

Milou Lugmair och Paulina Jansson

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp, Institution för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap 15 hp, VKGV51, HT 2017

Grundnivå

Handledare: Elisabet Mattsson

Examinator: Monica Rydell

Stympad, klippt eller omskuren

Sjuksköterskors möte med kvinnor som genomgått könsstympning - en
litteraturöversikt

Mutilated, cut or circumcised

Nurses' encounter with women who have undergone female genital mutilation - a
literature review

Sammanfattning

- Bakgrund:** Kvinnlig könsstympling är ett paraplybegrepp för all form av beskärning mot kvinnans könsorgan som saknar medicinskt syfte och är en djupt rotad kulturell tradition. Idag uppskattas cirka 200 miljoner kvinnor och barn vara könsstympade i världen.
- Syfte:** Att beskriva sjuksköterskors möten med kvinnorna som genomgått könsstympling.
- Metod:** Metoden är en litteraturöversikt, enligt Fribergs metod, skapad av sju kvantitativa och två kvalitativa vetenskapliga artiklar inhämtade från fyra olika databaser; CINAHL Complete, Medline, PubMed and Academic Search Complete.
- Resultat:** Resultatet redovisas i två huvudteman: *Studier från länder där kvinnlig könsstympling är en kulturell tradition* och *Studier från länder där kvinnlig könsstympling inte är en kulturell tradition*. Studierna visade att majoriteten av sjuksköterskor var medvetna om kvinnlig könsstympling (KKS) men hade ingen djupare kunskap om det. Kunskap om könsstymplingens komplikationer och dess olika typer var också bristfällig. Attityder gentemot den kulturella traditionen och dess orsaker skilde sig åt i länder där kvinnlig könsstympling är en kulturell tradition. Resultatet visade att även att en andel sjuksköterskor kunde tänka sig att genomföra könsstympling på sina egna barn. I länder där könsstympling inte är en kulturell tradition förekom det kulturella svårigheter vid mötet med de kvinnorna som genomgått könsstympling. Sjuksköterskor visade sig ha förutfattade meningar som ledde till att ämnet förbisågs då de inte visste hur de skulle handskas med ämnet och även att kommunikationssvårighet till följd av språkbarriärer försvårar patientmötet. Resultatet visade även ett behov av djupare kulturell kompetens hos sjuksköterskor från länder där KKS inte är en kulturell tradition.

Diskussion: Litteraturöversiktens resultat diskuterades ur Madeleine Leiningers teori om transkulturell omvårdnad samt konsensusbegreppet hälsa. Diskussionen berör ämnen som etnocentrism, kulturell kommunikation, användandet av tolk vid språkbarriärer och kunskapsbrist.

Nyckelord: Attityder, omvårdnad, kvinnlig könsstympling, kunskap, möten och sjuksköterska.

Abstract

Background: Female genital mutilation is an umbrella term for any form of cutting against the genitals of women without medical purpose and is a deeply rooted cultural tradition. Approximately 200 million women and children are estimated to be genital mutilated in the world.

Aim: To describe nurses' encounters with women who have been genitally mutilated.

Method: The method contains of a literature review, according to Friberg, based on seven quantitative and two qualitative articles found in four different databases; CINAHL Complete, Medline, PubMed and Academic Search Complete.

Results: The results are presented in two main themes: Studies from countries where female genital mutilation is a cultural tradition and studies from countries where female genital mutilation is not a cultural tradition. The studies showed that the majority of nurses were aware of female genital mutilation (FGM) but had no deeper knowledge of FGM. Knowledge of the different types of FGM and common complications were also inadequate. Attitudes towards the cultural tradition and its causes differed in countries where female genital mutilation is a cultural tradition. Results from these countries showed that a proportion of nurses could imagine performing FGM on their own child. Nurses proved to have preconceptions about FGM, resulting in silence regarding the topic. Difficulties regarding communication due to language barriers were described. The result also proved that nurses need more profound cultural skills.

Nurses proved to have preconceptions that led to the topic being ignored because they lacked knowledge on how to deal with the subject.

Communication difficulties arised due to language barriers which

complicated the nurses encounter with the women. Also, results showed a need for deeper cultural skills for nurses from countries where FGM is not a cultural tradition.

Discussion: The results of the literature review were discussed in relation to Madeleine Leininger's theory of transcultural care and the consensus concept of health. The discussion concerns topics such as ethnocentrism, cultural communication, the use of language barriers and lack of knowledge.

Keywords: Attitudes, nursing, female genital mutilation, knowledge, meetings and nurse.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Kvinnlig könsstympning	2
Kulturella värderingar och religionens betydelse	3
Könsstympningens komplikationer och konsekvenser	4
Lagverk och internationellt arbete	4
Etiska aspekter	5
Problemformulering	7
Syfte	7
Teoretiska utgångspunkter	7
Metod	8
Datainsamling och urval	8
Analys	9
Forskningsetiska överväganden	10
Resultat	10
Studier från länder där könsstympning är en kulturell tradition	11
Kunskapsbrist om kvinnlig könsstympning	11
Komplikationer till följd av könsstympning	11
Attityder gentemot kvinnlig könsstympning och dess orsaker	12
Att genomföra kvinnlig könsstympning på andra samt sina egna barn	12
Studier från länder där kvinnlig könsstympning inte är en kulturell tradition	12
Svårigheter vid det kulturella mötet	13
Kommunikation	13
Okunskap och kulturell kompetens kring kvinnlig könsstympning	14
Diskussion	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16
Etnocentrism	17
Transkulturell omvårdnad	18
Kulturell kommunikation	19
Användandet av tolk vid språkliga barriärer	20
Kunskapsbrist	20
Kliniska implikationer	22

Förslag till fortsatt forskning	22
Slutsats	23
Referensförteckning	23
Bilaga 1. Sökmatrix	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat	Fel! Bokmärket är inte definierat.

Inledning

Kvinnlig könsstympning är en djupt rotad kulturell tradition som väcker både tankar och känslor. Stora organisationer har uppmärksammat könsstympning av barn och kvinnor med målet att bekämpa den samtidigt som ett flertal kulturer ser det som en kulturell tradition (Socialstyrelsen, 2016). En könsstympning kan ske i en ohygienisk miljö, oftast med något vasst som en glasskärva, nål eller kniv. Här förändras personens liv, för att den föddes till kvinna på en plats där det anses vara en kulturell tradition. Kvinnan påstås nu vara en ren kvinna med god moral som kommer från en familj som uppfostrat henne rätt. Könsstympning sker utan medicinska grunder och är inte tillåtet enligt svensk lag. Alla kvinnor upplever dock inte att de varit med om ett övergrepp då det är en del av deras kultur och samhällsnormer (Socialtjänsten, 2002).

Författarna förvånades över antalet kvinnor som genomgått könsstympning på sin verksamhetsförlagda utbildning och funderade över okunskapen kring ämnet. Reflektioner över ämnets frånvaro i utbildningen väckte ett intresse för ytterligare kunskap med fokus på sjuksköterskan. Författarna vill belysa denna fråga då de upplever att det inte uppmärksammas tillräckligt i vården, utbildningen eller i samhället. Mötet mellan sjuksköterskan och de kvinnorna som genomgått könsstympning ses som betydelsefullt och intressant.

Bakgrund

Dagens samhälle kännetecknas av rörlighet över gränserna mellan länder, vilket även innebär gränsöverskridande kultur. I och med detta kommer sjuksköterskor möta kvinnor och barn som genomgått könsstympning. Sjuksköterskan behöver interkulturell kompetens för att mötet med kvinnorna som genomgått könsstympning ska kunna präglas av respekt och trygghet. Genom ett transkulturellt perspektiv ges sjuksköterskan möjlighet att ge god omvårdnad till kvinnan som döljs bakom kulturen (Hjelm, 2016).

Internationella riktlinjer och överenskommelser finns för att vårda samt motverka att barn och kvinnor utsätts för våld. Förenta nationerna (FN) uppmärksammade kvinnlig könsstympning (KKS) tillsammans med feministiska rörelser under 70-talet för att uppmärksamma de problem som denna kulturella tradition orsakar och för att våldet mot kvinnor inte ska normaliseras. Europeiska Unionen (EU) startade ett arbete år 2009 för att uppmana världens länder att få KKS att upphöra och år 2012 startade World Health Organization (WHO), Förenta Nationerna och United Nations Children's Fund (UNICEF) ett

gemensamt arbete mot KKS. I Sverige är det olagligt att genomföra könsstympning av kvinnor och barn. Det är även olagligt att ta med ett barn och genomföra könsstympning utomlands (Socialstyrelsen, 2016).

WHO (2017) uppskattar att cirka tvåhundra miljoner kvinnor och barn är könsstympade i världen och Socialstyrelsen (2017) bekräftar att cirka 40 000 av dem bor i Sverige. Av dessa 200 miljoner flickor och kvinnor som utsätts för någon form av könsstympning är 44 miljoner flickor under 15 års ålder enligt UNICEF (2017).

Kvinnlig könsstympning

KKS är ett paraplybegrepp för all form av beskärning mot kvinnans könsorgan som saknar medicinskt syfte. Könsstympning är en kulturell tradition, ritual och norm i många länder i världen och är mest förekommande i Afrika och Mellanöstern (Socialstyrelsen, 2017). Vidare beskrivs KKS som våld mot personens kropp, själ och integritet och strider mot de mänskliga rättigheterna (Andro & Lesclingand, 2016; Jiménez-Ruiz & Almansa Martínez, 2017; Ruiz, Martínez & Belchi, 2017; WHO, 2017).

Det finns olika typer och former av kvinnlig könsstympning:

- Typ 1 betyder att delar av klitoris elimineras eller hud runt den.
- Typ 2 innebär att hela klitoris elimineras samt fragment av eller hela inre blygdläpparna.
- Typ 3 innebär en full borttagning av både klitoris, inre och yttre blygdläppar samt suturering av resterande delar. Detta för att göra könet platt och så slätt som möjligt. Detta kallas för infibulation. Oftast lämnas en mycket liten öppning för miktions och menstruation. Typ 3 är den mest omfattande typen av KKS.
- Typ 4 innebär prickning och rispning av klitoris och vagina. Det tas inte bort någon kroppsdel utan skadar den på olika sätt för att framkalla mindre blödningar

(WHO, 2017; Socialstyrelsen, 2017).

Deinfibulation innebär att den infibulerade kvinnan öppnas upp i syfte att förbättra hälsa, möjliggöra samlag samt underlätta förlossning. Episiotomi är benämningen för den medicinska öppning som skapas genom att preventions klippa mellangården. Detta för att få mer utrymme mellan vagina och ändtarmsöppningen för att underlätta förlossningen. Metoden används oftast när barnet snabbt behöver komma ut vid t.ex syrebrist. Episiotomi används i många förlossningar och inte enbart på kvinnorna som genomgått könsstympning (Socialstyrelsen, 2013).

KKS upprätthålls genom myter och mytologisering som motiveras av män och kvinnor för att vidmakthålla denna kulturella tradition (Socialstyrelsen, 2016). Exempel på myter är att kvinnan orsakar en större infektionsrisk genom att ha kvar klitoris, att skydda oskulden samt att det kan ta bort eventuella framtida promiskuösa beteenden. I vissa kulturer sägs det även påvisa en bra uppfostran, god ekonomi och moral. Myter om könsstympning ökar chansen för giftermål vilket har en stor bidragande faktor till att traditionen finns kvar då giftermål är centralt i många kulturer. Giftermål höjer inte bara statusen för kvinnor i många kulturer, utan skapar även en ekonomisk trygghet (Ruiz, Martinez & Belchi, 2017).

Vart och varför denna kulturella tradition startade är ännu oklart. Teorier menar att könsstympning kommer från Egypten och sedan överfördes till Afrikanska länder som sedan även spritt sig till mellanöstern, delar av Asien och Latinamerika. Utförandet sker även i Europa och ökar i länder relaterat till invandring (Jiménez-Ruiz & Almansa Martínez, 2017).

Kulturella värderingar och religionens betydelse

Jirwe, Momeni och Emami (2013) beskriver kultur som ett mångfacetterat begrepp som har tre gemensamma nämnare, nämligen att: uppstå i samverkan mellan människor, att bestå av gemensamma grundläggande komponenter samt att kultur är något som återges mellan generationer.

Socialstyrelsen (2002) nämner religion som en återkommande diskussion vid kvinnlig könsstympning även fast varken koranen, toran eller bibeln nämner KKS. Dock förekommer manlig könsstympning i de tre religiösa skrifter ovan. Socialstyrelsen menar att KKS inte är en religiös plikt men kan användas som argument till barn och kvinnor som ska genomgå KKS.

Ojämlighet mellan könen och sociala normer är kulturella faktorer sammankopplade med utförandet av KKS enligt Schmöcker och Faustine (2015). Även om KKS utövas främst av muslimer förekommer inget religiöst påbud. Enligt Berg och Denison (2013) ser kvinnorna som genomgått könsstympning denna sedvänja som en meningsfull kulturell tradition. Traditionen fungerar både som en form av social kontroll och identitet för kvinnorna. KKS är djupt rotad i kvinnors sociala system och återspeglar samhällets mekanismer och strukturer. Vidare är KKS starkt kopplad till ära och undvikandet av skam. Detta gäller inte endast för flickan som genomgår könsstympningen utan även för mamman och resterande familjen då flickor som inte är könsstympade kan anses dra skam över familjen.

Kvinnlig könsstympning är en djupt rotad tradition kopplad till kvinnors status i samhället som sägs initiera den unga flickan in i vuxenlivet. Denna kulturella tradition tros bevara en flickas oskuld innan giftermål. En aspekt av könsstympning är att den gör kvinnors könsorgan fina och rena och är en del av flickans omvandling, att omvandlas från en flicka till en kvinna (UNICEF, 2017).

Könsstympningens komplikationer och konsekvenser

Den direkta konsekvensen av KKS är svår smärta då ingreppet ofta sker utan smärtlindring. Större vaginala blödningar och psykiska reaktioner som chock är vanligt kort efter utförandet. Då den vanligaste typen av KKS är borttagning av klitoris samt inre blygdläppar skadas ofta urinrörsmynningen vilket kan orsaka miktionsproblem. Detta kan bland annat leda till svårigheter att kontrollera urinflödet (UNICEF, 2017). Komplikationer i samband vid förlossning är en ytterligare hälsorisk kopplad till KKS. Svåra förlossningar kan ha ett dödligt utfall både för kvinnan som föder och själva barnet. Även infektionsrisker utgör en hälsorisk i samband med KKS. Utförandet av KKS kan orsaka nervskador då nervbanor skärs av vilket leder till strålände smärta upp mot vulva. Ärrbildning, cystor och infektioner är bland de vanligaste komplikationerna efter en könsstympning. Könsstympningen i sig tar inte bort den sexuella lusten men försvårar chansen att tillfredsställa den. Sexuallivet kan bli smärtsamt och svårare att genomföra (Socialstyrelsen, 2002).

I Mulongo, McAndrew och Hollins-Martin (2014) studie beskriver kvinnorna KKS som en traumatisk upplevelse med livslånga fysiska och psykiska konsekvenser. Stress, svår smärta, infertilitet och infektioner är exempel på fysiska och psykiska komplikationer som kan uppstå på lång sikt.

Lagverk och internationellt arbete

År 1982 blev könsstympning av kvinnor och flickor olagligt i Sverige (lag 1982:316). Detta gäller även vid tillfällena då kvinnan gett samtycke. År 1999 infördes en ny lagparagraf som innebär att även om brottet skett utanför Sveriges gränser eller i ett land där KKS är lagligt kan personen dömas för brott. Personen som utför KKS riskerar två till tio års fängelse beroende på omständigheterna. Enligt svensk lag är det olagligt att vårdpersonal åter syr ihop en kvinna efter till exempel en förlossning, så kallad reinfibuleing.

KKS sker ofta på barn vilket medför en skyldighet att anmäla misstanke eller vetskap att KKS förekommer. I Sverige har alla en anmälningsplikt vid misstanke av att ett barn far illa. Socialnämnden har även möjligheter att omhänderta och skydda barnet väl i akuta situationer

(Socialstyrelsen, 2002). Allt fler hjälporganisationer uppmärksammar kvinnlig könsstympning. Enligt FN:s konvention om barnets rättigheter, har varje barn rätten att skyddas från både fysisk och psykisk våld, övergrepp och vanvård (UNICEF, 2017). Vidare har även varje barn rätt till sjukvård. Detta innebär att traditioner som anses skadliga för barn bör avskaffas. UNICEF (2017) arbetar för att motverka denna tradition som strider mot barns rättigheter genom att upprätthålla en öppen diskussion och undervisning i byar. Kunskap sprids även genom sång och teater som ger befolkningen insikt i att traditionen kan skada flickebarn. Arbetet har varit framgångsrikt och på flera platser har människor börjat inse att det är möjligt att behålla traditioners positiva sidor och upphöra traditioners skadliga sidor.

Afrikanska Unionen, AU, uppmärksammar kvinnlig könsstympning genom deklARATIONER och avtal, bland annat ett regionalt avtal i syfte att få slut på utövandet av denna tradition (UNICEF, 2017). Genom att skriva under detta avtal åtar sig staterna att utrota kulturella traditioner som utgör skada för barn. IAC (Inter-African Committee on traditional Practices Affecting the Health of Women and Children) verkar för att bryta könsstympning och fungerar som ett konsulterande organ till FN. Sedan 2008 har organisationen antagit en handlingsplan för att upphäva kvinnlig könsstympning. UNICEF, WHO samt frivilligorganisationer stödjer IACs arbete.

Enligt UNICEF (2017) har risken att som flicka utsättas för kvinnlig könsstympning minskat med ca 30 procent (%). Människors attityder till traditionen har börjat förändras i en mängd länder, bland annat Nigeria och Liberia. En större andel människor delar uppfattningen att könsstympning på flickor och kvinnor bör upphöra. För att kvinnlig könsstympning ska kunna utplånas inom loppet av cirka 30 år är starkt engagemang, satsningar och stöd en grundläggande förutsättning. Genom att utbilda hälso- och sjukvårdspersonal, lärare och socialarbetare kan förekomsten av kvinnlig könsstympning minska (UNICEF, 2017).

Etiska aspekter

Vårdandet har en nära koppling till etiska inställningar och ståndpunkter (Sandman & Kjellström, 2013). I sjuksköterskans möte med kvinnor som genomgått KKS uppstår etiska frågor. Sjuksköterskan behöver ta hänsyn till professionens värden och normer. Den etiska kod som gäller för sjuksköterskor i Sverige är utformad av International Council of Nurses (ICN). Denna etiska kod finns till för att skydda både patienter och yrkeskåren. Vidare har den etiska koden för sjuksköterskan som mål att fungera som en plattform vid etiska konflikter som uppstår inom professionen. Sjuksköterskans fundamentala ansvar inom omvårdnad är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande

(International Council of Nurses, 2014). Detta innebär bland annat respekt för mänskliga rättigheter vilket inkluderar kulturella rättigheter och rätten att bli bemött med respekt och värdighet. Kodens område innefattar även att sjuksköterskan ansvarar över att patienten får information som både är rätt och lämplig ur ett kulturellt perspektiv.

Svensk sjuksköterskeförening (2016) har tagit fram en värdegrund för omvårdnad som syftar till att vägleda och stödja sjuksköterskan vid bland annat etiska ställningstagande. Värdegrunden skapar ett gemensamt förhållningssätt och en allmän etisk plattform för utövandet av god omvårdnad. Ett centralt värde för omvårdnaden är respekt för det sårbara vilket även innebär den kulturella sårbarheten som berör kulturella traditioner, värderingar och normer.

För att leva upp till de grundläggande principerna inom medicinsk etik såsom medkänsla, välgörenhet, icke-skada-principen, respekt och rättvisa, kräver mötet med de kvinnor som genomgått könsstympning att dessa etiska aspekter uppmärksammas av vårdpersonal (Vissandjee, Denetto, Migliardi & Proctor, 2014). För att kunna uppmärksamma dessa etiska aspekter innebär det även ett åtagande att erkänna flickornas och kvinnornas värdighet och egenvärde. Det finns tydliga fördelar men även nackdelar med sjuksköterskans etiska kod. En fördel med koden är att den förklarar och förtydligar etiska värden och normer. Den etiska koden hjälper sjuksköterskan att ha en djupare förståelse för sina grundläggande arbetsuppgifter och huvudsakliga ansvar (Sandman & Kjellström, 2013). En nackdel med den etiska koden är att den förklarar och uttrycker värden och normer på ett diffust och icke-konkret sätt. Koden ger således inget tydligt svar på hur sjuksköterskan förväntas agera. Den etiska koden ger ingen vägledning om hur sjuksköterskan förväntas handla då två etiska principer kommer i konflikt med varandra.

FN benämner och beskriver kvinnlig könsstympning som ett allvarligt brott mot mänskliga rättigheter (Vissandjee et al., 2014). Denna benämning och beskrivning kan uppfattas som dömande och stigmatiserande, särskilt för kvinnor som genomgått denna tradition och inte ser sina egna, eller sina döttrars kroppar som stympade (Vissandjee et al., 2014). Implikationen och innebörden av denna tradition beskrivs som en handling av avsiktligt våld mot unga flickor och kvinnor. För de människor som inte ser KKS som en handling av avsiktligt våld utan som ser KKS som en högt värderad kulturell tradition kan uppleva terminologin ”stympad” som något främmande.

Sjuksköterskan har ett ansvar att främja hälsan, förebygga sjukdom och lindra lidande. Hen ska ha respekt för varje patients rätt att välja samt följa mänskliga och kulturella rättigheter

(Socialstyrelsen, 2016). Relationen mellan sjuksköterskan och patienten är central i vårdandet och det krävs att de möts i en respektfull, öppen och icke klandrande miljö. Sjuksköterskans och patientens samspel är grundläggande för en god vårdrelation (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Problemformulering

Kvinnlig könsstympning är en djupt rotad kulturell tradition med stark sammankoppling till moraliska värden och kulturell identitet. Kvinnlig könsstympning är enligt WHO ett allvarligt brott mot mänskliga rättigheter och förbjuden enligt svensk lag. En stor andel kvinnor har idag genomgått könsstympning trots det pågående globala arbetet mot denna kulturella tradition. Sjuksköterskan kommer i dagens globaliserade samhälle att träffa dessa kvinnor och barn, då denna patientgrupp söker vård även utanför specialistmottagningar.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors möten med kvinnorna som genomgått könsstympning.

Teoretiska utgångspunkter

Vårdvetenskap grundar sig i konsensusbegreppen människa, hälsa, miljö och vårdande (Dahlberg & Segesten, 2010). Dessa konsensusbegrepp framhävs på varierande sätt av olika omvårdnadsteoretiker men avspeglas i samtliga omvårdnadsteorier (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Den teoretiska utgångspunkten för detta arbete är Madeleine Leiningers teori om *transkulturell omvårdnad* (Leininger, 1997) som knyter an till konsensusbegreppet *hälsa*. Transkulturell omvårdnad beskrivs av omvårdnadsteoretikern Madeleine Leininger som att tillhandahålla kompetent vård med syftet att respektera kulturella värderingar (Leininger 1997). Med ett holistiskt synsätt strävar denna omvårdnadsteori efter att tydliggöra kulturella mönster och skillnader relaterat till hälsa och ohälsa hos individer, familjer och grupper.

Enligt Leininger skiljer sig definitionen på vad som utgör en god hälsa mellan olika kulturer (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Hälsa är kulturellt definierat vilket innebär att synen på vad som är sunt, hälsosamt och hälsobefrämjande varierar eftersom sedvänjor, kulturella värderingar och sociala strukturer ser olika ut.

Teorin om transkulturell omvårdnad arbetar efter att utforska och upptäcka kulturbaserad vård som främjar och/eller upprätthåller och bevarar individer, familjer och gruppers hälsa och välbefinnande (Leininger, 2007). Leiningers teori använder ett holistisk men

kulturspecifikt fokus för att finna meningsfull vård till människor av olika kulturer. En viktig aspekt i definitionen av transkulturell omvårdnad är fokus på likheter och skillnader mellan kulturer i relation till humanistisk vård, hälsa, sjukdom, normer och värderingar (Leininger, 2002).

En grundläggande del av Leiningers teori om kulturell omvårdnad är kulturspecifik omvårdnad vilket innebär att sjuksköterskan använder sig av patientens värderingar, tro och sedvänja för att uppnå kulturanpassad vård (Leininger, 2002). Detta är viktigt för att undvika standardiserade sätt att vårda patienter. När sjuksköterskor tillämpar kulturspecifik omvårdnad känner patienten sig sedd och upplever vården mer som mer tillfredsställande och meningsfull. Genom att använda kulturspecifik omvårdnad kan det leda till större välbehag och ett snabbare tillfrisknande för patienten (Leininger, 2002). Kulturspecifik omvårdnad har en avgörande betydelse i hur patienter samarbetar med vårdpersonalen. Patienter samverkar med vårdpersonal då deras värderingar och normer är inkorporerade i deras omvårdnad.

En stereotyp framställning av människor är inte kongruent med transkulturell omvårdnad då detta synsätt inte tar hänsyn till kulturella variationer (Leininger, 2002). Transkulturell omvårdnad innebär att sjuksköterskan identifierar komparativa kulturella innebörder, symboler, värderingar samt patientens tidigare livsberättelser och nuvarande situation. Denna information är värdefull i arbetet med människor från olika kulturer inom transkulturell omvårdnad.

Denna teori är lämpad att applicera gällande ämnet kvinnlig könsstympling då kulturell kompetens hos sjuksköterskan är väsentlig vid bemötandet av denna kulturella tradition. Författarna kommer därför att diskutera resultatet utifrån Leiningers teori om transkulturell omvårdnad.

Metod

För att beskriva sjuksköterskors möten med kvinnor som är könsstympade har författarna använt sig av en litteraturöversikt enligt Friberg (2012). En litteraturöversikt syftar till att skapa en övergripande sammanställning över kunskapsläget av ett specifikt område relaterat till omvårdnad.

Datinsamling och urval

De vetenskapliga artiklarna till litteraturöversikten togs fram genom sökningar i databaserna CINAHL complete, Medline, PubMed och Nursing & Allied Health Database. Vid

genomgång av valda artiklars referenslistor framkom att en ytterligare artikel kunde vara av nytta, varvid en manuell sökning utfördes av författarna. Artikeln vid den manuella sökningen bedömdes av författarna att falla under inklusionskriterierna ramar. Den var även publicerad i en granskad tidskrift.

Författarna använde en tidsbegränsning till åren 2000-2017 för att säkerställa en god och aktuell översikt av det valda ämnet. Artiklar valdes efter deras relevans till ämnet. Utöver tidsbegränsningen använde författarna sig av begränsningen *Peer reviewed* för att säkerställa att artikeln håller hög vetenskaplig kvalitet vilket innebär att en vetenskaplig publikation granskas av experter inom forskningsområdet. I databasen PubMed gick det inte att utföra begränsningen peer reviewed, dock är majoriteten av de vetenskapliga artiklarna det (Vetenskapsrådet, 2017). Den artikeln författarna valde från PubMed var peer reviewed då den fanns på databasen Medline som peer reviewed. Begränsningen *full text* används för att få tillgång till hela artikeln. En ytterligare begränsning var språket i artiklarna som skulle vara på engelska. Författarna använde sig utav fritextsökning. Använda sökord var: *Female genital mutilation and/or nursing, attitude, awareness, knowledge, nurses caring, mutilation, perceptions, care, infibulated, healthcare, transcultural, genital cutting, nurses experience, women, FGM, encounters* samt *encountering*, Med hjälp av booleska operatorerna AND och OR kunde sökord kopplas samman (Billhult & Gunnarsson, 2012). Booleska operatorerna kombinerades för att uppnå en så framgångsrik sökning som möjligt. Sökningarna dokumenterades i en sökmatris, se bilaga 1.

Urvalet togs fram genom att författarna, både individuellt och tillsammans, läste artiklarnas titel, abstrakt och resultat. Visade sig abstraktet vara intressant för litteraturöversiktens syfte, lästes hela artikeln. De artiklar som ansågs relevanta till litteraturöversiktens syfte lästes och analyserades mer ingående. Författarna valde slutligen ut nio resultatartiklar, sju kvantitativa och två kvalitativa, se bilaga 2.

Analys

Artiklarna analyserades enligt Fribergs (2012) analys. Författarna analyserade artiklarna genom att identifiera övergripande områden i respektive studie. Materialet sorterades utifrån likheter och skillnader, det vill säga jämförelser av resultat innehållet. Detta gjordes i tre steg där författarna tillsammans och var för sig först läste artiklarna flera gånger med syftet att förstå studiens helhet och sammanhang. Genom att läsa igenom artiklarna flera gånger bekräftades tolkningen och förståelsen av studierna. Det andra steget av analysen innebar att författarna sökte efter och identifierade likheter och skillnader i artiklarnas teoretiska

utgångspunkt, tillvägagångssätt och analys. Under detta steg urskilde även författarna likheter och skillnader i syften och jämförde sedan studiernas resultat. Författarna betraktade hur resultatet påverkats av studiernas likheter och olikheter. Slutligen sorterades materialet utifrån likheter och skillnader, det vill säga jämförelser av likheter och skillnader som identifierats under analysens andra steg. Kvantitativa sammanställdes utefter respektive statistiska beräkningar och kvalitativa studier sammanställdes utefter olika teman och sub-teman. Materialet som analyserats studerades utefter litteraturöversiktens syfte och problemområde vilket resulterade i två Huvudteman.

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetik och dess tillämpning är en förutsättning för att en artikel ska ingå i denna litteraturöversikt då det innebär att studien har tagit hänsyn till människors grundläggande rättigheter och människovärde. Att översätta resultat från engelska till svenska är ett forskningsetiskt övervägande, då översättningar kan färga orden och leda till misstolkning (Sandman & Kjellström, 2013). Reflektion och ett etiskt hänsynstagande innebär att studien erhåller informerat samtycke och att deltagarna behandlas konfidentiellt. Vidare innebär forskningsetik även att studien handlar om ett väsentligt ämne, att den erhåller god vetenskaplig kvalitet med etiska överväganden. Artiklarna granskades objektivt av författarna (Friberg, 2012).

Förförståelsen som författarna hade initialt var synen på könsstympning ur ett västerländskt perspektiv. Detta innebar att författarna såg KKS som främmande och huvudsakligen negativt för flickor och kvinnor ur både ett hälso-perspektiv och ur ett feministiskt-perspektiv. Författarna var medvetna om att kvinnlig könsstympning är ett känsligt ämne ur ett etiskt och kulturellt perspektiv under arbetet med denna litteraturöversikt. Vidare försökte författarna förhålla sig reflekterande om sin egen förförståelse till ämnet och förhåller sig kritisk till denna.

Resultat

Analysen resulterade i två huvudteman, *Studier från länder där kvinnlig könsstympning är en kulturell tradition* med subteman:

- Kunskapsbrist om kvinnlig könsstympning
- Komplikationer till följd av könsstympning
- Attityder gentemot könsstympning och dess orsaker
- Att genomföra kvinnlig könsstympning på andra samt sina egna barn

Studier från länder där kvinnlig könsstympning inte är en kulturell tradition:

- Svårigheter vid kulturella möten
- Kommunikation
- Okunskap och kulturell kompetens kring kvinnlig könsstympning

Studier från länder där könsstympning är en kulturell tradition

Kunskapsbrist om kvinnlig könsstympning

Studiernas resultat visade att sjuksköterskan var medveten om att könsstympning existerade men saknade djupare kunskap. En majoritet av sjuksköterskorna hade hört talas om ingreppet men få kunde förklara hur det gick till eller de olika typerna av könsstympning (Ashimi, Aliyu, Shittu & Amole, 2014; Caroppo, Almadori, Giannuzzi, Brogna, Diodati & Bria, 2014; Kaplan, Torán-Monserrat, Moreno-Navarro, Castany Fábregas & Muñoz-Oritz, 2009; Ibrahim, Oyeyemi, & Ekine, 2013).

I Kaplan, Hechavarria, Bernal och Bonhoure (2013) uppgav 42,5 procent (%) av sjuksköterskorna att KKS borde kvarstå då det tillhör kulturen. Cirka 13 procent (%) av 468 personer ansåg även att det hjälper kvinnor att bevara sin oskuld och 11 procent (%) ansåg att KKS minskar prostitutionen i landet.

Komplikationer till följd av könsstympning

I fyra av de vetenskapliga artiklarna berörs sjuksköterskors kunskap om komplikationer i samband med kvinnlig könsstympning (Kaplan, Hechavarria, Bernal & Bonhoure, 2013; Ashimi, Aliyu, Shittu & Amole, 2014; Onuh, Igberase, Umeora, Okogbenin, Otoide, Gharoro, & Gharoro, 2006; Ibrahim, Oyeyemi, & Ekine, 2013). Sjuksköterskorna i Onuh et al., (2006) beskrev majoriteten av 182 sjuksköterskor blödning, bristningar, infektioner, svårigheter i samband med förlossning, samlags svårigheter samt HIV som möjlig komplikation av KKS. I Kaplan et al. (2013) studie uppgav 187 sjuksköterskor av 468 respondenter att de vårdat komplikationer till följd av könsstympning av kvinnor och barn under sitt yrkesliv.

Sjuksköterskorna uppgav risk för infektion, blödning, svårigheter i samband med förlossning samt samlags svårigheter som komplikation till följd av könsstympning. Enligt Ibrahim et al., (2013) studie uppgav 82 procent (%) av 52 sjuksköterskor blödning, HIV och deformation som komplikation till KKS. Ashimi et al. (2014) undersökte kunskapen om konsekvenser kopplat till KKS och 77 procent (%) av 350 sjuksköterskor var medvetna om att patienten får

en ökad risk för blödning, HIV, hepatit och tetanus och 8 procent (%) ansåg att det inte fanns några medicinska komplikationer kopplat till KKS.

Attityder gentemot kvinnlig könsstympning och dess orsaker

I fyra resultatartiklar rapporterades sjuksköterskors attityder gentemot kvinnlig könsstympning (Ashimi et al., 2014; Ibrahim et al., 2013; Kaplan et al., 2013; Onuh et al., 2006). I Ibrahim et al., (2013) studie uppgav 90 procent (%) av 118 respondenter att KKS inte var en god sedvänja och 57,6 procent (%) ansåg att regeringen borde göra mer i arbetet mot KKS. Respondenterna i Kaplan et al., (2013) studie ansåg att KKS borde medikaliseras samt att hälso-sjukvårdspersonal har en stor roll i KKS och dess prevention. I Onuh et al., (2006) studie ansåg 85,7 procent (%) av 182 sjuksköterskor att KKS var en dålig sedvana och ansåg inte att KKS minskar promiskuitet. Enligt Ashimi et al., (2014) utförs denna kulturella tradition till följd av kulturella värderingar samt religion. Sjuksköterskorna i Ibrahim et al., (2013) studie, uppgav att kvinnlig könsstympning genomförs i samband med kulturella frågor och frågor gällande religion, oskuld och hygien. Förutom religion och kultur beskrev respondenterna i Kaplan et al., (2013) studie kontroll samt sexuell njutning för båda parter som bidragande orsaker till KKS.

Att genomföra kvinnlig könsstympning på andra samt sina egna barn

Enligt Rasheed, Abd-Ellah och Yousef (2011) hade 28,1 procent (%) av de 271 sjuksköterskornas döttrar könsstympats och 47,9 procent (%) kunde tänka sig att föra den kulturella traditionen vidare när de fick barn. Av de 271 sjuksköterskor hade 28,1 procent (%) av dem döttrar som blivit könsstympade och 88,2 procent (%) menade att de förstod grunderna till ritualen och dess innebörd i kulturen. Kaplan et al. (2013) uppgav 47,2 procent (%) av 468 sjuksköterskor att de fortfarande kan tänka sig att utföra KKS på sina framtida döttrar och 7,6 procent (%) har under sitt yrkesliv utfört KKS på en patient. Enligt Ashimi et al. (2014) var 5 procent (%) av de 265 deltagande sjuksköterskorna själva könsstympade och 4 procent (%) skulle kunna tänka sig att utföra ritualen på sina barn. Enligt Ibrahim, Oyeyemi, & Ekine (2013) var 27,1 procent (%) av 70 deltagande sjuksköterskor könsstympade och 1,4 % skulle godkänna att deras döttrar könsstympades.

Studier från länder där kvinnlig könsstympning inte är en kulturell tradition

Svårigheter vid det kulturella mötet

Mötet mellan sjuksköterskorna och kvinnorna som genomgått könsstympning präglades av svårigheter (Johansen, 2006; da Costa Vargens & Berterö, 2010).

Sjuksköterskorna i Johansen (2006) studie undvek ämnet könsstympning då de ansåg detta vara tabubelagt. Tolkningar och förutfattade meningar gällande kulturen och kulturella skillnader kan påverka omvårdnadsåtgärder och mötet mellan kvinnan och sjuksköterskan. Sjuksköterskorna var av den uppfattningen att kvinnorna skämts över sin könsstympning och att dessa kvinnor delade samma uppfattning som sjuksköterskorna. Detta ledde till förutfattade åsikter om de kvinnorna som genomgått könsstympnings värderingar till ämnet. Vid vårdandet av de kvinnorna som genomgått könsstympning framkom skillnader i kulturella traditioner, religion samt språkbarriärer. Trots en insikt i kulturella variationer gällande t.ex uttryckandet av smärta och smärtupplevelse tenderar sjuksköterskorna att mäta denna med den egna normen som måttstock. Vårdpersonalen antog att infibulerade kvinnor önskade att förbli infibulerade. Vidare ansåg de även utförandet av episiotomi som ett mer kulturellt anpassat ingrepp än defibulering. Vårdpersonalen förstod att infibulering var av kulturellt värde och att denna kulturella tradition var relaterad till kvinnornas femininitet, identitet, sexualitet, skönhet och moral. Därför antog de att kvinnorna var tvungna att förbli infibulerade genom hela livet och trodde att defibulering skulle utsätta dessa kulturella värderingar för fara.

Enligt da Costa Vargens och Berterö (2010) präglades mötet av svårigheter där sjuksköterskorna talade kring könsstympning i tekniska termer utan hänsyn till människan bakom kulturen. Sjuksköterskorna talade till kvinnorna utifrån den professionella yrkesrollen som utmärktes av ett medicinskt språk till skillnad från när de talade om ämnet utifrån rollen som medmänniska vilket utgjorde en personlig konflikt. Som medmänniska kunde sjuksköterskorna identifiera sig med kvinnorna. Detta ledde till att sjuksköterskorna, genom det professionella vårdandet, distanserade sig själva.

Kommunikation

Sjuksköterskorna i Johansens (2006) undvek att ta upp ämnet KKS vid mötet med de kvinnorna som genomgått könsstympning. Tystnaden i att undvika ämnet resulterade i kommunikationsbrist där ämnet KKS undveks. Sjuksköterskorna beskrev att de ville framstå som professionella och inte låta deras personliga känslor påverka situationen vilket föranledde tanken att undvika ämnet. Enligt sjuksköterskorna uppkom denna tystnad kring KKS i deras

försök att vara kulturellt omtänksamma kring ämnet. Språkbarriärer utgör ett hinder gällande kommunikationen mellan sjuksköterskor och kvinnorna.

Okunskap och kulturell kompetens kring kvinnlig könsstympning

Det råder kunskapsbrist hos västerländska sjuksköterskor gällande ämnet kvinnlig könsstympning och endast en liten andel känner till dess implikation enligt Caroppo, Almadori, Giannuzzi, Brogna, Diodati och Bria (2014). Av 41 respondenter kunde 7,3 procent (%) urskilja kvinnlig könsstympning medan 4,9 procent (%) inte kände till denna kulturella tradition och 95,1 procent (%) visste inte hur de skulle handskas med en kvinna som genomgått könsstympning. Johansen (2006) menar att sjuksköterskornas önskan att vara kulturkänslig visade sig vara kontraproduktivt för att ge bästa möjliga hjälp. De hade ibland förutfattade meningar om dessa kvinnors kulturella värderingar. Vidare uttryckte sjuksköterskorna ilska på kulturen och den patriarkala strukturen som de ansåg ansvarig för traditionen.

Diskussion

Metoddiskussion

Med hjälp av Friberg (2012) fick författarna ett bra verktyg för att göra en litteraturöversikt. Litteraturöversikt som vald metod gav möjlighet till ett intressant arbete med nya vinklar på uppsatsämnet och utfördes med hjälp av kvalitativ och kvantitativ forskning. De valda kvalitativa artiklarna ger en djupare förståelse på ett mindre antal deltagare med hjälp av bland annat djupintervjuer där informationen inte generaliseras utan ser till varje deltagares enskilda möte med kvinnor som genomgått könsstympning. De studier som besvarade syftet var till stor del kvantitativa. Författarna anser att det hade varit intressant med en jämnare fördelning av kvantitativa och kvalitativa studier i litteraturöversikten. Med enbart statistik blir texten enformig och författarna anser att djupintervjuer av sjuksköterskornas möten lyfter arbetet.

Författarna är inom kort tid legitimerade sjuksköterskor och var därför intresserade av sjuksköterskans perspektiv då det kändes mest relevant och intressant. I flera resultatartiklar ingick flera vårdprofessioner men författarna tog enbart med resultat-artiklarnas resultat som innehöll sjuksköterskor som respondenter. Examensarbetets resultat innehåller sju kvantitativa och två kvalitativa artiklar. Författarnas vision var att ha både kvalitativa och kvantitativa resultat artiklar. Studier med kvantitativ metod utforskar statistik och

sammanställer variabler. Kvalitativa studier beskriver deltagarnas upplevelser och erfarenheter av ett fenomen (Billhult & Gunnarsson, 2012). En nackdel med examensarbetet var bristen på antalet kvalitativa studier kring kvinnlig könsstympning. Kvalitativa studier ger en fördjupad bild gällande sjuksköterskors tankar och känslor vilket vore intressant att ta del av i större utsträckning.

De databaser författarna gjorde databassökningar var CINAHL Complete, Medline, PubMed och Academic Search Complete. Det var tidskrävande att hitta relevanta vetenskapliga artiklar i början av sökandet då ett flertal artiklar angav sig vara peer-reviewed, full text och vara vetenskapliga artiklar men sedan enbart hade abstrakt och ingen metod. Artiklar som var äldre än år 2000 ansågs inaktuella, då vi hade en åldersbegränsning från år 2000-2017. Författarna använde sig av fritextsökning med sökorden *Female genital mutilation and/or nursing, attitude, awareness, knowledge, nurses caring, mutilation, perceptions, care, infibulated, healthcare, transcultural, genital cutting, nurses experience, women, FGM, encounters* och *encountering*. Sökorden var inte tydliga i syftet men valdes med förväntan att identifiera relevant litteratur. Författarna hade svårigheter att kombinera relevanta sökord för att hitta användbara artiklar till resultatet. Dessa sökord skrevs i olika kombinationer med hjälp av booleska operatorerna AND och OR (Billhult & Gunnarsson, 2012). Detta för att öka antalet träffar. Författarna är nöjda med den manuella sökningen då de anser att den tillförde värdefull information som annars hade förbisetts.

Det genomgående problemet i valet av vetenskapliga artiklar var att en majoritet av studierna inte bara studerade sjuksköterskans möte utan även barnmorskor, läkare, undersköterskor eller benämnde alla tillsammans som vårdpersonal. Det gjorde att vi inte kunde använda många intressanta artiklar då vi enbart var intresserade av sjuksköterskors svar. Ett flertal träffar hade inte fokus på just mötet kopplat till KKS vilket gjorde att de inte var relevanta till examensarbetets syfte. Då de utvalda resultat-artiklarna kom från olika länder som författarna ansåg skilja sig mycket i normer och kultur, gjorde det intressant att jämföra resultatet i två huvudteman: studier från länder där KKS är en kulturell tradition och studier där KKS inte är en kulturell tradition.

Inledningsvis formades litteraturöversikten av tolv vetenskapliga artiklar som sedan blev nio. De tre bortfallna artiklarna hade fokus på sjuksköterskans möte med kvinnor från länder där KKS är en kulturell tradition, dock hade inte dessa artiklar fokus på KKS vilket gjorde att de ej svarade på syftet.

En svaghet med att använda sig av en litteraturöversikt som metod är att resultatet presenteras genom ett fåtal vetenskapliga artiklar vilket inte kan ge en generaliserande bild av syftet. Litteraturöversikten kan inte tala för hur något är överallt eller för alla, utan enbart där studierna tagit plats och för de valda respondenterna enligt Friberg (2012). Vi ser även vår förförståelse och fördomar som en svaghet, samtidigt som det har varit en styrka och drivkraft för att få veta mer och bli informerade. Vår förförståelse som författare är initialt ur ett västerländskt perspektiv vilket medför enoreflekterad och subjektiv tolkning. Med förförståelse är det lätt att frångå den neutrala tonen i texten, vilket vi omedvetet gjort under litteraturöversiktens gång i form av t.ex värdeladdade ord. Genom diskussioner med handledaren har vi strävat efter att presentera texten i litteraturöversikten neutralt.

Författarnas samarbete har fungerat bra under hela examensarbetet och har varit givande och intressant. Båda anser sig vara mer informerade vid mötet av dessa kvinnor i framtida yrkesliv. Arbetet har tidsmässigt gått i fas med högskolans riktlinjer och tidsram. Författarna har haft kontakt dagligen och skrivit i programmet Word via Google docs som gjort det möjligt att se den andra författarens skrivande under tidens gång och underlättat vid revidering. Författarna var bra på att hålla en positiv och god inställning till arbetet samt visa respekt för den andres text och arbete. Den goda positiva inställningen gjorde examensarbetet till något roligt att utföra. Författarna är positivt inställda till val av ämne då det känns aktuellt, viktigt och har ett globalt perspektiv.

Resultatdiskussion

Denna litteraturöversikt hade som syfte att beskriva sjuksköterskors möten med kvinnorna som genomgått könsstympning. Litteraturöversiktens resultat redovisades genom två huvudteman, Studier från länder där kvinnlig könsstympning är en kulturell tradition och Studier från länder där kvinnlig könsstympning inte är en kulturell tradition. Resultatet visade att det råder okunskap kring kvinnlig könsstympning och dess komplikationer samt att attityder gentemot den kulturella traditionen och dess orsaker skilde sig åt i länder där könsstympning är en kulturell tradition. Vidare visar resultatet att en andel sjuksköterskor kan tänka sig att genomföra könsstympning på sina egna barn. Det förekommer kulturella svårigheter i mötet med de kvinnorna som genomgått könsstympning och kommunikationssvårigheter i sjuksköterskors möte med dessa kvinnor i länder där könsstympning inte är en kulturell tradition. Resultatet visade ett behov av djupare kulturell kompetens i dessa länder.

Etnocentrism

I litteraturöversiktens resultat framkom kulturella svårigheter vid sjuksköterskors möte med de kvinnorna som genomgått könsstympning. Det framkom bland annat att sjuksköterskorna kunde använda sin egen kultur som måttstock kan liknas vid omvårdanden av dessa kvinnor, något som efterliknar etnocentrism. Enligt Leininger (2002) påverkar etnocentrism människans handlingsförmåga och sätt att tänka. Etnocentrism innebär att en person utgår från att sina egna handlingssätt är mer överlägsna. Detta betyder att personen prefererar sitt egna tillvägagångssätt, sin tro och handling. Etnocentrism är ett kulturellt fenomen där personer anser att deras sätt att leva är det sätt som är moraliskt korrekt. Om en person alltid utgår från sina egna tankar, värderingar och förhållningssätt kan denne bli motvillig att överväga en annan människas synsätt. Genom att värdera, uppskatta och förstå varför andra kulturer agerar och har andra ståndpunkter är grundläggande vid transkulturell omvårdnad. Uppfattningar som i en kultur kan framstå som märkligt och befängda kan i en annan kultur vara betydelsefull och naturlig. Genom att anta att egna värderingar och normer är universella kan det leda till kulturella problem och destruktiva resultat såsom kulturella krockar.

Etnocentrism kan uttrycka sig på flera sätt inom omvårdnad. Det kan exempelvis vara att en sjuksköterska endast ser ett ”rätt” sätt gällande kosthållning, administrering av medicin, patientundervisning, bäddning etc. (Leininger, 2002). Oreflekterad etnocentrism visar sig ofta vara kontraproduktiv (Sutton, 2005). Åsikter som baseras på missuppfattningar och som härstammar från förfäran och fasa är ofta förknippade med negativa sammanhang gällande kvinnlig könsstympning. Dessa åsikter uppskattas inte av de människor som utövar denna tradition och kan leda till att människor som utövar traditionen försvarar traditionen ännu starkare (Sutton, 2005). Det är viktigt att ha i åtanke att alla människor bär på en viss grad av etnocentrism. Men det är den snäva och partiska formen av etnocentrism som skapar svårigheter vid kulturella möten (Leininger, 2002).

Genom att undvika införandet av västerländsk ideologi och istället fokusera på en lösning gällande kvinnlig könsstympning behöver lösningen förena hur KKS på ena sidan är en smärtsam och plågsam sedvänja samtidigt som KKS på andra sidan är en uppskattad, ärofylld och högt värderad tradition (Cassman, 2007). Kulturrelativism innebär att mänskliga värderingar inte är universella utan varierar beroende på olika kulturella perspektiv. Det gäller att inte använda normerna inom sin egen kultur för att döma andra utan att låta varje kultur att analyseras på egna villkor (Cassman, 2007).

Kvinnlig könsstympling ses inte enbart som något negativt (Berg & Denison, 2013; Vissandjee et al., 2014). I Berg och Denison (2013) studie beskriver de kvinnliga respondenterna att de ser sin könsstympling som något fint och meningsfullt. De har tagit del i en kulturell tradition som gör att kvinnorna fått ett kulturellt sammanhang och en social status. Studien menar att kvinnorna inte ser könsstymplingen som något skamligt utan en ära. Kvinnlig könsstympling beskrivs ibland av internationella organisationer på ett sätt som kan uppfattas som dömande och kränkande. Kvinnor som tar del av denna tradition ser inte nödvändigtvis sig själva som offer (Berg & Denison, 2013). Detta perspektiv är viktigt att ha i åtanke vid tabubelagda ämnen då alla inte identifierar sig med att kvinnlig könsstympling är ett övergrepp utan ser det som en naturlig del i sin kultur. Här behövs den kulturella kompetensen för att skapa ett respektfullt vårdmöte mellan sjuksköterskan och patienten för att undvika ett etnocentriskt tillvägagångssätt.

Transkulturell omvårdnad

Trots att kvinnlig könsstympling påverkar miljontals kvinnor världen över är många vårdgivare saknar kunskap kring ämnet (Tilley, 2015). Kvinnor som upplever förödmjukelse eller känner sig dömda av vårdpersonal kan avstå från att söka vård (Tilley, 2015). Detta riskerar att leda till att kvinnorna inte får den vård de behöver. Leininger (2002) beskriver att patienter från andra kulturer är generellt sett snabba på att visa tecken på missnöje, konflikt och motvilja mot sjuksköterskor som saknar grundläggande färdigheter i kulturbaserad omvårdnad. Därför är det grundläggande att vårdpersonal är kulturellt kompetenta i sitt möte och vid behandling av dessa kvinnor. Omvårdnad av patienter av annan kulturell bakgrund är komplex, utmanande och kräver att sjuksköterskan är införstådd i patientens kulturella värderingar, omvårdnadsbehov och levnadssätt för att kunna förena och implementera omvårdnaden för att på bästa sätt hjälpa patienten. Transkulturell omvårdnad består av ett komparativt och jämförande synsätt som betonar möjligheten att identifiera likheter och skillnader mellan kulturer (Leininger, 2002). Det är detta synsätt som möjliggör för sjuksköterskan att identifiera gemensamma och kultur-specifika vårdbehov hos patienter.

Transkulturell omvårdnad strävar efter att skraddarsy omvårdnadsåtgärder efter patientens kultur-specifika förväntningar och behov för att uppnå goda resultat och hitta gemensamma seder och praxis inom vården (Leininger, 2002). Att upptäcka på vilka sätt och varför kulturer skiljer sig eller är lika gällande sjukvård, hälsa, sjukdom, död och andra områden ger insikt om hur transkulturell omvårdnad kan förbättras. Kunskap inom transkulturell omvårdnad och kulturella skillnader gör det lättare för sjuksköterskan att erbjuda kompetent

omvårdnad som karaktäriseras av medlidande, förståelse och som stödjer välmående, tillfrisknande samt passar patientens kulturella behov och förväntningar.

Det är sjuksköterskans moraliska och etiska ansvar att vara uppmärksam på eventuella kulturella behov och bemöta dessa på ett lämpligt sätt (Leininger, 2002). Sjuksköterskor behöver inte acceptera att könsstympningen utförts men förstå att ingreppet är en djupt rotad och socialt accepterad sedvänja och möta dessa kvinnor med respekt och ett öppet sinne.

Kulturell kommunikation

I litteraturöversiktens resultat framkom vikten av kulturell kommunikation och kulturell kompetens vid mötet med patienter från olika kulturer. Detta stöds av Leininger (2002) som beskriver kultur och omvårdnad som sammanvävda och starkt sammankopplade med patientens tro och handling. Kulturen kan inte förbises eller negligeras vid omvårdnaden av dessa patienter.

Kulturell granskning innebär att sjuksköterskan bedömer och hämtar information från patienten gällande patientens rutiner för egenvård, syn på sjukvård, sjukdom och hälsa samt livsåskådning, sociala förhållanden, kost, utbildning och yrke (Jirwe et al., 2013). Denna kulturella bedömning är viktig att göra på samtliga patienter, inte endast de med invandrarbakgrund. De svar som sjuksköterskan erhåller från den kulturella bedömningen kan vara mycket betydelsefulla för patienten och därmed betydelsefulla under tiden då patienten vårdas.

Tvärkulturell kommunikation innebär att sjuksköterskan både bedömer och visar hänsyn till patientens kommunikation, både verbal och icke-verbal samt språk kapacitet (Jirwe et al., 2013). Sjuksköterskan måste också göra bedömningen om patienten har behov av exempelvis teckenspråkstolk, tolk eller talstöd där tolken upprepar och förtydligar vid behov. För att uppnå en god tvärkulturell kommunikation behöver sjuksköterskan vara bekant med olika kommunikationsmodeller, kunna lyssna aktivt och förstå kroppsspråkets betydelse.

Kommunikationssvårigheter, både verbala till följd av språkbarriärer, och icke-verbala framkom i litteraturöversiktens resultat. Leininger (2002) betonar vikten av att förstå verbal och icke-verbal kommunikation vid möten med människor från skilda kulturer. Sjuksköterskan kan identifiera kulturella mönster och kommunikationsmönster genom de olika kommunikationsformerna. Varje kultur har generellt sätt olika värderingar och mönster som behöver identifieras och förstås för att kunna ge transkulturell omvårdnad.

Användandet av tolk vid språkliga barriärer

I litteraturöversiktens resultat framkom språkbarriärer vid vårdandet av de kvinnor som genomgått könsstympling. Språkliga hinder kan leda till missförstånd mellan vårdpersonal och patienter (Leininger, 2002; Jirwe, Momeni & Emami, 2013; Hanssen, 2007). När sjuksköterskan och patienten inte talar samma språk kan vårdmötet bli invecklat och mödosamt.

Sjuksköterskan behöver, vid mötet med patienter utan ett gemensamt verbalt språk, klara av att kommunicera via tolk (Jirwe et al., 2013). Patienter som inte talar det modersmål som råder i landet riskerar att diskrimineras. Språkbarriärer kan utgöra ett hinder mot kompetent och effektiv vård. Detta innebär att vårdkvalitén till patienter som inte talar modersmålet är lägre och att det råder ojämlikhet gällande vården som erbjuds. Studien visar även att sjuksköterskor begränsar användandet av professionella tolkar vid mötet med patienter. Professionella tolkar utnyttjas således inte i den utsträckning som efterfrågas. Genom detta skapas ett större beroende på familjemedlemmar att agera tolk och översätta språket vid vårdmötet (Gerrish, 2001).

Då familjemedlemmar agerar tolk kan svårigheter uppstå vid vårdmötet. Det kan exempelvis vara frågor som patienten inte vill dela med sin partner eller annan familjemedlem (Gerrish, 2001). Vid tillfällen då exempelvis barn används som tolk kan det leda till att patienten avstår från att berätta detaljer som upplevs som känsliga. Oro och ångest kan uppstå hos familjemedlemmen som agerar tolk då patienten önskar att tala om ämnen så som dödsångest och rädsla inför döden.

Vid tillfällen då det råder brist på tolk är det risk att patientens individuella behov inte tillgodoses (Gerrish, 2001). Utan detaljerad förståelse av patientens perspektiv och patientens syn på sin egen hälsa finns det en risk att vården som erbjuds och omvårdnadsåtgärder blir gjorda efter rutin och grundade på stereotypa antaganden. Vidare kan bristen på tolk leda till ett etnocentriskt tillvägagångssätt som baseras på normerna av befolkningen. Gällande tolk som används vid gynekologiska avdelningar bör dessa vara av samma kön som patienten då frågor som berör kvinnosjukdomar och kvinnors hälsa inte alltid är något som samtalas om mellan könen (Hanssen, 2007).

Kunskapsbrist

I litteraturöversiktens resultat framkom det att sjuksköterskor saknade kunskap om kvinnlig könsstympling vid mötet med dessa kvinnor. Kvinnlig könsstympling kan ses som ett dolt fenomen enligt Byrne (2014) till följd av underrapportering i dokumentation. Fel

klassificering av KKS förekommer vilket äventyrar omvårdnaden av de kvinnorna som genomgått könsstympling (Abdulcadir, Rodriguez & Say, 2015).

Trots tillgänglig information och studier kring kvinnlig könsstympling är kunskapen kring KKS låg (Abdulcadir, Rodriguez & Say, 2015; Relph, Inamdar, Singh & Yoong, 2013; Vangen, Johansen, Sundby, Traeen & Stray-Pedersen, 2004; Ali, 2012). Kännedom och attityder gentemot KKS bland sjukvårdspersonal visar bristfällig hantering av KKS och svårigheter i att klassificera KKS enligt WHO. I Relph et al., (2013) studie som genomförts i Storbritannien visar resultatet att endast hälften av de 79 respondenter var medvetna om att det finns fyra typer av KKS. Enligt Vangen et al., (2004) studie från Norge känner hälso-och sjukvårdspersonal sig osäkra och maktlösa kring rutiner gällande infibulerade kvinnor. Även i länder med hög förekomst av KKS, så som Sudan, kunde endast 7 procent (%) av 154 respondenter korrekt identifiera de fyra typer av KKS (Ali, 2012).

Bristande identifiering av KKS, hindrar diagnosticering, rådgivning och behandling (Abdulcadir et al., 2015). Utbildad personal med ökad kunskap inom kvinnlig könsstympling kan leda till en förbättrad klassifikation, dokumentation och bättre kommunikation med dessa kvinnor. Denna kunskapsökning kan i sin tur leda till bättre vård och omsorg till kvinnorna samt förhindra utövandet av denna kulturella tradition för kommande generationer.

Utbildning av hälso-sjukvårdspersonal bör innehålla kulturell, medicinsk, kirurgisk och juridisk information och tillvägagångssätt (Abdulcadir et al., 2015). Detta genom pedagogiska bilder, undervisningsfilmer och diskussioner om ämnet kvinnlig könsstympling. Genom att öva kommunikation med hjälp av exempelvis simuleringsövningar kan vårdpersonal angripa ämnet kvinnlig könsstympling på ett mer lätthanterligt sätt och enklare diskutera fysiska, men även psykologiska och kulturella svårigheter relaterade till KKS.

Resultatet leder författarna till slutsatsen att oreflekterad etnocentrism och okunskap gällande kvinnlig könsstympling upprätthåller stigmatiseringen av dessa kvinnor. Vi anser att transkulturell omvårdnad är centralt för att vi som framtida sjuksköterskor ska erhålla kulturellkompetens vid vårdmötet. En kvinna som genomgått könsstympling placeras ofta i ett fack som präglas av fördomar att kvinnan är förtryckt av sin kultur. Sjuksköterskor behöver inte godta denna tradition men vara medveten om denna djupt rotade tradition och möta dessa kvinnor med respekt. Resultatet upplyste författarna om att varje kvinna är en unik individ med sin egen erfarenhet av KKS.

Kliniska implikationer

Litteraturoversikten har som syfte att beskriva sjuksköterskors möte med kvinnor som genomgått könsstympling. Resultatet visar ett behov av mer information och vägledning i arbetet som sjuksköterska vid mötet med en kvinna som genomgått könsstympling. Resultatet kan användas i vården som en generell mall vid kulturella möten samt tabubelagda ämnen men även användas för att vägleda sjuksköterskor vid kulturella skillnader.

Författarna anser fortfarande att ämnet är relevant och viktigt att vara medveten om. Även att få ett historiskt perspektiv samt orsaker bakom uppkomsten av den kulturella traditionen. Det blev tydligt att sjuksköterskan bör bemöta KKS med största respekt då många kvinnor inte känner att de varit med om ett övergrepp utan anser det vara en naturlig del i deras kultur. Författarna anser att det är viktigt att sjuksköterskan har en neutral inställning från början vid vårdmötet med de kvinnor som genomgått könsstympling för att skapa en trygg och informativ vård. Resultatet visar att sjuksköterskor upplever brist på riktlinjer för mötet med kvinnorna. Det behövs mer undervisning i sjuksköterskeutbildningen då kvinnlig könsstympling blir allt mer förekommande inom vården. Ökad kunskap kring ämnet leder till att fördomar och negativa attityder minskar. Genom att belysa ämnet skapas en god grund för ett gott bemötande och god omvårdnad.

Förslag till fortsatt forskning

Det har genom denna litteraturoversikt blivit tydligt att forskning gällande sjuksköterskans möte med kvinnor som genomgått könsstympling saknas. Forskning som finns publicerat idag fokuserar huvudsakligen på barnmorskors möte med denna patientgrupp. Av den forskning som finns tillgänglig består den även till stor del av kvantitativa studier. Kvantitativa studier förmedlar statistik som visar hur frekvent KKS förekommer samt kunskap om komplikationer till följd av KKS. Kvantitativa studier gör det svårt för forskaren att beskriva sjuksköterskans möte med denna patientgrupp på ett mer nyanserat sätt, utifrån sjuksköterskans perspektiv och tankesätt. Fler kvalitativa studier skulle göra det möjligt att få en inblick gällande upplevelserna och känslorna som uppkommer vid sjuksköterskans möte med dessa kvinnor. Det är viktigt att studera allmänsjuksköterskor möte med kvinnor som genomgått könsstympling, både i Sverige och i internationell kontext då allmänsjuksköterskor kan komma att möta dessa kvinnor i olika sammanhang i dagens vård.

Kunskapsbrist om kvinnlig könsstympning hos sjuksköterskor samt övrig sjukvårdspersonal visar att det i dagens sjukvård finns ett behov av undervisning och riktlinjer gällande mötet och omvårdnaden av denna patientgrupp. Förslag till fortsatta studier är att undersöka hur sjuksköterskor samt övrig vårdpersonal kan använda sig av och implementera transkulturella vårdmodeller vid mötet med kvinnor som genomgått könsstympning. Ytterligare förslag är även att undersöka hur sjuksköterskan bör bemöta tabubelagda ämnen med patienter. Att undersöka skillnader mellan sjuksköterskor som fått utbildning om könsstympningens alla dimensioner på sin arbetsplats i jämförelse med de arbetsplatser som inte tillämpar ytterligare utbildning är även intressant för vidare forskning.

Slutsats

Litteraturöversiktens syfte var att beskriva sjuksköterskors möte med kvinnor som genomgått könsstympning.

Det framkom i resultatet att det råder okunskap bland sjuksköterskor gällande kvinnlig könsstympning. Kunskap om könsstympningens komplikationer och dess olika typer var också bristfällig. Attityder gentemot den kulturella traditionen och dess orsaker skilde sig åt i länder där kvinnlig könsstympning är en kulturell tradition. I dessa länder visade resultatet att en andel sjuksköterskor kunde tänka sig att genomföra könsstympning på sina egna barn. I länder där könsstympning inte är en kulturell tradition förekom det kulturella svårigheter vid mötet med de kvinnorna som genomgått könsstympning. Sjuksköterskor visade sig ha förutfattade meningar kring KKS som ledde till att ämnet KKS förbisågs vid mötet med denna patientgrupp. Sjuksköterskor som inte visste hur de skulle handskas med detta ämne distanserade sig själva. Vidare förekom även kommunikationssvårighet till följd av språkbarriärer vid sjuksköterskans möte med kvinnorna. Resultatet visade även ett behov av djupare kulturell kompetens hos sjuksköterskor.

Denna litteraturöversikt bidrar med kunskap gällande kvinnlig könsstympning hos sjuksköterskor ur ett internationellt perspektiv. Då världen blir mer globaliserad och mångkulturell kommer sjuksköterskan behöva djupare kunskap kring kvinnlig könsstympning och kulturella verktyg för att känna sig trygg i mötet med dessa kvinnor. Med transkulturell omvårdnad förbättras det kulturella möten inom vården och underlättar för sjuksköterskan och de kvinnor som genomgått könsstympning.

Referensförteckning

* = Artiklar använda i resultat.

- Abdulcadir, J., Rodriguez, M., & Say, L. (2015). Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, (3), 294. doi:10.1111/1471-0528.13217.
- Ali, A. A. (2012). Knowledge and attitudes of female genital mutilation among midwives in Eastern Sudan. *Reproductive Health*, 9(1), 23-26. doi:10.1186/1742-4755-9-23.
- Andro, A., & Lesclingand, M. (2016). Female genital mutilation: overview and current knowledge. *Population: English edition*, 71(2), 217-296.
- *Ashimi, A., Aliyu, L., Shittu, M., & Amole, T. (2014). A multicentre study on knowledge and attitude of nurses in northern Nigeria concerning female genital mutilation. *European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care*, 19(2), 134-140. doi:10.3109/13625187.2014.885940.
- 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.
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. 115-126. Lund: Studentlitteratur.
- Byrne, A. (2014). Supporting women after genital mutilation. *Nursing Times*, 110(18), 12-14.
- *Caroppo, E., Almadori, A., Giannuzzi, V., Brogna, P., Diodati, A., & Bria, P. (2014). Health care for immigrant women in Italy: are we really ready? A survey on knowledge about female genital mutilation. *Annali Dell'istituto Superiore Di Sanita*, 50(1), 49-53. doi:DOI: 10.4415/ANN_14_01_08.
- Cassman, R. (2007). Fighting to Make the Cut: Female genital cutting studied within the context of cultural relativism. *Journal Of International Human Rights*, 6(1), 128-154.
- *da Costa Vargens, O., & Berterö, C. (2010). Caring with difficulty: Brazilian nurses' experiences of gynaecological surgery care. *International Journal Of Nursing Practice*, 16(2), 159-165. doi:10.1111/j.1440-172X.2010.01824.x.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 133-145). Lund: Studentlitteratur.

- Gerrish, K. (2001). The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers. *Journal of advanced nursing*, 33 (5), 566-574.
- Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. 3:e upplagan. Studentlitteratur.
- Hjelm, K. (2016). *Bemötande i vård och omsorg, transkulturellt perspektiv*. Hämtad 19 september, 2014 från Vårdhandboken, <http://www.vardhandboken.se/Texter/Bemotande-i-var-d-och-omsorg-transkulturellt-perspektiv/Oversikt/>.
- *Ibrahim, IA., Oyeyemi, AS., & Ekine AA. (2013). Knowledge, attitude and practice of female genital mutilation among doctors and nurses in Bayelsa state, Niger-Delta of Nigeria. *Int J Med Biomed Res*. 2(1):40–4.
- International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Rev.utg.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 23 oktober, 2017, från Svensk sjuksköterskeförening, http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etikpublikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf.
- Jiménez Ruiz, I., Almansa Martínez, P., & Alcón Belchí, C. (2017). Dismantling the man-made myths upholding female genital mutilation. *Health Care For Women International*, 38(5), 478-491. doi:10.1080/07399332.2017.1289211.
- Jiménez-Ruiz, I., & Almansa Martínez, P. (2017). Female genital mutilation and transcultural nursing: adaptation of the Rising Sun Model. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 53(2), 196-202. doi:10.1080/10376178.2016.1261000.
- Jirwe, M., Momeni, P., & Emami, A. (2013). Kulturell mångfald. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningsätt* (s. 453-469). Lund: Studentlitteratur.
- *Johansen, R. B. (2006). Care for infibulated women giving birth in Norway: an anthropological analysis of health workers' management of a medically and culturally unfamiliar issue. *Medical Anthropology Quarterly*, 20(4), 516-544.
- *Kaplan, A., Torán-Monserrat, P., Moreno-Navarro, J., Castany Fàbregas, M. J., & Muñoz-Ortiz, L. (2009). Perception of primary health professionals about female genital mutilation: from healthcare to intercultural competence. *BMC Health Services Research*, 9(11). doi:10.1186/1472-6963-9-11.
- *Kaplan, A., Hechavarría, S., Bernal, M., & Bonhoure, I. (2013). Knowledge, attitudes and practices of female genital mutilation/cutting among health care professionals in The Gambia: a multiethnic study. *BMC Public Health*, 13(1), 851. doi:10.1186/1471-2458-13-851.
- Leininger, M. (1997). Transcultural nursing research to transform nursing education and practice: 40 years. *Journal of Nursing Scholarship*, (4), 341.

- Leininger, M. (2002). Transcultural nursing and globalization of health care: importance, focus, and historical aspects. In M. Leininger & M. R. McFarland (Ed.), *Transcultural Nursing: concepts, theories, research & practice* (pp 3-45). The McGraw-Hill Companies, Inc: Unites States of America.
- Leininger, M.(2007). Theoretical questions and concern: response from the theory of culture care diversity and universality perspective. *Nursing Science Quarterly*, 20(1), 9-13.
- Mulongo, P., McAndrew, S., & Hollins Martin, C. (2014). Crossing borders: Discussing the evidence relating to the mental health needs of women exposed to female genital mutilation. *International Journal of Mental Health Nursing*, (23), 296-305. doi: 10.1111/inm.12060.
- *Onuh, S., Igberase, G., Umeora, J., Okogbenin, S., Otoide, V., Gharoro, E., & Gharoro, E. P. (2006). Female genital mutilation: knowledge, attitude and practice among nurses. *Journal Of The National Medical Association*, 98(3), 409-414.
- *Rasheed, S. M., Abd-Ellah, A. H., & Yousef, F. M. (2011). Female genital mutilation in Upper Egypt in the new millennium. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 114(1), 47-50. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.02.003.
- Relph, S., Inamdar, R., Singh, H., & Yoong, W. (2013). Female genital mutilation/cutting: knowledge, attitude and training of health professionals in inner city London. *European Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 168195-198. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.01.004.
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Schmöker, A., & Faustine Kyungu Nkulu, K. (2015). Female genital mutilation – why does it still exist in Africa?. *Scienceopen Research*, Vol 2015, Iss 05, Pp 1-11 (2015), (05), 1.
- SFS 1982:316. Lag med förbud mot könsstympling av kvinnor. *svensk författningssamling nr 1892:316*. Hämtad 5 september, 2017, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1982316-med-forbud-mot-konsstympling-av_sfs-1982-316.
- Socialstyrelsen. (2002). Kvinnlig könsstympling. Publicerad: www.socialstyrelsen.se, december 2002. Hämtad 16 oktober, 2017, från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11036/2002-114-77_200211477.pdf.
- Socialstyrelsen. (2013). Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2013. Hämtad 19 oktober, 2017, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19033/2013-3-27.pdf>.
- Socialstyrelsen. (2016). Kvinnlig könsstympling: *Ett stöd för hälso- och sjukvårdens arbete*. Publicerad: www.socialstyrelsen.se, juni 2016. Hämtad 13 september, 2017, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20282/2016-6-59.pdf>.

- Socialstyrelsen. (2017). Olika typer av könsstympning. Publicerad: www.socialstyrelsen.se, oktober 2017. Hämtad 16 oktober, 2017, från <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/konsstympningavflickorochkvinnor/olikatyperavkvinnligkonssstympning>.
- Sutton, E. (2005). The female circumcision controversy: An anthropological perspective. *Transcultural Psychiatry*, 42(4), 681.
- The United Nations of Children´s Fund. (2017). *Kvinnlig könsstympning: Kvinnlig könsstympning är en livsfarlig sedvänja som ger flickor men för livet*. Hämtad 22 oktober, 2017, från UNICEF, <https://unicef.se/fakta/kvinnlig-konsstympning>.
- Tilley, D. S. (2015). Nursing care of women who have undergone genital cutting. *Nursing For Women's Health*, (5), 445. doi:10.1111/1751-486X.12237.
- Vangen, S., Johansen, R. B., Sundby, J., Træen, B., & Stray-Pedersen, B. (2004). Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. *European Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 11229-35. doi:10.1016/S0301-2115(03)00313-0.
- Vetenskapsrådet. 2017. *Forskare granskar forskare – peer review*. Hämtad 12 september, 2017, från Vetenskapsrådet, <https://www.vr.se/forskningsfinansiering/beredning/beredningsprocessen/forskaregranskarforskare.4.4a7ccdbc1082f2c9c1d80007266.html>.
- Vissandjee, B., Denetto, S., Migliardi, P., & Proctor, J. (2014). Female genital cutting (FGC) and the ethics of care: community engagement and cultural sensitivity at the interface of migration experiences. *BMC International Health & Human Rights*, 14(1), 1-18. doi:10.1186/1472-698X-14-13.
- Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- World Health Organisation. (2017). *Female genital mutilation*. Hämtad 5 september, 2017, från World Health Organisation, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>.

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
Cinahl Complete	Female genital mutilation AND/OR nursing	64	Peer-reviewed, Full Text, 2000-September 2017 Engelska	7	4	0
Cinahl Complete	Attitude knowledge female genital mutilation	28	Peer-reviewed, Full Text, 2000-September 2017 Engelska	7	2	Kaplan, A., Hechavarría, S., Bernal, M., & Bonhoure, I. (2013).
Cinahl Complete	Female genital mutilation knowledge	50	Peer-reviewed, Full Text, 2000-September 2017 engelska	6	3	Ashimi, A., Aliyu, L., Shittu, M., & Amole, T. (2014).
Cinahl Complete	Nurses caring AND mutilation	6	Peer-reviewed, Full Text, 2000-September 2017 Engelska	2	1	da Costa Vargens, O., & Berterö, C. (2010)
Cinahl Complete	Female genital mutilation perceptions	18	Peer-reviewed, Full Text, 2000-September 2017 engelska	2	1	Kaplan-Marcusan, A., Torán-Monserrat, P., Moreno-Navarro, J., Castany Fábregas, J., & Muñoz-Ortiz, L. (2009).
Medline	Female genital mutilation AND nursing	9	Peer-reviewed, Full Text, 2000-September 2017 Engelska	4	2	0
Medline	Care infibulated women	8	Peer-reviewed, Full Text, 2000-September 2017 Engelska	2	1	Johansen, R. B. (2006).

Medline	knowledge female genital mutilation health care	50	Peer-reviewed, Full Text, 2000-September 2017 Engelska	3	1	Caroppo, E., Almadori, A., Giannuzzi, V., Brogna, P., Diodati, A., & Bria, P. (2014)
Medline	Nursing Transcultural Encounters	24	Peer-reviewed, Full Text, 2000-September 2017 Engelska	2	1	0
PubMed	Genital mutilation attitude	37	Full Text, 2000-September 2017 Engelska	4	2	Onuh, S., Igberase, G., Umeora, J., Okogbenin, S., Otoide, V., Gharoro, E., & ... Gharoro, E. P. (2006).
Academic search complete	Attitudes Female genital mutilation	130	Peer-reviewed, Full Text, 2000-September 2017 Engelska	6	3	Rasheed, S. M., Abd-Ellah, A. H., & Yousef, F. M. (2011)
Academic search complete	Awareness female genital mutilation	24	Peer-reviewed, Full Text, 2000-September 2017 Engelska	5	2	0
Academic search complete	FGM nurses	11	Peer-reviewed, Full Text, 2000-September 2017 Engelska	2	1	0
Cinahl complete	Cultural competence Nursing care	11	Peer-reviewed, Full Text, 2000-2017.	7	1	0

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Ashimi, A., Aliyu, L., Shittu, M., & Amole, T.	A multicentre study on knowledge and attitude of nurses in northern Nigeria concerning female genital mutilation	2014, Nigeria, The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care.	Att beskriva kunskap och attityder hos sjuksköterskor i norra Nigeria gällande KKS.	Metod: Kvantitativ tvärsnittsstudie Urval: 350 sjuksköterskor Datainsamling: Enkäter Analys: Deskriptiv statistik	91 % hade hört talas om KKS; 40 % kunde inte avgöra vilken typ av KKS. 77 %, 73 % och 63 % identifierade respektive blödning, risk för hiv, hepatit och smärta vid samlag som möjlig komplikation vid KKS. 4 % kunde utföra KKS och kunde tänka sig utföra KKS på sina döttrar.
Caroppo, E., Almadori, A., Giannuzzi, V., Brogna, P., Diodati, A., & Bria, P	Health care for immigrant women in Italy: are we really ready? A survey on knowledge about female genital mutilation	2014, Italien, Annali Dell'istituto Superiore Di Sanit	Att undersöka kunskap om KKS bland socialarbetare och hälso-sjukvårdspersonal som arbetar med asylsökande människor.	Metod: Kvantitativ tvärsnittsstudie Urval: 41 sjuksköterskor som arbetar med flyktingar och asylsökande Datainsamling: Frågeformulär Analys: Deskriptiv statistik	Av de 41 respondenterna visste endast 7,3 % vad KKS var, 4,9 % visste inte alls. 75,6% respondenter uppgav att om de mötte en kvinna som genomgått KKS skulle de skicka kvinnan till externa vårdtjänster.
da Costa Vargens,	Caring with difficulty:	2010, Brasilien,	Att identifiera	Metod: Kvalitativ,	Två kategorier upptäcktes: Att

O., & Berter, C.	Brazilian nurses' experiences of gynaecological surgery care	International Journal of Nursing Practice.	interaktionen mellan sjuksköterskor och fenomenet KKS i gynekologisk kirurgi.	grundad teori Urval: 16 sjuksköterskor Datainsamling: Intervjuer Analys: Grundad teori	samtala som en sjuksköterska tillhörande en profession och att samtala med patienterna som en kvinna. Som sjuksköterska definierades könsstymplingen tekniskt, medan de som kvinnor uttryckte konflikt och svårigheter med könsstympling.
Johansen, R. B.	Care for infibulated women giving birth in Norway: an anthropological analysis of health workers' management of a medically and culturally unfamiliar issue	2006, Norge, Medical Anthropology Quarterly	Att undersöka varför norsk sjukvårdspersonal inte alltid åstadkommer optimalt resultat trots dedikation till sitt arbete och försök till att vara kulturkompetent som möjligt mot Somaliska kvinnor	Metod: Kvalitativ Urval: 3 sjuksköterskor Datainsamling: Djupintervjuer Analys: Innehållsanalys	Resulterade i en kombination av tabu, tystnad, begränsad kunskap och känslomässiga svårigheter. Önskan att vara kultur-känslig visade sig vara kontraproduktivt för att ge bästa möjliga hjälp. Personalen hade ibland förutfattade meningar om dessa kvinnors kulturella värderingar.
Kaplan, A., Torán-Monserra	Perception of primary health professionals	2009, Spanien, BMC Health	Att analysera uppfattningarna, graden av kunskap och	Metod: Kvantitativ tvärsnittsstudie Urval:	98,1% av sjuksköterskor år 2001 och 94,7% av

<p>t, P., Moreno-Navarro, J., Castany Fàbregas, M. J., & Muñoz-Ortiz, L.</p>	<p>about female genital mutilation: from healthcare to intercultural competence.</p>	<p>Service Research</p>	<p>attityder hos sjukvårdspersonal i primärvården i relation till KKS.</p>	<p>155 sjuksköterskor Datainsamling: Frågeformulär. Analys: Deskriptiv.</p>	<p>sjuksköterskor år 2004 observerade en minskning av kunskap gällande kvinnlig könsstympning och var statistiskt signifikant. 49.8 % (2001) respektive 31 % (2004) ansåg att det var viktigt att sjukvårdspersonal var undervisande och pedagogiska samt hänsynsfulla mot denna patientgrupp.</p>
<p>Kaplan, A., Hechavarría, S., Bernal, M., & Bonhoure, I.</p>	<p>Knowledge, attitudes and practices of female genital mutilation/cutting among health care professionals in The Gambia: a multiethnic study</p>	<p>2013, Gambia, BMC Public Health.</p>	<p>Att undersöka kunskap, attityder och utövandet av KKS hos Gambisk hälso-sjukvårdspersonal som arbetar i landsbygden.</p>	<p>Metod: Kvantitativ tvärsnittsstudie Urval: 468 hälso-sjukvårdspersonal med en majoritet av sjuksköterskor Datainsamling: Frågeformulär Analys: Deskriptiv statistik</p>	<p>42,5 % av Gambisk hälso-sjukvårdspersonal uppmuntrar KKS. 47,2% tänker utsätta sina egna döttrar för det och 7,6 % angav att de redan utfört det när de var medicinskt verksamma. Deras kunskap, attityder och utövandet av KKS formades av kön och etnisk identitet. Hälso-sjukvårdsperso</p>

					nal som tillhör mer traditionella grupper föredrog en fördjupning och medikalisering av KKS vilket tyder på att etnicitet råder över professionell identitet.
Ibrahim, I.A., Oyeyemi, A.S., & Ekine, A.A.	Knowledge, attitude and practice of female genital among doctors and nurses in Bayelsa state, Niger-Delta of Nigeria.	2013, Nigeria, International Journal of Medicine and Biomedical Research.	Att beskriva kunskap, attityder, inställningar och hantering av kvinnlig könsstympning bland läkare och sjuksköterskor inom akutsjukvård och primärvård i Bayelsa.	Metod: Kvantitativ tvärsnittsstudie Urval: 52 sjuksköterskor Datainsamling: Frågeformulär Analys: Deskriptiv och analytisk statistik	Resultatet visade att alla deltagare var medvetna om (KKS). Fler sjuksköterskor än läkare ansåg sig sett komplikationer kopplade till KKS. Mer än 90 % av alla deltagare svarade att KKS var ett dåligt ingrepp som bör försvinna. 20 % av de deltagande kvinnorna i studien var själva könsstympade. En deltagande hade utfört KKS på en patient.
Onuh, S., Igberase, G., Umeora, J., Okogbenin, S., Otoide,	Female genital mutilation: knowledge, attitude and practice among nurses.	2006, Nigeria, Journal of the National Medical Association	Att fastställa kunskap, attityd och utförandet av KKS bland sjuksköterskor i Benin, södra	Metod: Kvantitativ Urval: 182 sjuksköterskor Datainsamling: Strukturera	6,6 % kunde korrekt identifiera fyra typer av KKS. 24 % ansåg att vissa typer av KKS var ofarliga. 44 %

<p>V., Gharoro, E., & ... Gharoro, E. P.</p>			<p>Nigeria.</p>	<p>de enkäter Analys: Deskriptiv statistik</p>	<p>hade genomgått KKS. 2.8% såg KKS som en god sedvänja och uppmuntrade denna sedvänja. 6,6% utför KKS rutinmässigt och 58,3% såg KKS som en dålig sedvänja.</p>
<p>Rasheed, S. M., Abd-Allah, A. H., & Yousef, F. M.)</p>	<p>Female genital mutilation in Upper Egypt in the new millennium.</p>	<p>2011, Egypten, International Journal of Gynecology & Obstetrics</p>	<p>Att undersöka påverkan av kriminalisering av KKS och årlig förekomst av KKS samt befolkningens och vårdgivarens attityder mot KKS.</p>	<p>Metod: Kvantitativ tvärsnittsstudie Urval: 263 sjuksköterskor Datainsamling: Frågeformulär Analys: Deskriptiv statistik</p>	<p>Förekomsten av KKS var 89,2%. Totalt, 88,2%, 34,3% och 14,9% av sjuksköterskor godkände utövandet av KKS. 33,8% av sjuksköterskor hade ingen kunskap om dess risker, 28,1% hade döttrar som de låtit genomgått KKS och 47,9% sa att de skulle utsätta sina döttrar för KKS.</p>