



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdeleningen för hälso- och vårdvetenskap

Erfarenheter av kvinnlig könsstympning och mötet med västerländsk sjukvård.

En litteraturstudie

Malin Björnholm & Sara Yasin

2016

Examensarbete, Grundnivå (yrkesexamen) 15 hp
Omvårdnad
Sjuksköterskeprogrammet
Omvårdnad - Självständigt examensarbete 15hp

Handledare: Fanny Svartling
Examinator: Britt-Marie Sjölund

Sammanfattning

Bakgrund: Kvinnlig könsstympling (female genital mutilation [FGM]) berör ca 100 till 140 miljoner kvinnor i världen. Varje år är det ca 3 miljoner flickor mellan åldrarna 0 till 15 år som riskerar att bli könsstympade. Könsstympling förekommer i 26 länder belägna i Afrika, Mellanöstern & Asien. Att könsstympla kvinnor är en sed som är djupt inrotad i den spirituella och kulturella synen. Enligt Svensk lag är all form av könsstympling olagligt och får ej utföras.

Syfte: Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva kvinnors upplevelse och erfarenheter av att leva med könsstympling samt deras möte med västerländsk sjukvård. Syftet var även att beskriva studiernas undersökningsgrupp i de inkluderade artiklarna.

Metod: För att svara på föreliggande studies syfte har författarna gjort en beskrivande litteraturstudie. Litteraturstudien har 11 stycken artiklar som är av kvalitativ ansats, 1st som är av kvantitativ ansats och 3st som är av både kvalitativ och kvantitativ ansats, dessa analyserades objektivt. Databaserna Pubmed och CINAHL användes.

Resultat: Kvinnorna i studien förklarar att det är tradition, kultur och en heder gentemot familjen att könsstympas. Känslor som rädsla, oro och skam är upplevelser kvinnorna förklarar vid mötet med västerländsk sjukvård, det kan vara i form av kommunikationsbrist och dåligt bemötande. Kvinnorna anser att det finns för lite kunskap om könsstympling inom västerländsk sjukvård och att detta behöver bli bättre. Positiva erfarenheter som kvinnorna tar upp är att de blev bemötta med respekt och god omvårdnad.

Slutsats: Kvinnorna som genomgått könsstympling har både positiva och negativa erfarenheter av att vara könsstympad. Vid mötet med västerländsk sjukvård visar studier att rädsla och oro kan uppstå hos kvinnor som genomgått könsstympling. De positiva erfarenheter kvinnorna hade i mötet med sjukvården var att de kände sig bemötta med respekt av sjukvårdspersonalen som hade goda kunskaper om könsstympling. Genom ökad kunskap hos sjukvårdspersonal kommer kvinnornas oro och rädsla succesivt minska i de länder där könsstympling ej förekommer.

Sökord: Erfarenheter, kvinnlig könsstympling, komplikationer, mötet med västerländsk sjukvård, upplevelser

Abstract

Background: FGM (female genital mutilation [FGM]) affects approximately 100 million to 140 million women worldwide. Each year there are about 3 million girls between the ages of 0-15 years who risk being genitally mutilated. Genital mutilation is present in 26 countries located in Africa, the Middle East & Asia. To circumcise women is a practice that is deeply rooted in the spiritual and cultural vision. According to Swedish law, all forms of genital mutilation are illegal and may not be performed.

Aim: The purpose of the study was to describe women's experience and the experience of living with genital mutilation and their encounter with western health care. The purpose was also to describe the studies finding mission in the included articles.

Method: In order to answer to the present studies aim, the authors conducted a descriptive literature study. The literature have 11 articles that are of qualitative approach, 1 has the quantitative approach and 3 have both qualitative and quantitative approach, and they were analysed objectively. PubMed and CINAHL were used in this study.

Results: The women in the study, explains that it's tradition, culture and an honour to the family being mutilated. Emotions such as fear, anxiety and shame are the experiences the women explained when meeting with western health care, and these feelings are related to the lack of communication and treatment. The women believe that there is too little knowledge about genital mutilation in the western health care and that needs to be better. Positive experience was also where the women are talking about that they were treated with respect and a good nursing care.

Conclusion: The women who have undergone genital mutilation has both positive and negative experiences of being circumcised. Studies show that women who undergone female genital mutilation experience fear and anxiety while coming in contact with western health care. The positive experiences women had in the meeting with the western health care was that they felt treated with respect by medical staff who had good knowledge about female genital mutilation. Through increased knowledge among medical staff will the womens worry and fear gradually decrease in the countries where female genital mutilation not occur.

Keywords: Female genital mutilation, complications, experience units, experience, meeting with western health care

Innehållsförteckning

1. Förekomst & historik	1
1.2.1 <i>Kvinnlig könsstympning</i>	1
1.2.2 <i>Gruppering av könsstympning</i>	1
1.3 <i>Begreppsdefinition</i>	2
1.4 <i>Komplikationer</i>	2
1.5 <i>Sjuksköterskans roll</i>	3
1.5.1 <i>Sjukvårdens möte med könsstympade kvinnor</i>	4
1.6 <i>Lagar och författningar</i>	4
1.7 <i>Teoretisk referensram</i>	4
1.8 <i>Problemformulering</i>	5
1.9 <i>Syfte och frågeställningar</i>	5
2. Metod	5
2.1 <i>Design</i>	5
2.2 <i>Sökstrategi</i>	6
2.3 <i>Urvalskriterier</i>	7
2.4 <i>Urvalsprocessen och utfallet av möjliga artiklar</i>	8
2.5 <i>Dataanalys</i>	8
2.6 <i>Forskningsetiska överväganden</i>	9
3. Resultat	9
3.1 <i>Att leva med könsstympning</i>	10
3.1.1 <i>Betydelsen av tradition och kultur</i>	10
3.1.2 <i>Komplikationer</i>	10
3.1.3 <i>Kvinnornas syn på lagar</i>	11
3.2 <i>Mötet med den västerländska sjukvården</i>	11
3.2.1 <i>Negativa erfarenheter</i>	11
3.2.2 <i>Kommunikationen</i>	12
3.2.3 <i>Positiva erfarenheter</i>	13
3.4 <i>Metodologisk aspekt/undersökningsgrupp</i>	13
3.4.1 <i>Ålder</i>	13
3.4.2 <i>Etnicitet</i>	14
3.4.3 <i>Antal</i>	14
3.4.4 <i>Utbildningsstatus</i>	14
4. Diskussion	15
4.1 <i>Huvudresultat</i>	15
4.2 <i>Resultatdiskussion</i>	15
4.2.1 <i>Diskussion om de invalda artiklarnas undersökningsgrupp</i>	19
4.3 <i>Metoddiskussion</i>	21
4.4 <i>Kliniska implikationer</i>	22
4.5 <i>Förslag för fortsatt forskning</i>	23
4.6 <i>Slutsats</i>	23
5. Referenser	24

Bilaga 1 *Sammanfattning av de utvalda artiklarnas författare + publiceringsår, titel, design, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod.*

Bilaga 2 *Sammanställning av artiklarnas författare, syfte samt resultat.*

1.Förekomst & historik

Kvinnlig könsstympling (female genital mutilation [FGM]) berör ca 100 till 140 miljoner kvinnor i världen. Varje år är det ca 3 miljoner flickor mellan åldrarna 0 till 15 år som riskerar att bli könsstympade (Jacoby & Smith 2013). Könsstympling förekommer i 26 länder belägna i Afrika, Mellanöstern & Asien (Zurynski Sureshkumar, Phu & Elliott 2015). Könsstympling av kvinnor är en kulturell tradition som främst är spridd på den afrikanska kontinenten och begränsat till ett antal länder på den saudiarabiska halvön. Könsstympling förekommer även i andra delar av världen, dock inte lika frekvent. Att könsstympa kvinnor är en sed som är djupt inrotad i den spirituella och kulturella synen. Genom att könsstympas lär sig flickor i tidig ålder vad som krävs av dem när de blir kvinnor, fruar och mammor. Den smärta som kvinnorna känner från könsstymplingen bildar en gemenskap, kan kvinnan stå ut genom smärtan så blir hon en i samhället samt att äret och smärtan alltid kommer påminna kvinnan om denna gemenskap (Talle 2008).

1.2.1 Kvinnlig könsstympling

Kvinnlig könsstympling innebär att hela eller delar av det inre samt yttre könsorganet borttages och detta görs ej på grund av något medicinskt syfte. En kvinna som könsstympats påverkas både psykiskt och fysiskt. Vidare upplever kvinnan en känsla av förnedring samt kränkning av sina mänskliga rättigheter (Abdulcadir, Rodriguez & Say ,2014). I många länder säger de att en kvinna måste könsstympas för att ha möjligheter att kunna bli gift eller att hon skall få friska barn, utan könsstymplingen anses inte kvinnan vuxen. Att vara ogift som kvinna är inte aktuellt i en kulturell samhörighet där en gift kvinna och en mamma har den rollen som frambringar status och betydelse. Omskärelsen behöver inte bara ske i unga åldrar utan kan även ske när kvinnan är gift och inte blivit gravid, i hopp om att könsstymplingen leder till fruktbarhet. Kvinnan kan även låta sig könsstympas efter giftemål på grund av press från samhället de lever i samt press från deras makar (Talle 2008).

1.2.2 Gruppering av könsstympling

Enligt Världshälsoorganisationen, WHO (2016) förekommer fyra olika typer av FGM, Enligt Almroth (2008) delas Typ 2 och typ 3 in i undergrupper för att kunna särskilja vid eventuell forskning eller andra avsikter.

Typ 1: innebär att man avlägsnar hela eller en del av klitoris.

Typ 2: kallas för excision och innebär att man avlägsnar kvinnans inre blygdläppar samt tar bort del av eller hela klitoris. (WHO 2016)

- 2a innebär att man utför ett ingrepp som innefattar klitoris och de inre blygdläpparna (Almroth 2008)
- Typ 2b innefattar bara de inre blygdläpparna (Almroth 2008)
- Typ 2c innefattar de yttre blygdläpparna (Almroth 2008)

Typ 3: kallas för infibulation vilket innebär att klitoris och blygdläpparna skärs bort, sedan sys kvarvarande delar av blygdläpparna ihop, men en liten öppning lämnas kvar för urinering och menstruation (WHO 2016)

- Typ 3a innebär att de inre blygdläpparna bildar den ihopväxta delen av kvinnans genitalia (Almroth 2008)
- Typ 3b innebär att det är de yttre blygdläpparna som bildar den ihopväxta delen av kvinnans genitalia (Almroth 2008)

Typ 4: innefattar alla skadliga behandlingar av det kvinnliga könet som inte är av medicinska skäl t.ex. prickning, skrapning (WHO 2016)

1.3 Begreppsdefinition

Studien fokuserar på den västerländska sjukvården som omfattar Europa och det västra halvklotet (Nationalencyklopedin 2016).

Deinfibulation innebär att man öppnar upp de genitalia som genomgått typ 3, infibulation. Detta måste ibland göras för att upprätthålla god hälsa, välbefinnande samt göra det möjligt för sexuellt umgänge och hjälpa vid förlossning (WHO 2016).

Reinfibulation enligt Persson et al. (2007) innebär att återigen sy ihop kvinnans genitalia exempelvis efter förlossning.

1.4 Komplikationer

Att könsstympas som kvinna innebär ett större ingripande i kvinnans integritet, både psykiskt och fysisk. Följderna av detta kan innebära plötsliga risker men även kvinnans framtida hälsa (Almroth 2008). De besvär som kan uppstå direkt efter en könsstympning är chock, blödning och infektion i såret. Komplikationer som dessa kvinnor får leva med är smärta vid samlag, riskfyllda graviditeter och förlossningar. Ytterligare

komplikationer är infektioner som förekommer i underlivet samt i urinröret. Det finns inte många studier som talar om de psykiska komplikationerna dessa kvinnor kan känna, trots detta skall möjligheten för psykiska komplikationer ej uteslutas, detta på grund av att det finns indikationer på att det finns kopplingar till depression och posttraumatisk stress syndrom (PTSD) hos de drabbade (Reisel & Crighton 2014). Franck (2010) tar upp komplikationer som uppstår direkt efter könsstympning samt de komplikationer som är långsiktiga. De långsiktiga komplikationerna kan vara infektioner, smärta vid menstruationer, smärta vid sexuellt umgänge, komplikationer under graviditet och förlossning samt psykiska symtom.

1.5 Sjuksköterskans roll

International Council of Nurses, ICNs etiska koder för sjuksköterskor beskriver fyra huvudområden där sjuksköterskan har ansvaret att hjälpa patienten att återställa hälsa, främja hälsa, förebygga sjukdom samt minska lidande (Svensk sjuksköterskeförening 2012).

Bristen på kunskap hos sjukvårdspersonalen när det talas om kvinnlig könsstympning inverkar negativt på omsorgen och beaktandet av dessa kvinnor (Cappon, L'Ecluse, Clays, Tency & Leye, 2015). De olikheter som finns inom de kulturella värderingarna, kan påverka omvårdnaden och dess erfarenheter hos sjukvårdspersonal (Isman, Mahmoud Warsame, Johansson, Fried & Berggren, 2013).

Goldenstein (2014) förklarar att en sjuksköterska som arbetar med kvinnlig könsstympning har en viktig betydelse då han eller hon kan och ska undervisa och ta kontakt med kvinnor som genomgått en könsstympning. För att en sjuksköterska skall kunna tala för dessa kvinnor så behöver han eller hon vara införstådd i ämnet, deras religiösa tro och eventuella religionsrelaterade konsekvenser. Goldenstein (2014) beskriver även att kvinnorna som blivit utsatta för könsstympning har varit med om svår smärta och haft en skräckupplevelse under ingreppet och är inte bekväma med att diskutera detta med en sjuksköterska från västvärlden. Därför måste sjuksköterskan visa att kvinnan är i en säker miljö, en attityd som inte är dömande samt att sjuksköterskan skall ge förtroende och tillit till kvinnan. I vissa fall kan frågor och samtal om kvinnans genitala anses vara olovlig, detta måste sjuksköterskan tänka på när det handlar om att samtala om hälsofrågor med patienter som genomgått könsstympning.

1.5.1 Sjukvårdens möte med könsstympade kvinnor

Kunskap och tydliga rutiner vid möte med könsstympade kvinnor ska vara tillgängliga för sjukvårdspersonalen för att kunna bemöta dessa kvinnor. En annan viktig aspekt är att våga ställa frågan om kvinnan är könsstympad, till exempel inför förlossning och eventuellt deinfibulation (Franck 2010). För att underlätta hur information skall framföras och ge rätt vård så ska sjukvårdspersonalen ha bakgrundsinformation, exempelvis om patienten inte kan läsa ska inte vårdaren ge ut broschyrer eller om patientens har språkförbristningar så kan vårdaren anpassa informationen så att den bli lättförståelig. Vid möte med en patient som ej bemästrar det svenska språket är det patientens rätt samt sjukvårdens skyldighet att använda tolk. Något som sjukvårdspersonalen kan tänka på är att inte ta hjälp av anhöriga i första hand vid tolkning detta för att inte göra det besvärligt för patienten (ibid). Franck (2010) tar även upp att om det är svårt att förstå traditionen om könsstympning så ska sjukvårdaren kunna vara professionell och visa respekt. Sjukvårdaren ska lägga sina fördomar och värderingar åt sidan för att kunna ge en bra vård.

1.6 Lagar och författningar

Enligt Svensk lag (SFS 1982:316) om förbud mot könsstympning mot kvinnor, innebär ingrepp som görs i syfte att stympa kvinnan eller utföra permanenta förändringar av dem såsom könsstympning, får ej genomföras, trots att samtycke har lämnats till ingreppet eller inte. De som bryter mot denna lag får fängelsestraff som varar max 4år. Om den olagliga företeelsen orsakat skada, allvarlig sjukdom eller annat fall medfört oförskämt handlande skall detta ses som grovt. Vid grova brott är det fängelsestraff minst 2 år, max 10år.

I Tyskland, Schweiz, Frankrike, Österrike samt Storbritannien har alla en lag om att könsstympning ej skall förekomma då detta är en kroppslig skada och kan ge de som utövar det 10-14års fängelsestraff (Krása 2010)

1.7 Teoretisk referensram

Lidande enligt Katie Eriksson hör till livet och är individuellt, det är individerna i sig som avgör om lidandet är meningsfullt eller meningslöst. Det finns olika typer av lidande som sjukvårdspersonalen möter; livslidande, lidande på grund av sjukdom och vårdlidande. När Eriksson pratar om livslidande är detta förenat till livet som en

människa valt att leva och kan hänga på vad individen utsätts för och vart personen befinner sig i livet. Sjukdomslidande är kopplat till lidande som patienter känner i samband med sjukdom, som sjuksköterskan skall eliminera. När Eriksson talar om vårdlidande är detta relaterat till något som en sjuksköterska har uppgiften till att förhindra och ta bort. Detta kan exempelvis handla om att patienten känner sig kränkt eller nedvärderad av vården (Wiklund 2010) .

1.8 Problemformulering

Könsstymning är en påfrestning för kroppen som ger komplikationer av varierande grad exempelvis smärtor vid samlag och förlossning, infektioner i underliv och urinrör kan också förekomma. Det finns många studier om vad könsstymning är samt sjukvårdens syn på könsstymning men det saknas en sammanställning på de könsstymnade kvinnornas erfarenhet och mötet med den västerländska sjukvården. Det behövs en ökad förståelse och en förbättrad kunskap hos sjuksköterskan för att kunna bemöta dessa kvinnor och utföra en god omvårdnad. Författarna till föreliggande litteraturstudie har gjort en sådan sammanställning för att hjälpa sjuksköterskan till bättre förståelse för dessa patienter.

1.9 Syfte och frågeställningar

Att beskriva kvinnors erfarenheter av att leva med könsstymning, deras möte med västerländsk sjukvård samt att beskriva studiernas undersöknings grupp i de inkluderade artiklarna.

Frågeställningar

- Vilka erfarenheter har kvinnor av att leva med könsstymning?
- Hur upplever kvinnorna mötet med västerländsk sjukvård?
- Vilken undersökningsgrupp beskrivs i de inkluderade artiklarna?

2. Metod

2.1 Design

Denna studie är en beskrivande litteraturstudie. Sammanställning av tidigare forskning inom aktuellt område vilket kan ligga till grund för ny vetenskap (Polit & Beck 2016)

2.2 Sökstrategi

Polit och Beck (2016) förklarar att databasen MEDLINE och CINAHL används för att söka efter medicin, hälsa och omvårdnadstidskrifter. MEDLINE är en databas som är tillgänglig via PubMed. Samt att PubMed används för att söka kliniska fastställande. Vid sökning i Pubmed användes Mesh termer för att få fram relevanta artiklar som kan svara på det angivna syftet och frågeställningar. MeSh termer används för att specificera sökningen så att det är lättare att hitta det som eftersöks (Polit & Beck 2016). Vid sökningar i CINAHL användes endast fritext, sökorden var; Circumcision, Female AND Care AND experience. Sökningarna som gjorts kan avläsas i tabell 1, *Utfall av sökningar i databas.*

Tabell 1. *Utfall av sökningar i databas.*

Databas	Limits och sökdatum	Sökord	Antal träffar	Utvalda artiklar (exklusive dubletter)
Pubmed	12år. Engelska, svenska. Adult: 19+ years 2016-09-07	((Female genital mutilation) AND culture) AND care	85	1
Pubmed	12år. Engelska, svenska. Adult: 19+ years 2016-09-16	(female genital mutilation) AND care	151	8
Pubmed	12år. Engelska, svenska. Adult: 19+ years 2016-09-20	Female genital cutting	103	1
Pubmed	12år. 2016-09-19	Female genital mutilation care and experience	13	1
Pubmed	12år. 2016-09-20	FGM and experience	28	1
CINAHL	12år. 2016-09-20	Circumcision, Female AND care AND experience	26	3
Summa			406	15

Begränsningarna som används vid sökningar för att få fram artiklar är engelska, ålder: 19+ och att 12 år gamla detta för att det fanns för få artiklar som svarade på syfte och frågeställningar i föreliggande studie. MeSh termer som användes i databasen Pubmed var; Circumcision (Female). Artiklar som inte hittats med MeSh termer är sökta med

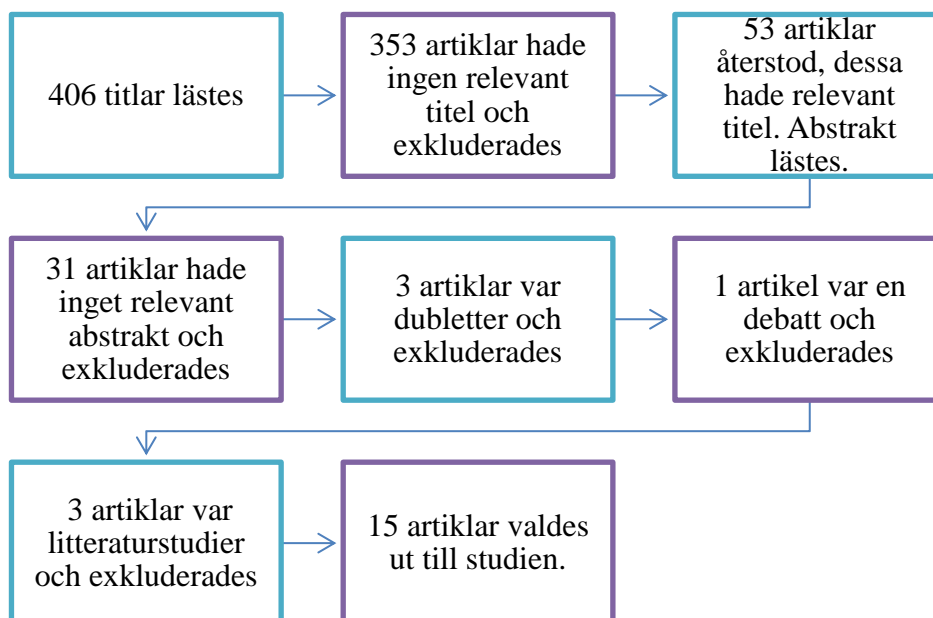
hjälp av fritext, sökorden som användes då var; Female genital mutilation AND culture AND care, female genital mutilation AND care, Female genital cutting, female genital mutilation care and experience, FGM AND experience samt Circumcision, Female AND care AND experience. För att utöka eller specificera sökningar har Booleska söktermer använts; AND (Polit & Beck 2016).

2.3 Urvalskriterier

Inklusionskriterierna i föreliggande studie är artiklar som svarar på studiens syfte, att artiklarna ska vara utifrån patientperspektiv, tillgängliga för högskolan i Gävle samt att artiklarna ska vara vetenskapligt prövade. De artiklar som exkluderades är artiklar som bara behandlar förebyggande arbete för att förhindra kvinnlig könsstympning, litteraturstudier samt artiklar som handlar om sjuksköterskans möte med kvinnor som genomgått könsstympning.

2.4 Urvalsprocessen och utfallet av artiklar

Författarna i föreliggande studie gjorde en strukturerad databassökning för att finna artiklar som överensstämde med studiens syfte och frågeställningar. Sökningar gav sammanlagt 406 antal träffar där alla titlar lästes. Av dessa valdes 53 artiklar utifrån att de hade relevanta titlar och dessa abstrakt lästes. Efter lästa abstrakt valdes 25 artiklar ut på grund av att dessa svarade på syfte och frågeställningar. I dessa 25 artiklar lästes sedan resultatet grundligt upprepade gånger, först var för sig och sedan tillsammans. Av de artiklar som lästes utifrån resultat valdes 15st ut på grund av att dessa artiklar hade titlar, abstrakt samt resultat som svarade på studiens syfte och frågeställningar. Redovisningen av artiklarnas bortfall presenteras i figur 1.



Figur 1. Redovisning av artiklarnas bortfall.

2.5 Dataanalys

De 15 artiklar som stämde överens med studiens kriterier, syfte samt frågeställningar granskades djupare, först enskilt av författarna för att inte kunna påverkas av varandras åsikter, sedan träffades författarna för att diskutera fynden. De utvalda artiklarna sammanställdes i en tabell för att fokusera på artiklarnas författare, titel, utgivnings år, design samt undersöknings grupp som är den valda metodologiska aspekten för studien (se tabell 2, bilaga 1). Den metodologiska aspekten för denna studie är undersökningsgrupp och författarna har lagt fokus på ålder, etnicitet, antal samt utbildning som beskrivs i de utvalda artiklarna. Sedan läste författarna resultaten, först

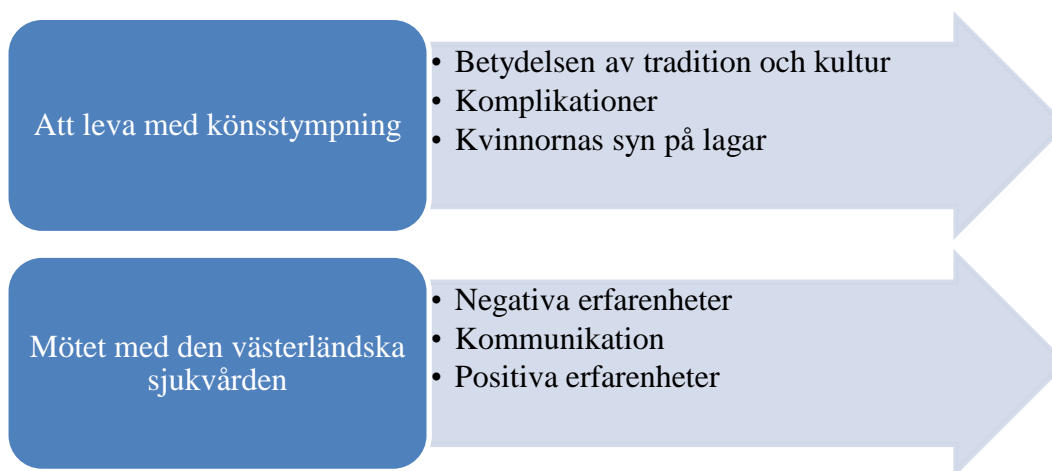
var för sig och sedan tillsammans för att komma fram till likheter och skillnader i de olika artiklarna och därefter kunna dela in de i olika teman. Resultatet har granskats upprepade gånger av författarna under arbetets gång, tillsammans men också var för sig. Under artikelgranskningen skapades två teman. Färgkodning användes för att markera likheter och skillnader i de valda artiklarnas resultat för att hitta ett mönster. Olika färger användes till de två olika teman som författarna valde för att lättare placera resultaten i rätt kategori (Polit & Beck 2016). I de inkluderade artiklarna presenteras syfte och resultat i tabell (se tabell 3, bilaga 2).

2.6 Forskningsetiska överväganden

Noggrannhet i föreliggande studie har tillämpats samt att framställa texten objektivt detta genom att inte blanda in personliga känslor eller uppfattningar (Polit & Beck 2016), samt att ej plagiera eller ge ett felaktigt resultat. Författarna har noggrant granskat artiklarnas innehåll för att undvika missuppfattning och feltolkningar, detta för att på ett så ärligt sätt redogöra resultatet.

3. Resultat

Presentationen av de artiklar som kommer inkluderas i resultatet framställs i löpande text samt i tabell (tabell 3, bilaga 2). 11 stycken kvalitativa artiklar, 1 kvantitativ artikel och 3 artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats valdes ut för att ligga som bas i resultatet. Baserat på resultatet i de inkluderade artiklarna skapades två huvudteman som visas i figur 2, *Indelning enligt teman och underrubriker*. Undersökningsgruppen, som är den metodologiska aspekten, i de valda artiklarna inspekterades och sattes ihop i en tabell (tabell 2, bilaga 1).



Figur 2, *Indelning enligt teman och underrubriker*.

3.1 Att leva med könsstypning

3.1.1 Betydelsen av tradition och kultur

I två studier beskrev kvinnorna hur det var att inte kunna berätta att de var könsstypade för det ansågs vara ofint att ta upp ämnet samt inställningen från samhället där kvinnor ska vara blyga och inte ha tankar om kön eller sex (Safari 2013; Vloeberghs, van der Kwaak, Knipscheer & van den Muijsenbergh 2012).

Fyra studier belyste kvinnornas upplevelse av hur de uppfattades av folk och främst deras blivande män om de inte genomgått en könsstypning, att maken skulle se att dem vara "öppna" vilket skulle vara en stor skam för både dem och familjen eftersom det ansågs vara onormalt. Vidare beskrevs det i studierna att kvinnor som ej genomgått könsstypning skulle ses som onormala samt att detta skulle innebära en skam för familjen (Safari 2013; Shabila, Saleh & Jawad 2014; Upvall, Mohammed & Dodge 2009; Berggren, Bergström & Edberg 2006). Isman, Ekéus och Berggren (2013) tog upp att enligt kvinnorna är heder gentemot den enskilda individen samt familjen en viktig del i varför kvinnan könsstypades, heder mot familjen var viktigare än hedern för den enskilda individen. Två studier tog upp att kvinnor såg både positivt och negativt på könsstypning. Enligt de drabbade kvinnorna var de positiva effekterna relaterat till kultur och religionen, den negativa synen mot kvinnlig könsstypning var relaterat till komplikationer som ex. urinvägsinfektion och förlossning (Shabila, Saleh & Dodge 2014; Litorp, Franck & Almroth 2008). I studierna av Lundberg, Gereziher (2006) och Isman, Ekéus och Berggren (2013) tog kvinnorna upp att de fick lära sig i tidig ålder att inte visa smärta eftersom detta skulle innebära en skam.

3.1.2 Komplikationer

Två artiklar tog upp att de konsekvenser kvinnorna upplevde var; psykiska och fysiska komplikationer (Correa-Velez & Ryan 2012; Vloeberghs et al. 2012). De psykiska komplikationerna som kunde uppstå hos de drabbade kvinnorna var posttraumatiskt stressyndrom (Vloeberghs et al. 2012; SoS 2016), ångest samt depression (Vloeberghs et al. 2012). Kvinnorna beskrev ytterligare fysiska komplikationer som kunde uppstå efter att ha blivit könsstypad och det är extrem smärta, inkontinens, menstruationsproblematik (Vloeberghs et al. 2012; Litorp, Franck & Almroth 2008; Safari 2013; Isman, Ekéus & Berggren 2013), flertal urinvägsinfektioner vilket kunde leda till infertilitet för kvinnan samt problem i sexuella relationer, minskad möjlighet att få orgasm (Litorp, Franck & Almroth 2008; Safari 2013; Isman, Ekéus & Berggren

2013). Lundberg och Gereziher (2008) lägger även till att kvinnorna kunde uppleva extrem smärta och lidande från dessa komplikationer.

3.1.3 Kvinnornas syn på lagar

Efter att ha invandrat till Sverige kunde kvinnorna känna att lagen om könsstympning stöttade dem i sitt beslut om att skydda deras döttrar från att könsstympas (Berggren, Bergström & Edberg 2006). Ytterligare beskrivning i en studie av Ahlberg, Krantz, Lindmark & Warsame (2004) upplevde kvinnorna att lagen var dömande, inte bara mot traditionen som utövar könsstympning utan även mot kvinnorna som har blivit utsatta för detta. Detta gjorde att kvinnorna kände rädsla och skam över att vara könsstympad. Många somaliska kvinnor kände sig kränkta då de internationella lagarna som talar mot kvinnlig omskärelse fick kvinnorna att se ut som misshandlare, att lagarna var respektlösa mot deras mammor, samhället samt deras nation (Khaja, Kathy & Boys 2010). Kvinnorna hade delade åsikter om lagen mot könsstympningens alla typer, många upplevde det som en lättnad att det var förbjudet med reinfubulation efter att de har blivit snittade, deinfibulerade när de ska förlösa sina barn för de slapp obehaget att bli sydd igen. Andra tyckte att valet skulle finnas om kvinnan ville bli reinfibulerad efter förlossningen eller inte (Lundberg & Gereziher 2008). I en studie av Berggren, Bergström och Edberg (2006) beskrev kvinnorna att lagen orsakade psykiska som fysiska problem för de genom att förbjuda reinfubulation efter förlossningen då de kunde uppleva ångest och rädsla av att inte vara sydd och rädslan för infektion och smärta när kläderna skavde mot underlivet.

I två studier tog kvinnorna upp att de blivit reinfibulerade utan att tillfrågas vilket förvånade kvinnorna eftersom de antagit att det var förbjudet med reinfubulation i Schweiz och Sverige där kvinnorna var bosatta (Lundberg & Gereziher 2008; Thierfelder, Tanner & Kessler-Bodiang 2005)

3.2 Mötet med den västerländska sjukvården

3.2.1 Negativa erfarenheter

En studie tog upp att mötet mellan kvinnorna och sjukvården var det enda mötet med västerlänningar som kvinnorna hade när de kom till det nya landet. I hemlandet var nästan alla könsstympade, vilket inte var fallet i väst och detta framkallade en känsla av skam. Kvinnorna kunde se avsky i sjukvårdspersonalens ögon när dem såg att kvinnorna

var könsstympade och att sjukvårdspersonalen pratade över huvudet på kvinnorna. Kvinnorna kände att personalen såg ner på dem och inte visade respekt (Berggren, Bergström & Edberg 2006). Kvinnornas känslor i studien ovan kunde även styrkas i denna studie som redogjorde att sjukvårdspersonal yttrat sig på ett nedvärderande sätt till exempel. om deras kultur eller sett de med avsky i ögonen (Khaja, Kathy & Boys 2010).

Vid undersökningar visade sjukvårdspersonal ett överraskande alternativt chockerande uttryck som bidrog till att kvinnorna blev generade och kände skam över händelsen och en känsla av att de hade gjort något fel, detta ledde till att kvinnor drog sig från att söka sjukvård på grund av okunskapen hos läkare samt övrig hälso- och sjukvårdspersonal. Om en fråga kom om kvinnan var könsstympad, valde några kvinnor att inte svara på den (Vloeberghs et al. 2012; Correa-Velez & Ryan 2012; Khaja, Kathy & Boys 2010).

I en annan studie beskrev kvinnorna att de upplevt att läkare uppvisade förvåning och uttryck av chock när de såg att kvinnorna var könsstympade, läkarna ställde frågor om kvinnorna hade bränt sig eller råkat ut för en olycka (Thierfelder, Tanner & Kessler-Bodiang 2005). I andra studier tog kvinnorna upp hur de kände sig uttittade då vårdpersonalen och studenter kom för att se på könsstympningen (Khaja, Kathy & Boys 2010; Berggren, Bergström & Edberg 2006; Thierfelder, Tanner & Kessler-Bodiang 2005). Kvinnorna kände att sjukvårdspersonalen var mer intresserade av könsstympningen istället för att ge kvinnorna god omvårdnad (Khaja, Kathy & Boys 2010). I en ytterligare studie berättade kvinnorna hur de kände en känsla av skam när några av sjukvårdspersonalen tog med en kollega när kvinnorna blev undersökta, utan att fråga de utsatta kvinnorna om lov (Berggren, Bergstrom & Edberg 2006).

Okunskap hos sjukvården till exempel vid förlossning var oroväckande då dessa kvinnor antog att sjukvårdspersonalen hade kunskap om könsstympning och visste vad de skulle göra när det var dags för förlossningen men under förlossningen fick kvinnorna en chock när de upptäckte att sjukvårdaren inte snittat upp för att underlätta förlossningen. Kvinnorna kände sig otrygga och undrade varför sjukvårdspersonalen inte hade frågat om de genomgått en könsstympning (Berggren, Bergstrom & Edberg 2006). I en studie av Lundberg & Gerezgiher (2008) så menade kvinnorna att bristen på kunskap om könsstympning hos sjukvårdspersonal framkallade oro och rädsla.

3.2.2 Kommunikationen

Många kvinnor berättade om att mötet med sjukvården komplicerades på grund av att de inte kunde kommunicera med sjukvårdspersonalen utan en tolk (Abdullahi, Copping,

Kessel, Luck & Bonell 2009; Straus, McEwen & Mohammed Hussein 2009; Correa-Velez & Ryan 2012; Upvall, Mohammed & Dodge 2009). Studien av Correa-Velez och Ryan (2012) beskrev kvinnorna att tolken inte stannade så länge som kvinnorna behövde och ibland var det svårt att hitta lämpliga tolkar, vissa var unga och hade bristande kunskap om kvinnokroppen. Kvinnorna önskade att de kunde få kvinnliga tolkar för en ökad förståelse men det kom endast manliga. Många kvinnor kunde inte heller lita på att tolken översatt helt korrekt. En annan studie tog även upp att tolken inte ville översätta allt kvinnorna sa gällande könsstympling för de skämdes av det som togs upp (Upvall, Mohammed & Dodge 2009). Även i en annan studie så beskrev kvinnorna att tolken inte alltid vill översätta det som kvinnorna tar upp för att de upplevde det som en skam att prata om könsstympling (Abdullahi et al. 2009; Straus, McEwen & Mohammed Hussein 2009). I tre studier tog kvinnorna upp att språkförbistringar mellan sig själva och sjukvårdspersonal var ett problem på grund av att kvinnorna ej förstod termerna som användes i samtal med sjukvårdspersonalen (Upvall, Mohammed & Dodge 2009; Correa-Velez & Ryan 2012; Vloeberghs et al. 2012).

3.2.3 Positiva erfarenheter

En studie tog upp att kvinnorna har positiva bemötanden av sjukvården där dem kände att dem blivit bemötta med respekt och sjukvårdspersonalen hade goda kunskaper om könsstympling vilket var betryggande för kvinnorna, det var en trevlig och inbjudande miljö beskriver kvinnorna (Lundberg & Gereziher 2008). I en studie berättade kvinnorna om att de var imponerade av den moderna och rena miljön som de sett på sjukhusen de besökt och hur de kände sig trygga i den miljön. Att de blev bemötta med respekt och förståelse (Upvall, Mohammed & Dodge 2009). Kvinnorna tog även upp vikten av att träffa samma vårdgivare och att det gav en känsla av trygghet (Correa-Velez & Ryan 2012; Straus, McEwen & Mohammed Hussein 2009)

3.4 Metodologisk aspekt/undersökningsgrupp

3.4.1 Ålder

I fjorton artiklar så uppgavs deltagarnas ålder, 25-64år (Abdullahi et al. 2009), 24-73år (Berggren, Bergstrom & Edberg 2006), 12-44år (Correa-Velez, Ryan 2012), 19-46år (Isman, Ekeus & Berggren 2013), 20-79år (Khaja, Kathy & Boys 2010), 21-41år (Litorp, Franck & Almroth 2008), 30-50år (Lundberg, Gereziher 2008), 20-49år (Moxey, Jones 2016), 19-44år (Safari 2013), 16-35+år (Shabila, Saleh & Jawad

2014), 23-57år (Straus, McEwen & Mohammed-Hussein 2009), 16-36+år (Thierfelder, Tanner & Kessler-Bodiang 2005), 19-43år (Upvall, Mohammed & Dogde 2009), 18-69år (Vloeberghs et al. 2012).

Ahlberg et al. (2008) har ej angett deltagarnas ålder i sin studie.

3.4.2 Etnicitet

Alla artiklar i föreliggande studie anger att deltagarna härstammar från afrikanska länder där Somalia förekom flest gånger (Ahlberg et al. 2014; Abdullahi et al. 2009; Berggren, Bergstrom & Edberg 2006; Correa-Velez, Ryan 2012; Isman, Ekeus & Berggren 2013; Khaja, Kathy & Boys 2010; Litorp, Franck & Almroth 2008; Lundberg, Gerezgiher 2008; Moxey, Jones 2016; Safari 2013; Shabila, Saleh & Jawad 2014; Straus, McEwen & Mohammed-Hussein 2009; Thierfelder, Tanner & Kessler-Bodiang 2005; Upvall, Mohammed & Dodge 2009; Vloeberghs et al. 2012).

Eritrea och Sudan var vanligt förekommande ursprung (Berggren, Bergstrom & Edberg 2006; Correa-Velez, Ryan 2012; Litorp, Franck & Almroth 2008), andra länder som också ingår är Burundi, Liberia (Correa-Velez, Ryan 2012), Etiopien (Correa-Velez, Ryan 2012, Litorp, Franck & Almroth, 2008), Kenya, Sierra Leone, Gambia, Egypten och Kenya (Litorp, Franck & Almroth, 2008)

3.4.3 Antal

Antalet deltagare i de 11 kvalitativa artiklarna var 50st (Abdullahi et al. 2009), 95st (Ahlberg et al. 2004), 15st (Lundberg, Gerezgiher 2008), 22st (Berggren, Bergstrom Edberg 2006), 8st (Isman, Ekeus & Berggren 2013), 17st (Khaja, Kathy & Boys 2010), 10st (Moxey, Jones 2016), 9st (Safari 2013), 8st (Straus, McEwen & Mohammed-Hussein 2009), 23st (Upvall, Mohammed & Dodge 2009), 29st (Thierfelder, Tanner & Kessler-Bodiang 2005). Antalet deltagare i den artikeln med kvantitativ ansats var 40st (Litorp, Franck & Almroth 2008). Antalet deltagare i de tre artiklarna med både kvalitativ och kvantitativ ansats var 66st (Vloeberghs et al. 2012), 23st (Correa-Velez, Ryan 2012), 23st (Shabila, Saleh & Jawad 2014)

3.4.4 Utbildningsstatus

Nio artiklar har ej angivit utbildningsstatus på sina deltagare (Abdullahi et al. 2009; Ahlberg et al. 2004; Correa-Velez, Ryan 2012; Khaja, Kathy & Boys 2010; Litorp,

Franck & Almroth 2008; Lundberg, Gereziher 2008; Moxey, Jones 2016; Straus, McEwen & Mohammed-Hussein 2009; Upvall, Mohammed & Dodge 2009). I två studier tar de upp att deltagarna har en grundskola och/eller gymnasial utbildning (Safari 2013; Thierfelder, Tanner & Kessler-Bodiang 2005). I fyra artiklar tar de upp deltagarnas utbildningsnivå som är från grundskola till högskoleutbildning (Isman, Ekeus & Berggren 2013; Shabila, Saleh & Jawad 2014; Berggren, Bergstrom & Edberg 2006; Vloeberghs et al. 2012).

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Resultatet i föreliggande studie visar att kvinnorna kände att det fanns både positiva och negativa erfarenheter relaterat till könsstympningen, de positiva var kopplat till kultur och religion, de negativa var relaterat till de komplikationer som kunde uppstå.

Föreliggande studie visar även att kvinnorna kände att det fanns både positiva och negativa upplevelser gentemot västerländsksjukvård, övergripande känslor var negativa. Kvinnorna kände sig ofta exponerade, kränkta och de kände även skam i mötet med den västerländska sjukvården. Kvinnorna kände ofta att sjukvårdspersonalen inte förstod dem eller hade någon speciell kunskap om könsstympning, vilket framkallade rädsla och oro hos kvinnorna. Författarna i föreliggande studie kommer även ta upp den metodologiska aspekten där det visar sig att kvinnorna som härstammade från Somalia var överrepresenterade.

4.2 Resultatdiskussion

Fyra studier tar upp konsekvenserna för kvinnorna som ej genomgått könsstympning, hur de bedöms av samhället och deras blivande män. Det skulle innebära förnedring gentemot kvinnorna samt för deras familjer om maken såg att kvinnan ej genomgått könsstympning, då att ej vara könsstympad ansågs som onormalt (Safari 2013; Shabila, Saleh & Jawad 2014; Upvall, Mohammed & Dodge 2009; Berggren, Bergström & Edberg 2006). Ytterligare studie tar upp att kvinnorna berättade att de ansågs vara onormala av sina jämnåriga vänner om det hade kommit ut att dem inte var könsstympade (Ahlberg et al. 2004). Ovanstående studie styrks av en studie där de beskriver att en kvinna måste könsstympas för att ha en chans att bli gift eller få friska barn (Talle 2008). Katie Erikssons teori styrker också ovanstående studier genom att

tala om livslidande. Livslidande kan förekomma i olika former exempelvis, hot mot en individs existens, att begränsas i sitt vardagliga liv samt att kunna leva i den sociala samhörigheten (Katie Eriksson 1994).

Shabila, Saleh och Jawad (2014) samt Litorp, Franck och Almroth (2008) tar upp i sina studier att kvinnor beskrev positiva upplevelser av könsstympningen och det är kopplat till att den kulturella och religiösa gemenskapen de tillhör. Studierna ovan talar emot studien skriven av Abdulcadir, Rodriguez & Say (2014) där kvinnorna som genomgått könsstympning känner sig nedvärderade, förolämpade och bestulna på sina mänskliga rättigheter. Katie Erikssons teori talar både för och emot ovanstående studier då hon tar upp att livslidande är subjektiv (Katie Eriksson 1994). I en studie tar kvinnorna upp att familjens rykte sågs vara mer värt och respekterat än den enskilda kvinnans lidande och rättigheter (Isman, Ekéus och Berggren 2013). Abdulcadir, Rodrigues och Say (2014) tar också upp detta, att kvinnorna som genomgått könsstympning känner sig förödmjukade och bestulna på sina rättigheter som kvinna. Vilket även Katie Eriksson belyser i sin teori genom att tala om livslidande och att det innebär lidande kopplat till ett liv som individer valt att leva efter, det är individuellt och kan inte uppfattas eller tolkas fullt ut av andra (Wiklund 2010). Författarna i föreliggande studie anser att varje individ har rätt till självbestämelse och att varje människas lidande är individuellt och subjektivt. Safari (2013), Shabila, Saleh och Jawad (2014) Upvall, Mohammed och Dodge (2009) samt Berggren, Bergström och Edberg (2006) förklarar i sina studier att kvinnor tar upp att det skulle vara en skam att inte vara könsstympad, främst för sina blivande män, då detta sågs i deras seder som onormalt. Studien ovan styrks av Talle (2008) att könsstympning för dessa kvinnor innebär att kunna gifta sig och bilda familj, de skulle vara accepterade av deras blivande män. Att vara gift och bli mamma har en hög social status för den kulturella gemenskapen.

En överrensstämmelse som fanns i resultatet i de inkluderade artiklarna och det var angående okunskapen och de förutfattade meningarna från den västerländska sjukvårdspersonalen, det fick kvinnorna att känna skam samt skuld som att de hade gjort något fel (Vloeberghs et al. 2012; Correa-Velez, Ryan 2012; Khaja, Kathy & Boys 2010). Detta är inte enhetligt med sjuksköterskans ansvarsområden enligt ICN då dessa säger att sjuksköterskan skall minska lidande och främja hälsa. Sjuksköterskans etiska koder talar även om att sjuksköterskan skall bidra till en god omgivning när det talas om

rättigheter för människan, dess värderingar samt traditioner hos individer samt samhället. Sjuksköterskan har även ansvar för att individer samt att patienter får god samt tillfredsställande förklaringar på ett bildande sätt, detta skall då vara som grund för godkännande av behandling och omvårdnad. Integritet, respekt, empati samt pålitlighet är de professionella uppgifterna sjuksköterskan skall visa och tillämpa (Svensk sjuksköterskeförening 2012). Detta bekräftas även av Katie Erikssons teori om att det är viktigt för patienten att känna värdighet i sin situation som vårdtagare för att detta är en grund i hälsoprocessen. Kränkning i alla former innebär lidande för patienten samt förolämpning för dennes ställning. Sjukvårdarens uppgift omfattar att kunna ge patienten en trygg och likvärdig vård även när vården är bristfällig. Sjuksköterskor skall eliminera vårdlidande relaterat till sjukdom eller behandling (Katie Eriksson 1994). Författarna i föreliggande studie anser att mötet med patienten skall innebära trygghet och känsla av gemenskap samt ett minskat vårdlidande, samt att vid möte med kvinnor som genomgått könsstympling skall vårdpersonalens egna värderingar läggas åt sidan och istället agera professionellt.

Positiva erfarenheter av sjukvårdspersonalen tas upp i en studie, att kvinnorna kände sig väl bemötta, med respekt samt goda kunskaper om ämnet hos sjukvårdspersonalen, kvinnorna kände att de då var i trygga händer (Lundberg & Gerezgiher 2008). I en annan studie skriven av Upvall, Mohammed och Dodge (2009) tar kvinnorna upp att i mötet med västerländsk sjukvård kände de trygghet och förståelse från sjukvårdspersonalen. Studierna ovan styrks av Goldenstein (2014) där det beskrivs, att arbeta som sjuksköterska med kvinnor som genomgått könsstympling innebär att denna sjuksköterska skall undervisa samt skapa en god relation och kontakt med dessa kvinnor. Katie Eriksson bekräftar detta med sin teori att det har en stor betydelse vilken syn sjukvårdspersonalen har på lidande för att kunna få patienten känna meningsfullhet i den. Genom att avvisa lidande så förnekar sjukvårdspersonalen vissa delar av livet samt patientens möjligheter till att kunna bli hel som människa. Sjukvårdspersonalen skall kunna se till det goda och det onda i en individs lidande (Katie Eriksson 1994). Författarna i föreliggande studie reflekterar över att inför möte med dessa kvinnor är kunskap om könsstympling samt kunna bekräfta kvinnornas upplevelse av lidande och detta resulterar i att kvinnorna kände trygghet och kände sig väl omhändertagna. I studierna av Lundberg och Gerezgiher (2008) tog de upp hur kvinnorna blivit reinfibulerade utan att dem har blivit tillfrågade och dem reagerade

förvånat då dem trodde att reinfibulation var förbjudet i Sverige. Enligt Svensk lag (SFS 1982:316) är det förbjudet att utföra ingrepp som syftar på att könsstympa kvinnan eller att genomföra permanent förändring. Detta bekräftas även av Widmark, Levál, Tishelman och Ahlberg (2010) att sjukvårdspersonalen har bristande kunskap och direktiv i mötet med dessa kvinnor. Detta styrks av Berggren, Bergström och Edberg (2006) och Ahlberg et al. (2004) studier att sjukvårdspersonalen inte använde sig av kvinnornas kunskap om ämnet, detta fick kvinnorna att känna sig osedda och ej hörda. Katie Eriksson (1994) styrker även detta genom att förklara att inte se människan innebär att förolämpa dennes värdighet och framkallar då ett lidande som skall förhindras av sjukvårdspersonalen. Studien av Ahlberg et al. (2008) upplevde kvinnorna att lagen var dömande av deras tradition. Studierna ovan styrks av en studie som talar om att kvinnorna upplever att lagen beskriver dem som barnmisshandlare då kvinnorna låtit sina barn bli stympade och det ansågs vara respektlöst mot deras mammor samt traditioner och seder (Khaja, Kathy & Boys 2010).

Författarna i föreliggande studie anser att i en god omvårdnad ingår det att sjukvårdaren ska få patienten och känna sig trygg i sin omvårdnad, dessa kvinnor upplevde skam att ha blivit utsatt av en sådan tradition och dem upplevde att lagen inte skyddar de utan att den beskriver dem som något främmande vilket inte är fallet i deras länder och deras lagar. Lundberg och Gerezghier (2008) tar upp att bristen på kunskap om könsstympning hos sjukvårdspersonalen får de utsatta kvinnorna att känna oro och rädsla. Denna okunskap bekräftas av Tamaddon, Johnsdotter, Liljestränd och Essén (2006) då de tar upp i studien att hälso- och sjukvårdspersonal önskar fler riktlinjer, utbildningar samt dagslånga möten om kvinnlig könsstympning. Berggren, Bergström och Edberg (2006) tar upp att okunskapen om deinfibulation som sjukvårdspersonalen visade vid exempelvis förlossning, skapade oro hos kvinnorna som genomgått könsstympning då sjukvårdspersonalen inte visste hur de skulle agera när det var dags att förlösa kvinnan. Kvinnorna kände rädsla när de insåg att de ej hade blivit deinfibulerade. Relph, Inmandar, Singh och Yoong (2013) tar upp att ca en tredjedel av deltagarna i studien kände till att deinfibulation skulle ske innan förlossningen, dock så hade resterande ingen eller begränsad kunskap om när deinfibulation skulle ske. I studierna skrivna av Upvall, Mohammed och Dodge et al. (2009), Correa-Velez och Ryan (2012), Vloeberghs et al. (2012) tar de upp att språkförbistringar mellan sig själva och sjukvårdspersonal var ett problem på grund av att kvinnorna ej förstod termerna som användes i samtal med sjukvårdspersonal. Detta tar även Kap lan-Marcusan,

Toran-Monserrat, Morreno-Navarro, Fábregas & Ortiz-Muñoz (2006) upp och menar att sjukvårdspersonalen skall kommunicera pedagogisk gentemot dessa kvinnor då de är känsliga. Omvårdnadsteoretikern Katie Eriksson styrker detta genom att ta upp att själsligt och andligt lidande framkallar känsla av skam, skuld och förnedring på grund av patientens situation eller sjukdom (Katie Eriksson 1994). Författarna i föreliggande studie anser kvinnorna är i en utsatt situation när dem söker vård på grund av komplikationer framkallat av könsstymningen. Att anpassa språket samt attityden kan lindra deras lidande.

4.2.1 Diskussion om de invalda artiklarnas undersökningsgrupp

Polit & Beck (2016) tar upp att syftet med många kvalitativa studier är att utforska, avslöja flertal verkligheter, inte att generalisera en hel population. Kvalitativa forskare inkluderar deltagare som är intressanta för forskningens ändamål. Ett bra inklusionskriterie är om deltagarna har upplevt det aktuella forskningsämnet. Polit och Beck (2016) tar upp att syftet med kvantitativa studier är att genom statistik komma till en generell slutsats.

Fjorton av de inkluderade artiklarna hade ett åldersspann mellan 25-64år (Abdullahi et al. 2009), 24-73år (Berggren, Bergstrom & Edberg 2006), 12-44år (Correa-Velez, Ryan 2012), 19-46år (Isman, Ekeus & Berggren 2013), 20-79år (Khaja, Kathy & Boys 2010), 21-41år (Litorp, Franck & Almroth 2008), 30-50år (Lundberg, Gerezgiher 2008), 20-49år (Moxey, Jones 2016), 19-44år (Safari 2013), 16-35+år (Shabila, Saleh & Jawad 2014), 23-57år (Straus, McEwen & Mohammed-Hussein 2009), 16-36+år (Thierfelder, Tanner & Kessler-Bodiang 2005), 19-43år (Upvall, Mohammed & Dogde 2009), 18-69år (Vloeberghs et al. 2012). I artiklar där åldersspann förekommer anser författarna i föreliggande studie som en styrka för dessa artiklar, då de olika erfarenheterna av könsstymning relaterat till de olika åldrarna framkommer. Polit & Beck (2016) tar upp genom att variera deltagare innebär en möjlighet att inkludera individer med olika åsikter. En artikel (Ahlberg et al. 2008) har valt att ej ha med deltagarnas ålder i sin studie, detta anser författarna i föreliggande studie som en svaghet för artikeln, då det är oklart vilken ålder det var på deltagarna och deras eventuella erfarenheter av könsstymning relaterat till ålder. Samtliga artiklar i föreliggande studie tar upp deltagarnas etnicitet i de inräknade artiklarna där Somalia förekom främst. Författarna i föreliggande studie ser detta som en styrka för dessa artiklar, att kunna se i vilket land

könsstypning främst förkommer samt att kunna dra slutsatser att de länder där de utförs mest är representerade i dessa studier, vilket ger styrka till de utvalda artiklarnas tillförlitlighet. Enlig Polit & Beck (2016) så är upprepningar av olika mätningar i studier ett sätt att öka tillförlitligheten. I de resterande tre artiklarna tar de även upp att Eritrea, Sudan, Burundi, Liberia, Kenya, Sierra Leone, Gambia Egypten och Kenya är länder där könsstypning också förekommer, dock ej lika ofta. Detta anser författarna i föreliggande studie som en svaghet i artiklarna och minskar tillförlitligheten då det endast är få artiklar som talar om fler länder än bara Somalia.

Antalet deltagare i de 11 kvalitativa artiklarna var 50st (Abdullahi et al. 2009), 95st (Ahlberg et al. 2004), 15st (Lundberg, Gereziher 2008), 22st (Berggren, Bergstrom Edberg 2006), 8st (Isman, Ekeus & Berggren 2013), 17st (Khaja, Kathy & Boys 2010), 10st (Moxey, Jones 2016), 9st (Safari 2013), 8st (Straus, McEwen & Mohammed-Hussein 2009), 23st (Upvall, Mohammed & Dodge 2009), 29st (Thierfelder, Tanner & Kessler-Bodiang 2005). Antalet deltagare i den artikeln med kvantitativ ansats var 40st (Litorp, Franck & Almroth 2008). Antalet deltagare i de tre artiklarna med både kvalitativ och kvantitativ ansats var 66st (Vloeberghs et al. 2012), 23st (Correa-Velez, Ryan 2012), 23st (Shabila, Saleh & Jawad 2014). Författarna i föreliggande studie ser det som en styrka att ha många deltagare då ju fler deltagare desto större och mer omfattande resultat i artiklarna. De artiklar som hade färre deltagare anser författarna i föreliggande studie som en svaghet då det är en mindre mängd deltagare och då inte är lika tillförlitligt. Polit och Beck (2016) tar upp att det finns inga några specifika regler på hur stor en forskningsgrupp skall vara, dock så ökar tillförlitligheten i resultatet om gruppen är stor.

Övergripande artiklar har inte tagit upp utbildningsstatus som fanns hos deltagarna medans resterande artiklar har angivit att deras deltagare har grundskoleutbildning till högskoleutbildning. Författarna i föreliggande studie anser att det är en svaghet att artiklarna inte har med utbildningsstatus då det kan vara en viktig del i studien och att det kan visa hur mycket deltagarna kan och vilken kunskap de besitter. Polit och Beck (2016) menar att deltagarnas olika kunskap ökar resultatets trovärdighet.

4.3 Metoddiskussion

Studien är en beskrivande litteraturstudie med anledning till att vara till ändamålsenlig i relation till litteraturstudiens frågeställningar och syfte. Polit och Beck (2016) tar upp att en litteraturstudie är en översikt av befintlig forskning och gör det möjligt att utföra nya studier samt att kunna hitta kunskapsluckor eller självmotsägelse inom det utvalda forskningsområdet. För att få en uppfattning inom forskningsområdet samt för att hitta artiklar till litteraturstudiens resultat användes databaserna PubMed och Cinahl. Då dessa databaser innehåller studier och artiklar som fokuserar på omvårdnadsvetenskap och hälsa ansåg författarna till föreliggande studie att de var mest relevanta eftersom att denna litteraturstudie har störst fokus på omvårdnad (Polit & Beck 2016).

Sökorden som användes i studien var (Female genital mutilation) AND culture) AND care, (female genital mutilation) AND care, Female genital cutting, Female genital mutilation care and experience, Circumcision, Female AND care AND experience då dessa var relevanta för studiens syfte och frågeställningar. Antal träffar författarna fick på dessa sökord var 406st titlar lästes och lämnade kvar 15 artiklar som svarade på studiens syfte och frågeställningar. Enligt Polit och Beck (2016) har antalet artiklar en stor betydelse för tillförlitligheten, då fler artiklar kan ha samma innehåll.

De artiklar som handlade om sjukvårdspersonalens möte med kvinnor som genomgått könsstympning exkluderades samt artiklar som bara behandlar förebyggande arbete för att förhindra kvinnlig könsstympning exkluderades då de ej svarade på syfte eller frågeställningar. För att begränsa antalet träffar och specificera sökningarna använde författarna i föreliggande studie först inklusionskriterier där artiklarna inte fick vara mer än 10år gamla. På grund av att det inte är ett så forskat område, samt att det ej finns ny forskning valdes inklusionskriterierna att artiklarna kunde vara 12år gamla istället. Denna inklusionskriterie valdes för att begränsa samt få fram artiklar som svarar på studiens syfte och frågeställningar samt för att utöka resultatet i sökningarna.

Författarna i föreliggande studie anser att nackdelarna med att begränsa årtal på artiklar är att andra artiklar missas. Fördelarna med detta är att det blir en mer specifik sökning och att nyaste forskning kommer fram och ger en mer aktuell bild över ämnet idag.

Bristen på kvalitativa artiklar sågs som en nackdel i studien. Då det begränsade antalet artiklar i de olika sökningarna valde författarna att ha med både kvalitativa och kvantitativa artiklar, konsekvenserna som kan uppstå är att författarna i föreliggande

studie ej får med tillräckligt om kvinnornas egna upplevelser och erfarenheter. Författarna i föreliggande studie ser även detta som en fördel då en bredare syn på kvinnornas upplevelser visas genom statistik och tabeller.

Författarna i denna studie tycker att kvalitativa studier svarar på studiens syfte då dessa består av enskilda intervjuer. Tio av artiklarna var av kvalitativ ansats då författarna i föreliggande studie vill ta reda på den individuella erfarenheter. Författarna i föreliggande studie har även använt sig av en kvantitativ artikel, då de vill se genom statistik och tabeller hur många kvinnor som drabbas och av vilken typ av könsstympning de utsattes för. Författarna i föreliggande studie har även använt sig av fyra artiklar som hade både kvalitativ och kvantitativ ansats. Kvantitativa artiklar handlar om att det resultat forskarna kommit fram till redovisas i tabell samt statistik och de eventuella intervjuerna är strukturerade.

Ytterligare en inklusionskriterie var att artiklarna skulle innehålla erfarenheter av att leva med könsstympning samt erfarenheter av den västerländska sjukvården, i denna studie var deltagarnas ålder 18-79år. Den föreliggande studiens dataanalysmetod genomfördes på ett ordnat och välplanerat sätt. De utvalda artiklarna analyserade författarna först var för sig och sedan tillsammans, detta för att få en helhetsbild av artiklarna samt för att undvika att påverkas av varandras tydningar. Efter att ha läst igenom artiklarna var för sig men även tillsammans placerades alla artiklar i en tabell för att lättare kunna se likheter och skillnader i de olika studierna. Färgkoder användes för att markera likheter och skillnader samt kategorisera genom färgerna, detta för att genom färgkodning är det lättare att strukturera upp resultat, likheter och skillnader i de olika studierna (Polit & Beck 2016). Författarna i föreliggande studie kunde ej se nackdelar med att använda sig av färgkoder.

4.4 Kliniska implikationer

Katie Eriksson tar upp att vårdlidande kan ske i form av kränkning av patienten, det kan exempelvis vara att sjukvårdaren möter kvinnorna för första gången. Okunskap och rädsla hos västerländsk sjukvård för det främmande kan skapa oro och rädsla hos de kvinnor som har genomgått könsstympning, på grund av detta utsätts kvinnorna för ett vårdlidande. På grund av bristande erfarenhet kan sjukvårdspersonalen visa ett chockerat uttryck i mötet med dessa kvinnor vilket kan få kvinnan att känna sig

nedvärderad och uttittad. Föreliggande studie ger kunskap till sjukvården om kvinnornas upplevelser och erfarenheter av könsstympningen, vilket då kan underlätta för sjukvårdspersonalen att tillämpa god omvårdnad i mötet med dessa kvinnor.

4.5 Förslag för fortsatt forskning

Denna studie visar att det finns mycket forskning om vad könsstympning är för något och hur många som drabbas. I föreliggande studie visar det att det finns förutfattade meningar och dömande blickar när västerländsk sjukvård möter kvinnor som genomgått könsstympning. För att öka förståelse och kunskap inom ämnet hos sjukvårdspersonal i västvärlden skulle detta kunna leda till minskad skam samt känslan av nedvärdering hos dessa kvinnor. Författarna i föreliggande studie anser att ökad forskning med kvalitativ ansats behövs då kvinnornas egna upplevelser och erfarenheter är av intresse.

4.6 Slutsats

Kvinnorna som genomgått könsstympning har både positiva och negativa erfarenheter av att vara könsstympad. Vid mötet med västerländsk sjukvård visar studier att rädsla och oro kan uppstå hos kvinnor som genomgått könsstympning. I de flesta studier tar kvinnorna upp bristen på kunskap samt skammen de känner vid mötet med västerländsk sjukvård relaterat till ingreppet samt komplikationer. De positiva erfarenheter kvinnorna hade i mötet med sjukvården var att de kände sig bemötta med respekt av sjukvårdspersonalen som hade goda kunskaper om könsstympning. Genom ökad kunskap hos sjukvårdspersonal kommer kvinnornas oro och rädsla succesivt minska i de länder där könsstympning ej förekommer.

5. Referenser

*Resultatet bygger på utvalda artiklar

Abdulcadir, J., Rodriguez M. I. & Say, L. (2014) Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis: *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122, ss. 294–303. DOI: 10.1111/1471-0528.13217

*Abdullahi, A., Copping, J., Kessel, A., Luck, M. & Bonell, C. (2009) Cervical screening: Perceptions and barriers to uptake among Somali women in Camden. *Public health*. 123(10), ss. 680-685. DOI: 10.1016/j.puhe.2009.09.011

*Ahlberg, B.M., Krantz, I., Lindmark, G., & Warsame, M. (2004). 'It's only a tradition': making sense of eradication interventions and the persistence of female 'circumcision' within a Swedish context. *Critical Social Policy*. 24(1), ss. 50-78. DOI: 10.1177/0261018304039679

Almroth, L. (2008) Komplikationer vid könsstympning. Berggren, V. & Franck, M. (red.) *Kvinnlig könsstympning*. Malmö: Studentlitteratur. ss. 87-97

*Berggren, V., Bergström, S., & Edberg, A-K. (2006). Being Different and Vulnerable: Experiences of Immigrant African Women Who Have Been Circumcised and Sought Maternity Care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(1), ss. 50-57. DOI: 10.1177/1043659605281981

Bjälkander, O. (2008) Att bli en fullvärdig kvinna. Berggren, V. & Franck, M. (red.) *Kvinnlig könsstympning*. Malmö: Studentlitteratur. ss. 33-43

Cappon, S., L'Ecluse, C., Clays, E., Tency I. & Leye E. (2015) Female genital mutilation: Knowledge, attitude and practices of Flemish midwives. *Midwifery*, 31(3) ss. 29–35. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.11.012> 0266-6138/&

*Correa-Velez, I. & Ryan, J. (2012). Developing a best practice model of refugee maternity care. *Women Birth: journal of the Australian college of Midwives*, 25(1), ss. 13-22. DOI: 10.1016/j.wombi.2011.01.002

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

Franck, M. (2010) *Multikulturell kvinnohälsa - med fokus på gynekologi och obstetrik*. Stockholm.

Goldenstein, R.A. (2014) Female Genital Cutting: Nursing Implications. *Journal of Transcultural Nursing*, 25, ss. 95-101. DOI: 10.1177/1043659613493441
tcn.sagepub.com

International Council of Nurses Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:S Etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf [2016-04-23]

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 Gynecology International*, 13, ss. 1–9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/785148>

*Isman, E., Ekéus, C., & Berggren, V. (2013). Perceptions and experiences of female genital mutilation after immigration to Sweden: An explorative study. *Sexual & Reproductive Health*, 4(3), ss. 93-98. DOI: 10.1016/j.srhc.2013.04.004

Jacoby, S. D. & Smith, A. (2013). Increasing Certified Nurse-Midwives' Confidence in Managing the Obstetric Care of Women with Female Genital Mutilation/Cutting. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58, ss. 451–45. DOI:10.1111/j.1542-2011.2012.00262.x

Kaplan-Marcusan, A., Toran-Monserrat, P., Moreno-Navarro, J., Fábregas, M-J. C. & Ortiz-Muñoz, L. (2009). Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence. *BMC Health Services Research*, 15(9) DOI: 10.1186/1472-6963-9-11

*Khaja, K., Kathy, L. & Boys, S. (2010). Female Circumcision: Towards an Inclusive Practice of Care. *Health Care for Women International*, 31(8), ss. 686-699. DOI: 10.1080/07399332.2010.490313

Krásá, K. (2010). Human rights for women: the ethical and legal discussion about Female Genital Mutilation in Germany in comparison with other Western European countries. *Med Health Care and Philos*, 13(3), ss. 269-278.

*Litorp, H., Franck, M. & Almroth, L. (2008). Female genital mutilations among antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden. *Acta obstetrician et Gynecologica scandinavica*, 87(7), ss. 716-722. DOI: 10.1080/00016340802146938

*Lundberg, P.C & Gereziher, A. (2008). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden: *Department of Public Health and Caring Sciences*, 24(2), ss. 214-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2006.10.003>

*Moxey, J.M., & Jones, L. (2015). A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England. *BMJ Open*, 7(6). DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009846.

Nationalencyklopedin 2016.

<http://www.ne.se.webproxy.student.hig.se:2048/uppslagsverk/encyklopedi/lång/västerlandet> (hämtad 2016-09-29)

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

Polit, D.F & Beck C.T. (2016). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*.

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 & Gynecology and Reproductive Biology*, 168(2), ss. 195-198. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2013.01.004

Resiel, D & Creighton S.M. (2014). Long term health consequences of Female Genital Mutilation (FGM). *Department of Women's Health*, 80, ss. 48-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.10.009>

*Safari, F. (2013). A qualitative study of women's lived experience after deinfibulation in the UK. *Midwifery*, 29(2), ss. 154-158. DOI: 10.1016/j.midw.2011.12.005

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

*Shabila, N., Saleh, A.M. & Jawad, R.K. (2014). Women's perspectives of female genital cutting: Q-Methodology. *BMC Women's Health*, 14(11).DOI: 10.1186/1472-6874-14-11

*Socialstyrelsen (2016). Kvinnlig könsstympning – ett stöd för hälso- och sjukvårdens arbete. Stockholm: Kopiecenter.

*Straus, L., McEwen, A. & Mohammed Hussein, F. (2009). Somali women's experience of childbirth in the UK: Perspectives of Somali health workers. *Midwifery*, 25(2), ss. 181-186. DOI: [10.1016/j.midw.2007.02.002](https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.02.002)

Talle, A. (2008). Kulturellt och historiskt sammanhang. Berggren, V. & Franck, M. (red.) *Kvinnlig könsstympning*. Malmö: Studentlitteratur. ss. 13-27

Tamaddon, L., Johnsdotter, S., Liljestrand, J. & Essén, B. (2006). Swedish Health Care Providers' Experience and Knowledge of Female Genital Cutting. *Health Care for Women International*, 27(8), ss. 709-722. DOI: 10.1080/07399330600817741

*Thierfelder, C., Tanner, M., & Kessler Bodiang, C.M.(2005). Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public health*, 15(1), ss. 86-90. DOI: 10.1093/eurpub/cki120

*Upvall, M. J., Mohammed, K. & Dodge, P.D. (2009). Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circumcision in the United States: A focus group approach. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), ss. 360-368. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.04.009

*Vloeberghs, E., van der Kwaak, A., Knipscheer, J. & van den Muijsenbergh, M. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health*, 17(6), ss. 677-695. DOI: 10.1080/13557858.2013.771148

WHO (2016) *Female genital mutilation*. New York: UNICEF.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/> [2016-04-13]

Widmark, C., Levál, A., Tishelman, C., & Ahlberg, B.M. (2010). Obstetric care at the intersection of science and culture: swedish doctors' perspectives on obstetric care of women who have undergone female genital mutilation, *Journal of obstetrics and Gynaecology*, 30(6), ss. 553-558. DOI: 10.3109/01443615.2010.484110

Wiklund, L. (2010). Lidande – en del av människans liv. Friberg, F. & Öhlén, J. (red.) *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt*. Kristianstad: Studentlitteratur, ss. 295-324.

Zurynski, Y., Sureshkumar, P., Phu, A. & Elliott, E. (2015). Female genital mutilations and cutting: a systematic literature review of health professional's knowledge, attitude and clinical practice. *BMC International Health and Human Rights*, 15(32).DOI 10.1186/s12914-015-0070-

Tabell 2. Bilaga 1. Sammanfattning av de utvalda artiklarnas författare + publiceringsår, titel, design, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod.

Författare. utg. år.	Titel	Design & Ansats	Urvalsmetod & Undersökningsgrupp	Datainsamlingsmetod	Dataanalysmetod
Abullahi et al. (2009) England	Cervical screening: Perceptions and barriers to uptake among Somali women in Camden	Beskrivande design Kvalitativ ansats	Snöbollsmetoden Ålder: 25-35år (20%), 36-45år (28%), 46-55år (28%), 56-64år (24%). Etnicitet: Somalia Antal: 50st Utbildning: ej definierat	Intervjuer	Tematisk analys
Ahlberg et al. (2004) Sverige	‘It’s only a tradition’: making sense of eradication interventions and the persistence of female ‘circumcision’ within a Swedish context	Beskrivande design Kvalitativ ansats	Delvis slumpmässigt urval Ålder: framkommer ej Etnicitet: Somalia Antal: 95st Utbildning: ej definierat	Inspelade intervjuer och gruppdiskussioner	Innehållsanalys

Författare. utg. år.	Titel	Design & Ansats	Urvalsmetod & Undersökningsgrupp	Datainsamlingsmetod	Dataanalysmetod
Berggren & Bergström (2006) Sverige	Being Different and Vulnerable: Experiences of Immigrant African Women Who Have Been Circumcised and Sought Maternity Care in Sweden	Utforskande design Kvalitativ ansats	Snöbollsmetoden Ålder: 24-73år Etnicitet: Somalia, Eritrea & Sudan Antal: 22st <i>Utbildning</i> Lågutbildade: 13st. Mellanstadiet utbildning: 5st Universitetsutbildning: 3st.	Intervjuer	Innehållsanalys
Correa-Velez & Ryan (2010) Australia	Developing a best practice model of refugee maternity care	Beskrivande design och crossover design Kvalitativ och kvantitativ ansats	Bekvämlighetsurval Ålder: 14-41 år Etnicitet: Sudan (52%), Somalia (14%), Burundi (8%), Liberia (7%), Etiopien (5%), Kenya (5%), Sierra Leone (4%), annat (5%) Antal: 23st kvinnor Utbildning: ej definierat	Information från journaler, intervjuer samt enkätinsamling	Tematisk analys Ingående analys

Författare. utg. år.	Titel	Design & Ansats	Urvalsmetod & Undersökningsgrupp	Datainsamlingsmetod	Dataanalysmetod
Isman, Ekéus & Berggren (2013) Sverige	Perceptions and experiences of female genital mutilation after immigration to Sweden: An explorative study	Induktiv design Kvalitativ ansats	Bekvämlighetsurval Ålder: 19-46år Etnicitet: Eritrea, Somalia, Djibouti & Etiopien Antal: 8st <i>Utbildningsstatus</i> Högstadietutbildning: 2st Högskoleutbildning: 1st	Intervjuer	Innehållsanalys
Khajja et al. (2010) USA	Female circumcision: Toward an inclusive practice of care	Utforskande design Kvalitativ ansats	Bekvämlighetsurval Ålder: 20-79år Etnicitet: Somalia Antal: 17st Utbildning: ej definierat	Intervjuer	Explorativ dataanalys

Författare. utg. år.	Titel	Design & Ansats	Urvalsmetod & Undersökningsgrupp	Datainsamlingsmetod	Dataanalysmetod
Litorp et al. (2008) Sverige	Female genital mutilation among antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden	Observation design Kvantitativ ansats	Bekvämlighetsurval Ålder: 24-44år Etnicitet: Somalia, Eritrea, Gambia, Egypten, Etiopien & Kenya Antal: 40 st Utbildning: ej definierat	Frågeformulär samt gynekologisk undersökning.	Beskrivande statistik
Lundberg & Gerezgiher (2008) Sverige	Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden	Ethnografisk design Kvalitativ ansats	Snöbollsmetoden Ålder: 31-45år Etnicitet: Eritrea Antal: 15st Utbildning: ej definierat	Inspelade intervjuer	Tematisk analys

Författare. utg. år.	Titel	Design & Ansats	Urvalsmetod & Undersökningsgrupp	Datainsamlingsmetod	Dataanalysmetod
Moxey & Jones (2015) England	A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England	Beskrivande utforskande design Kvalitativ ansats	Bekvämlighetsurval Ålder: 20-49år Etnicitet: Somalia Antal: 10st Utbildning: Ej definierat	Semistrukturerade intervjuer	Tematisk analys
Safari et al. (2011) Storbritanien	A qualitative study of women's lived experience after deinfibulation in the UK	Utforskande design Kvalitativ ansats	Bekvämlighetsurval Ålder: 19-44år Etnicitet: Somalia, Eritrea Antal: 9st Utbildning: 50% hade ingen formell utbildning.	Semistrukturerade intervjuer, som spelades in samt noteringar.	Fenomenologisk analysmetod.

Författare. utg. år.	Titel	Design & Ansats	Urvalsmetod & Undersökningsgrupp	Datainsamlingsmetod	Dataanalysmetod
Shabila et al. (2014) Irak	Women's perspectives of female genital cutting: Q-methodology	Q-methodology design Kvantitativ och kvalitativ ansats	Bekvämlighetsurval Ålder: 16-34år Etnicitet: Erbil-Irak Antal: 29st <i>Utbildning</i> Analfabeter: 3st Grundskoleutbildning: 6st Gymnasieutbildning: 6st 2årig eftergymnasial utbildning: 9st 4st eftergymnasial utbildning: 5st.	Enkät	Kvasi-normalfördelning Explorativ dataanalys
Straus et al. (2007) Storbritannien	Somali women's experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers	Etnografisk ansats Kvalitativ ansats	Bekvämlighetsurval Ålder: 23-57år Etnicitet: Somalia Antal: 8st Utbildning: ej definierat	Djupgående intervjuer, semistrukturerade	Tematisk analys

Författare. utg. år.	Titel	Design & Ansats	Urvalsmetod & Undersökningsgrupp	Datainsamlingsmetod	Dataanalysmetod
Thierfelder, Tanner & Kessler Bodiang (2005) Schweiz	Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system	Utforskande design Kvalitativ ansats	Slumpmässigt urval Ålder: 16-36år Etnicitet: Somalia & Eritrea Antal: 29st <i>Utbildning</i> Grundskoleutbildning: 13st Gymnasieutbildning: 9st	Gruppdiskussioner och intervjuer blev inspelade	Innehållsanalys
Upvall et al. (2008) USA	Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circumcision in the United states: A focus group approach.	Observations design Kvalitativ ansats	Bekvämlighetsurval Ålder: 19-43år Etnicitet: Somalia Antal: 23st Utbildning: ej definierat	Kompletterande intervjuer som genomfördes av läkare.	Tematisk analys
Vloeberghs et al. (2012) Nederländerna	Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands	Mixed method design. Kvantitativ och kvalitativ ansats	Bekvämlighetsurval Ålder: 18-69år Etnicitet: Somalia, Sierra Leone, Sudan, Eritrea & Etiopien Antal: 66st <i>Utbildning</i> Ingen/grundskoleutbildning:9st ,Gymnasieutbildning: 24st Efter gymnasial utbildning:23st	Semistrukturerade intervjuer samt strukturerade intervjuer	Innehållsanalys samt Chi-två test, Fisher's exact test eller T-test

Tabell 3.bilaga 2. Sammanställning av artiklarnas författare, syfte samt resultat.

Författare	Syfte	Resultat
Abullahi et al.	Att utforska hinder samt metoder för att kunna öka antalet cervixscreeningar hos Somaliska kvinnor som genomgått könsstympning	Kunskapen hos de Somaliska kvinnorna om varför cervixscreening skulle utföras var begränsat. Brist på förståelse för riskfaktorer om man ej genomförde screeningen. Möjliga lösningar på okunskapen och erfarenheter var att utbildning och information om cervixscreening på Somaliska skulle utföras. Detta för att kunna uppmuntra de Somaliska kvinnorna till att utföra screening.
Ahlberg et al.	Kontrollera varför kvinnlig könsstympning fortsätter att utföras trots ingripande om att avsluta dessa operationer, samt invandringen av individer till länder där könsstympning ej förekommer.	Kvinnorna i studien hade delade åsikter i ämnet, vissa kände att väst såg ner på deras tradition som i hemlandet ansågs som deras stolthet. Andra tyckte att det var bra att dem fick äntligen prata och berätta om deras upplevelse för det hade varit tabu tidigare. Likväl så blev det delade meningar angående lagen om könsstympning. Många tyckte att det var bra att det var bra att lagen fanns för att skydda deras döttrar andra menade att man kan göra det i andra länder som Kanada och USA för där är det inte förbjudit.
Berggren & Bergström	Undersöka mötet mellan kvinnor från Somalia som genomgått könsstympning och mötet med den svenska hälso- och sjukvården.	Kvinnorna kände sig uttittade, underlägsna samt att kvinnorna kände sig inte hörda av sjukvårdspersonalen som heller inte hade kunskap om könsstympning. Språkförbristningar och nedsatt tillgänglighet för tolk komplicerar.
Correa-Velez & Ryan	Granska vilka förhållanden som påverkar värdet på en god mödravård för invandrarkvinnor, för att sedan införa dessa i en mall för hur just denna vård ska bedrivas, relaterat till hälsa, tolktjänster samt det sociala arbetet.	Undersökningar bland kvinnorna som genomgått könsstympning samt för hälso- och sjukvårdspersonal visade ett behov av utökade tolktjänster, utbildningar om vård före födsel samt efter födsel, detta för att få en professionell utveckling bland hälso- och sjukvårdspersonal samt att förbättra den kulturella responsen.

Författare	Syfte	Resultat
Isman, Ekéus & Berggren	Ta reda på hur kvinnor från länder där könsstympning förekommer deras upplevelser och erfarenheter av könsstympning efter att ha invandrat till Sverige.	Att könsstympas innebär oskuld samt att skydda familjens heder, förhindra skam och förbättra renhet. Upplevelse av det sociala trycket efter invandring är förståelse av könsstympningen, detta som en symbol för landet och stöd för att ändra traditionen.
Khaja et al.	Studien kommer ta upp vad kvinnlig könsstympning är, dess olika typer samt kvinnornas hälsa, oro samt hur dessa kvinnors hälsa påverkas av samhällets okunskap samt syn inom ämnet. Samt hur omvårdnaden kring dessa kvinnor ska formas.	Kvinnorna känner sig uttittade, kränkta och beskrivs som barnmisshandlare.
Litorp et al.	Utforska kunskap, attityder samt praxis av kvinnlig könsstympning, bland kvinnor som kommer från länder där kvinnlig könsstympning genomförs. Samt deras möte av mödravård och preventivmedelsrådgivning i Sverige.	Hälften av de muslimska kvinnorna talade om att könsstympning är tillåtet inom deras religion. 3 kvinnor hade gjort reinfibulation efter invandring till Sverige. 29 kvinnor hade själva döttrar som låtit bli könsstympade innan de kom till Sverige. Det var delade åsikter om könsstympning, vissa hade positiva åsikter som tex. Att de hade god hygien och kontroll över sexuella umgängen. Andra hade negativa åsikter som tex. Svårigheter vid sexuella umgängen och menstruation.
Lundberg & Gereziher	Att granska eritreanska kvinnors upplevelser av vården innan och efter graviditet och förlossning	Kvinnorna beskrev att det fanns rädslor och komplikationer som man ej kunde tala öppet om på grund av vanheder. Positiva samt negativa känslor i mötet med hälso- och sjukvårdspersonal samt sveriges sjukvård. De positiva känslorna var att de hade träffat personal med god kunskap och god information om kvinnlig könsstympning.

Författare	Syfte	Resultat
Moxey & Jones	Undersöka hur kvinnor från Somalia som utsatts för kvinnlig könsstympning upplever vården innan och efter förlossning, deinfibulation samt kejsarsnitt i England.	3 teman tolkades. Erfarenheter av könsstympningen i livet, graviditeten samt förlossning: Könsstympningen hade en viktig aspekt på den fysiska och psykiska effekten, att ta ett beslut för att genomgå en deinfibulation eller kejsarsnitt. Känsla av bra kommunikation med barnmorskorna samt goda relationer mellan patient och barnmorskor.
Safari et al.	Undersöka kvinnornas erfarenhet av deinfibulation och dess följder.	Den kulturella betydelsen och den sociala acceptansen av deinfibulation samt konsekvenserna av deinfibulation innanför äktenskapet och dess relationer; känslor om dess utseende på könsorganet innan deinfibulation och funderingar om reinfibulation.
Shabila et al.	Att undersöka hur kvinnorna ser på framtiden r/t till deras könsstympning, samt att upptäcka likheter samt skillnader mellan kvinnorna i de olika utbildningsgraderna.	Resultat av kvinnors perspektiv av könsstympning, indelat i olika faktorer 1-4. Faktor 1 handlar om att kunna tala om att kvinnlig könsstympning är en positiv kulturell synvinkel. Faktor 2 handlar om könsstympningens negativa delar såsom kränkning för mänskliga rättigheter. Faktor 3 handlar om att utvecklingen för att bevara en lag för att bekämpa förekomsten av könsstympning. Faktor 4 handlar om att erkänna de viktiga hälsoproblem som kan uppkomma efter könsstympning.
Straus et al.	Uppfattningar om upplevelser av barnafödande för somalisk vårdpersonal	Kvinnor som genomgått könsstympning upplevde dålig vård under graviditet samt förlossning. Detta på grund av okunskapen hos personalen, språkförbristningar samt brist på tolk som gjorde det svårt för kvinnorna att kommunicera med vårdpersonalen. Kvinnorna kände att barnmorskorna hade dålig attityd gentemot dem.

Författare	Syfte	Resultat
Thierfelder, Tanner & Kessler Bodiang	Att studera hur kvinnor som genomgått könsstypning och invandrat till Schweiz upplevde landets förlossningsvård. Samt undersöka hur kvinnorna tycker att vården och informationen är för de komplikationer som uppstått på grund av könsstypningen.	Kvinnorna upplevde att sjukvårdspersonal hade för lite kunskap om könsstypning och det ledde till att kvinnorna inte kände sig trygga inför förlossningen t.ex vad som kommer hända innan förlossningen, de vågade inte heller fråga hur det går till vid en normal förlossning där kvinnan inte var könsstypad. Kvinnorna talar även om att kommunikationen mellan dem och sjukvårdspersonalen brast många gånger.
Upvall et al.	Utforska sjukvårdens perspektiv av invandrare från Somali Bantu i relation med deras status som könsstypade kvinnor och nyligen bosatta i USA.	Förklaringar och rutiner samt acceptans gentemot somaliska kvinnor som genomgått könsstypning, oavsett anatomiska skillnader, att inte fokusera på könsstypningen. Hälso och sjukvårdspersonal måste få ökad kunskap inom detta område för att underlätta förtroende samt att minska misstanke om hälso- och sjukvårdssystemet. Tar även upp upplevelser från kvinnorna som genomgått könsstypning och hur de ser på den västerländska sjukvården.
Vloeberghs et al.	Hur Afrikanska kvinnor som genomgått könsstypning och har invandrat till Nederländerna, hur de hanterar sina hälsoproblem såsom psykosociala- och relationsproblem relaterat till deras könsstypning, samt deras åsikter om deras könsstypning.	De tar upp uppkomsten av psykiska symtom hos kvinnor som genomgått könsstypning. Resultaten av de som sökte vård respektive de som inte sökte vård för sina psykiska symtom, visade sig att ångesten och depressionerna ökade hos de som sökte vård än hos de som inte sökte vård. Många valde att prata om sina problem under förlossningen då de inte fick respons eller förståelse från anhöriga.