF/N0741516.pdf?OpenElement>

\*Stjärnmarkerade artiklar redovisas i matrisen (se bilaga II) och återfinns i studiens resultatdel.

Vloeberghs, E., Van der Kwaak, A., Knipscheer, J., & Van den Muijsenbergh, M. (2013). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health, 17*(6), 677–695. doi:10.1080/13557858.2013.771148

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur. (Valda delar).

World Health Organization. (2008). *Eliminating female genital mutilation: An interagency statement*. Hämtad från: [http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements\\_missions/Interagency\\_Statement\\_on\\_Eliminating\\_FGM.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements_missions/Interagency_Statement_on_Eliminating_FGM.pdf)

World Health Organization. (2013). *Female Genital Mutilation*. Geneva: WHO. Hämtad från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/>

Zayed AA, Ali AA. (2012). Abusing female children by circumcision is continued in Egypt. *Journal for forensic and legal medicine, 19*(4):196-200. doi: 10.1016/j.jflm.2011.12.013

\*Stjärnmarkerade artiklar redovisas i matrisen (se bilaga II) och återfinns i studiens resultatdel.

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

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

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

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

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Ako, M. A & Akweong, P. 2009 Ghana	The limited effectiveness of legislation against female genital mutilation and the role of community beliefs in Upper East Region, Ghana	Undersöka statens roll i att stoppa kvinnlig könsstympning (med lagliga medel), och varför kvinnlig könsstympning fortfarande praktiseras i samhället.	Kvalitativ studie, Djupintervjuer genomfördes med sex statliga tjänstemän, en omskärare, ordföranden för en kvinnoorganisation. Vidare genomfördes semi-strukturerade intervjuer med 32 "samhällsmedlemmar".	n=40 (0)	Resultatet visade flera problem i implementeringen av lagförbud mot kvinnlig könsstympning. Problemen var frågan om roller och ansvar och begränsad budget. Detta har lett till att engagemanget för eliminering av kvinnlig könsstympning inte har varit konsekvent. De framkom även uppfattningar i samhället som strider sig med lagförbudet, då pågående insatser för att utrota kvinnlig könsstympning har skapat motstridiga åsikter. Trots att modernisering och statliga lagar verkade ha en inverkan på att förändra samhällets uppfattningar, tenderade dock unga kvinnor att ifrågasätta auktoriteten av statliga regler gentemot sina föräldrars auktoritet.	II (K)
Almroth, L., Almroth- Berggren, V., Hassanein, O.M., El Hadi, N., Al-Said, S.S.E., Hasan, S.S.A., Lithell, U.B., & Bergström, S. 2001 Sudan	A community based study on the change of practice of female genital mutilation in a Sudanese village.	Undersöka förekomsten av kvinnlig könsstympning, bland unga och gamla föräldrar.	Intervjuer via strukturerade frågeformulär med öppna svarsalternativ, genomfördes på slumpmässigt valda unga föräldrar samt far- och morföräldrar.	n= 123 (4)	Alla äldre kvinnor och män(morföräldrar) hade låtit sin första dotter genomgå kvinnlig könsstympning, till skillnad från de yngre kvinnorna. En högre andel män än kvinnor hade en vilja att föra vidare ingreppet på sina döttrar samtidigt som modern var beslutsfattaren till ingreppet i de flesta fallen. Utbildningsnivå spelade en viktig roll i kvinnors beslut att könsstympa sina döttrar, då kvinnor som gått gymnasiet och högskola var emot utövandet av kvinnlig könsstympning på sina döttrar. Lidande var det främsta motivet bland dem som inte hade en avsikt att föra vidare ingreppet på sina döttrar.	II (K)

<p>Alo, O. A., &amp; Gbadebo, B. 2011 Nigeria</p>	<p>Intergenerational Attitude Changes Regarding Female Genital Cutting in Nigeria</p>	<p>Undersöka prevalensen av kvinnlig könsstympning bland mödrar och döttrar och deras åsikter om fortsatt praxis av kvinnlig könsstympning samt de associerande faktorerna till könsstympning.</p>	<p>Genom slumpmässigt urval intervjuades kvinnor i åldern 15-49 som hade minst en överlevande dotter som genomgått kvinnlig könsstympning. Intervjuerna kompletterades med djupintervjuer av 14 kvinnor som ansågs vara specialister inom ämnet. Även sex fokusgruppsdiskussioner genomfördes med 8 kvinnliga deltagare per grupp. Alla i samma åldersgrupp, yrke, utbildnings- och socialekonomiskgrupp.</p>	<p>n=420 (0)</p>	<p>Resultatet visade på att moderns utbildningsnivå och socialekonomiska status var starkt associerat med kvinnlig könsstympning. Kvinnor med eftergymnasial utbildning och hög socialekonomisk status var minst benägna att utöva ingreppet på sina döttrar. Trots att majoriteten kvinnor motsatte sig praxis allmänt fanns en vilja att fortsätta utövandet relaterat till den djupt rotade traditionen. 52 procent kände till hälso-riskerna men flera betraktade det som beräknad propaganda.</p>	<p>I (K)</p>
<p>Anuforo, P.O., Oyedele, L., &amp; Pacquiao D.F. 2004 United states and Nigeria</p>	<p>Comparative Study of Meanings, Beliefs, and Practices of Female Circumcision Among Three Nigerian Tribes in the United States and Nigeria</p>	<p>Studien genomfördes för att få en holistisk förståelse i betydelse, övertygelser, värderingar som påverkar praxis av kvinnlig könsstympning bland tre nigerianska stammar i USA och Nigeria</p>	<p>I studien användes kvalitativ metod där män och kvinnor från tre etniska stammar intervjuades. Informanter erhöles genom snöbollsmetoden.</p>	<p>n = 50 (0)</p>	<p>Lagförbudet mot kvinnlig könsstympning ansågs vara problematiskt då regeringen i Hausas upptar flera stora förespråkare för utövandet. Utbildningskampanj i TV och radio gav ökad medvetenhet om komplikationer till följd av ingreppet. Utbildade samt de som arbetade inom vården hade ingen avsikt att könsstympta sina döttrar. Beslutsfattaren för ingreppet kunde variera inom olika folk. De sociala sanktionerna mot icke könsstympade kvinnor var starkare på landsbygden och i små byar jämfört med i storstadsregionerna. Bland respondenterna inom vården framkom att legalisation av bruket skulle kunna göra ingreppet mer säkert om ingreppet utövades av utbildad personal samt att det skedde på sjukhus så att den höga graden av komplikationer kunde förhindras. Religion, utbildning och yrke var viktiga faktorer som påverkar informanternas attityder till fortsättning av praxis.</p>	<p>I (K)</p>

Asekun-Olarinmoye, E.O., Amusan, O.A. 2008 Nigeria	The impact of health education on attitudes towards female genital mutilation (FGM) in a rural Nigerian community.	Syftet var att bestämma utbredningen av kvinnlig könsstympning och utvärdera effekten av ett hälsoutbildningsprogram, i Shao-territoriet, på kvinnors attityder gentemot kvinnlig könsstympning.	Detta var en interventionsstudie där man använde flerstegsurvalsteknik. Instrumentet var pilot testat och hade ett strukturerat frågeformulär. Undersökningen kompletterades med en djupintervju med traditionella "klippare"	N = 812 (0)	I det sena skedet av interventionen att det fanns en ökning av andelen svarande som inte hade någon avsikt att skära framtida flickor. Lagstiftning, kvinnlig läskunnighet och egenmakt, utbildning av män och tillhandahållande av alternativa yrken för "klippare" var medel som föreslagits av respondenterna för att stoppa bruket.	I (P)
Dalal, K., Lawoko, S., & Jansson, B. 2010 Sverige	Women's attitudes towards discontinuation of female genital mutilation in Egypt.	Att undersöka kvinnors inställning till utsättning av kvinnlig könsstympning (FGM) tillsammans med sin tillgång till information, kunskap om hälsoeffekter och kulturella föreställningar om kvinnlig könsstympning i Egypten.	En tvärsnittsstudie av kvinnor, med hjälp av data från en hushållsundersökning i Egypten. Ett omfattande frågeformulär som täckte attityder till kvinnlig könsstympning, demografi, och tillgång till information användes. Chi-square analys och logistisk regression applicerades.	n=9159 (0)	Bland de demografiska variablerna, var avbrytande av kvinnlig könsstympning oberoende av ursprung och eftergymnasial utbildning. Dessutom var kvinnor som informerades av media och de som hade deltagit sociala möten i kyrka eller moské där könsstympning diskuterades, liksom kvinnor som var medvetna om de negativa hälsokonsekvenserna av ingreppet, mer benägna att stödja utsättning av kvinnlig könsstympning. Däremot var kvinnor med positiva kulturella föreställningar om kvinnlig könsstympning mindre sannolikt att stödja avbrytandet.	I (P)
Diop N.J., Askew I. 2009 Senegal	The Effectiveness of a Community-Based Education Program on Abandoning Female Genital mutilation/cutting in Senegal.	Utvärdera effekten av utbildningsprogram för kvinnor, på kvinnor och mäns kunskaper, övertygelser, attityder gällande reproduktiva hälsoproblem och mänskliga rättigheter samt deras medvetenhet kring hälsokonsekvenserna till följd av ingreppet.	En longitudinell studie med en jämförelsegrupp användes, där data samlades in genom intervjuer.	n=1844 (707)	Informationen som erhöles från utbildningsprogrammet hade stor spridning i byarna där programmet hölls, vilket ledde till en ökad kunskap om kvinnlig könsstympning. Prevalensen av kvinnlig könsstympning bland döttrar i åldern tio år och yngre hade minskat betydligt över tid efter utbildningsprogrammet. Detta kunde man inte se bland döttrarna i jämförelsegruppen.	I (K)



Gele, A.A., Bø, B.P., & Sundby, J. 2013 Somalia	Attitudes toward Female Circumcision among Men and Women in Two Districts in Somalia: Is It Time to Rethink Our Eradication Strategy in Somalia?	Syftet var att utforska Somalierna (bosatta i Hargeisa- och Galkayo distrikten) attityder mot utövandet av kvinnlig könsstympning.	Intervjustudie med ett ändamålsenligt urval av somaliska män och kvinnor däribland aktivister och praktiserande. Ostrukturerad intervjustudie användes.	n = 24 (0)	Det fanns ett starkt motstånd mot nedläggningen av kvinnlig könsstympning. Enligt Aktivisterna ansågs två frågor hindra en lyckad attitydförändring mot ingreppet som handlade om misstänksamhet med rädsla för inskränkning på religion och kultur, samt att det krävs många för att göra en förändring relaterat till den starka sociala konventionen. Deltagarna ansåg heller inte kriminalisering som en lösning utan istället som ett sätt att skapa konfrontation mellan regeringen och allmänheten.	I (K)
Gele, A.A., Bø, B.P., & Sundby, J. 2013 Somalia	Have we made progress in Somalia after 30 years of interventions? Attitudes toward female circumcision among people in the Hargeisa district.	Undersöka attityder till kvinnlig könsstympning hos män och kvinnor i Hargeisa, Somalia.	En tvärsnittsstudie där slumpmässigt utvalda män och kvinnor deltog i en enkätundersökning innehållande frågor om bland annat könsstympningstyp och intentioner av fortsatt könsstympning på sina döttrar.	n = 215 (0)	Flertalet stöttade fortsatt utövning av kvinnlig könsstympning. Majoriteten hade goda kunskaper om de negativa hälsokonsekvenserna. Två faktorer, signifikant associerade till det fortsatta utövandet av ingreppet, var det religiösa kravet samt tron om att "sunna" ingreppet inte är skadligt. Majoriteten bland de som stöttade avskaffning av ingreppet var kvinnor. Två respondenter var män. Ålder och utbildning visade sig inte vara signifikant associerat med det fortsatta utövandet.	I (RCT)
Hassanin, I.M., & Shaaban, O.M. 2013 Egypten	Impact of the complete ban on female genital cutting on the attitude of educated women from Upper Egypt toward the practice.	Syftet var att jämföra förekomsten av könsstympning (FGC) före och 5 år efter att lagen helt förbjöd metoden i Egypten, och utvärdera vilka attityder mödrar har till FGC i Övre Egypten.	Tvärsnittlig observationsstudie på 2 öppenvårdskliniker i övre Egypten.	N = 950 (450)	Andelen kvinnor som hade minst en dotter som genomgått ingreppet, var något lägre efter lagförbudet samt att andelen flickor som utfört kvinnlig könsstympning av läkare var lägre efter lagförbudet. Pressen familjer kände att utföra ingreppet var betydligt lägre efter lagförbudet. Dock fanns ingen skillnad i känslan av skam bland de kvinnor som inte hade utfört ingreppet på sina döttrar.	II (K)

*Igwegbe, A.O., & Egbuonu, I. 2000 Nigeria	The prevalence and practice of female genital mutilation in Nnewi, Nigeria: the impact of female education.	Bestämna påverkan av åtgärder mot kvinnlig könsstympning för att kunna förbättra arbetet i kampen mot ingreppet.	Intervjustudie som utfördes på nyförlösta kvinnor som hade kontakt med universitetssjukhuset Nnamdi Azikiwe.	n=325 (125)	Omfattningen av ingreppet ökade med mammans ålder. 70 procent rapporterades vara okunniga gällande farorna av kvinnlig könsstympning. Den största källan till kunskap om hälsokomplikationer efter ingreppet var genom den informella interaktionen med sina medsysstrar. Detta följdes av hälsoutbildning och personlig erfarenhet. Källor till information om hälsokomplikationer från kyrkor samt tryckta/elektroniska medier från kampanjer mot kvinnlig könsstympning, hade en procentandel på noll.	II (K)
*Islam M., & Uddin, M. 2001 Sudan	Female Circumcision in Sudan: Future Prospects and Strategies for Eradication.	Ge information om attityder till ingreppet, skälen till att kvinnor stödjer den samt de sociala och demografiska faktorerna associerade med kvinnors fortsatta stöd av kvinnlig könsstympning samt deras uppfattning om sina mäns attityder.	Metod för att samla data gjordes genom intervjuer av gifta kvinnor i tre områden där kvinnlig könsstympning är vanligt förekommande samt i Juba där ingreppet relativt är sällsynt.	n = 2012	Resultatet visade bland annat att 67 procent av de tillfrågade i Haj-Yousif, 56 procent av de i Shendi och 4 procent av de i Juba var för fortsatt utövande av ingreppet. I Haj-Yousif och Shendi var kvinnor som var mer välutbildade och hade det ekonomiskt bättre, mindre benägna att stödja fortsatt utövning av ingreppet. Det vanligaste angivna skälet till att gynna fortsatt kvinnlig könsstympning var social anpassning. Enligt kvinnornas uppfattning, var män mer benägna än kvinnor att gynna utsättning av praxis.	II (K)
Johnsdotter, S., Moussa, K., Carlbon, A., Aregai, R., & Essén B. 2008 Sverige.	“Never My Daughters”: A Qualitative Study Regarding Attitude Change Toward Female Genital Cutting Among Ethiopian and Eritrean Families in Sweden.	Undersöka attityder till kvinnlig könsstympning samt mekanismer för förändring i två invandrargrupper i Sverige från Eritrea och Etiopien. Samt få djupare insikt i denna praxis liksom förändringar i synen på ingreppet efter migration till Sverige.	33 semistrukturerade kvalitativa intervjuer gjordes med män och kvinnor i flera svenska städer under 2003-2004. Snöbollssampling användes och för att täcka ett brett spektrum av intervjupersonerna. Till intervjun användes en grundläggande intervjuguide.	n = 33 (0)	Resultatet visar att utövandet av kvinnlig könsstympning var relaterat till en tradition i syfte om att forma flickor efter bilden av den ideala kvinnan. Flertalet uttryckte tveksamhet för mediakampanjerna mot kvinnlig könsstympning i Sverige på grund av den felaktiga bilden som gavs av afrikaner. Sedan fanns även en oro över att försöka skydda sina döttrar från dess principer i hemlandet, trots skyddet från lagförbudet i Sverige. De som låtit sina döttrar genomgå könsstympning var äldre kvinnor.	II (K)

*Lien, I.L., & Schultz, J.H. 2013 Norge	Internalizing Knowledge and Changing Attitudes to Female Genital Cutting/Mutilation.	Analysera processen av pragmatiska attitydförändringar.	Data insamlades genom observationer i seminarier, individuella intervjuer samt fokusgrupper.	n=46 (0)	Verbal information om de negativa hälsokonsekvenserna av kvinnlig könsstympning samt visuell information i form av bilden, en mycket stor inverkan. Diskussion med andra visade sig ha en internaliserande effekt, då det ledde till reflektion och analys. Aktivisterna nämnde fyra typer av faktorer som gjorde en inverkan på deras inställning, utbildning, erfarenhet av att arbeta på sjukhus, seminarier och konferenser om kvinnlig könsstympning samt diskussioner med familj och vänner.	II (K)
Livermore, L., Monteiro, R., & Rymer, J. 2007 United Kingdom	Attitudes and awareness of female genital mutilation: A questionnaire-based study in a Kenyan hospital.	Undersöka attityder och medvetenheten om kvinnlig könsstympning i Kenya med speciell koppling till lag, hälsokomplikationer och utbildningsprogram.	Data samlades in via en enkätundersökning utförd på ett av Kenyas större sjukhus där kvinnlig könsstympning är vanligt förekommande. Försökspersonerna var kvinnor över 16 år och som hade bott i Kenya hela livet.	n = 68 (8)	Resultatet visade att majoriteten som var medvetna om lagförbudet ansåg detta som något positivt. 85 procent upplevde att det talades mindre om kvinnlig könsstympning efter att lagen trädde i kraft. 70 procent rapporterade en skräck för att uppsöka vård vid komplikationer till följd av ingreppet efter lagförbudet. Totalt 28 procent av de respondenter som hade hört talas om utbildningsprogram för att främja medvetenhet om kvinnlig könsstympning, hade själva deltagit i sådana program.	II (K)
Masho, S.W., & Matthews, L., 2009 USA	Factors determining whether Ethiopian women support continuation of female genital mutilation.	Syftet är att undersöka faktorerna som influerar kvinnors åsikter om huruvida kvinnlig könsstympning i Etiopien borde fortsätta.	Data hämtades från diverse undersökningar insamlade från "The Ethiopia demographic and Health Survey". De influerande faktorerna som influerade kvinnors åsikter om kvinnlig könsstympning i Etiopien undersöktes via multipel regressionsanalys.	n = 11 375 (0)	Kvinnor i åldrarna 15-24 år var 1,2 gånger mer benägna till fortsatt stöd av ingreppet jämfört med kvinnor i åldern 40-49. Jämfört med kvinnor som bodde i urbana områden, var boende på landsbygden tre gånger mer benägna att stödja fortsatt utövande. Utbildade kvinnor var 2,9 mer benägna sympatisörer till könsstympning än utbildade kvinnor. Kvinnor utan exponering mot media var 1,6 gånger mer benägna att stödja en fortsättning av kvinnlig könsstympning. I sin tur var en könsstympad kvinna 3,5 gånger mer benägen att stödja fortsatt kvinnlig könsstympning jämfört med den som inte var könsstympad.	I (R)

Mitike, G., & Deressa, W. 2009 Etiopien	Prevalence and associated factors of female genital mutilation among Somali refugees in eastern Ethiopia: a cross-sectional study.	Fastställa förekomsten och associerade faktorer av kvinnlig könsstympning.	Tvårsnittsstudie som genomfördes bland respondenter i urvalet från flyktingläger i somaliska regionala statliga, östra Etiopien.	n=518 (16)	Trots en hög avsikt att könsstympa sina döttrar bland föräldrarna (84 procent), rapporterade 42,2 procent av 288 flickor att de faktiskt genomgått könsstympning. Prevalensen för ingreppet ökade med åldern, samt att kvinnlig könsstympning rapporterades oftare bland yngre föräldrar. Avsikten att utöva ingreppet på sina döttrar var statistiskt associerat med kön på föräldern samt graden av deltagande vid interventioner mot kvinnlig könsstympning. Manligt kön samt aktivt deltagande i sådana interventioner var associerat med låg avsikt att praktisera kvinnlig könsstympning.	I (P)
Rahlenbeck, S.I., & Wubegzier, M. 2009 England	Growing rejection of female genital cutting among women of reproductive age in Amhara, Ethiopia.	Undersöka socioekonomiska faktorer och personliga egenskaper som påverkar beteendet hos kvinnor gentemot praxis. Syftet var även att utvärdera om attityderna till kvinnlig könsstympning var relaterat till kvinnors egenmakt.	En representativ enkät för kvinnor mellan 15-49 år. Denna studie undersökte även intervjudata från kvinnor boende i Amhara-regionen.	n=1942 (0)	Bland kvinnor med döttrar hade 64 procent minst en könsstympad dotter. Moderns utbildningsnivå var en stark faktor huruvida mödrarna hade en könsstympad dotter. Utbildning och egenmakt var de faktorer som var förknippade med avvisandet av könsstympning. Resultatet visade en fyrfaldig ökning av kvinnor som hade gått i skola, gällande motståndet mot kvinnlig könsstympning jämfört med kvinnor som aldrig gått i skolan.	I (P)
Snow, R.C., Slinger, T.E., Okonofua, F.E., Oronsaye, F., & Wacker, J. 2002 Nigeria	Female genital cutting in southern urban and peri-urban Nigeria: self-reported validity, social determinants and secular decline.	Studera prevalens, sociala faktorer samt validiteten av självrapportering för kvinnlig könsstympning.	En tvårsnittsstudie som genomfördes på tre sjukhus i Nigeria bland kvinnor i åldern mellan 15 och 49 år.	n = 1709 (0)	Den högsta andelen könsstympade kvinnor påträffades bland dem med lägst utbildning. Procentandelen av kvinnlig könsstympning ökade med åldern. En högre andel äldre kvinnor visade motsättning mot kvinnlig könsstympning jämfört med yngre kvinnor.	II (K)