



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

Institutionen för
vårdvetenskap

Sofie Hjalmarsson och Jessica Ekholm

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGV51, VT 2016

Kandidatexamen

Handledare: Mona Söderlund

Examinator: Britt-Marie Ternestedt

Hälsa- och sjukvårdspersonalens erfarenheter av att vårda patienter som genomgått kvinnlig könsstympning

En litteraturöversikt

Health professionals' experiences of caring for patients who have undergone female genital mutilation

A literature review

Sammanfattning

- Bakgrund:** Kvinnlig könsstympning är ett ingrepp som länge utförts i stora delar av världen. 196 medlemsländer har anslutit sig till Förenta Nationens (FN) konvention om barns rättigheter för att gemensamt arbeta för att avskaffa denna typ av skadliga sedvänja. Genom kontinuerliga datainsamlingar om kvinnlig könsstympning förutspås en signifikant ökning i takt med att världens befolkning ökar. Hälso- och sjukvårdspersonal känner till ingreppet men få kan identifiera dess olika typer.
- Syfte:** Syftet med studien var att beskriva vad hälso- och sjukvårdspersonal har för erfarenheter av att vårda patienter som genomgått kvinnlig könsstympning.
- Metod:** Metoden är en litteraturoversikt baserad på sju kvalitativa artiklar, tre kvantitativa artiklar samt en artikel med mixad metod vilka var inhämtade från tre olika databaser; Cinahl Complete, PubMed och Academic Search Complete.
- Resultat:** Resultatet presenteras under två kategorier: *Bristande kunskap* samt *Det komplexa vårdandet*. Hälso- och sjukvårdspersonal uttryckte att de hade bristande kunskaper och erfarenheter med att vårda och möta kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning. Många ansåg att de upplevde omtumlande känslor vid möten med kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning och deras familjer. Att se det kvinnliga könsorganets förändrade anatomi med mycket ärrbildning var svårhanterbart för många hälso- och sjukvårdare.
- Diskussion:** Resultatet diskuterades utifrån Leiningers transkulturella omvårdnadsteori samt konsensusbegreppet människan. Den transkulturella medvetenheten och förmågan att bortse från det egna etnocentriska synsättet ligger till grund för det professionella vårdandet.
- Nyckelord:** Erfarenheter, kvinnlig könsstympning, hälso- och sjukvårdspersonalens perspektiv.

Abstract

Background: Female genital mutilation is a procedure that has long been carried out in many parts of the world. 196 member countries have joined United Nation's (UN) Convention on the rights of children, to work together to eliminate this kind of malicious practice. Through continuous data collection of female genital mutilation, it predicts a significant rise as the world population increases. Health professionals are familiar with the procedure, but few can identify its different types.

Aim: The aim was to describe health professionals' experiences of caring for patients who have undergone female genital mutilation.

Method: The method consists of a literature review based on seven qualitative articles, three quantitative articles and one with mixed method retrieved from three different databases; Cinahl Complete, PubMed and Academic Search Complete.

Results: The results are presented under two categories: *Lack of knowledge* and *The complexity of caring*. Health professionals expressed a lack of knowledge and experience to nurture and meet women who have undergone female genital mutilation. Many felt that they experienced tumultuous feelings at meetings with women who have undergone female genital mutilation and their families. Seeing the female genitalia altered anatomy with very severe scarring was unmanageable for many health professionals.

Discussion: The results were discussed on the basis of Leininger's transcultural nursing theory and the concept of consensus human. The transcultural awareness and the ability of health professionals' to ignore their own ethnocentric approach is the basis for the professional caring.

Keywords: Experiences, female genital mutilation, health professionals' perception.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
FAKTA OM KVINNLIIG KÖNSSTYMPNING.....	1
KÖNSSTYMPNINGENS KONSEKVENSER OCH KOMPLIKATIONER	3
MEDICINSK ETISKA ASPEKTER	4
LAGAR OCH REGLER RELATERAT TILL KVINNLIIG KÖNSSTYMPNING	5
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDPERSONALENS MÖTE MED KVINNLIIG KÖNSSTYMPNING.....	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	7
TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	7
METOD	8
DATASÖKNING OCH URVAL	8
ANALYS.....	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
RESULTAT	10
BRISTANDE KUNSKAP.....	10
Önskan om mer kunskap.....	10
Kunskaper om komplikationer	11
DET KOMPLEXA VÅRDANDET.....	12
Att vårda vid bristande kommunikation.....	12
Ömsesidig respekt för kultur och religion	13
Omtumlande känslor hos hälso- och sjukvårdspersonal.....	14
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION.....	15
RESULTATDISKUSSION	17
Kulturell kompetens	17
Etnocentrismens inverkan på vårdandet	19
Utbildning främjar kompetens.....	20
Professionellt engagemang	21
KLINISKA IMPLIKATIONER.....	21
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	22

SLUTSATS	22
REFERENSFÖRTECKNING	24
BILAGA 1. SÖKMATRIS	27
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	29

Inledning

Kvinnlig könsstympning är ett omtalat och diskuterat ämne i världen, där många organisationer arbetar för att få ett slut på ingreppet. Trots detta så har ämnet endast nämnts en gång väldigt kort under vår sjuksköterskeutbildning, med initiativ från våra medstudenter. Vi tyckte ämnet var viktigt att lyfta då vi inte har kunskap om hur en kvinna som genomgått kvinnlig könsstympning bör vårdas och bemötas. Vi tänker även att risken för att starka känslor väcks hos sjuksköterskan vid detta möte ökar om kunskaperna är bristande. Därför blir det viktigt att ha kunskap om ämnet och hur man som sjuksköterska kan förhålla sig till ingreppet, kvinnan och hennes kultur. Genom att öka kunskaperna inom ämnet tror vi att förutsättningarna för oss som sjuksköterskor att vårda dessa kvinnor på ett bra sätt kan förbättras. Det kan också leda till att vi som sjuksköterskor kommer att känna oss mer förberedda i mötet med denna patientgrupp och har möjlighet att erbjuda vård på lika villkor, oavsett patientens bakgrundshistoria.

Eftersom kvinnlig könsstympning är en olaglig procedur i de flesta länder i världen föreställer vi oss att vårdmötet med kvinnorna kan på många sätt kännas ovanlig för hälso- och sjukvårdspersonal. Detta kan komma att påverka mötet och vården för kvinnorna som genomgått kvinnlig könsstympning negativt. Genom att lyfta hälso- och sjukvårdspersonalens erfarenheter önskar vi nå en ökad förståelse kring fenomenet och till kvinnor som genomgått ingreppet för att dessa kvinnor, på lika villkor, ska kunna få de bästa förutsättningarna för en trygg och säker vård.

Bakgrund

I detta avsnitt kommer det att presenteras fakta kring kvinnlig könsstympning och dess typer, eventuella komplikationer, aktuella lagar, etiska aspekter samt hur hälso- och sjukvårdspersonalens kunskap ser ut i relation till ingreppet. I avsnitt där sjuksköterskor benämns i uppsatsen, avses sjuksköterskor utan specialistutbildning.

Fakta om kvinnlig könsstympning

Könsstympning är ett ingrepp där mindre alternativt större delar av det kvinnliga könsorganet tagits bort eller skadats av kulturella eller traditionsbetingade anledningar (Socialstyrelsen, 2002; <http://www.unicef.se>). Det finns många olika motiv till varför kvinnlig könsstympning sker, beroende på vilket land eller kultur kvinnan kommer ifrån. Utövandet av könsstympning förekommer med stora variationer inom olika länder och religioner och kvinnans ålder

varierar då ingreppet utförs. Flickorna kan vara några dagar gamla till att vara kvinna och precis inleda äktenskap. Ingreppet genomförs framförallt av utbildade barnmorskor, kvinnor som har religiösa och rituella funktioner i samhället eller de äldre, erfarna kvinnorna i byn. Vid ingreppet använder de sig oftast utav något vasst som exempelvis rakblad, oren kniv eller glasskärva utan bedövning och smärtlindring. I vissa fall kan personen få en liten dryck precis innan ingreppet eller kyla underkroppen med kallvatten för att smärtan skall reduceras. Samtidigt finns det möjligheter för de som har ekonomiska förutsättningar att utföra ingreppet på sjukhus under någorlunda god vård med möjlighet till smärtlindring.

Enligt WHO, Världshälsoorganisationen, kan man klassificera könsstympningen i fyra olika typer, vilka beskrivs nedan (<http://www.who.int>):

- Typ I innebär avlägsnande av huden runt klitoris och/eller dess topp.
- Typ II innebär avlägsnande av klitoris och ibland även delar av eller hela inre blygdläpparna.
- Typ III innebär avlägsnande av klitoris samt både inre och yttre blygdläppar. Efter att delarna av de externa genitalierna tagits bort stängs vulvan genom att det som finns kvar av de yttre blygdläpparna sys ihop. Öppningen som lämnas för urin och menstruationsblod kan ibland bara vara någon millimeter stor. Detta är det mest omfattade ingreppet och kallas också för infibulation eller faraonisk omskärelse.
- Till typ IV tillhör oklassificerade former som till exempel rispning eller prickning av klitoris med ett vasst föremål. Ingreppet syftar till att via sed framkalla blödning utan att avlägsna några delar av det kvinnliga könsorganet. Även former där någon del av kvinnans könsorgan skrapas, bränns, skärs eller fräts för att skapa blödning går under denna klassificering.

WHO beräknade år 2008 att det uppskattningsvis fanns mellan 100-140 miljoner kvinnor som var könsstympade i världen och att cirka två miljoner kvinnor utsattes för dessa ingrepp varje år (Talle, 2008). Unicef, United Nations Children's Fund, genomför kontinuerligt datainsamling gällande kvinnlig könsstympning i världen (<http://www.unicef.org>). År 2016 sågs en markant ökning av ingreppet sedan de tidigare presenterade siffrorna och har nu en ny uppskattning om att 200 miljoner kvinnor och flickor har genomgått könsstympning i världen. Unicef kan genom datainsamlingen förutspå en signifikant ökning de kommande åren då befolkningen världen över ökar, detta ses som ett växande globalt problem. I Sverige beräknas det finnas ungefär 28 000 kvinnor eller flickor som kommer från de länder som vanligen utför könsstympning (Leviner, 2008). Det är dock oklart hur många av dessa som riskerar att utsättas eller redan har utsatts för kvinnlig könsstympning .

Kvinnlig könsstympning är från början en afrikansk sed som har utförts i mer än 2000 år (Socialstyrelsen, 2002). Seden har sannolikt uppstått i Egypten och sedan spridit sig till cirka 30 andra Afrikanska länder söder om Sahara. Ingreppet är idag främst förekommande i Afrika och Mellanöstern, men sker även från Indonesien i öst till Peru i väst (<http://www.unicef.se>). Könsstympningen utförs oberoende av religiös tillhörighet och genomförs därför av både muslimer, kristna, etiopiska judar samt de som tillhör andra traditionella afrikanska religioner (Socialstyrelsen, 2002).

Könsstympning utförs av olika anledningar inom olika kulturer (Talle, 2008). Det kan handla om att flickan som könsstympas blir ”ren”, vacker och moralisk efter ingreppet och familjen kan därefter känna stolthet när flickan sedan gifter sig. I andra kulturer kan könsstympningen handla om att flickan kommer från en respektabel familj och visar på att flickan fått en god uppfostran. Genom denna sed så skapas, för många, en del av den kulturella identiteten och tillhörigheten.

Könsstympningens konsekvenser och komplikationer

Komplikationer uppstår många gånger omedelbart efter ingreppet, men kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning kan även drabbas av långsiktiga komplikationer, vilket leder till att vårdinsatser i andra länder kan komma att handskas med komplikationerna (Socialstyrelsen, 2002). Exempel på långsiktiga komplikationer är underlivssmärtor, infektioner, cystor, miktionsbesvär, smärta vid samlag samt komplikationer vid graviditet och förlossning. Det är viktigt att ha i åtanke att det inte enbart är infibulation (typ III) som kan ge fysiska konsekvenser för hälsan. De andra typerna kan även medföra ärrbildning som i sin tur kan utgöra komplikationer vid bland annat förlossning. Förekomsten av komplikationer är hög och i samband med ingreppet är dödligheten uppskattningsvis 15 %.

Kvinnlig könsstympning förorsakar inte bara fysiska komplikationer utan kan även ge psykiska men, vilket medför stora risker för individens hälsa (Almroth, 2008). Smärtan av detta ingrepp är stor och kan etsa sig fast i flickornas eller kvinnornas minnen. Även om det inte ger direkta psykiska komplikationer finns det risk för att det uppkommer psykiska komplikationer i andra faser i livet som kan kopplas till ingreppet. Almroth beskriver att tidigare studier har visat att många av dessa kvinnor eller flickor som genomgått kvinnlig könsstympning löper större risk att drabbas av post-traumatiskt stressyndrom. Det är dock inte alla flickor och kvinnor som får psykiska besvär efter utfört ingrepp.

Medicinsk etiska aspekter

Hälso- och sjukvårdspersonal uttryckte att de ofta stötte på frågor från kvinnor och flickor som har genomgått kvinnlig könsstympling (Leye, Powell, Nienhuis, Claeys & Temmerman, 2006). Frågorna kopplades ofta till problem och komplikationer relaterat till kvinnlig könsstympling. Det uppkom inte enbart frågor relaterat till den kliniska behandlingen utan även etiska frågor om könsstympling samt problem gällande kosmetiska operationer av könsorganet, som bland annat önskan om att åter bli sydd efter förlossning. Vårdpersonalen förklarade vidare att bristen på klara riktlinjer var en orsakande faktor för dessa medicinsk etiska problem. Leye et al. lyfte fram att det inte alltid fanns nationella riktlinjer att förhålla sig till. Istället fanns det protokoll från medicinska associationer att använda sig av och möjlighet till guidning från etiska kommittéer på arbetsplatsen. Dessa kunde hjälpa hälso- och sjukvårdspersonal med information och vägledning inom ämnet.

Det framkom att många internationella associationer ansåg att kvinnlig könsstympling lämnade negativa hälsoeffekter (Leye et al., 2006). Hälso- och sjukvårdspersonal och internationella organisationer uttryckte, att om kvinnlig könsstympling ska utföras bör det ske av medicinskt utbildad personal, under hygieniska omständigheter med bedövning, för att bevara den individuella kvinnans integritet. Medicinska och etiska motargumentet som presenterades i artikeln mot denna föreslagna medicinska procedur följer nedan;

- Ökade risker att skada klitoris under proceduren, speciellt när genitalierna inte är fullt utvecklade.
- Svårigheter med att undvika komplikationer så som infektioner, blödningar och sepsis.
- Etiska komplikationer att utföra ett ingrepp baserat på kultur eller religion och inte på grund av medicinska grunder.
- Kvinnlig könsstympling är ett ingrepp som kränker mänskliga rättigheter hos kvinnor och flickor samt deras rätt till kroppslig integritet.
- Genom att utföra ingreppet under ordnade förhållanden legaliseras detta och ses som någonting accepterat.

Leye et al. (2006) undersökte skillnaderna mellan kvinnlig könsstympling och andra icke-nödvändiga operationer hos vuxna. De ställde sig frågan ifall könsstympling kunde jämföras med önskningar om kvinnlig genital plastikkirurgi, som exempelvis lyftning av blygdläpparna eller mödomshinnerekonstruktion. I båda fallen finns det inga medicinska anledningar som legaliserar dessa operationer och det lämnar frågor och funderingar om varför det i vissa fall

är accepterat att kvinnor får designa deras vaginor efter hur de vill ha dem. När det handlade om de könsstämpande kvinnornas önskningar om att få genomgå könsstympning betraktas dessa som ett brutalt ingrepp, och förbjuds då det inte finns några medicinska anledningar för att rättfärdiga proceduren.

Lagar och regler relaterat till kvinnlig könsstympning

I Förenta nationens konvention (FN) om barns rättigheter bestäms det att alla konventionsstater skall vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder för att avskaffa denna typ av traditionella sedvana som är skadlig för barns hälsa (Socialstyrelsen, 2002). I dagsläget är det 196 länder som har anslutit sig till barnkonventionen (<https://www.unicef.se>). Förutom medlemskap i FN:s barnkonvention var Sverige det första västerländska landet att införa en specifik lagstiftning mot kvinnlig könsstympning, vilket upprättades redan 1982 (Essén, 2008). Sedan 1999 råder det i Sverige en hårdare lagstiftning gällande könsstympning med en allt hårdare straffskala. Det är även förbjudet att förbereda könsstympning och underlåtenhet att avslöja detta (<http://www.unicef.se>). I den svenska lagen fastställs det att alla former av kvinnlig könsstympning är förbjudet oavsett om samtycke har lämnats eller inte och bryter man denna lag ligger det grund för straff (Socialstyrelsen, 2002).

Hälso- och sjukvårdspersonalens möte med kvinnlig könsstympning

Trots att kvinnlig könsstympning är förbjudet i många länder visade resultatet från en studie som Tamaddon, Johnsdotter, Liljestrand och Essén (2006) genomförde i Sverige, att hälso- och sjukvårdspersonalen påträffat kvinnor eller flickor som nyligen genomgått könsstympning. Deltagare hade yttrat en önskan om att få kliniska riktlinjer gällande kvinnlig könsstympning i form av exempelvis seminarier eller möten i ledning av personer som hade professionella erfarenheter.

Mötet mellan hälso- och sjukvårdspersonal och kvinnor som blivit könsstämpade sker inom många olika verksamheter inom vården vilket kan leda till att hälso- och sjukvårdspersonalen ställs inför såväl etiska som praktiska dilemman (Socialstyrelsen, 2002). Det i sin tur leder till att det ställs större krav på hälso- och sjukvårdspersonalens kunskap om själva ingreppet, dess konsekvenser och eventuella komplikationer. Reig-Alcaraz, Siles-González och Solano-Ruiz (2016) genomförde en studie i Spanien, för att belysa hälso- och sjukvårdspersonalens kunskaper, erfarenheter och förhållningssätt till kvinnlig könsstympning. Resultatet visade att hälso- och sjukvårdspersonal ansåg sig veta vad kvinnlig

könsstympning innebar, men när de fick frågan att beskriva de olika typerna mer utförligt, visade det sig att ingen kunde ge en korrekt definition om de olika typerna. Majoriteten av alla deltagare visste vad typ I och typ II innebar men få kände till typ III och typ IV.

Otillräcklig kunskap leder till bristande professionalitet i frågan kring kvinnlig könsstympning (Wrangel, 2011). Det leder i sin tur till att det ofta begås misstag och beslut tas i all hast som beror på felaktiga grunder. Denna problematik finns i många delar av världen och söker nu en mer balanserad och berättigad syn hos professionell vårdpersonal som möter kvinnlig könsstympning i sin yrkesverksamhet.

Stor del av publicerad forskning är baserad på barnmorskors erfarenheter av att möta och vårda kvinnor som genomgått könsstympning. Då det inte enbart är barnmorskor som möter dessa kvinnor, utan all hälso- och sjukvårdspersonal har författarna valt att studera barnmorskors och andra professioners erfarenheter. Författarna ser att detta kan vara till stor nytta för sjuksköterskor och annan vårdpersonal som bland annat läkare och undersköterskor. Barnmorskornas erfarenheter kan ge kunskap till hälso- och sjukvårdspersonal om hur optimal smärtlindring bör ges, hur katetrisering går till, vad som är viktigt att tänka på kring nedre hygien och hur vårdpersonal skall tänka kring möten med andra kulturer.

Problemformulering

Kvinnor som genomgått könsstympning kommer någon gång att behöva vård och eventuell hjälp med till exempel nedre hygien då infektioner kan uppstå, kateterisering relaterat till exempelvis miktionsbesvär eller hjälp med smärtlindring. Dessa kvinnor kommer inte enbart söka vård inom specialiserad kvinnohälsovård utan kan även söka sig till sjukvård där inte specialiserad hälso- och sjukvårdspersonal finns. Därför är det av stor vikt att alla typer av hälso- och sjukvårdspersonal har de bästa förutsättningarna och kunskaperna för att hjälpa denna patientgrupp på bästa sätt och ge dem möjligheter till att känna sig trygga i mötet med vården.

Kvinnlig könsstympning är ett ingrepp som varje år ökar i världen, vilket leder till fler möten mellan hälso- och sjukvårdspersonal och denna patientgrupp, då allt fler söker vård på grund av efterkommande komplikationer. Då kunskapen visat sig vara bristande hos en stor del av den professionella hälso- och sjukvårdspersonalen är frågan viktig att lyfta så kunskapsbristen minskar och leder till att hälso- och sjukvårdspersonal kan känna sig säkrare i sin yrkesroll i relation till ämnet.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva hälso- och sjukvårdspersonalens erfarenheter av att vårda patienter som genomgått kvinnlig könsstympning.

Teoretiska utgångspunkter

Konsensusbegreppet *människan* ses som en enhet av kropp, själ och ande, trots att människan går att studera ur dessa olika perspektiv, skall människan alltid ses som en enhet som tillsammans formar den unika människan (Wiklund, 2003). Begreppet belyser även att individen skall förstås i relation till det sammanhang som denne befinner sig i. Centrala dimensioner som individens livsvärld bör beaktas för att förstå denne tillfullo där även förförståelse är ett viktigt begrepp. Då den valda teorin av Madeleine Leininger belyser vikten av kultur och människan som kulturvarelse beslöts det att dessa två begrepp utgjorde en bra kombination.

Leiningers teori inom *transkulturell omvårdnad* användes för att knyta an till det valda konsensusbegreppet. Wiklund Gustin och Lindwall (2012) belyser Leiningers beskrivning av hur kulturen bidrar till att människor upplever hur livet bör levas samt att det bildas normer i den levda kulturen. I beskrivningen om människan som kulturvarelse ses denne som ett sammanhang av ett större system, som exempelvis en familj, en grupp eller ett samhälle. I och med detta synsätt skall människan alltså ses utifrån sitt kulturella sammanhang.

Leininger (2002) beskrev att både idag och i framtiden så har människor rättigheter till att leva efter sina kulturella värderingar och tro. I och med detta måste det finnas respekt och förståelse hos hälso- och sjukvårdspersonal i alla vårdssammanhang, vilket innebär att de måste få mer utbildning om olika kulturer för att få bättre förutsättningar att kunna ge god vård. Leininger har en holistisk syn på vårdande och kultur som kan få hälso- och sjukvårdspersonal att få ökad förståelse och kunskap för att vårda människor på ett meningsfullt sätt anpassat för patienternas livsvärld. Inom transkulturell omvårdnad är det viktigt att jämföra skillnader och likheter i kulturer relaterat till mänsklig omvårdnad, sjukdom, hälsa, tro, behandling och värderingar. Den transkulturella omvårdnaden kräver ett fokus på att jämföra skillnader i mönster, uttryck, värderingar och livsstilar inom samma men även mellan olika kulturer. Dessa likheter eller skillnader i kulturer leder till nya insikter för att kunna avancera och förbättra sig som hälso- och sjukvårdspersonal inom transkulturell omvårdnad.

För att vården av en patient ska bli meningsfull och terapeutisk behöver den professionella kunskapen hos hälso- och sjukvårdspersonal passa ihop med patientens kulturella värderingar, tro och förväntningar (Leininger, 2002). Om hälso- och sjukvårdspersonalens kunskaper och förmågor inte passar ihop med patientens värderingar och livsstil kan patienten bli mindre samarbetsvillig, motsträvig och missnöjd med vården. Transkulturell omvårdnad är utmanande, komplex och kräver att hälso- och sjukvårdspersonal behöver beakta patientens kulturella värderingar, tro, och livsstil. Detta för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska kunna hjälpa patienten och anhöriga på bästa sätt.

Metod

Metoden som användes var en litteraturöversikt enligt Friberg (2012). Friberg beskriver litteraturöversikten som ett sätt att skapa en överblick av det rådande kunskapsläget inom ett specifikt omvårdnadsområde. Litteraturöversikten beskrivs vidare som ett strukturerat arbetssätt som grundar sig i att välja artiklar som är publicerade i vetenskapliga tidskrifter.

Datasökning och urval

Författarna har använt databaserna Cinahl Complete, PubMed och Academic Search Complete då dessa är avsedda för vårdvetenskaplig forskning och därmed lämpade för ämnet. Till en början användes helikopterperspektivet för att få en tydligare bild över hur många studier som fanns i valt område och för att få kunskap över vilket material som författarna kunde arbeta med.

Svenska Mesh användes för att få fram användbara sökord, vilket förväntas underlätta sökningen av lämpliga och relevanta artiklar. Följande sökord användes: *nursing, caring, knowledge, care, health care, midwife, female genital mutilation/cutting/circumcision, FGM, nurses, perceptions, experiences, communication and England* (se Bilaga 1). Sökandet av vårdvetenskapliga artiklar skedde med hjälp av Boolesk söklogik som går ut på att bestämma vilket samband de utvalda sökorden kommer att ha i relation till varandra (Östlundh, 2012). Sökningarna gjordes med sökordet ”AND” då önskemålet var att kombinera sökorden.

Artiklar som var skriva från år 2000 och framåt användes i litteraturöversikten med anledning av att göra begränsningar bakåt i tiden och för att inte använda alltför gamla artiklar. Med hjälp av detta minskade risken för att använda irrelevant information i arbetet. Författarna ansåg att det var av vikt att den information som användes var granskad sedan tidigare och använde därför bara artiklar som hade begräsningen *Peer reviewed*. Artiklarna

söktes med begränsningen *full text* för att få möjligheter att läsa och skriva ut dokumenten i sin helhet. Sökningarna som gjordes dokumenterades i sökmatriken, där ses sökningarnas begränsningar, kombinerade sökord, årtal, antal träffar och lästa artiklar (se Bilaga 1). Tillslut valdes elva stycken artiklar ut till resultatet. Sju artiklar som valdes hade kvalitativ metod, tre artiklar med kvantitativ metod samt en artikel med mixad metod valdes ut (se Bilaga 2).

Analys

Elva artiklar vars resultat beskrev hälso- och sjukvårdspersonalens erfarenheter av att möta eller vårda kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning valdes ut och analyserades i tre steg enligt Fribergs (2012) beskrivning.

Det första steget innebär att läsa igenom de valda artiklarna flertalet gånger för att skapa en förståelse för innehåll och sammanhang. Författarna skapade förståelsen av innehållet i resultatartiklarna genom att läsa dessa i sin helhet med ett kritiskt och öppet förhållningssätt. Som stöd i analysarbetet gjordes korta sammanfattningar av väsentlig information från varje artikel för att säkerställa att det viktiga lyftes fram.

Det andra steget innebär att söka skillnader och likheter i bland annat syften och resultat. Insamlat material lästes först igenom enskilt av författarna, för att sedan diskuteras och bearbetas gemensamt. Information som svarade på litteraturöversiktens syfte och som ansågs vara meningsbärande plockades ut ur artiklarna för att underlätta jämförelse av informationens likheter och skillnader. De meningsbärande delarna i varje artikel markerades med överstrykningspennor i olika färger för att kategorisera dessa utifrån deras samhörighet.

Det tredje och sista steget innebär att sortera material utifrån skillnader och likheter som uppkommit i det andra analyssteget. Delarna lästes igenom och bearbetades av författarna avskilt från sina ursprungliga sammanhang för att skapa subkategorier. Analyserat material studerades utifrån det valda problemområdet och syftet vilka presenteras under två kategorier. Framställandet av kategorierna gick till på samma sätt som framtagandet av subkategorierna.

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetiska överväganden handlar att värna om människors integritet, lika värde och autonomi hos alla de individer som berörs (Wallengren & Henricson, 2012). Forskningsetiska överväganden har funnits med genom hela processen, från val av ämne och frågeställning till genomförande och rapportering. Detta har även legat till grund för val av artiklar då det var av

stor vikt att dessa artiklar var etiskt granskade och godkända av en kommitté alternativt etiskt övervägda.

Artiklarna lästes med ett öppet förhållningssätt och det uteslöts så mycket förförståelse som möjligt genom att studera olika synvinklar i artiklarna och som inte validerade författarnas förförståelse. Genom ständig reflektion av förförståelsen minskade risken för att detta skulle komma att påverka val av artiklar. Avsikten med litteraturöversikten var att enbart välja ut artiklar som svarade på syftet och inte på författarnas förutfattade meningar.

Resultat

Resultatet presenterades under två kategorier; *Bristande kunskap* samt *Det komplexa vårdandet*. Kategorin "Bristande kunskap" delades in i två subkategorier; *Önskan om mer kunskap* samt *Kunskaper om komplikationer*. Den andra kategorin "Det komplexa vårdandet" delades in i tre subkategorier; *Att vårda vid bristande kommunikation*, *Ömsesidig respekt för kultur och religion* samt *Omtumlande känslor hos vårdpersonal*.

De inkluderade deltagarna som benämns "hälso- och sjukvårdspersonal" i resultatet avser barnmorskor, sjuksköterskor, barnläkare samt gynekologi/obstetrik läkare.

Bristande kunskap

Under denna kategori presenteras hur kunskapsnivån såg ut i vården relaterat till kvinnlig könsstympning och dess olika typer. Det presenteras även vad för kunskaper och erfarenheter som finns om komplikationer relaterat till kvinnlig könsstympning.

Önskan om mer kunskap

Resultat från flera studier visar att hälso- och sjukvårdspersonal visste vad könsstympning innebar i allmänhet, men när det kom till att identifiera och förklara de olika typerna av kvinnlig könsstympning så var det endast ett litet antal deltagare som kunde förklara innebörderna av den kvinnliga könsstympningens olika typer (Ashimi, Aliyu, Shittu & Amole, 2014; Kaplan-Marcusan, Torán-Monserrat, Moreno-Navarro, Castany Fábregas & Muñoz-Oritz, 2009; Zaidi, Khalil, Roberts & Browne, 2007).

Kaplan-Marcusan et al. (2009) visar att sjuksköterskor överlag var bättre på att identifiera de olika typerna av könsstympning än de andra professionerna som inkluderade läkare, barnläkare, barnmorskor och gynekologer. I tvärsnittsstudien framkom det även att hälso- och sjukvårdspersonal som tidigare genomfört någon form av utbildning i ämnet kvinnlig

könsstympling var mer bekanta med de protokoll och riktlinjer som fanns rådande hur man bör vårda denna patientgrupp. Dessa deltagare hade även lättare att korrekt identifiera de olika typerna av kvinnlig könsstympling.

Majoriteten av hälso- och sjukvårdspersonalen från två studier uppgav att de inte hade fått någon utbildning alls inom området kvinnlig könsstympling (Cappon, L'Ecluse, Clays, Tency & Leye, 2014; Widmark, Tishelman & Ahlberg, 2002). De hade inte heller fått information om hur de på bästa sätt kunde ge vård till denna patientgrupp. Det visade sig dock att många av de yngre deltagarna någon gång hade fått information och utbildning angående kvinnlig könsstympling under sin utbildning (Cappon et al., 2014). Hälso- och sjukvårdspersonalen (96.5%) beskrev att det inte fanns några protokoll eller riktlinjer angående kvinnlig könsstympling på sjukhusen som de arbetade på, och fler än hälften av deltagarna var inte medvetna om att det överhuvud taget fanns några generella eller nationella riktlinjer kring kvinnlig könsstympling. Majoriteten (92.5%) av deltagarna i studien gav uttryck åt att de ville få mer kunskap relaterat till ingreppet, då de själva förklarade att de hade brist på erfarenheter och kunskaper om vård av denna patientgrupp. Många ville framförallt få kunskap om hur man arbetar med de praktiska momenten, då de kände en viss osäkerhet. Vissa deltagare ville även få mer kunskap om vilka lagar och regler som fanns angående kvinnlig könsstympling och om hur man som hälso- och sjukvårdspersonal löser etiska frågor. Nästan alla deltagare tyckte att ett det vore bra om det fanns ett specialistteam som dessa kvinnor kunde hänvisas till vid behov. Hälso- och sjukvårdspersonal förklarade att de många gånger ville hänvisa till generella riktlinjer eller lagar för de könsstympade kvinnorna och deras familjemedlemmar (Widmark et al., 2002). Anledningen till detta var att de inte hade några riktlinjer att följa för hur de *bör* agera utan att de endast kunde referera till lagarna som gällde vad de *inte* fick göra.

I en studie baserad på intervjuer med somalisk hälso- och sjukvårdspersonal framkom det att alla hade fått träning i att vårda och konsultera könsstympade kvinnor (Isman, Mahmoud Warsame, Johansson, Fried & Berggren, 2013). Alla deltagare uttryckte att de kände sig säkra i att vårda könsstympade kvinnor, men att de samtidigt ville ha mer träning för att utveckla sina kunskaper och för att utvecklas inom sin yrkesroll.

Kunskaper om komplikationer

Ett återkommande tema i studiernas resultat beskriver erfarenheter och kunskaper om komplikationer som var vanliga i samband med kvinnlig könsstympling (Ashimi et al., 2014; Cappon et al., 2014). De vanligaste komplikationerna som hälso- och sjukvårdspersonal stötte

på var psykiska problem, smärta, smärta i samband med sex, sexuell dysfunktion, infektioner och inkontinens (Ashimi et al., 2014; Cappon et al., 2014).

Deltagarna hade många erfarenheter av komplikationer hos kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympling (Isman et al., 2013). Det visade sig vara vanligt att kvinnorna förnekade eller undanhöll könsstymplingens komplikationer en längre tid. Orsakerna som låg bakom att patienterna dolde komplikationerna kunde handla om fattigdom, brist på kunskap eller att vissa kvinnor var för blyga för att prata om sina problem och komplikationer. Det uttrycktes också att det inte var ovanligt att vissa könsstympade kvinnor var rädda för att prata öppet om ingreppet och komplikationerna som uppkom efter att ingreppet utförts. Hälso- och sjukvårdspersonalen i studien beskrev att det ofta behövdes långa förklaringar om kvinnlig könsstympling och fenomenets hälsokomplikationer för att kvinnorna skulle våga berätta sanningen om sina problem. Vissa av deltagarna hade träffat kvinnor som haft problem mellan 10 till 30 år utan att någon gång ha uppsökt vård.

Det komplexa vårdandet

Under denna kategori presenteras hälso- och sjukvårdspersonalens upplevda erfarenheter av att vårda personer i situationer där de inte har förmåga att kommunicera på ett gemensamt språk samt hur detta kan komma att påverka vårdandet i stort. Det presenteras även hur respekten för kultur och religion kan inverka på den vårdande relationen parterna emellan. Övervägande antalet av hälso- och sjukvårdspersonal upplevde att kvinnlig könsstympling var ett främmande fenomen och kände därför omtumlande känslor i vårdmöten med denna patientgrupp.

Att vårda vid bristande kommunikation

I flertalet genomförda studier visar resultat att majoriteten av deltagarna inom hälso- och sjukvård inte såg den kvinnliga könsstymplingen som den primära barriären i kommunikationen med denna patientgrupp (Degni, Suominen, Essén, El Ansari & Vehviläinen-Julkunen, 2012; Lazar, Johnson-Agbakwu, Davis & Shipp, 2013; Moxey & Jones, 2016; Cappon et al., 2014; Widmark et al., 2002). Den främsta uttalade orsaken till bristande kommunikation berodde på att vårdpersonalen och patienterna inte hade förmågan att kommunicera på ett gemensamt språk och att detta kom att påverka vårdandet negativt. Genom fokusgruppsdiskussioner framkom det att trots bristande språkkunskaper försökte hälso- och sjukvårdspersonalen att kommunicera med dessa kvinnor genom icke-verbal kommunikation, i hopp om att etablera goda relationer (Widmark et al., 2002). Denna

etablering grundade sig i personalens vilja att förstå de kvinnor som skulle vårdas men att samtidigt finnas där för stöttning och uppmuntran. De förklarade att de inte tvivlade på sina förmågor att vårda trots hinder som exempelvis dessa kommunikationssvårigheter.

Relationerna kunde komma att påverkas negativt vid brist på öppenhet och god kommunikation (Degni et al., 2012; Moxey & Jones, 2016). För att förhindra att dessa kvinnor inte öppet ville prata om ingreppet, ansåg majoriteten av hälso- och sjukvårdspersonalen att kärnan låg i tillit och förtroende från de kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympling till vårdpersonalen.

På grund av dessa språkbarriärer var det många gånger nödvändigt att använda tolk i vårdmötena, vilket för hälso- och sjukvårdspersonalen många gånger kunde upplevas som frustrerande (Degni et al., 2012). De menade på att tolkarna inte var tillräckligt utbildade för att tolka i vårdsammanhang då de saknade kunskap om svåra och viktiga medicinska termer. Hälso- och sjukvårdspersonalen uttryckte oro för att många ord blev felaktigt översatta från dem till patienterna men även vice versa då all information inte kom fram korrekt. Många i personalen hade erfarenheter av att kvinnor som var könsstympade önskade att ha med en nära anhörig som kunde tolka under dessa vårdmöten, för att bevara sin integritet och att slippa dela med sig av privata problem och funderingar som var kopplade till könsstymplingen. Hälso- och sjukvårdspersonalen förklarade att de förstod dessa kvinnors önskan att ha med sig en nära anhörig som tolk istället för en, för kvinnorna, helt okänd person.

Ömsesidig respekt för kultur och religion

Hälso- och sjukvårdspersonal hade erfarenheter av att kvinnorna blev alltmer öppna och trygga i mötet genom ömsesidig respekt gällande de bådas olika kulturer och religioner och de olikheter som de innebar (Dawson et al., 2015; Degni et al., 2012; Moxey & Jones, 2016). Genom förståelse för dessa kvinnors historia, kulturella bakgrund och anpassning till den nya kulturen skapades det förutsättningar för goda professionella vårdrelationer, vilket var positivt för det framtida vårdandet. Denna positivitet för vården var fundamental för att dessa kvinnor skulle känna en trygghet att öppensinnat prata om de eventuella komplikationer som uppstått på grund av den kvinnliga könsstymplingen och de tillhörande funderingarna.

Många gånger var det kvinnorna själva som tog upp samtalsämnet könsstympling, vilket medförde att hälso- och sjukvårdspersonalen kände lättnad i och med att detta öppnade dörrar för att samtala kring ämnet (Lazar et al., 2013). Trots detta kunde inte hälso- och sjukvårdspersonalen undkomma rädslor att upplevas som dömande av kvinnorna som

genomgått kvinnlig könsstympling vid vidare samtal och de kände att det fanns risker att såra kvinnorna under samtalets gång på grund av vårdpersonalens förutfattade meningar. Hälso- och sjukvårdspersonal uttryckte att de haft patienter som valt att öppet prata om ingreppet och påvisade kunskaper som senare kunde komma att användas vid möten med andra kvinnor i liknande situationer. Vikten av förtroende och tillit i mötet med andra människor var grundläggande för att på djupet förstå dessa kvinnors erfarenheter och kunskaper (Isman et al., 2013).

Omtumlande känslor hos hälso- och sjukvårdspersonal

Att försöka vara professionell i vårdandet med könsstympade kvinnor har visat sig upplevas som stressigt för hälso- och sjukvårdspersonal (Muniz da Costa Vargens & Berterö, 2010; Widmark et al., 2002). De uttryckte att de hade starka och omtumlande känslor relaterat till kvinnlig könsstympling som många gånger kunde pendla upp och ner under ett och samma vårdtillfälle. Den största anledningen till att de upplevde dessa känslor berodde på att personalen identifierade sig själva med den könsstympade kvinnan, hennes kropp, integritet och sexualitet.

Hälso- och sjukvårdspersonalen uttryckte att de kände stor empati för kvinnor som blivit könsstympade och att de ville vårda dessa kvinnor mer ödmjukt än andra kvinnor på grund av ingreppet (Muniz da Costa Vargens & Berterö, 2010; Widmark et al., 2002). Samtidigt förklarade personalen att de självklart hade ambitioner att vårda alla kvinnor på lika villkor. Trots att majoriteten av hälso- och sjukvårdspersonalen kände att de ville skydda dessa kvinnor kunde de inte undgå känslor av aggressivitet och hat till den kvinnliga könsstymplingen. Deltagarna var däremot noga med att förklara att hatet och aggressionerna inte var riktade mot kvinnan själv, utan mot traditionen och religionen. De förklarade vidare att de gjorde allt för att undanhålla känslorna, där vissa upplevde att de hade möjlighet till detta medan andra förklarade att känslorna tydligt uttrycktes via kroppsspråket, trots att de inte ville uppvisa negativa känslor. Hälso- och sjukvårdspersonalen uttryckte att det var de bristande erfarenheterna som hade störst negativ inverkan på vårdandet (Dawson et al., 2015). De bristande erfarenheterna fick vårdpersonalen att känna rädsla för att såra eller skada kvinnorna men även för att utföra kliniska undersökningar som de inte kände sig säkra med.

Det var inte enbart identifikationen med dessa kvinnor och aggressiviteten som påverkade hälso- och sjukvårdspersonalens känslor negativt (Widmark et al., 2002). De kände även att de hade svårigheter med att hantera upplevelsen av att se könsorganet på grund av den ändrade anatomin, speciellt vid de tillfällen då de tydligt såg mycket ärrvävnad. Det uppkom

även starka emotioner hos personalen under undersökningar då kvinnorna som genomgått könsstympling ibland reagerade väldigt starkt och uppvisade besvärande- och skamkänslor genom kroppsspråket. Det uttrycktes även att de reagerade starkt när det försökte föreställa sig hur ont kvinnlig könsstympling gjorde och smärtan kvinnorna kunde ha efter utfört ingrepp. De menade på att de behövde mer kunskaper inom detta område och att kunskaperna som hälso- och sjukvårdspersonalen besatt var inadekvata i relation till dessa kvinnor och könsstympling.

Muniz da Costa Vargens och Berterö (2010) studerade hälso- och sjukvårdspersonalens erfarenheter av att sätta sig själva relation till de kvinnor de mött som genomgått kvinnlig könsstympling. De förklarade att deras egna känslor kom att påverka vårdandet av kvinnorna och att det skapade svårigheter i mötet. När personalen talade till patienterna utifrån den professionella yrkesrollen såg de inte till kvinnornas känslor utan talade mer i tekniska och medicinska termer. När hälso- och sjukvårdspersonalen istället talade utifrån rollen som kvinna eller medmänniska och försökte sätta sin in i de könsstymplade kvinnornas situation kunde hälso- och sjukvårdspersonalen verbalisera sina känslor. Vårdpersonalen såg alltså fenomenet kvinnlig könsstympling från en annorlunda synvinkel när de lämnade det professionella tankesättet bakom sig och endast studerade detta utifrån synen som medmänniskor.

Diskussion

I detta avsnitt presenteras diskussionen i två separata delar, metoddiskussion samt resultatdiskussion. I den första delen, metoddiskussionen, diskuteras författarnas tillvägagångssätt med tillhörande reflektioner kring uppsatsens styrkor och svagheter. I diskussionens andra del presenteras resultatdiskussion där resultatet diskuteras i relation till vald teoretisk utgångspunkt som baseras på konsensusbegreppet människan och Leiningers teori inom transkulturell omvårdnad. Vidare presenteras eventuella kliniska implikationer och förslag till fortsatt forskning.

Metoddiskussion

För att få en bra och tydlig bild av aktuellt kunskapsläge inom det valda uppsatsämnet, valde författarna att använda sig av Fribergs (2012) beskrivning av en litteraturöversikt. Litteraturöversikten gav en tydlig bild av tillgänglig kunskap och var en bra metod att använda till valt ämne.

Vid uppsatsskrivandets början var syftet att enbart studera sjuksköterskors erfarenheter av att vårda kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning. Anledningen till att endast vilja fokusera på sjuksköterskors erfarenheter var att författarna ansåg att det var mest relevant för det kommande yrket. Det visade sig dock att denna begränsning inte var möjlig, då det inte fanns tillräckligt med publicerade artiklar inom området. Detta bekräftas även av en studie med huvudtemat "nursing care" (Terry & Harris, 2013). I många av de resultatartiklar vi granskat deltog fler professioner än sjuksköterskor. Detta låg till grund för att inkluderingen kom att vidgas till att omfatta all hälso- och sjukvårdspersonal. Ett annat skäl var att all hälso- och sjukvårdspersonal då skulle kunna få nytta av den aktuella kunskap som redovisas i denna uppsats. Därav valet att studera problemområdet också från andra professioners perspektiv.

Uppsatsens resultat baserades på sju kvalitativa artiklar, tre kvantitativa artiklar samt en artikel med mixad metod. Författarna hade som ambition att endast ha kvalitativa artiklar till resultatet, då syftet var att beskriva erfarenheter. I efterhand ser författarna det som en styrka att artiklar med olika metoder användes då inkluderingen av kvalitativa och kvantitativa artiklar presenterar såväl subjektiv som objektiv data. De kvantitativa artiklarna ger styrka åt resultatet då de har studerat ett större antal deltagare. Databassökningarna gjordes i tre olika databaser, Cinahl Complete, PubMed och Academic Search Complete där urvalet av artiklar sågs som relevanta till vårdvetenskapen. Författarna hade svårigheter att kombinera relevanta sökord för att hitta användbara artiklar till resultatet. I två av sökningarna användes för ospecifika ord vilket resulterade i ett högt antal träffar på artiklar. Författarna gick ändå igenom titlarna på träffarna. Det visade sig då att många titlar redan granskats eller valts ut till resultatet. Det framkom också att artiklarna hade stort fokus på riktlinjer, management och systematiska litteraturöversikter och inte på erfarenheter. De var därför inte relevanta i förhållande till uppsatsens syfte. Författarna funderade också på om sökningarna kunde ha gjorts med andra sökord eller i andra databaser för att få tillgång till ytterligare forskning som svarade på syftet. Författarna ställde sig också frågan om valet att inte begränsa urvalet till specifika länder skulle påverka resultatet då erfarenheterna, kunskaperna och vårdmötena med kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning varierar i olika länder. I resultatet framkom det att hälso- och sjukvårdspersonal hade liknande erfarenheter i ämnet vilket stärkte uppsatsens resultat då artiklar från hela världen är inkluderade i uppsatsen.

Författarna anser att analysen kunde ha genomarbetas på ett annat sätt för att få mer tydlighet och struktur när det gäller kategorierna och vilket material som tillhörde vilken kategori.

Under uppsatsens gång diskuterades det om det skulle varit mer intressant om fokuseringen skett utifrån kvinnornas perspektiv. Detta hade varit spännande då kvinnornas erfarenheter av vård hade gjorts synlig och härigenom få en bild av hur vården skulle kunna utformas utifrån deras önskemål, behov och erfarenheter. Det hade blivit en annan uppsats. Det resultat som framkommit i föreliggande uppsats ses dock som värdefullt, då det finns begränsad kunskap och undervisning i ämnet vilket är viktigt att belysa. Resultatet uppmärksammar viktig kunskap genom att det synliggör olika professioners erfarenheter. Härigenom ges en bredare kunskap om vården av kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning, då olika perspektiv och erfarenheter lyfts. Dessa erfarenheter hade sannolikt inte framkommit om endast sjuksköterskor varit inkluderade.

Författarna har arbetat tillsammans och delat upp arbetet jämlikt under uppsatstiden. Vissa delar har delats upp mellan författarna för att utnyttja tiden på bästa sätt och för att arbeta produktivt. Beslut och idéer har diskuterats mellan parterna för att tydliggöra olika perspektiv och tankar. Att arbeta tillsammans har varit positivt på många sätt då författarnas olika erfarenheter och resurser kompletterade varandra. Vid de tillfällen författarna varit oense löstes detta med diskussion där båda författarnas åsikt respekterats.

Resultatdiskussion

Denna litteraturöversikt hade som syfte att beskriva hälso- och sjukvårdspersonalens erfarenheter av att vårda kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning. Det framkom tydligt att det fanns bristande kunskaper och erfarenheter inom ämnet och att behovet av mer utbildning och tydliga riktlinjer är stort. Trots att det finns generella riktlinjer och lagar som hälso- och sjukvårdspersonal kan använda sig av, har resultat visat att många är ovetandes om dessa. Bristen på erfarenheter och anvisningar påverkar vårdandet negativt då hälso- och sjukvårdspersonalens osäkerhet påverkar attityderna gentemot kvinnorna.

Kulturell kompetens

I litteraturöversiktens resultat framkommer det att en viktig kärna i vårdrelationerna handlade om ömsesidig respekt för kultur och religion. Denna ömsesidiga respekt gav tillit, trygghet och öppenhet i relationerna mellan hälso- och sjukvårdspersonal och för kvinnorna som genomgått kvinnlig könsstympning. Detta ansågs som positivt för att det gav goda förutsättningar för professionella vårdrelationer.

Den kulturella kompetensen hos hälso- och sjukvårdspersonal ligger till grund för att vårda kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning (Ogunsiji, Wilkes & Jackson, 2007). Många

av världens länder blir allt mer mångkulturella vilket gör att den kulturella kompetensen hos hälso- och sjukvårdspersonal blir allt mer viktig för att effektivt kunna arbeta utifrån ett mångkulturellt perspektiv. Att bli kompetent inom kulturell vård ses som väldigt betydelsefullt för att kunna ta tillvara hälsoresurser och för att på bästa sätt möta olika typer av kulturella behov hos individen. Ogunsiji, Wilkes och Jackson beskriver även vikten av att även vara medveten om kulturella detaljer, specifika kunskaper och ha personlig och professionell respekt för kulturella egenskaper. Att också kunna se både likheter och skillnader, ses även som väldigt viktigt för att möta kvinnorna som genomgått kvinnlig könsstympning med ett gott vårdande. Utbildning inom kulturell omvårdnad för dessa kvinnor kan inte bli överbetonad. Vikten av kulturell kompetens presenteras även vald teoretisk utgångspunkt som var relevant till resultatet. Leininger (2002) beskriver i teorin inom transkulturell vård att det är viktigt att se till människan som någon som blivit född, har levt, ingått äktenskap, levt ensam, haft hälsa, blivit sjuk och som sedan dör i någon form av kultur. Enligt Leininger kan en transkulturellt kompetent hälso- och sjukvårdspersonal identifiera olika kulturella mönster, likheter och skillnader i kommunikation och olika mönster för vården genom olika kommunikationssätt.

I resultatet framkommer det att hälso- och sjukvårdspersonal hade en medvetenhet om vikten av respekt för olika kulturer och religioner. Att försöka förstå dessa kvinnors historia, kulturella bakgrund och erfarenheter kring den kvinnliga könsstympningen ökar medvetenheten om att det är till stor vikt att hela tiden beakta dessa. Resultatet indikerar att denna medvetenhet gjorde mötet positivt och bidrog till professionella vårdrelationer. Att ha en medvetenhet om olika kulturer, livsåskådningar, livsvärldar och värderingar är en bra grund att stå på även om utbildning inom kulturell kompetens finns eller inte finns tillgänglig. Detta bekräftar även Jirwe, Momeni och Emami (2013) genom att beskriva den kulturella kompetensens tre viktigaste delar som består av hälso- och sjukvårdspersonalens kulturella medvetenhet, personliga övertygelser och värderingar, kulturell bedömning samt tvärkulturell kommunikation. Dessa tre ligger till grund för att kunna skapa kulturell kompetens.

I resultatet framkommer det att vissa kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning var blyga och tyckte det var svårt att tala öppet om ingreppet och eventuella komplikationer. Leininger (2002) beskriver att inom transkulturell vård det är viktigt att ha kännedom och förståelse för verbal och icke verbal kommunikation inom olika kulturer. Oförståelse och okunskap av verbal och icke verbal kommunikation kan leda till problem i vårdrelationen mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och kvinnan eller hennes anhöriga. Det blir därför viktigt att ha kunskap om den transkulturella kommunikationen för att en individ lättare ska

känna sig förstådd och öppet kunna tala om sina problem utan att vidare problem uppstår eller att individen känner sig oförstådd.

Etnocentrismens inverkan på vårdandet

Den kulturella medvetenheten hos hälso- och sjukvårdspersonal är viktig för att minska risken för ett arrogant eller etnocentriskt uppträdande i vårdmötet. Detta kan leda till att kvinnorna som genomgått kvinnlig könsstympning känner sig förolämpade och kan bli defensiva (Goldenstein, 2013). Leininger (2002) menar att etnocentrismen har stark inverkan på en persons tankar och handlingar. Etnocentrismen grundar sig i att personen i fråga anser att det egna sättet att leva är det bästa och rätta sättet att agera, tro och uppträda och att bedöma den främmande kulturen med sin egen kultur som måttstock. Etnocentrismen är ett universellt fenomen då majoriteten av världens befolkning tror att deras sätt att leva är det korrekta. Därför är det av stor vikt att kunna lägga de etnocentriska tankarna åt sidan i vårdmötena då attityder kan komma att bli problematiska i mötet med andra. Problem uppstår då någon håller hårt i sin egen tro, egna värderingar och normer. Att lära sig värdera, uppskatta och förstå andra kulturer är essentiellt för det transkulturella vårdandet. Goldenstein (2013) belyser vikten av att se den kvinnliga könsstympningen med öppenhet som ett kulturellt ingrepp och sätta det i relation till andra kroppsmodifikationer som tatueringar och piercingar, som är socialt accepterat i många andra länder och kulturer. Goldenstein menar att det på så sätt kan hjälpa hälso- och sjukvårdspersonal att avdramatisera och förstå att ingreppet fortfarande utförs inom många kulturer och att det är ett socialt accepterat och önskvärt ingrepp i dessa länder där detta praktiseras. Det handlar inte om att hälso- och sjukvårdspersonal ska acceptera att detta ingrepp utförs, utan för att möta dessa kvinnor med öppenhet och respekt. Utöver att studera och förstå denna kulturella sedvänja är det även av stor vikt att sätta ingreppet i relation till den kvinna som vårdas och hennes uppfattningar om det. Chalmers och Omer Hashi (2000) intervjuade 432 somaliska kvinnor för att studera deras erfarenheter av att ha blivit könsstympade. Inför ingreppet var många kvinnor exalterade (66,2 %) och glada (44 %) över att ingreppet planerades. Vid intervjutillfället framkom det att könsstympningen fått dessa kvinnor att känna sig "rena" (52,6 %) och vackrare (30,1 %). Endast ett fåtal medverkande kvinnor uppgav att de kände ånger över ingreppet (16,4 %), var arga (5,3 %) eller kände sig svikna (3,0 %).

Utbildning främjar kompetens

Utbildning inom ämnet hos hälso- och sjukvårdspersonal bör inkludera såväl kulturella, sexuella, juridiska och medicinska handlingssätt (Abdulcadir et al., 2015). I studien menade författarna att utbildning blir bäst genom utbildningsfilmer, bilder och diskussioner kring ämnet. Att använda sig av rollspel och simulationsövningar så finns det goda chanser att utveckla hälso- och sjukvårdarnas bekvämlighet och förmågor att samtala om såväl fysiska, psykiska och kulturella problem som är kopplade till kvinnlig könsstympning.

Komplikationer uppstår inte alltid i direkt anslutning till ingreppet, utan kan uppkomma i andra stadier i livet hos dessa kvinnor och flickor (Almroth, 2008). Dessa komplikationer leder till att hälso- och sjukvårdspersonal kan komma att stöta på dessa problem. På grund av detta ställs det allt högre krav på hälso- och sjukvårdspersonal och att de besitter kunskap om komplikationer som kan uppstå. I resultatet framkom det att många saknade utbildning om kvinnlig könsstympning och att de önskade att få mer utbildning i ämnet redan under yrkesutbildningens gång. Abdulcadir, Rodriguez och Say (2015) förklarar att bristen på kunskap, erfarenheter, igenkännande och felklassificering av kvinnlig könsstympning äventyrar hälso- och sjukvården för kvinnorna. Att kunna klassificera grad av könsstympning och tillhörande problem korrekt, ger förutsättningar för individanpassad vård, rådgivning och behandling. Genom utbildad personal skulle detta kunna leda till förbättrad kommunikation, diagnostisering och dokumentation som i sin tur skulle kunna leda till bättre vårdande.

Socialstyrelsen (<http://www.socialstyrelsen.se>) anser att det är viktigt att, på samhällsnivå, arbeta med gemensamma mål för att flickor och kvinnor ska få god vård och gott bemötande. Socialstyrelsen förklarar att kunskap och kompetens är avgörande för att vården ska bli så god som möjligt. Trots att hälso- och sjukvårdspersonal inte har fått information om ämnet under sin utbildning, belyser Socialstyrelsen ändå vikten av kunskap och kompetens. Socialstyrelsen har därför, år 2015, tagit fram utbildningsmaterial i form av webbutbildningar och kompetenshöjande material anpassat för hälso- och sjukvårdspersonal. Materialet innehåller information om vård, behandling och förebyggande arbete. Då det framkommit att bristen på protokoll, riktlinjer och kunskap är stor hos hälso- och sjukvårdspersonal blir det angeläget att det utbildningsmaterial som finns blir lättillgängligt. Även ett stort antal riktlinjer finns inom ämnet där osäkerheten om vilken som är vetenskapligt bevisad är otydlig och det kan därför bli svårt att veta vilken som skall tillämpas.

Professionellt engagemang

En viktig del som framkommer i litteraturöversiktens resultat var krocken mellan att vårda och att möta de kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning. Många inom hälso- och sjukvårdspersonalen hade svårt att hantera situationen då de identifierade sig med kvinnan men samtidigt försökte anstränga sig för att vara professionella i vårdrelationerna. Trots att deltagarna försökte förstå sig på kvinnorna genom identifikationer så menar Nyström (2009) att det praktiskt taget är omöjligt att förstå en företeelse utan någon som helst erfarenhet inom området. Nyström menar att det är omöjligt att veta vad det innebär att vara mäkt utan några erfarenheter av att vara hungrig. Detta sätts i relation till den identifiering mellan hälso- och sjukvårdspersonal och kvinnorna i resultatet. De hade en önskan om att förstå kvinnorna och sätta sig in i deras roll, men att detta blir omöjligt vid bristande erfarenheter. Nyström poängterar även att det är svårt att veta vad okunskap inom ett område innebär utan att besitta några former av kunskaper. Vårdrelationen karakteriseras av såväl långvariga som kortvariga kontakter mellan patient och professionell hälso- och sjukvårdare. Denna vårdrelation präglas av det professionella engagemanget vilket innebär att vårdaren använder sin kunskap och erfarenhet på ett sätt som är meningsfullt för patienten. Leininger (2002) belyser att hälso- och sjukvårdspersonal ständigt bör ha ett öppet sinne i alla vårdssituationer och att genom aktivt lyssnande och dokumentering av vad som ses, hörs och utförs hjälper det personalen att erhålla så exakt data som möjligt om patienten som i sin tur är positivt för vårdrelationen. Wiechula et al. (2016) belyser att det är dessa intima och djupa kunskaper om patienten som ligger till grund för den goda vårdrelationen.

Kliniska implikationer

Resultatet av denna litteraturöversikt visar att det råder bristande kunskaper och erfarenheter av fenomenet kvinnlig könsstympning, vilket kan ha en negativ inverkan på vårdens kvalitet för dessa patienter. Författarna anser att det är av vikt att skapa medvetenhet om ingreppets grundläggande delar, problem och komplikationer som kan uppstå efter kvinnlig könsstympning.

Författarna reflekterar över att ämnet bör beröras under yrkesutbildningen i hopp om att öka förståelsen och kunskapen kring detta fenomen i ett tidigt skede. Resultatet i denna uppsats visar att hälso- och sjukvårdspersonal upplever att det saknas generella riktlinjer för hur de bör agera i möten med kvinnorna och familjerna, trots att det finns framarbetade riktlinjer att få tag på. Därför anser författarna att arbetsplatser som kan komma att möta patientgruppen bör ha dessa riktlinjer lättillgängliga, vilket kan ge bättre förutsättningar för att

bemöta kvinnorna med större kunskap, säkerhet och trygghet. Är kunskapen högre kan det förbättra förutsättningarna för kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning att de får en bra och så långt som möjligt, korrekt vård. För att minska komplexiteten kring detta ämne bör varje arbetsplats aktivt arbeta med att göra personalen medvetna om hur etnocentriskt synsätt påverkar vården i mötet med kvinnorna. Genom ständiga reflektioner och riktlinjer, lämnar det förutsättningar för att minska såväl transkulturella som andra vardagliga krockar i vårdrelationerna.

Förslag till fortsatt forskning

Genom denna litteraturöversikt framkommer det att det finns bristande forskning angående erfarenheter av kvinnlig könsstympning hos hälso- och sjukvårdspersonal. Den största delen av forskningen som publicerats är baserade på främst barnmorskors erfarenheter av att möta och vårda denna patientgrupp. Även en stor andel av publicerad forskning är baserad på kvantitativ design vilket gör det svårt att granska erfarenheter, därför anser författarna att fler artiklar av kvalitativ design bör publiceras för att få en större förståelse av erfarenheter av kvinnlig könsstympning. Författarna anser att det är viktigt att även studera sjuksköterskors och andra yrkesgruppers erfarenheter av att vårda kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning, då kvinnor som genomgått ingreppet inte enbart söker sig till specificerade kvinnovårdskliniker. För att utforma vården anpassat till denna patientgrupp är det även viktigt att genomföra fler studier som granskar kvinnornas möte med vården, då detta kan implementeras i den framtida vården. Genom att synliggöra ämnet mer kan det bidra till att kunskaperna hos hälso- och sjukvårdspersonal ökar.

Slutsats

Syftet med litteraturöversikten var att beskriva hälso- och sjukvårdspersonals erfarenheter av mötet med kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning.

I resultatet framkom det att de var många av hälso- och sjukvårdspersonalen som kände stress och omtumlande känslor när de vårdade kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning. Detta kunde försvåra vårdmötet då känslorna ibland kunde påverka den professionella vårdrelationen negativt. Det visade sig att de flesta saknade utbildning inom ämnet och kunskapen var därför otillräcklig för att vården skulle kunna utföras professionellt. Hälso- och sjukvårdspersonal som fått utbildning och träning inom ämnet kände sig dock mer säkra och trygga med att vårda kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning. Många av

vårderfarenheterna av patientgruppen präglades av brister i kommunikationen och svårigheter med att öppet tala om ingreppet och eventuella komplikationer. Trots detta så försökte hälso- och sjukvårdspersonal att skapa goda vårdrelationer genom att försöka skapa tillit och ha respekt för kultur och religion, vilket visade sig vara positivt för vårdrelationen.

Litteraturöversikten bidrar med vad för kunskaper och erfarenheter som finns och hur dessa används i den kliniska vården. Då kvinnlig könsstymning ökar runt om i världen kommer sjuksköterskor ha nytta av dessa kunskaper för att känna sig tryggare i mötet med patientgruppen. En stor del av litteraturöversikten bidrar även med kunskap om kulturella skillnader som kan användas i alla former av kulturella vårdmöten.

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. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122(3), 294-303. doi:10.1111/1471-0528.13217
- Almroth, L. (2008). Komplikationer vid könsstympning. I V. Berggren & M. Franck (Red.), *Kvinnlig könsstympning* (s. 87-97). Lund: Studentlitteratur.
- *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. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 19, 134-140. doi:10.3109/13625187.2014.885940
- *Cappon, S., L'Ecluse, C., Clays, E., Tency, I., & Leye, E. (2014). Female genital mutilation: Knowledge, attitude and practice of Flemish midwives. *Midwifery*, 31, e29-e35. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.
- Chalmers, B., & Omer Hashi, K. (2000). 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth*, 27(4), 227-234. Hämtad från databasen Academic Search Complete with Full Text.
- *Dawson, J. A., Turkmani, S., Varol, N., Nanayakkara, S., Sullivan, E., & Homer, E. S. C. (2015). Midwives experience of caring for women with female genital mutilation: insights and ways forward for practice in Australia. *Women and Birth*, 28(3), 207-214. Hämtad från databasen PubMed with Full Text.
- *Degni, F., Souminen, S., Essén, B., Ansari, W. E., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: health care providers' experience in meeting Somali women living in Finland. *J Immigrant Minority Health*, 14, 330-343. doi:10.1007/s10903-011-9465-6
- Essén, B. (2008). Vårdsektorns möte med patienter från länder som praktiserar omskärelse. I V. Berggren & M. Franck (Red.), *Kvinnlig könsstympning* (s. 105-121). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 133-145). Lund: Studentlitteratur.
- Goldenstein, A. R. (2013). Female genital cutting: Nursing Implications. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(1), 95-101. doi:10.1177/1043659613493441
- *Isman, E., Mahmoud Warsame, A., Johansson, A., Fried, S., & Berggren, V. (2013). Midwives' experiences in providing care and counselling to women with female genital mutilation (FGM) related problems. *Obstetrics and Gynaecology International*, 1-9. Hämtad från databasen Academic Search Complete with Full Text.

- 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.
- *Kaplan-Marcusan, A., Torán-Monserrat, P., Morenso-Navarro, J., Castany Fábegras, J. M., & Muñoz-Oritz, L. (2009). Perception of primary health professionals about female genital mutilation: from healthcare to intercultural competence. *BMC Health Services Research*, 9(11), 1-8. doi:10.1186/1472-6963-9-11
- *Lazar, N. J., Johnson-Agbakwu, E. C., Davis, I. O., & Shipp, P.-L. M. (2013). Providers' perceptions of challenges in obstetrical care for Somali women. *Obstetrics and Gynecology International*, 1-12. Hämtad från databasen Academic Search Complete with Full Text.
- 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.: United States of America.
- Leviner, P. (2008). Könststymning av flickor – rättsligt skydd i Sverige. I V. Berggren & M. Franck (Red.), *Kvinnlig könststymning*. (s. 57-87). Lund: Studentlitteratur.
- Leye, E., Powell, A. R., Nienhuis, G., Claeys, P., & Temmerman, M. (2006). Health care in Europe for women with genital mutilation. *Health Care for Women International*, 27, 362-378. doi:10.1080/07399330500511717
- *Moxey, J. M., & Jones, L. L. (2016). A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England. *BMJ Open*, 6, 1-8. doi:10.1136/bmjopen-2015-009846
- *Muniz da Costa Vargens, O., & Berterö, M. C. (2010). Caring with difficulty: Brazilian nurses' experiences of gynaecological surgery care. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 159-165. doi:10.1111/j.1440-172X.2010.01824.x
- Nyström, M. (2009). Vårdrelationer i vardagsliv med vacklande hälsa. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 409-424). Lund: Studentlitteratur
- Ogunsiji, O. O., Wilkes, L., & Jackson, D. (2007). Female genital mutilation: Origin, beliefs, prevalence and implications for health care workers caring for immigrant women in Australia. *Contemporary Nurse*, 25(1-2), 22-30. Hämtad från databasen CINHALL with Full Text.
- Reig-Alcaraz, M., Siles-González, J., & Solano-Ruiz, C. (2016). A mixed-method synthesis of knowledge, experiences and attitudes of health professionals to Female Genital Mutilation. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), 245-260. doi:10.1111/jan.12823
- Socialstyrelsen. (2002). *Kvinnlig könststymning: Ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård*. Stockholm: Kopiecenter.

- Talle, A. (2008). Kulturellt och historiskt sammanhang. I V. Berggren & M. Franck (Red.), *Kvinnlig könsstympning* (s. 13-33). Lund: Studentlitteratur.
- Tamaddon, L., Johnsdotter, S., Liljestränd, J., & Essén, B. (2006). Swedish health care providers' experience and knowledge of female genital cutting. *Health Care for Women International*, 27, 709-722. doi:10.1080/07399330600817741
- Terry, L., & Harris, K. (2013). Female genital mutilation: a literature review. *Nursing Standard*, 27(1), 41-47. Hämtad från databasen CHINAL with Full Text.
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat arbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl., 481-495) Lund: Studentlitteratur.
- *Widmark, C., Tishelman, C., & Ahlberg M. B. (2002). A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*, 18, 113-125. doi:10.1054/ymidw.0307
- Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, L. A., Marshall, J. R., Whitaker, N., & Rasmussen, P. (2016). Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient?. *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), 723-734. doi:10.1111/jan.12862
- Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i kliniskpraxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Wrangel, C. (2011). *Kvinnlig omskärelse/könsstympning i Sverige: en kunskaps- och forskningsöversikt*. (NKC-rapport 2011:1) Uppsala: Edita Västra Aros. Från <http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/486/nck-rapport-kvinnlig-omskarelse-konsstympning-i-sverige-2011-1.pdf>
- *Zaidi, N., Khalil, A., Roberts, C., & Browne, M. (2007). Knowledge of female genital mutilation among healthcare professionals. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27(2), 161-164. doi:10.1080/01443610601124257
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 57-81). Lund: Studentlitteratur.

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 perceptions	13	Peer Reviewed, Full Text, 2000-April 2016	5	1	Kaplan-Marcusan, A., Torán-Monserrat, P., Moreno-Navarro, J., Castany Fábregas, J., & Muñoz-Ortiz, L. (2009).
Cinahl Complete	Female genital circumcision care	64	Peer Reviewed, Full Text, 2000- April 2016	5	2	Cappon, S., L'Ecluse, C., Clays, E., Tency, I., & Leye, E. (2015).
Cinahl Complete	Female mutilation AND caring	7	Peer Reviewed, Full Text, 2000- April 2016	2	1	Muniz da Costa Vargens, O., & Berterö, M. C. (2010).
Cinahl Complete	Female genital mutilation AND knowledge	47	Peer Reviewed, Full Text, 2000- April 2016	11	1	Ashimi, A., Aliyu, L., Shittu, M., & Amole, T. (2014).
Academic Search Complete	Genital cutting perceptions health care	12	Peer Reviewed, Full Text, 2000- April 2016	2	1	Lazar, N. J., Johnson-Agbakwu, E. C., Davis, I. O., & Shipp, P.-L. M. (2013).
Academic Search Complete	Female genital mutilation health care experience	29	Peer Reviewed, Full Text, 2000- April 2016	3	1	Isman, E., Mahmoud Warsame, A., Johansson, A., Fried, S., & Berggren, V. (2013).
Academic Search Complete	Experiences FGM health care nurses	7	Peer Reviewed, Full Text, 2000- April 2016	3	1	Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012).

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
PubMed	Female genital mutilation AND Nursing	100	Full Text, 2000-April 2016	4	1	Zaidi, N., Khalil, A., & Browne, M. (2007).
PubMed	Female Genital Mutilation England	27	Full Text, 2000-April 2016	2	1	Moxey, M. J., & Jones. L. L. (2016).
PubMed	Female genital mutilation experience	72	Full Text, 2000-April 2016	4	1	Dawson, A.J., Turkmani, S., Varol, N., Nanayakkara, S., Sullivan, E., & Homer, C.S.E. (2015).
PubMed	Female circumcision midwife	48	Full Text, 2000-April 2016	5	1	Widmark, C., Tishelman, C., & Ahlberg, M. B. (2002).

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.	Syftet med studien var att fastställa sjuksköterskors kunskap och attityd till kvinnlig könsstympning i norra Nigeria.	Metod: Kvantitativ Tvärsnittsstudie. Urval: 350 sjuksköterskor. Datainsamling: Enkäter. Analys: Deskriptiv statistik. Resultat med $p \leq 0.05$ ansågs statistiskt signifikant, testades med Chi-Square- och Fisher's test.	91 % av deltagarna hade tidigare hört talas om kvinnlig könsstympning varav 41 % inte kunde benämna någon särskild typ av ingreppet. Resultatet visar även på attityder till kvinnlig könsstympning hos sjuksköterskor: Hur många som kunde tänka sig att utföra ingreppet på en kvinna, hur många som stödjer utförandet av kvinnlig könsstympning, hur många som själva genomgått könsstympning och hur många som tänkte låta sina döttrar genomgå ingreppet.
Cappon, S., L'Ecluse, C., Clays, E., Tency, I., & Leye, E.	Female genital mutilation: Knowledge, attitude and practices of Flemish midwives	2015, Belgien, Midwifery.	Syftet var att studera kunskap och attityder gentemot kvinnlig könsstympning av Flamländska-barnmorskor.	Metod: Kvantitativ metod. Urval: 820 barnmorskor från 65 sjukhus. Datainsamling: Semistrukturerade frågeformulär med öppna och slutna frågor. Analys: Deskriptiv statistik. Analysen skedde med: students t-tests. Resultat med $p < 0.05$ sågs som statistisk signifikant. De öppna frågorna analyserades med kvalitativ innehållsanalys.	Majoriteten (96,5%) av deltagarna hade aldrig blivit informerade om kvinnlig könsstympning under studietiden. Dock hade de yngre (311 personer) deltagarna stött på kvinnlig könsstympning under utbildningen i jämförelse med de äldre medverkande barnmorskorna. Signifikanta skillnader hittades mellan kunskap hos barnmorskorna och deras ålder $p < 0.001$.

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Dawson, A. J., Turkmani, S., Varol, N., Nanayakkare, S., Sullivan, E., & Homer, C. S. E.	Midwives' experiences of caring for women with female genital mutilation: Insights and ways forward for practice in Australia	2015, Australien, Women and Birth.	Syftet med denna studie var att få en insyn i barnmorskors syn och erfarenheter av att arbeta med kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning.	Metod: Deskriptiv kvalitativ studie. Urval: 48 barnmorskor från tre sjukhus. Datainsamling: Fokusgruppsdiskussioner med 10-12 deltagare per grupp. Oklart hur många grupper som bildades. Analys: Tematisk innehållsanalys	Resultatet visade på att merparten av de medverkande barnmorskorna visste vad kvinnlig könsstympning innebar och att det är interaktionen med dessa kvinnor som påverkar vårdandet. Deltagarna hade dock olika erfarenheter om öppenheten angående kvinnlig könsstympning bland deras patienter. Resultatet presenterades under fem kategorier: kunskap om kvinnlig könsstympning, erfarenheter och upplevelser att vårda kvinnor, influenser från barnmorskeyrket, kvinnlig könsstympning datainsamling och utbildning och praktisk träning.
Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W., & Vehviläinen-Julkunen, K.	Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: Health care providers' experiences in meeting somali women living in Finland	2012, Finland, Immigrant Minority Health.	Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors och barnmorskors kommunikation då de gav reproduktiv- och mödravård till Somaliska kvinnor i Finland.	Metod: Kvalitativ metod. Urval: Totalt deltog 32 läkare, sjuksköterskor och barnmorskor från fem olika kliniker. Datainsamling: Två fokusgruppsintervjuer gjordes plus individuella intervjuer med deltagarna. Data samlades in med öppna frågor. Analys: Kvalitativ innehållsanalys. Det inspelade fokusgruppsmaterialet och de individuella intervjuerna	Resultatet presenterades under fyra kategorier: Läkare och somaliska kvinnors relationer, sjuksköterskor/barnmorskor och somaliska kvinnors relationer, läkarnas uppfattningar om somaliska kvinnors kulturella attityder till reproduktiv hälsa i klinisk vård samt sjuksköterskors/barnmorskors uppfattningar om somaliska kvinnors kulturella attityder till reproduktiv hälsovård. Delar av resultatet visade på att

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
				analyserades separat.	deltagarna tyckte att den kvinnliga könsstympningen var en del av de Somaliska kvinnornas kultur. Tack vare kulturella skillnader uppstod bland annat kommunikationsproblem för personalen i mötet med dessa kvinnor.
Isman, E., Mahmoud Warsame, A., Johansson, A., Fried, S., & Berggren, V.	Midwives' experience in providing care and counselling to women with female genital mutilation (FGM) related problems	2013, Somalia, Obstetrics and Gynaecology International.	Syftet med studien var att belysa barnmorskors upplevelser av att ge vård och konsultera kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning och tillhörande problem.	Metod: Kvalitativ induktiv design. Urval: Åtta barnmorskor. Datainsamling: Intervjuer baserat på en intervjuguide med semistrukturerade frågor samt några öppna frågor. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	Resultatet presenterades under fyra kategorier: Barnmorskors syn på kvinnlig könsstympning och planen för deras döttrar, barnmorskors möten vid konsultation av kvinnlig könsstympning, fördelar med att själv ha erfarenheter kring egen könsstympning när vård ges till kvinnor samt barnmorskors syn på utmaningar och problem i framtiden med att stoppa kvinnlig könsstympning. Resultatet visade på att alla deltagande barnmorskor kände sig bekväma med att ge rådgivning gällande kvinnlig könsstympning. Det framkom dock att dessa barnmorskor önskade mer utbildning för att öka kunskapen om kvinnlig könsstympning.
Kaplan-Marcusan, A., Torán-	Perception of primary health professionals	2009, Spanien, BMC Health	Syftet var att analysera uppfattningar, grad av	Metod: Deskriptiv tvärsnittsstudie under två perioder 2001 och 2004. Urval: 409 sjukvårdspersonal.	Resultatet visade att 96 % av deltagarna visste vad kvinnlig könsstympning var men mindre än 30

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Monserrat, P., Moreno-Navarro, J., Castany Fábregas, J., & Muñoz-Ortiz, L.	about female genital mutilation: from healthcare to intercultural competence	Services Research	kunskap och attityder bland sjukvårdspersonal i relation till könsstympade kvinnor.	<p>Familjepsykiatriker, barnläkare, sjuksköterskor, barnmorskor och gynekologer.</p> <p>Datainsamling: Frågeformulär</p> <p>Analys: Genomfördes i två olika steg. I det första steget genomförde man en deskriptiv analys för att strukturera variablerna som studerats båda åren. Sedan jämfördes variablerna mellan de två åren. Variablerna jämfördes via chi-Square test mellan dessa två år. Statistisk signifikans såg som $p < 0.05$.</p>	% visste vart ingreppet utfördes. Kvinnor hade dock ett större intresse än män i ämnet. Hälften av deltagarna tyckte att det var viktigt att sjukvårdarna var pedagogiska gentemot dessa patienter. Det visade sig också att sjuksköterskorna var bättre på att identifiera typer av könsstympning än läkare
Lazar, N. J., Johnson-Agbakwu, E. C., Davis, I. O., & Shipp, P.-L. M	Providers' perceptions of challenges in obstetrical care for Somali women	2013, USA, Obstetrics and Gynaecology International.	Syftet med studien var att erhålla information om vårdgivares erfarenheter, utbildning och rutiner innan förlossning, under födsel samt hur behandlingen av könsstympade kvinnor såg ut.	<p>Metod: Kvalitativ metod.</p> <p>Urval: 14 gynekologer och barnmorskor.</p> <p>Datainsamling: Intervjuer.</p> <p>Analys: Kvalitativ innehållsanalys.</p>	Resultatet kategoriserades i fyra kategorier: Utmaningar i vårdgivarens kommunikation, vårdgivarens frustration om uppfattningar hos somaliska kvinnors motstånd till obstetriska interventioner, vårdgivarens uppfattningar av misstro hos somaliska kvinnor samt bristfällig träning hos vårdgivare relaterat till vård och hantering av kvinnor som könsstympats. Resultatet visade på att den kvinnliga könsstympningen i sig inte var ett hinder i kommunikationen med

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
					patientgruppen. Deltagarna uttryckte att detta grundade sig i brist på formell utbildning och protokoll gällande kvinnlig könsstympning.
Moxey, M. J., & Jones. L. L	A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England	2016, England, BMJ Open.	Syftet var att undersöka hur somaliska kvinnor som utsatts för kvinnlig könsstympning upplever förlossningsvård i England.	Metod: Deskriptiv kvalitativstudie. Urval: Tio somaliska kvinnor. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer som följde en ämnesguide. Analys: Induktiv temaanalys.	Resultaten presenterades i tre kategorier: Erfarenheter av kvinnlig könsstympning genom livet med graviditet och förlossning, erfarenheter av vård från barnmorskor samt anpassning till det brittiska livet. I resultatet presenterades bland annat barnmorskors erfarenheter att vårda könsstympade kvinnor. Deltagarnas erfarenheter visade på att bättre relationer resulterade i mer positiva erfarenheter. De upplevde även att dåliga relationer ledde till att patienterna inte ville diskutera kvinnlig könsstympning.
Muniz da Costa Vargens, O., & Berterö, M. C	Caring with difficulty: Brazilian nurses' experiences of gynaecological surgery care	2010, Brasilien, International Journal of Nursing Practice.	Syftet var att identifiera interaktionen mellan sjuksköterskor och fenomenet kvinnlig könsstympning samt hur detta påverkar deras relationer med kvinnliga patienter	Metod: Kvalitativ, baserad på grounded-theory. Urval: 16 kvinnliga sjuksköterskor från fyra olika sjukhus. Datainsamling: Intervjuer. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	Resultatet presenterades under två kategorier: att samtala som personal samt att samtala som en kvinna. Resultatet visade på att dessa kvinnliga sjukvårdare distanserade sig själva för att agera professionellt.

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
			som genomgått kvinnlig könsstympning.		
Widmark, C., Tishelman, C., & Ahlberg, M. B.	A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden	2002, Sverige, Midwifery.	Syftet var att undersöka svenska barnmorskors uppfattningar och attityder gentemot infibulation och infibulerade kvinnor samt deras erfarenheter av att vårda kvinnorna.	Metod: Mixad metod. Urval: 26 barnmorskor från tre förlossningsavdelningar samt två mödravårdcentraler. Datainsamling: Öppna och slutna frågor via ett frågeformulär för att kunna väljs ut till intervjuer i fokusgrupper. Totalt deltog 26 barnmorskor i elva intervjuer med åtta fokusgruppsdiskussioner. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	Resultatet kategoriserades under tre teman: känslor och kommunikationsrelaterade utmaningar med infibulerade kvinnor, kunskap och färdigheter relaterat till sjukvård samt barnmorskors beroende av svenska lagar när dilemman med könsstympade kvinnor uppkommer. Resultatet visade på att barnmorskor hade olika erfarenhetsgrad gällande vårdande av könsstympade kvinnor. Alla deltagande barnmorskor tyckte att de hade för få vårdmöten med denna patientgrupp för att bli tillräckligt erfarna att vårda dem.
Zaidi, N., Khilil, A., Roberts, C., & Browne, M.	Knowledge of female genital mutilation among health care professionals.	2007, England, Journal of Obstetrics and Gynaecology.	Syftet med studien var att bedöma den nuvarande kunskapen och anslutning till RCOG riktlinjer hos obstetrikers och barnmorskor avseende kvinnlig könsstympning.	Metod: Kvantitativ metod. Urval: 45 barnmorskor. Datainsamling: Frågeformulär Analys: Deskriptiv statistik.	40 % av de deltagande barnmorskorna kunde förklara hur kvinnlig könsstympning gick till. Totalt hade 80 % av deltagarna hade någon gång undersökt en patient som var könsstympad.

