



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

KVINNLIG KÖNSTYMPNING ELLER OMSKÄRELSE

En litteraturstudie om sjuksköterskors behov av kulturella kunskaper i mötet med omskurna eller könsstympade kvinnor.

REBECKA CHRISTENSSON
VICTORIA JOSEFSSON

Examensarbete
Kurs HK01:4
Sjuksköterskeprogrammet
Februari 2004

Malmö Högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: postmasterhs.mah.se

KVINNLIG OMSKÄRELSE ELLER KÖNSTYMPNING

En litteraturstudie om sjuksköterskors behov av kulturella kunskaper i mötet med omskurna eller könsstympade kvinnor

Rebecka Christensson
Victoria Josefsson

Christensson, R och Josefsson, V. Kvinnlig könsstympning eller omskärelse. En litteraturstudie om sjuksköterskors behov av kulturella kunskaper i mötet med omskurna eller könsstympade kvinnor. *Examensarbete i omvårdnadsvetenskap, 10 poäng*. Malmö högskola, Hälsa och Samhälle. Utbildningsområde omvårdnad 2003.

I och med att Sverige är ett mångkulturellt samhälle finns det ett ökat behov av transkulturell omvårdnad. Syftet med denna litteraturstudie är att med hjälp av Madeleine Leiningers *Culture Care* – teori och hennes Sunrise-modell, ge ökad kunskap för sjuksköterskor och andra professioner inom vården i bemötandet av omskurna eller könsstympade flickor eller kvinnor. Resultatet baseras på två vetenskapliga avhandlingar och nio vetenskapliga artiklar. Där framkom främst etic perspektivet (utifrån). Skönlitteratur används för att ge emic perspektivet (inifrån). I resultatet framkommer att sju av tolv faktorer i Sunrise-modellen visar sig ge sjuksköterskan ett kulturkongruent bemötande, kopplat till ett emic- och etic-perspektiv. Faktorena är kulturellt betingade värderingar och livsstilar, släktband och sociala faktorer, språk och kommunikation, religion och filosofiska faktorer, politiska och juridiska faktorer, teknologiska faktorer, utbildningsfaktorer. Dessutom framkommer vikten av sjukvårdspersonalens kunskap och förståelse för omskurna eller könsstympade flickor och kvinnor och deras kultur, samt vikten av att ha ett genusperspektiv i åtanke. Utifrån resultatet framkommer hur sjuksköterskor kan hantera svårigheter som kan uppstå i mötet med omskurna eller könsstympade flickor och kvinnor.

Nyckelord: Emic, etic, kvinnlig omskärelse, kvinnlig könsstympning, Leininger, Sunrise-modell.

FEMALE CIRCUMCISION OR FEMALE GENITAL MUTILATION

A literature review of nurses' need for cultural knowledge in meeting with circumcised or genitally mutilated girls or women.

Rebecka Christensson
Victoria Josefsson

Christensson, R and Josefsson, V. Female circumcision or Female genital mutilation. A literature review of nurses need for cultural knowledge in meeting with circumcised or genitally mutilated girls or women. *Examination paper in nursing science, 10 points*. University of Malmö, Health and Society, Department of Nursing 2003.

Sweden, being a multicultural society, has an increased need for transcultural care. The purpose of this literature review is to provide, through Madeleine Leininger's Culture Care-theory and her Sunrise model, a greater knowledge to nurses and to other professions within the health care units in meeting with circumcised or genitally mutilated girls or women. The result is based upon two scientific dissertations and nine scientific studies. It emerged mainly the etic (outsider) perspective. To underline the emic (insider) perspective, pure literature and fiction have been used. The result shows that seven out of twelve factors from the Sunrise model helps the nurse to behave in a culture congruent way, related to an emic and etic- prospective. The factors are cultural values, belief and lifeways, kinship and social factors, language and communication, religion and philosophical factors, political and legal factors, technological factors, educational factors. Even more, the result also shows the importance of health care professionals' knowledge and understanding of circumcised or genitally mutilated girls or women and of their culture, as well as the importance of always keeping the genus perspective in mind. This review proposes a way for nurses on how to handle difficulties which they may encounter in meeting with circumcised or genitally mutilated girls or women.

Keywords: emic, etic, female circumcision, female genital mutilation, Leininger, Sunrise model.

Women's voice:

-I started to think about it ten years ago when I got married. Well...then I went to see a doctor (for defibulation). He thought it was...that it was horrible. It made me ask myself, "what is it about this that is so horrible?" Well, I did know that this practice doesn't exist in Sweden or Europe...but still...where I come from it's just considered to be something natural. And then I got an admission note for a visit at a gynaecological clinic, and everybody was really curious...And I kept asking myself what this curiosity was all about. Until then I had thought about it as something completely normal. I mean...you were born into a society where...this is the way it should be, and if you are not shaped in this way, then you are an outsider..."Oh, she hasn't had it done, how disgusting!" If you haven't had it done, there is no way you can tell your friends; you must try to hide it. So... I didn't really think about it until I came here and was to be opened.

- I thought something was wrong with my pregnancy and me. I felt I had a stone on my heart. Before the doctor had explained to me why she was upset she summoned several others. I couldn't breathe. I couldn't talk.

- The first time I was examined in a hospital (a pregnancy check-up) I thought...something was wrong with me. They were struck by panic. Talked to each other, summoned others, alarmed. I was sure that something was wrong, but I was exhausted and felt sick.

(Johnsdotter, 2002 s 129-130)

FÖRORD

Att skriva en litteraturstudie om kvinnlig könsstympning på begränsad tid visade sig vara en utmaning, då ämnet är relativt nytt och outforskat. Det var lätt att hamna på sidospår då könsstympning väcker så många frågor. Vi har haft många intressanta diskussioner och funderingar, dessutom har vi haft väldigt roligt under skrivandets gång. Nu när arbetet är färdigt kan vi konstatera att vi har inhämtat kulturell kunskap och fått en större förståelse för kvinnor från kulturer som utövar sedvänjan. Vi hoppas att denna litteraturstudie kommer att underlätta för sjuksköterskor och andra professioner som berörs av könsstympning eller omskärelse.

Vi vill tacka vår handledare Anne-Marie Wangel som hjälpt, stöttat och gett oss konstruktiv kritik, då hon gav vägledning till vidare utveckling av arbetet när vi satt fast.

Vi vill dessutom tacka varandra för ett gott samarbete.

Rebecka och Victoria

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<i>Women's voice</i>	4
INLEDNING	7
BAKGRUND	7
Historik	8
Orsak	8
Olika former av könsstympning	9
Förekomst	9
FN:s konvention om barns rättigheter	10
Lagen om förbud mot könsstympning av kvinnor	10
Socialtjänstlagen (SoL)	11
Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)	11
Andra länders lagar	11
Komplikationer	12
TEORETISK REFERENSRAM	13
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	15
METOD	15
Litteratursökning	15
Inkluderingskriterier	16
Granskning	16
Databearbetning	16
RESULTAT	18
Kulturellt betingade värderingar och livsstilar	18
Släktband och sociala faktorer	20
Språk och kommunikation	21
Religion och filosofiska faktorer	22
Politiska och juridiska faktorer	23
Teknologiska faktorer	25
Utbildningsfaktorer	26
METODDISKUSSION	26
RESULTATDISKUSSION	27
SLUTORD	32
<i>Mån-modell</i>	32
<i>Framtida forskning</i>	32
REFERENSER	33
BILAGOR	35
Inkluderingskriterier och kvalitetsfaktorer	
Prevalensen av FC/FGM i Afrika	
Läshänvisning	

INLEDNING

Vi har valt att skriva om kvinnlig omskärelse och könsstympning, för att vi ser det som en av de svårare kulturkrockar vi möter i svensk sjukvård. Med ökad invandring i Sverige av flickor och kvinnor från länder som utövar sedvänjan, så är kvinnlig omskärelse/könsstympning, något som sjukvårdspersonal och andra berörda grupper måste vara förberedda på att stöta på. Uppfattningarna i Sverige är att sedvänjan omskärelse/könsstympning är skrämmande och fasanfull, och det väcker känslor inom oss. Det gör att det kan vara svårt att agera professionellt i mötet med den berörda flickan eller kvinnan. Vi vill därför sätta fokus på de känslor och tankar som omskurna/könsstympade kvinnor upplever och hur de ser på sin tradition, och omsätta detta på ett fördomsfritt sätt i vårt bemötande.

Vi upplever att media i Sverige förstorar upp sedvänjan, som anser att kvinnlig könsstympning är ett stort dolt problem. Det kan styrkas med att få fall av kvinnlig könsstympning hittills lett till åtal. Kravet på att könsstympning måste vara olaglig även i landet där sedvänjan utövats, för att bli straffad i Sverige, har tagits bort. Det har även visat svårt att bevisa huruvida stympningen utförts före eller efter det att lagen trädde i kraft den 1 juli 1999. Det kan också vara så att de berörda grupperna i allmänhet anammar Sveriges lag mot könsstympning.

Den internationella benämningen för ingreppet är *female circumcision* och *female genital mutilation*, den vedertagna förkortningen är FC/FGM. I Sverige ändrades begreppet omskärelse till benämningen kvinnlig könsstympning 1998. Bakgrunden till förändringen var att få ett begrepp som speglar det allvar som tillmäter ingreppet. Termskiftet är dock inte helt oproblematiskt, eftersom begreppet: ”stympning” kan uppfattas som mycket laddat och starkt för berörda personer, vilket kan försvåra en konstruktiv och stödjande dialog t ex mellan patient och sjuksköterska. Vi väljer att använda båda termerna i vår litteraturstudie, och menar att man bör använda termen omskärelse i mötet med kvinnan det berör. Man kan också diskutera om vad som är rätt, gällande uttrycket ingrepp eller övergrepp.

Vi har valt att arbeta med Madeleine Leiningers Sunrise-modell (2002) som har utvecklats som guide ur hennes Culture Care-teori. Vi tycker att det är ett bra arbetsredskap då den innefattar de faktorer som kan vara bra att tänka på i mötet med människor från andra kulturer. Om vi som sjuksköterskor har modellen i åtanke, kan det ge oss en större förståelse och hjälper oss att undvika enkelspåriga och fördomsfulla synsätt på människor vi möter och som har svårt att ge en bild av sin historia. För att kunna förena våra olika synsätt på sedvänjan och för att kunna ge professionell vård, behövs både ett 'emic' (inifrånperspektiv) och 'etic' (utifrånperspektiv) synsätt, i enlighet med Leiningers Cultural Care-teori.

BAKGRUND

I bakgrundsmaterialet vill vi ge en beskrivning av fenomenet FC/FGM. Bakgrunden innefattar historik, orsak, de former av kvinnlig omskärelse/könsstympning som finns, förekomst och lagar. Vi vill med hjälp av Leiningers teoretiska guide Sunrisemodellen få fram olika perspektiv på sedvänjan som kan användas som ett verktyg för att öka sjuksköterskans förståelse.

Historik

Den kvinnliga sexualiteten har förtryckts långt tillbaka i historien, och görs än idag, över hela världen (Dorkenoo & Elworthy, 1996). Ett av sätten har varit genom könsstympling. Man vet inte riktigt var själva fenomenet FC/FGM härstammar ifrån, men vet att det tillämpades i det gamla Egypten och bland arabiska folkgrupper, innan islam blev den vedertagna religionen. Man har även funnit två till tre tusen år gamla egyptiska gravar med mumier av kvinnor som varit omskurda, där väggmålningar beskriver ingreppet i detalj (Hejll, 2001). Ett annat historiskt uttryck för kvinnligt sexuellt förtryck var då kvinnliga slavar från det antika Rom tvingades genomgå ett ingrepp där en eller flera ringar förseglade deras blygdläppar för att förhindra samlag och motverka graviditet. I Europa kom kyskhetsbältet genom korstågen på 1200-talet, för att mannen skulle försäkra sig om sin kvinnas trohet. Så sent som på 1950-talet, har klitoridektomi (borttagande av klitoris) utövats för att motverka onani i både Europa och i USA (Dorkenoo & Elworthy, 1996). I USA utfördes även under mitten på 1900-talet rådgivning från kyrkans socialarbetare, som menade att klitoridektomi var en form av rehabilitering på prostituerade kvinnor (Dorkenoo, 1996).

Orsak

I många samhällen, ses FC/FGM som en rituell passage från barndom till att bli en vuxen kvinna. En kvinna som kan hantera giftermål, make och barn (Rahman & Toubia, 2000). Orsakerna till sedvänjan är främst psykosexuella, religiösa, sociala och hygieniska. Den viktigaste orsaken är mannens kontroll över kvinnans sexualitet (a a).

Psykosexuella orsaker: Det finns en tro att klitoris är ett aggressivt organ, ett hot mot manligheten och att det kan utgöra en fara för barnet vid förlossning. I vissa områden tror man att de kvinnliga genitalier som inte skärs bort, kommer att växa ut och hänga mellan benen som på en man (Dorkenoo & Elworthy, 1996). En mer djupt rotad myt är att både det kvinnliga och det manliga könet existerar hos den nyfödde. Klitoris representerar det maskulina elementet hos flickan, och förhuden representerar det feminina hos pojken (a a).

Religiösa orsaker: Det finns inget stöd för att kvinnlig könsstympling härleder från religionen (Ds, 1999:3). Varken Koranen, Bibeln eller andra religiösa dokument nämner ingreppet, men könsstympling förekommer bland såväl katoliker, protestanter, kopter, falasher (judar från Etiopien) och muslimer som animister (naturreligioner). Det är därför inte ovanligt att FC/FGM som utövas på unga flickor motiveras eller förklaras med religiösa skäl (Ds, 1999:3). FC/FGM praktiseras av ovan nämnda grupper, men det är viktigt att förstå att sedvänjan är en kulturell handling, inte religiös. FC/FGM förknippas ändå starkt med islam i flera afrikanska nationer, och många muslimska anhängare ställföreträder ritualen (Rahman & Toubia, 2000).

Sociala orsaker: En vanlig förklaring till FC/FGM är den sociala pressen. I samhällen där de flesta kvinnor är könsstympade, skapar familj, vänner och grannar en omgivning där handlingen blir ett redskap för social anpassning (Rahman & Toubia, 2000). Riten förklaras med att flickan stiger in i vuxen världen, blir en kvinna. Detta kan med ceremonier visas med sång och dans för att visa den unga flickan hennes nya uppgifter och hennes önskan att bli en bra maka och mor. Men ceremonin har allt mindre betydelse, FC/FGM sker på betydligt yngre flickor, och deras roll i familjen förändras inte efter ingreppet (Dorkenoo & Elworthy, 1996).

Rädslan av att bli utdömd av samhället, och att inte bli bortgift medverkar till pressen att praktisera FC/FGM (a a).

Hygieniska orsaker: I Afrikas östra delar, anses de yttre kvinnliga genitalierna var smutsiga. I Egypten kallar man en flicka som inte är omskuren/könsstympad för *Nigsa* (oren). Kroppshår rakas bort i strävan att uppnå en slät och ren kropp. Detta görs också i Somalia och Sudan där syftet med FC/FGM är att få en slät yta över vulvan, och kvinnor insisterar på att de får dem att känna sig renare (Dorkenoo & Elworthy, 1996).

Kvinnans sexualitet. Den fundamentala orsaken till avancerad kvinnlig könsstympling är behovet av att *kontrollera kvinnors sexualitet*. Eftersom sexualitet är socialt konstruerat, har det olika mening beroende på sitt sammanhang. I många samhällen som praktiserar FC/FGM, beror familjens heder på flickans oskuld eller sexuella återhållsamhet. Så är det i Egypten, Sudan och Somalia, där FC/FGM ses som ett sätt att inskränka föräktenskapligt sex och att bevara flickans oskuld. I andra länder som Kenya och Uganda, är sexuell renhet inte bekymret, FC/FGM utövas för att reducera kvinnans sexuella behov och krav på sin man, som tillåts ha flera fruar (Rahman & Toubia, 2000).

Olika former av könsstympling

WHO (2003) definierar FC/FGM i fyra klassifikationer på följande sätt:

I." Excision of the prepuce, with or without excision of part or all of clitoris."

Här tar man bort klitoris förhud, inberäknat de fall då delar av klitoris avlägsnas.

II." Excision of the clitoris with partial or total excision of the labia minora."

Vid detta ingrepp innebär det man att avlägsnar klitoris helt, tillsammans med eller hela delar av de inre blygdläpparna.

III." Excision of part or all of the external genitalia and stiching/narrowing of the vaginal opening (infibulation)."

Detta är det mest omfattande ingreppet som innebär att alla externa genitalier avlägsnas helt (klitoris, de inre blygdläpparna och delar av de yttre) ingreppet avslutas med infibulation. Man syr ihop vaginan, så att blygdläpparna läker ihop, med undantag för en liten öppning för menstruation och urin.

IV."Unclassified: includes pricking, piercing or incising of the clitoris and/or labia; cauterization by burning of the clitoris and surrounding tissue; scraping of tissue surrounding the vaginal orifice (angurya cuts) or cutting of the vagina (gishiri cuts); introduction of corrosive substances or herbs into the vagina to cause bleeding or for the purpose of tightening or narrowing it; and any other procedure that falls under the definition of female mutilation given above."

Alla övriga former av ingrepp hör till den oklassificerade kategorin. På svenska kallar vi det för prickning eller rispning, och där syftet rituellt innebär att framkalla en blödning. I, II, IV kallas även sunna-omskärelse, infibulation typ III kallas faraonisk omskärelse (Johnsdotter, 2002).

Förekomst

Världen över beräknar man att 130 miljoner flickor och kvinnor har blivit omskurna/könsstympade. Varje år riskerar två miljoner flickor att utsättas för nå-

gon form av sedvänjan (Rahman & Toubia, 2000). De flesta flickor och kvinnor som har utsatts för FC/FGM lever i ett av de 28 Afrikanska länderna där sedvänjan utövas, vissa lever i Asien eller i Mellan Östern. Det finns ett ökat antal att finna i Europa, Australien, Canada och USA. Dessa flickor och kvinnor har oftast invandrat till respektive land (WHO, 2003). Trots att FC/FGM av kvinnor är förbjudet i Sverige, förekommer det att flickor som bor här utsätts för ingreppet. I vilken utsträckning det sker vet man inte. De största grupperna, där FC/FGM praktiseras, kommer från länderna Eritrea, Somalia och Etiopien. Det finns drygt 23 000 kvinnor i Sverige som antingen är födda i dessa tre länder eller som har minst en förälder som är född där. Av dessa är nästan 11 000 under 18 år och omkring 5500 under sju år (SCB, 2002). Med dessa siffror förklarar socialstyrelsen att minst 5500 är i riskzonen för kvinnlig FC/FGM i Sverige. Siffrorna är dock beräknade utifrån befolkningsstatistik: är man flicka och har föräldrar som är födda i något afrikanskt land där kvinnlig omskärelse förekommer, så är man i riskzonen för att omskäras (Johnsdotter, 2002).

FN: s konvention om barns rättigheter.

FN: s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) har tillkommit för att stärka barns rättigheter i världen, att ge barn egna självständiga rättigheter och att erkänna barns fulla människovärde. Sverige skrev under Barnkonventionen 1989. Barnkonventionen bygger på fyra grundläggande principer som genomsyrar alla särskilda rättigheter i konventionen. Dessa är:

- ?? Varje barns rätt att utan diskriminering få del av sina rättigheter
- ?? Principen om barnets bästa
- ?? Rätten till liv och utveckling
- ?? Rätten att få komma till tals och bli lyssnad till

I artikel 24 punkt 3 i konventionen framgår att ”konventionsstaterna skall vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa”. Med ”traditionella sedvänjor” avses i första hand könsstympning av flickor. Med ”effektiva åtgärder” avser konventionen lagstiftning som förbjuder sådana sedvänjor samt informationskampanjer som syftar till att skapa medvetenhet om sedernas konsekvenser för barnets fysiska och psykiska hälsa (Barnombudsmannen, 2003).

Lagen med förbud mot könsstympning av kvinnor

Alla former av könsstympning är förbjuden i Sverige. En särskild lag (SFS 1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor stiftades 1982 och har sedan dess successivt skärpts. 1998 utvidgades lagen och straffet skärptes för könsstympningsbrottet genom Propositionen 1997/98:55. Ytterligare en ny bestämmelse tillkom efter en lagändring som trädde i kraft den 1 juli 1999 (Prop. 1998/99:70). Den nya bestämmelsen innebär borttagandet av dubbel straffbarhet. För straffbarhet i Sverige krävdes tidigare att brottet även var straffbelagt i det land där det utfördes. Bakgrunden till lagändringen är att familjer som bor i Sverige har låtit könsstympa sina döttrar under resor i hemlandet. Det står klart att det krävs mer än lagstiftning för att få sedvänjan att upphöra. Inga fall av kvinnlig könsstympning har hittills lett till åtal, vilket kan hänga samman med att borttagandet av dubbel straffbarhet är relativt ny men även att det är svårt att bevisa huruvida stympningen utförts före eller efter det att lagen trädde i kraft. De har heller inte skett särskilt många polisanmälningar. I de flesta fall är det endast en familjemedlem, någon som står familjen nära eller flickan själv som har känn-

edom om brottet. Viljan att anmäla en närstående för brottet är heller inte stor. Mot den bakgrunden behövs en större krets människor som har kunskaper nog att upptäcka att brott har begåtts eller är i färd att begås (Socialdepartementet, 2003).

Den som bryter mot förbudet i lagen kan dömas till fängelse i högst fyra år. För grovt brott, dvs. i de fall ingreppet medfört livsfara, allvarlig sjukdom eller i annat fall inneburit ett synnerligen hänsynslöst beteende, är straffet lägst två år och högst tio år. Även försök, förberedelse och stämpling till brott, liksom underlåtelse att avslöja könsstympning som är å färd är straffbara (Ds, 1999:3).

Socialtjänst lagen (SoL)

Enligt socialtjänstlagen (SFS 2001:453) har vi en allmän skyldighet att se till att barn får växa upp under trygga och goda levnadsförhållanden och att ett barn får det skydd och stöd det behöver för att utvecklas gynnsamt. ”För myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom, andra myndigheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt verksamma inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet föreligger enligt socialtjänstlagen en skyldighet att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om något som innebär att socialnämnden måste ingripa till den underåriges skydd” (Socialdepartementet, 2003).

Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

Om det kommer till socialnämndens kännedom att ett barn riskerar att påtagligt skadas till sin hälsa eller utveckling kan socialnämnden ingripa och omhänderta barnet för vård med stöd av lagen (SFS 1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Socialdepartementet (2003) kräver att i den direkt akuta situationen finns möjligheten för personal inom skolan, förskolan, barnhälsovård, sjukvård osv. att genom en anmälan till socialtjänsten medverka till att förhindra att ett barn förs ut ur landet för att könsstympas (Socialdepartementet, 2003).

Andra länders lagar

FC/FGM är i princip förbjudet i alla europeiska länder, men det är bara Sverige och Storbritannien som har en särskild lag med förbud. Även i andra länder i Europa pågår lagstiftningsarbete i liknande riktning (Ds, 1999:3). I Frankrike kan föräldrarna straffas om FC/FGM utförs utan för landets gränser, om flickan har franskt pass. I Frankrike och Storbritannien finns det lagliga möjligheter att stoppa minderåriga flickor från att lämna landet, om det finns skäl att misstänka att flickan riskerar att utsättas för FC/FGM. Gällande Afrika finns nedanstående tabell, som sammanställts av det Danska justitieministeriet (Ds, 1999:3).

Tabell 1. Prevalens och lagstiftning av FC/FGM-bältet över den afrikanska kontinenten.

Land	FC/FGM Straffbart	FC/FGM Ej straffbart	Andel % av den kvinnliga befolkningen som utsatts för FC/FGM.
Benin		x	30
Burkina Faso	x		70
Kamerun	x		15
C.Afrikanska Rep	x		10
Djibouti	x		98
Egypten	x		55
Elfenbenskusten	x		40
Eritrea		x	80
Etiopien		x	85
Gambia	x		79
Ghana	x		30
Guinea		x	60
Kenya	x		50
Liberia		x	50
Mali		x	80
Marocko		x	Ingen uppgift
Niger		x	20
Nigeria		x	40
Sierra Leone		x	90
Somalia		x	98
Sudan	x (infibulation)	x (sunna)	89
Tansania		x	10
Togo		x	12
Uganda	x		5

Källa: Ds, 1999:3 s 10

Komplikationer

De *omedelbara* komplikationerna är blödning, postoperativ chock, skärskador i underlivet, skador på urinrör, skador på urinblåsa förorsakat av urin retention och infektion, och skador på ändtarmsmyningen är de vanligaste komplikationerna (Dorkenoo & Elworthy, 1996). Nerver med stora blodkärl i de angränsande vävnaderna kan också ta skada. Ingreppen utförs med knivar, saxar och råkblad (Ds, 1999:3). Eftersom instrumenten som används sällan är sterila, är komplikationer som stelkramp (ofta dödande) och sepsis resultatet (Dorkenoo & Elworthy, 1996). Då ingreppen ofta sker kollektivt, finns även risken för att bli HIV-smittad. Många flickor dör också direkt i samband med ingreppet (Ds, 1999:3).

De *långsiktiga* komplikationerna kan uppkomma från alla former av FC/FGM men typ II och III leder till de svåraste komplikationerna. Smärta vid samlag, infertilitet och problem att föda normalt, vilket kan leda till livshotande tillstånd för både mor och barn (Rahman & Toubia, 2000). Kroniska infektioner i livmodern och i vaginan är vanligt, eftersom vaginan har blivit ett "förseglat" organ (Dorkenoo & Elworthy, 1996). Andra långsiktiga komplikationer är cystor, fistlar och ständiga urinvägsinfektioner (Ds, 1999:3).

De *psykiska* komplikationerna leder till att många kvinnor upplever rädsla, underkastelse, och lever med undertryckta känslor av vrede, bitterhet och svek (Rahman & Toubia, 2000). Flickor som lever i Sverige som är omskurna/könsstympade, tycker att detta är svårt att leva med, då man inte vågar berätta om ingreppet. De

känner sig skamsna och annorlunda. Ämnet är tabubelagt och flickorna känner sig väldigt osäkra, vilket hindrar dem att söka hjälp. Många undrar varför de har könsstympats, en del har ställt frågan, men inte fått svar. Att bo i Sverige och vara omskuren/könsstympad uttrycker många som svårt och komplicerat, eftersom flickorna inte vågar prata om sina problem. Bara vetskapen om att vara annorlunda gör dem sårbara. De flesta kan inte tänka sig att gifta sig med en man utanför sin egen kultur, för de skulle aldrig förstå traditionen, tror de (Sörman Nath & Ismail, 2000).

TEORETISK REFERENSRAM

Leininger är grundaren av begreppet transkulturell omvårdnad och hennes angreppssätt har varit att med socialantropologin som utgångspunkt utveckla ett forskningsprogram för transkulturell omvårdnad (Gebu, 1997). Den teoretiska referensram vi valt att använda för vår litteraturstudie utgörs av Leiningers beskrivning av transkulturell omvårdnad, "Culture Care" –teori och "Sunrise-modell". Nedan ges en beskrivning av begreppet transkulturell omvårdnad.

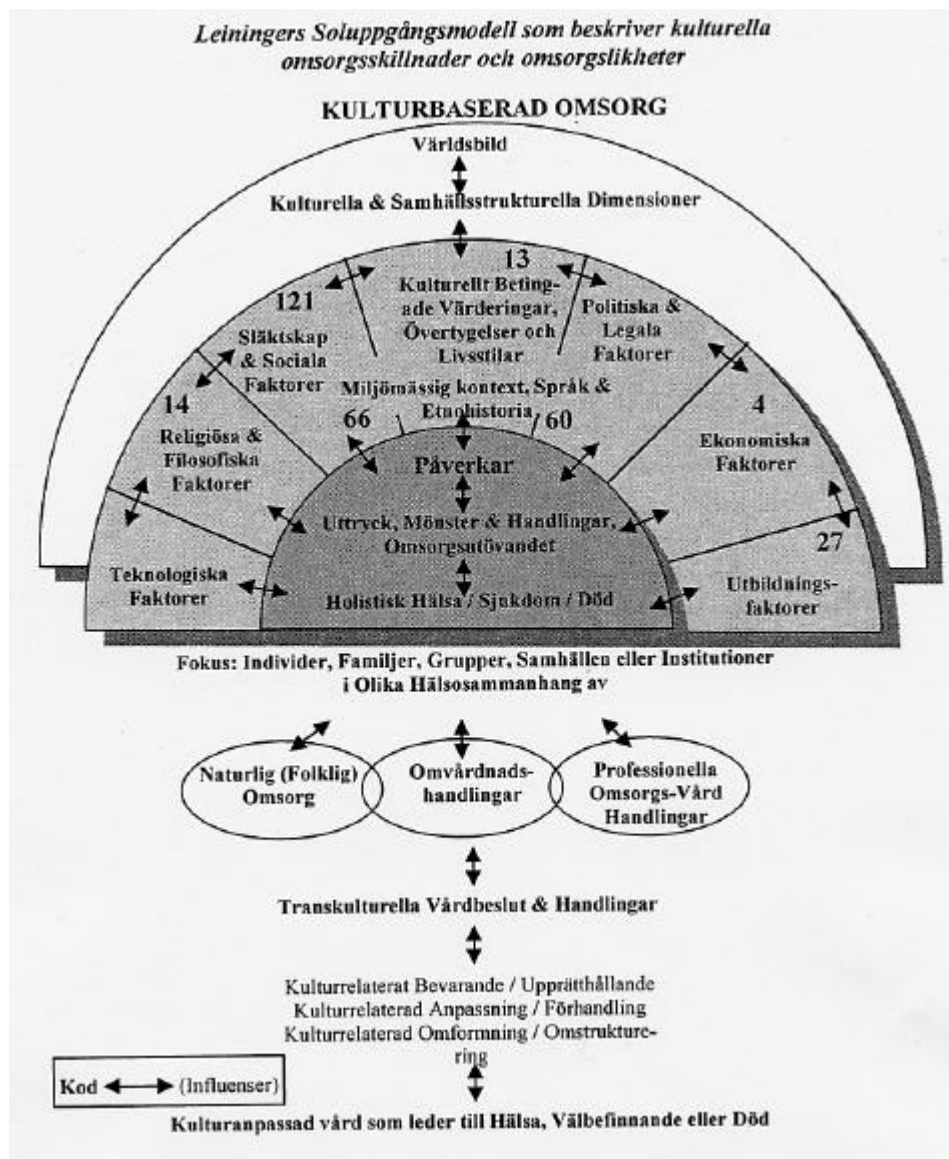
"Transcultural nursing has been defined as a formal area of study and practise focused on comparative human-care(caring) differences and similarities of the beliefs, values, and patterned lifeways of cultures to provide culturally congruent, meaningful, and beneficial health care to people sensitive".

(Leininger, 2002, s 5-6)

För att ytterligare tydliggöra de olika dimensionerna i Leiningers teori utvecklades en kognitiv karta, "The Sunrise Model". Sunrise-modellen har utvecklats som en holistisk forskningsmall för att hjälpa forskare att upptäcka flertaliga dimensioner relaterade till de teoretiska ramarna i den kulturella omsorgen (Leininger, 1997). Sunrise-modellen ska underlätta för den verksamma sjuksköterskan för att få en totalbild av en värld där olika faktorer påverkar människans kulturella villkor. Beroende på var sjuksköterskan har sitt intresseområde kan hon samla fakta och applicera det på passande faktor i modellen (Gebu, 1997).

Leininger (1997) menar att den transkulturella etiken, moralen, och de lagliga aspekterna i sjuksköterskans omvårdnad är mycket viktiga för att kunna arbeta professionellt. För sjuksköterskor blir det en utmaning i ett mångkulturellt samhälle att skaffa sig kunskap om olika kulturer, och då vill vi undersöka om mallen är ett bra arbetsmaterial för att få en helhetsbild av den omskurna/könsstympade flickan eller kvinnan du möter. Definitioner som används i Leiningers teori är termerna "emic" och "etic" Med hjälp av emic-perspektivet belyser vi kvinnornas upplevelser, och med etic-perspektivet klarlägger vi vår världsbild. Emic beskriver människors synsätt och värderingar inifrån en specifik kultur, om ett fenomen. Etic beskriver hur någon som lever utanför kulturen uppfattar den.

Vi vill belysa innehållet i de vetenskapliga publiceringar angående FC/FGM. Genom att applicera de vetenskapliga studierna under de tolv olika faktorerna i Sunrise-modellen, vill vi se om den är användbar i mötet med omskurna/könsstympade flickor och kvinnor.



Figur 1. Leiningers Sunrise-modell i svensk översättning (Gebru 2003, s 20).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med vår litteraturstudie är att söka kunskap om FC/FGM för att kunna skapa förståelse för hur omskurna/könsstympade flickor och kvinnor upplever den personliga kontakten med sjukvårdspersonal i Sverige. Vi vill även belysa de kulturkrockar som kan uppstå inom de professionsområden som ser konsekvenserna av sedvänjan. Det blir också viktigt att undersöka utbildningsfaktorer, de etiska och lagliga aspekterna som påverkar flickor och kvinnor från länder där sedvänjan utövas, för att få ett holistiskt perspektiv.

Genom att använda Leiningers Sunrise-modell som en tolkningsram vill vi exemplifiera studiernas innebörd under modellens olika faktorer. Modellen är universell och vi vill se om den är ett bra redskap för sjuksköterskan i bemötandet av omskurna/könsstympade kvinnor.

Våra frågeställningar för denna litteraturstudie är:

- ?? Hur beskriver omskurna/könsstympade flickor och kvinnor sin syn på sedvänjan samt hur upplever de mötet med västerländsk sjukvård?
- ?? Hur beskriver sjukvårdspersonal i västvärlden upplevelsen av sedvänjan?
- ?? Hur kan sjuksköterskor bemöta omskurna/könsstympade flickor och kvinnor i svensk sjukvård?

METOD

Litteratursökning

För att besvara våra frågeställningar har en litteraturstudie genomförts. Vi började våra sökningar med avgränsningar på år 2000 och framåt, då vi ville använda så färskt material som möjligt. Det visade sig att det fanns få vetenskapliga publiceringar om female circumcision/female genital mutilation med den inriktning vi valt. Vi gick då tillbaka till år 1985, för att se om antalet träffar ökade. Med tanke på våra sökord och de inklusionskriterier vi valt att använda blev utbudet bara obetydligt större. Vi valde de publiceringar som på något sätt beskriver konflikten mellan fenomenet FC/FGM ur ett etic-perspektiv och ett emic-perspektiv. Etic beskriver hur vi som står utanför en kultur uppfattar den, ett utifrånperspektiv. Emic beskriver ett inifrånperspektiv ur den kultur människorna lever i. Vi genomläsning av publikationerna visade det sig att emic-perspektivet fortfarande var för litet. Även skönlitterära verk söktes. En av träffarna var Sara Johnsdotters (2002) intervjubaserade avhandling *”Created by God”* om hur somaliska kvinnor i Sverige ser på sedvänjan. Den andra avhandlingen var Efua Dorkenoos (1995) monografi *”Cutting the rose”*, som är baserad på forskning och hennes verkliga upplevelser av fenomenet.

För att finna vetenskapliga publikationer valde vi två databaser för medicinsk forskning, Elsevier och PubMed som innefattar MEDLINE och preMEDLINE. Vi sökte även i Elin som är ett sökgränssnitt som tillhör Malmö högskola, där sökte vi efter artiklar från flera olika källor. För närvarande innehåller ELIN@Malmö ar-

tiklar från databaserna Link Springer, ScienceDirect, Ebsco och Muse och från de öppna arkiven Cogprints, arXiv och Caltech. Vi valde att använda termen female genital mutilation (FGM), då det är den internationella benämningen enligt WHO. Vi sökte även med termen female circumcision (FC), men då vi inte fick träffar i PubMed eller Elsevier uteslöt vi termen. Sökord valde vi med tanke på faktorerna i Leiningers Sunrise-modell. *Experience, nursing, caring, attitudes, ethics, tradition, culture, education*, var kvalitativa sökord som inkluderades och var viktiga i vår frågeställning, och som vi förmodade kunde besvara den (se tabell 2).

Genom direktsökning på internet med termen Female genital mutilation på organisationer med adresserna: WHO (Världshälsoorganisationen) www.who.int, FN (Förenta Nationerna) www.fn.se, Socialstyrelsen www.sos.se, SCB (Statistiska centralbyrån) www.scb.org och Barnombudsmannen www.bo.int, hämtade vi fakta om ämnet. Broschyren, Nationell handlingsplan mot kvinnlig könsstympning, beställdes via Regeringskansliet genom Socialstyrelsens hemsida.

Vi kontaktade en av eldsjälarna bakom Göteborgsprojektet (ett pilotprojekt, förebyggande av kvinnlig könsstympning, på uppdrag från Socialstyrelsen 1993-96) eftersom vi hört hennes namn och hennes verksamhetsområde nämnas på radio angående könsstympningsproblematiken i Sverige. Hon skickade oss broschyren "Den smärtsamma traditionen" som beskriver pilotprojektet, och annat material som hon ansåg kunde hjälpa oss.

Inkluderingskriterier

Kriterier använda för denna litteraturstudie av vetenskapliga artiklar var:

- ?? Studien ska ha varit publicerad på engelska, franska eller svenska i en vetenskaplig tidskrift.
- ?? Studien ska beröra flickor eller kvinnor ifrån de afrikanska länder där sedvänjan förekommer.
- ?? Studien ska behandla de kvalitativa sökord vi använt oss av.
- ?? Begränsningarna för artiklarna var mellan åren 1985 och framåt.
- ?? Studien skulle innehålla fakta om kvinnlig omskärelse/könsstympning, plus valda sökord.
- ?? Studien skulle vara tillgänglig i fulltext via databaserna, eller kunna beställas inom Norden.

Granskning

Vi har valt att granska våra publikationer enligt den mall Polit m fl (2001, s 54-61) utformat och deras krav på vad en vetenskaplig artikel ska innehålla. Mallen inkluderar: Abstract, Introduktion, Metod, Resultat, Diskussion och Referenser, som hjälp vid artikelgranskning.

Databearbetning

Vi valde ut publikationerna efter att ha läst abstracten var för sig och sedan tillsammans diskuterat våra uppfattningar om publiceringarnas innehåll. De publiceringar som vi ansåg svara på våra frågeställningar helt eller delvis, och som behandlade våra sökord granskades granskningsmall. Sammanställning av granskningen av publiceringarna både enligt våra inkluderingskriterier och Polit m fl (2001) kvalitetskriterier redovisas i bilaga 1. Våra träffar i databaserna redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Databassökning, avgränsningar, sökord i ordning och antal träffar.

Söksystem/sökord från 1985, + enbart studier med abstract	Antal träffar	Antal grans- kade	Använda
PubMed			
Female genital mutilation	158	2	1
1. AND experience	20	2	2
2. AND nursing	15	1	0
3. AND caring	5	1	0
4. AND attitudes	45	2	1
5. AND ethics	17	1	0
6. AND tradition	19	0	0
7. AND culture	145	3	1
8. AND education	39	2	1
Söksystem/sökord från 1985, + FGM i titeln, sökord i alla fält			
ELIN			
Female genital mutilation	125	2	1
1. AND experience	2	1	0
2. AND nursing	2	0	0
3. AND caring	3	0	0
4. AND attitudes	9	1	0
5. AND ethics	2	1	0
6. AND tradition	9	0	0
7. AND culture	0	0	0
8. AND education	9	1	0
Söksystem/sökord från 1985, + FGM i titeln, sökord i alla fält			
Elsevier			
Female genital mutilation	29	2	1
1. AND experience	2	0	0
2. AND nursing	0	0	0
3. AND caring	1	0	0
4. AND attitudes	3	1	0
5. AND ethics	0	0	0
6. AND tradition	6	1	1
7. AND culture	1	0	0
8. AND education	4	1	0
Totalt	670	25	9

Av det totala antalet publikationer, 25 stycken, valde vi ut nio publiceringar. Av de nio granskade publiceringarna var fem kvalitativa studier, två kvantitativa studier och två var litteraturstudier. De kvantitativa studierna beskrivs med kvalitativa variabler. Alla publiceringar beskriver upplevelser om fenomenet från emic respektive etic-perspektivet eller båda. De redogör även för förekomst, orsaker samt konsekvenser av ingreppet.

Vi delade in artiklarna i Sunrise-modellens olika dimensioner för att kunna se vad vi kunde applicera i de olika faktorerna. Genom att analysera innehållet i publiceringarna identifierade vi sju betydelsefulla faktorer av tolv i Leiningers Sunrise-modell. Efter enskild genomläsning av skönlitteraturen, kom vi gemensamt fram till vad vi ansåg speglade vår frågeställning. En skönlitterär bok var fiktiv, uppbyggd, och sorterades bort. Självbiografier, med den egna berättelsen, ansåg vi kunde ge oss ett acceptabelt emic perspektiv. Böckerna är: Walker, A (1992) "Possesing the secrets of joy", Dirie, W (1999) "En blomma i Afrikas öken" och uppföljaren (2002) "Ökenblomman återvänder" och Kassindja, F (1998) "Vem hör mina tårar".

RESULTAT

Utifrån vårt syfte och vår frågeställning vill vi skapa en bild av hur omskurna/könsstympade flickor och kvinnor ser på sedvänjan. Hur sjukvårdspersonal upplever sedvänjan och hur sjuksköterskan i den svenska sjukvården kan bemöta flickor och kvinnor som genomgått ingreppet. Utifrån nedanstående sju dimensioner ur Sunrise-modellen, presenteras resultatet utifrån ett emic-perspektiv (inifrån) och ett etic-perspektiv (utifrån). Emic-perspektivet förklarar vi huvudsakligen genom citat. Vi valde de faktorer i modellen som vi fann och ansåg vara viktigast, dessa är: kulturella betingade värderingar och livsstilar, släktband och sociala faktorer, religiösa och filosofiska faktorer, teknologiska faktorer, politiska faktorer, utbildningsfaktorer, språk och kommunikation. I en del faktorer visar sig även genusperspektivet vara av betydelse, då våra könsrollsmönster är så olika. Varje dimension förklaras med en kort beskrivning av Leiningers syfte med dimensionen.

Kulturellt betingade värderingar och livsstilar

Med kulturella faktorer menar Leiningers (2002) att det innebär uppskattning och uppfattning, relaterad till kulturella åsikter. I sjuksköterskornas utövande är det viktigt att ha kunskaper i detta område. Med professionell omvårdnad menar Leiningers den kognitivt inlärd kunskapen.

Waries Dirie som skrivit självbiografen *"En blomma i Afrikas öken"* (1998) är född i Somalia där hon könsstympades vid 5 års ålder. Hon berättar efter att ha åsett sin äldre systers omskärelse, med fasa, trots det bönat och bett sin mor att få bli en "kvinna". Det enda hon tänkte var att hon måste få det överstökad, att hon måste få det här mystiska ur världen. Ursprungligen utfördes proceduren när flickorna nådde pubertetsåldern, och som en ritual hade den någon slags mening eftersom den hölls när flickan blev fertil och kunde få egna barn. Efterhand började man dock omskära allt yngre flickor, något som delvis framtvängades av flickorna själva, eftersom de så otåligt inväntade den "speciella dagen". Ungefär som barn i västvärlden längtar efter sin födelsedag eller efter tomtens ankomst på julafton.

"Den egentliga orsaken till ritualen förblir ett mysterium och förklaras aldrig för flickorna. Man vet bara att något speciellt ska hända med din kropp när den dagen väl är kommen. Som en följd härav, väntar alla somaliska flickor ivrigt på den ceremonin som ska symbolisera förvandling från liten flicka till ung kvinna."
(Dirie, 1998 s 51)

Allag m fl (2001) redovisar i en intervjubaserad kvalitativ studie hur 14 kvinnor som immigrerat i Frankrike ser på motiven till, och konsekvenserna av FC/FGM. De tre frågor som ställdes var: hur rättfärdigar du könsstympning, vilka är de psykosexuella konsekvenserna av ingreppet och har attityden mot deras döttrar förändrats, ska de få genomgå sedvänjan? Resultatet visade att de huvudsakliga motiven till ingreppet är att det leder till ett långt liv med skydd av Gud, att flickan i och med ceremonin blir en god muslim och en bra fru. Traditionen jämfördes med västerlänningarnas jultradition, vilken följs av en stor fest. Det viktigaste är att familjens heder står på spel. Genomgår flickan inte ingreppet får hon ingen man. Endast 8 av 14 kvinnor svarade på de psykosexuella konsekvenserna. En av dem svarade *"ni västerlänningar tror att vi inte njuter, det är helt fel, konsekvenserna är minimala"*. Många hade redan utsatt sina döttrar för ingreppet, elva kvinnor

ville avskaffa sedvänjan, två var osäkra och en skulle skicka sin dotter på "semester" i hemlandet.

Syftet med Johnsdotters (2002) intervjubaserade avhandling, med ett trettiotal intervjuer, femton män respektive kvinnor, var tvåfaldig. Det var först och främst att finna logiken bakom de olika ståndpunkter, beträffande kvinnlig omskärelse ibland somaliska kvinnor och män i Malmö. Det andra var att försöka kartlägga vilka alternativa strategier somaliska familjer anser vara möjliga för att tillmötesgå samma intressen som man tidigare gjort genom den faraoniska omskärelsen. Kvinnorna beskriver vikten av att flickorna inte förlorar sin oskuld som ett av de största argumenten för rättfärdigandet av sedvänjan. Genom att vara "stängd" på sin bröllopsnatt har man visat att man är en "bra flicka". Det är inte bara flickans heder det handlar om, utan hela familjens heder, särskilt mammans då hon anses stå ansvarig för dotterns uppfostran och moral. Avslutningsvis i avhandlingen möter vi en utbildad och integrerad grupp människor som anpassar sig till det svenska samhället utan större problem. Endast en person visade sig vara för den faraoniska omskärelsen. Tankarna om vad som är en bra flicka finns kvar, men somalierna omvärderar hur hon ska förbli det.

" Sometimes a girl can lose her virginity behind the back of her family and it is a shame...the family kind of loses completely all pride...So circumcision is seen as a way to make sure the girl doesn't lose this. It will be a mark on her...that she had sex and that is not good at all. She will be...a whore."

(Kvinna C i Johnsdotter, 2002 s 125)

Waries Dirie (1998) skriver att det var först då hon flydde till London som hon förstod hur annorlunda hon var. Efter återkommande smärtsamma menstruationer sökte hon hjälp. Då fick hon med säkerhet veta att hon inte var som alla andra.

" Problemet som hindrade mig från att ha en relation med en man infann sig när jag förstod att jag var olik andra kvinnor. Efter att jag kommit till London gick det upp för mig att inte alla flickor blivit utsatta för samma sak som jag."

(Dirie, 1998 s 173)

Wiklund m fl (2000) redogör i sin intervjubaserade kvalitativa studie mötet mellan sjukvårdspersonalen och somaliska omskurna/könsstympade kvinnor i Sverige, och deras upplevelser kring födandet. Syftet med studien var också att förbättra den generella förståelsen kring kulturen emellan, med dess konflikter, i mötet med svensk sjukvård. Nio somaliska kvinnor och sju män deltog. Data insamlades analyserades med hjälp av Grounded theory, som är en insamlings metod av kvalitativ data med syftet att utveckla teorier och teoretiska ramar grundat på forskarens observationer. Resultatet beskriver dels dilemmat då både män och kvinnor anser, i enlighet med traditionen, att det är strikt förbjudet för män att delta i förlossning i Somalia. Omständigheterna blir helt annorlunda i Sverige, då mannen oftast blir kvinnans huvudsakliga stöd i kontakt med den svenska sjukvården. Med andra ord så bryter mannen och kvinnan mot den starka traditionen av den manliga och kvinnliga sfären. Detta visade sig föränderligt både positivt och negativt i deras förhållande till varandra. Några av deltagarna upplevde styrka i sin relation, och det ledde till en större förståelse inför varandra.

"I myself like it in Somalia, because here in Sweden my husband is with me all the time and sees everything, disgusting things, blood and how you are lying there... But I think the Somali way of giving birth is better..."

(Kvinna 23 i Wiklund, 2000 s 109)

Resultatet visar att somaliers upplevelser i födandet kan nå större förståelse om man använder sig av det teoretiska konceptet manligt och kvinnligt, istället för kultur. Studien visar att kvinnorna och männen har olika referenser gällande födandet. Kvinnorna fokuserar på utförandet av omskärelsen och dess konsekvenser, och männen på de sociala och kulturella aspekterna. Då somalierna i artikeln upplevs mycket sårbara, betonas vikten av en professionell och stödjande vård (Wiklund, 2000).

En kvinna i monografen *"Cutting the rose"* (Dorkenoo, 1994) som utsatts för könsstympning beskriver med sorg oförståelsen för ingreppet:

"When it is my turn to get married I will have to go to hospital to have the operation undone. I feel who ever I marry, I do not want him to marry me because I am circumcised. For me, I feel my body has been used for somebody else. What is the point of all this except to cause me a lot of pain?"

(25-årig somalisk kvinna i Dorkenoo, 1994 s 123)

Tashi är en somalisk könsstympad medelålders kvinna, vars son blivit utvecklingsstörd på grund av hennes könsstympning. I Alice Walkers *"Possessing the secrets of joy"* (1992) ger hon sin syn på sedvänjan:

"My own body was a mystery to me, as was the female body, beyond the function of the breasts, to almost everyone I knew... we must keep ourselves clean and pure as we had been since time immemorial – by cutting out unclean parts of our bodies. Everyone knew that if a woman was not circumcised her unclean parts would grow so long they'd soon touch her thighs; she'd become masculine and arouse herself. No man could enter her because her own erection would be in his way."

(Walker, 1992 s 112)

Waris Dirie har även skrivit en uppföljande bok på sin tidigare självbiografi vid namn *"Ökenblomman återvänder"* (2002). I boken beskriver hon vidare sin syn på sedvänjan och hennes egna erfarenheter av ingreppet. Hon beskriver att i Somalia tror man att kvinnor får en oerhört stor sexlust, vilket anses förbjudet och okvinnligt, om deras klitoris inte avlägsnas. Dirie beskriver att hon inte tror att omskärelsen dödar sexlusten helt, även om hon känner sig mycket reserverad och hämmad, en följd av att hon faktiskt vet att hon är annorlunda. Hon upplever att hennes egen sexualitet inte påverkats på det sättet som traditionen önskat:

"En del av min kropp hade skurits bort, men ingenting saknades när Dana kysste mig. För mig handlar sex om mina känslor för min partner. Orgasmen börjar i mitt huvud och slutar i mitt hjärta."

(Dirie, 2002 s 62)

Släktband och sociala faktorer

Leininger menar med släktband att det är en grupp närstående av familjemedlemmar eller nära vänner. Deras påverkan i omsorgsutövandet hos patienten i det dagliga livet är viktig. Sociala faktorer handlar om de sociala kontakter och uppfattningar som andra människor har (Leininger, 2002).

I en kvalitativ intervjustudie på 15 somaliska omskurna/könsstympade kvinnor boende i Sverige vill Essén m fl (2000) beskriva upplevelser och attityder som är relaterat till barnafödande både i Somalia och i Sverige. Flera av kvinnorna beskriver att möderskapet är starkt förknippat med ett stort socialt nätverk i Somalia. I Sverige upplever de däremot att graviditet och småbarnsperioden är isolerande och att de lider av frånvaron av samhörighet.

” The best thing is of course if you have your family around during labour. You feel safe. The midwives do not know you.”

(Kvinna G i Essén m fl, 2000 s 1509)

I Wiklund m fl (2000) beskriver barnmorskor de stora samlingar som kan skapas i förlossningsrummet som väldigt stressande då det blir brist på plats i rummet. De beskriver även hur beslut om vad som ska göras tvingas diskuteras med familjemedlemmar, då ”experter” i familjen med andra perspektiv och kunskaper vill få sin talan hörd. Diskussioner som rör beslut om hur tex. kvinnan ska klippas, och om kvinnan ska sys ihop till det ursprungliga eller ej.

Widmark m fl (2002) vill i sin studie, en flerstegs insamling, med öppna frågeformulär till 26 barnmorskor i Sverige för att undersöka deras iakttagelser, attityder och upplevelser i mötet med kvinnor som genomgått FC/FGM. I studien har man försökt skaffa sig ett mer balanserat synsätt på vad bra vård skulle kunna medföra genom att tolka barnmorskornas erfarenheter av kvinnornas upplevelser. Då maken oftast var med på förlossningen, uppkom situationer som väckte blandade känslor hos barnmorskorna. En del män krävde att kvinnan skulle sys ihop i underlivet efter förlossningen, och det fanns de män som grät under förlossningen, chockade över vad sedvänjan lett till. Slutsatsen i studien är att ju tidigare sjukvården får vetskap om att en gravid kvinna är könsstympad, och genom förbättrad kommunikation mellan vårdenheterna, desto större möjlighet finns att erbjuda kulturkongruent professionell vård.

Språk och kommunikation

Enligt Leininger (2002) måste sjuksköterskan vara medveten om patientens eget språk, eventuella språkproblem i kommunikation, och för att minska missförstånd vara beredd på att använda den icke verbala kommunikationen.

I en kanadensisk kvantitativ intervjustudie redogör Chalmers m fl (2000) om vikten av att använda ”rätt” term i mötet med den kvinnan som gått genom sedvänjan. Studien är genomförd på 391 omskurna/könsstympade somaliska kvinnor boende i Kanada och de beskriver sina upplevelser vid förlossning. Kvinnorna i studien föredrog termen omskärelse, inte för att de såg den termen som mindre motbjudande, snarare mer önskvärd. Att sätta termen i ett negativt sammanhang ansågs oacceptabelt. Resultatet i denna studie visar att kvinnors behov inte alltid tillgodoses i förlossningsvården, att de kände missnöje med både omvårdnaden och kvalitén på vården. Studiens slutsats är att vården måste förändras för att kunna iaktta kvinnors behov, använda sig mindre av tolkning från familjemedlemmar då kvinnornas egna åsikter kan bli förbisedda och deras integritet kan kränkas. Dessutom visar studien att sjukvårdspersonal behöver visa ett mer respektfullt bemötande och ett mer öppet synsätt i mötet med andra kulturer än vad som finns idag.

” I think it is good thing when two people talk to each other, it is not good to have a third person in the conversation. You yourself must understand how difficult it is!”
(Kvinna 55 i Wiklund m fl, 2000 s 108)

Wiklund m fl (2000) beskriver att en av de viktiga aspekterna i mötet med de omskurna/könsstympade kvinnorna är svårigheter i kommunikationen, då språket brister. Även då svenska språket var hjälpligt beskrevs missförstånden som stora i dialogen med svenskar i mötet med sjukvården.

” My husband was interpreting but I think it was good. There were nothing I missed, I think it is nice to have a man acting as his wife’s interpreter.”
(Kvinna 23 i Wiklund m fl, 2000 s 113)

Widmark m fl (2002) beskriver att barnmorskorna ofta är osäkra på hur de ska kommunicera med kvinnan gällande FC/FGM. Flera menar att de inte vill nämna ingreppet inför den berörda kvinnan, eftersom de vill behandla alla kvinnor lika i sin vård. De vill inte tala direkt till henne om ingreppet då de är rädda att peka ut henne, och att hon då skulle känna sig utsatt och annorlunda. Det beskrivs vidare att barnmorskorna oftast var väldigt medvetna om att deras egna känslor inför de ingrepp som kvinnorna utsatts för, var svåra att dölja. Dessa starka känslor riktade sig inte mot kvinnan de berörde, utan, mot traditionen, religionen och männen. Framför allt mot maken. Uttryck som vrede, frustration och hat mot männen användes för att förklara känslorna inför FC/FGM.

Dessutom beskriver barnmorskorna hur de försöker att etablera kontakt med kvinnan för att få en förståelse för hur de ska stödja och uppmuntra henne. Detta beskrivs ofta uppkomma då mannen lämnar rummet, då använder sig barnmorskorna av gester och icke-verbal kommunikation, då kvinnan inte behärskar språket. Förutom kommunikationsproblemen, menar barnmorskorna att de inte tvivlar på sin förmåga att tolka en situation (a a). En barnmorska berättar:

” And then he stands there and demands ”sew it back together again” and he was, to be honest, he was terrible and I got so angry with him. I couldn’t help feeling so much for her then...He knew Swedish, but she didn’t. And the only thing she could like secretly shaking her head like ‘don’t sew it back up’...”
(Barnmorska i Widmark, 2002 s 118)

I Chalmers m fl (2000) uttryckte många av deltagarna i studien att vårdpersonalen inte reagerat omtänksamt eller diskret när de fått se ingreppet som gjorts på dem. Detta inkluderade uttryck hos vårdpersonalen som berörde dem illa, gestikulerande av förvåning, med avseende att visa avsky för ingreppet. Händelser som att vårdpersonalen frågade ifall de fick kalla på sina kollegor för att titta, berättades även. Trots detta föredrog kvinnorna denna vård framför att föda hemma i Somalia, varför visas inte i studien. Slutsatsen i den här artikeln lägger vikt på att förändringar måste ske i bemötandet av kvinnor som genomgått FC/FGM. Dessa förändringar skulle ske med hjälp av riktlinjer som respekterar och uppfyller kvinnornas förväntningar när de föder barn.

Religion och filosofiska faktorer

Med religiösa faktorer menar Leininger (2002) de faktorer som påverkar människor och det mänskliga förhållandet till Gud, tankar kring sjukdom, lidande, hälsa

och död samt hur detta förhållande kan inverka på omsorgsutöandet. Filosofiska faktorer utgör grunden för individens tillvaro och synsätt.

Schiander Gray (1998) redogör i sin kvalitativa djupintervju studie utförd i Sudan, att det sudanesiska folket rättfärdigar könsstympning genom att de tror att deras religion islam kräver det, men i Koranen finns inget som styrker det. Däremot så finns det muslimska religiösa ledare som insisterar på att islam är emot faraonisk omskärelse. Kvinnlig omskärelse är inte nämnd i Koranen, men där finns en hänvisning till en text av profeten Mohammed, i vilken han uppmanar omskärerskan att inte skära för djupt. I de mindre byarna, där tradition och religion efterföljs strikt, är det orealistiskt att försöka utrota både sunna och faraonisk omskärelse, man borde först börja med det allvarligare ingreppet. En kvinna upptäckte ojämbaligheten mellan könen i Koranen och sammanfattade:

”Being a muslim, I believe strongly in God. And from that perspective I try to look at it from a very positive point of view. But I think I failed to come to peace with my religion.”
(Kvinna R. i Schiander, 1998 s 435)

I Johnsdotter (2002) reflekterar kvinnor från Somalia över attityderna gällande FC/FGM relaterat till religionen. Det som visade sig var att just kvinnorna blivit mer religiösa sedan de lämnat sitt hemland, och att hålla sina traditioner vid liv och vara en ”god muslim” hade blivit allt viktigare. I och med det blev de väldigt aktiva i läsandet och utforskandet av de islamska källorna. Det visade sig leda till ökad kunskap om vad som står i Koranen. En kvinna uttryckte:

” Now we understand more about Islam. Now people have come to understand that it is forbidden to take a part of your body, forbidden in Islam. So now it’s not like before.”
(Kvinna E i Johnsdotter, 2002 s 132)

Politiska och juridiska faktorer

Leininger (2002) menar att det är viktigt för sjuksköterskan att känna till patienters olika synsätt och dess inverkan på dess leverne och familj. Vårt liv är fullt av politiska åsikter och handlingar som påverkar våran hälsa.

Hopkins (1999) syfte är att klargöra de övergripande frågorna som sjuksköterskor upplever kring FC/FGM. Dessa visade sig vara att få kunskap om sedvänjan, de medicinska problemen som associeras med ingreppet, det kulturella rättfärdigandet och det legala aspekterna. Vidare i sin litteraturstudie skriver Hopkins att lagen mot FC/FGM är enbart en av de faktorer som kan påverka förändringar av sedvänjan. Lagen måste gå i linje med utbildning, rådgivning, socioekonomiska förutsättningar och attitydförändringar. Syftet med studien var att ge en förtydligande bild av de vanligaste frågorna som sjuksköterskor i England har angående FC/FGM. Det viktigast ansågs vara var att skaffa sig grundläggande kunskap om ingreppet, de medicinska komplikationer som kan uppstå i samband med ingreppet, det kulturella rättfärdigandet kvinnorna använder sig av för att bevara ingreppet, och de lagliga konflikter som kan uppstå. Vidare framställs även barnmorskornas och sjuksköterskornas betydande roll i bemötandet, då de ofta i afrikanska samhällen anses vara de som har makten att styra över liv och död. Barnmorskor och sjuksköterskor i väst föreslås som auktoritära utbildare, som ska informera föräldrar om konsekvenserna av ingreppet, men de måste vara medvetna om de kulturella interventionerna i sin roll (a a).

Cook m fl (2002) vill i sin litteraturstudie som stödjer sig på en hälsoenkätsundersökning som 55 000 kvinnor från Central Afrikanska Republiken, Elfenbenskusten, Egypten, Eritrea, Mali, Sudan och Yemen, svarat på. Hälsoenkäterna sträcker sig över en sju års period för att kunna utröna prevalensens utbredning. Resultatet från enkäterna visar att FC/FGM berör kvinnor ur alla socioekonomiska grupper, vilket stöds av att prevalensen i högriskländer är spridd och fortskridande, och att förekomsten är konstant över generationerna. Studien beskriver de etiska och lagliga aspekterna inom FC/FGM. Där pångterar man att utrotandet av sedvänjan genom kriminalisering är mindre effektivt än utbildning och rådgivning hos flickor och kvinnor, vilket sjukvårdspersonal behärskar.

Johnsdotter (2002) redogör att i Somalia skiljer man på två olika former av kvinnlig omskärelse: Faraonisk omskärelse (infibulation; typ III enligt WHO: s klassifikation) och sunna-omskärelse (alla ingrepp som inte är infibulation; typ I, II eller IV). Deltagarna i avhandlingen är emot FGM, vilket gör att man tror att alla i studien är positiva till den svenska lagen mot könsstympning. När kritik mot lagen finns tror man att det beror på att den symboliska sunnan inkluderas i förbudet. Så är inte fallet. De kritiska rösterna är först och främst riktade mot kultur imperialismen, att en lag riktar sig mot en specifik grupp av invandrare. Att även om dem själva är emot könsstympning, menar de att frågan förblir ett inrikes problem för somalierna i Sverige. Sammanfattningsvis visade det sig vara mycket svårt att finna förespråkare för det mest omfattande ingreppet (faraonisk omskärelse), däremot ansåg många att en mild sunna-omskärelse på flickor vara principiellt accepterad och förenlig med islam. Villkoret var då att ingen vävnad fick tas bort, eller att flickan inte fick skadas på något sätt.

"...It will (the law) protect the girls from suffering. But if Swedes would say, "You can't be a Muslim any more" or " You are not allowed to use veil" or something like that, then we would have to answer ' No, this is impossible, this is our tradition' and so on. But this (law) is good. They have said something that is good for us."
(Kvinna X i Johnsdotter, 2002 s 137)

En av de intervjuade kvinnorna kritiserade lagen uppriktigt, och ifrågasatte Sveriges moral och rätt att ingripa i den här frågan. I stället för att se lagen som ett förbud mot ingreppet, kände hon att friheten berövades i utövandet av deras tradition.

-I think it's wrong to take somebody's right'. It's our tradition, " why do they say that" (that it's forbidden)? It's about our rights, as the tradition is ours. This I can't understand, how can somebody call it democracy (in Sweden) if you attack our freedom?"
(Kvinna L i Johnsdotter, 2002 s 138)

Hopkins m fl (1999) skriver i sin publicering om faran med legalisering av FC/FGM i England. Lagen kan leda till att människor inte vågar söka medicinsk hjälp och att ingreppet görs i all hemlighet i hemlandet med osteriliserade verktyg. Vanligast är att lagliga ingripande är onödiga och olämpliga i beslutsfattandet när det gäller sociala och medicinska problem, så lagen behövs för att skydda barn i riskzonen och för att åtala omskärerskor som utför ingreppet.

Fauziyas Kassindjas skriver i sin självbiografi *"Vem hör mina tårar"* (1998) hur hon tvingades fly sitt hemland Togo, i västra Afrika, för att undkomma sedvänjan. Hon växte upp i en välutbildad och modern familj med fem systrar, ingen av döttrarna hade fått genomgå ingreppet, då pappan i familjen var starkt emot sedvän-

jan. Då pappan dör, får brodern till pappan ta hand dem. Mamman slängs ut, och farbrodern beslutar att gifta bort Fauziyas. I och med giftermålet skulle hon enligt stammens tradition könsstympas. Endast några få timmar innan ingreppet ska göras lyckas hon fly till Tyskland och därefter till Amerika, där hon söker asyl. Men istället för att få hjälp blir hon fängslad. Efter ett års väntan i fängelse och en lång rättsprocess lyckas en advokat fria henne. 1996 fick hon asyl, ett historiskt beslut som väckte hopp hos många som söker asyl för att de befäras att bli utsatta för könsstympling.

” Människor i min stam är goda människor. Men goda människor gör onda saker. De måste noga överväga vad de gör och varför, inte bara fortsätta för att det är så man alltid gjort. Traditionen gör inte att en sak behöver vara rätt.”

(Kassindjas, 1998 s 432)

Teknologiska faktorer

Enligt Leininger (2002) tar man här upp patientens kunskaper om den moderna tekniken, med tyngdpunkt på vården. Patientens attityder och eventuella hinder för olika undersökningar är av stor vikt för sjuksköterskan att känna till.

Essén m fl (2000) påvisar i en kvalitativ studie som utförts i Sverige att somaliska gravida kvinnor som genomgått FC/FGM beskriver en oförståelse inför mödravård i Sverige. Majoriteten upplevde en tillfredställelse med graviditetskontrollerna, men några förstod inte nödvändigheten. De menade att så länge graviditeten ser normal ut finns det ingen anledning att söka vård. Somaliska kvinnor räknar själv de 40 graviditetsveckorna, och menar att om något är fel så märker de det.

” It is God who knows if the pregnancy is going well, we do not know. If the baby kicks, we are not worried.”

(Kvinna A i Essén m fl, 2000 s 1510)

I Wiklund m fl (2000), visar det sig hur främmande vår moderna teknologin i vården kan uppfattas hos en kvinna som inte upplevt något liknande, och som inte heller fått en förklaring till varför man använder sig av viss apparatur i Sverige.

”Actually, I was afraid since we don't have it (Cardiotocograph, our note) at home, I have never seen it before. I was afraid. There is a belt, which you can put on, a belt which the nurse or the midwife puts on the belly for the child's heart and the labour pains. I was afraid and asked her to remove the thing my child could die...”

(Kvinna 23 i Wiklund, 2000 s 108)

I Essén m fl (2000) visar resultatet att somaliska gravida kvinnor åt mindre än när de inte var gravida för att undvika att få ett stort barn. Detta pga. de komplikationer som kan uppstå vid förlossning då de faktiskt är hopsydda. Alla kvinnor i studien hade föreställningen av att ett minskat matintag kunde underlätta förlossningen och med detta minska risken för kejsarsnitt. Med tanke på de starka associationer till vad som är en säker förlossning hos kvinnorna, tror författarna att de är tveksamt om de kommer att ändra på sina vanor så länge sjukvårdspersonalen är omedvetna om motiven bakom handlingarna. Nästan alla somaliska kvinnor kände glädje och tillfredställelse över att sin graviditet, men uttryckte även rädsla och oro för riskerna i samband med förlossningen. Därav rädslan för kejsarsnitt då många kvinnor kunde erinra sig om att någon bekant i Somalia hade avlidit av ingreppet (a a).

" It is not good that the baby grows too much, it will lead to a difficult delivery. I have never thought about circumcision as a problem, but I do want an easy delivery and for that it is good with a small baby."

(Kvinna D i Essén m fl, 2000 s 1509)

Denna rädsla för kejsarsnitt hos somaliska kvinnor kan leda till att de undviker att söka vård när behovet finns och kejsarsnitt kanske är nödvändigt. Detta kan leda till en ökad risk för barnet (Essén m fl, 2000).

" It is two different things which we have faith in. It is God who rules, but you don't believe it is God who rules. You believe in your technology. But we believe in God."

(Kvinna 36 i Wiklund m fl, 2000 s 108)

Utbildningsfaktorer

Enligt Leininger (2002) ska man här bedöma patientens utbildningsnivå och kunskaper om hälsa, välbefinnande och sjukdom, även behovet och efterfrågan av information.

Dirie (1998) skriver att efterhand som hon blev äldre och mer bildad, förstod hon att hon inte var ensam. De hälsoproblem hon varit tvungen att brottas med sedan hon blev omskuren, påverkar också miljontals andra flickor över hela världen. På grund av en ritual som bygger på okunnighet framlever de flesta kvinnor på den afrikanska kontinenten sina liv i smärta.

" I know many women who have decided to leave the tradition after reading the Koran and pondered upon this."

(Kvinna B i Johnsdotter, 2002 s 132)

Almroth m fl (2001) undersöker i sin kvantitativa randomiserade intervjustudie hur man ska nå förändringar gällande FGM i Sudan. Deltagarna bestod av 120 föräldrar, mödrar, fäder och morföräldrar. Resultatet visar att yngre sudanesiska kvinnor som har högre utbildning och som arbetar utanför hemmet förmodligen förändrar sin attityd mot ingreppet. Kvinnorna med högre utbildning ville i betydligt lägre grad könsstympa sina döttrar än de med lägre utbildning. Detta visar på att utbildningsnivån hos kvinnorna är starkt förknippad med utövandet av sedvänjan. Social ömsesidig påverkan har därför blivit viktigt för sudanesiska forskare att anamma för att nå större kunskap över generationerna hos kvinnorna (a a).

METODDISKUSSION

Det fanns få vetenskapliga publiceringar i bemötandet i vården av omskurna/könsstympade kvinnor. Ju fler abstract vi läste förstod vi att fokus på FC/FGM huvudsakligen behandlade dess medicinska konsekvenser, västvärldens sjukvårdspersonal med deras erfarenheter, och inte de omskurna/könsstympade kvinnornas upplevelser. Vi trodde att våra träffar av publiceringar skulle bli fler då vi gick tillbaka till år 1985, men de publiceringar som var relevanta visade sig vara från år 1998 och framåt. Av de publiceringar vi valde fanns få som gav ett emicperspektiv, och gavs ett sådant så var det en person som beskrev en kvinnas upplevelser, och inte kvinnan själv. Detta gjorde att vi vände oss till skönlitteraturen, med kvinnans egen berättelse, där inga mellanhänder fanns. Vi ansåg att sanninghalten var större i skönlitteraturen, då den "egna rösten" kom fram.

Vi fick ändra vår frågeställning, som först inriktade sig på bemötandet av kvinnor som genomgått FC/FGM. Ämnet var smalt använde vi endast termen female genital mutilation, enligt WHO:s definition 2003. Då samma publiceringar återkom och när inga nya referenser tillkom avslutades sökandet. På grund av tidsbegränsning sökte vi bara litteratur och publiceringar inom Malmö högskolas medicinska databaser, då vi annars hade kunnat beställa publiceringar från hela världen. Vi beställde två publiceringar från Lund, vilka båda var kvantitativa och endast en var relevant för vår frågeställning. Då detta är ett ämne som berör flera verksamhetsområden, antar vi att sökningar inom t ex socialantropologi hade kunnat ge oss andra synvinklar. Två av de publiceringar vi använde oss av var kvantitativa studier. Dessa användes då vi inte fann fler kvalitativa studier och då de speglade våra frågeställningar.

När vi gjorde våra sökningar visade det sig att de vetenskapliga studier vi fann främst beskrev somaliernas och barnmorskors upplevelser och perspektiv på traditionen. Detta föll sig naturligt då detta är ett av de länder där sedvänjan förekommer i procentuellt störst grad. Att barnmorskor är den yrkeskategorin som oftast representeras i de publiceringar vi använt oss av hänger förmodligen samman med att det är den vårdpersonal som har störst upplevelse och erfarenhet av möten med omskurna/könsstympade flickor och kvinnor. Vi har inte begränsat oss mot ett visst folkslag eller mot en viss yrkesgrupp, utan detta har framkommit i våra träffar.

Efter analys visade det sig att de vetenskapliga studierna var applicerbara på sju av Sunrise-modellens faktorer. Vår slutsats är att dessa sju faktorer visade sig vara tillräckliga för att användas som ett transkulturellt omvårdnadsinstrument, grundat på emic-perspektivet, i mötet med omskurna/könsstympade flickor och kvinnor. Vi har därför skapat en modifierad Sunrise-modell. Använder man vår modell som ett arbetsredskap i bemötandet av omskurna eller könsstympade flickor och kvinnor anser vi att de sju faktorer vi valt täcker den kunskap man som sjuksköterska behöver för att ge en kulturkongruent omvårdnad.

Fem av Sunrise-modellens tolv faktorer uteslöts, då vi ansåg att de inte var relevanta eller skulle påverka svaren på vår frågeställning. Dessutom beskrev det litteraturmaterial vi använde oss av inte alltid de olika faktorerna. Ekonomi aspekterna spelar en roll då det både är kostsamt för familjen att få ingreppet utfört, och då hemgiften är avgörande ifall dottern har genomgått sedvänjan, eller inte. I Sverige är de ekonomiska aspekterna inte längre desamma som i hemlandet, då familjens försörjning och överlevnad inte avgörs av hemgiften, därav har den uteslutits. Vi upplever att här i Sverige har familjer från kulturer där sedvänjan utövas tydligare fokus på familjens heder och etniska samhörighet än ekonomiska perspektiv. Vi har uteslutit Kulturrelaterad omsorg och världsbild och Kulturella och samhällsstruktureller dimensioner då vi applicerat dessa på faktorn Kulturellt betingade värderingar och livsstilar. Övriga faktorer flyter samman med våra sju valda faktorer.

RESULTATDISKUSSION

Under vårt arbetes gång har vi förstått att även om vilja finns, så är det uppenbart att missförstånd och konflikter uppstår i vården i mötet med andra kulturer. Vi tror

att det beror på att många stereotyper och fördomar existerar inom vården på grund av okunskap. Detta speglas i flera av våra vetenskapliga publiceringar, men det är sällan både emic och etic-perspektivet utforskas med reflektioner över *hur* vi ska mötas. Vi vill utifrån vårt resultat diskutera de omskurna eller könsstympade kvinnornas och sjukvårdspersonalens reflektioner på hur de upplever mötet med varandra. Därmed vill vi presentera en kulturkongruent förståelse, med ett genusperspektiv i åtanke, som underlättar i mötet med omskurna eller könsstympade flickor eller kvinnor.

Under arbetets gång har vi diskuterat vilken term som kändes mest lämplig att använda. Kvinnlig könsstympning är den term som används för att skapa opinion, men termen kvinnlig omskärelse anser vi vara den enda rätta att använda i mötet med den kvinna det själv berör. Därför har vi valt att kalla vårt arbete, kvinnlig omskärelse *eller* kvinnlig könsstympning. Könsstympning är ett 'etic-uttryck', men flickor och kvinnor ifrån de länder där sedvänjan utövas använder termen omskärelse, 'emic-uttrycket'. Vi inser att även om vi som sjuksköterskor har kunskap om kulturkongruent bemötande kommer vi ändå alltid att befinna oss i ett mellanläge. De omskurna eller könsstympade flickorna eller kvinnorna befinner sig på ena sidan, vårt samhälle och dess lagar och värderingar på den andra, och vi får acceptera att stå där emellan.

De vetenskapliga publikationerna och skönlitteraturen vi tagit del av gav inte ett tillfredsställande emic-perspektiv. Detta påstår vi då skönlitteraturen skrivits i ett västland och huvudpersonen redan influerats av västerländska värderingar. Schiander Gray (1998) är ensam om att utföra sina intervjuer på plats. Under sin sexåriga vistelse i Sudan kom hon nära kvinnorna och skildrade därmed ett trovärdigt emic-perspektiv, vilket ökar validiteten i studien. Men beaktas bör att hon färgas av sitt etic-perspektiv i sitt sätt att se på sedvänjan.

De vetenskapliga publikationerna vi analyserat har först och främst koncentrerat sig på medicinska konsekvenser och västvärldens synsätt på sedvänjan. Den sjukvårdspersonal, som Wiklund m fl (2000) och Widmark m fl (2002) berör är barnmorskor och gynekologer, eftersom de direkt kan få uppleva de omedelbara och synliga konsekvenserna av sedvänjan. Här uppstår uppenbarligen missförstånd och konflikter. Men de sjuksköterskor som arbetar inom psykiatri kan komma att möta de kvinnor som har erfårit sedvänjan. Vi anser att ingreppet är en form av misshandel, och då många kvinnor söker sig till psykiatriens vårdavdelningar blivit psykiskt eller fysiskt misshandlade, kan man göra antagandet att omskurna eller könsstympade flickor eller kvinnor kan bli en grupp som söker hjälp. Vårdcentralen är också en vårdenhet som kan stöta på könsstympningsproblematiken, då flickor och kvinnor som genomgått ingreppet kan söka för de medicinska konsekvenserna.

I Sverige säger lagen om förbud mot kvinnlig könsstympning (1982:316), att alla ingrepp som varaktigt förändrar de kvinnliga genitalierna är förbjudet, oavsett flickans/kvinnans ålder eller om hon lämnat sitt samtycke till ingreppet eller inte. Vi bör kanske beakta vilka signaler vi sänder ut när vi förbjuder en sedvänja som är så starkt associerat med en etnisk grupp. De omskurna och könsstympade kvinnorna kanske upplever en främlingsfientlighet när vi utpekar deras kultur som felaktig, när det egentliga syftet med vår lag är att utrota sedvänjan, inte kulturen. Cook m fl (2002) skriver att orsaka en människa kroppslig skada, även med dennes samtycke har länge ansetts som ett brott. Däremot är manlig omskärelse, tatu-

ering och piercing ansedd som lagliga ingrepp. Vi undrar var ska gränsen dras? I lagen inkluderas allt från det mest omfattande ingreppet, faraonisk omskärelse, till den mildaste formen, symbolisk sunna, det vill säga att man med ett stick i klitoris framkallar en droppe blod. Frågan är om man har möjlighet att döma någon i domstol som utfört sunna, då lagen talar om "varaktig förändring"? Vad som då också blir viktigt är varför sunna räknas som olaglig könsstympning, då vi i det svenska samhället tillåter omskärelse på små pojkar. Eller att vi tillåter piercing i könsorgan av estetiska och erotiska skäl, eller genitala plastikoperationer för förkortandet av blygdläppar av estetiska skäl.

Cook m fl (2002) publikation är baserad på en litteraturstudie, trots detta anser vi att den ger viktiga slutsatser, då den är kombinerad med en hälsoenkätsundersökning. Studien omfattar flera nationaliteter under en lång tidsperiod, vilket ger en bra bild av prevalens och förändring genom tid. Cook m fl visar att utbildning leder till en markant minskning av sedvänjan, och att ingreppet sunna ersätter den faraoniska omskärelsen. Detta motsätter vad media försökt måla upp, att somalier här i Sverige skulle könsstympa sina döttrar i smyg. Johnsdotter (2002) visar i sin avhandling att Somalier anpassar sig till det svenska samhället med dess normer och lagar. De förstärker ofta sin religion, dels pga en känsla av utanförskap, och dels för att känna samhörighet med sina landsmän. Detta innebär att kvinnorna läser och förstår Koranens egentliga innebörd.

I två publikationer (Wiklund m fl, 2000, Widmark m fl, 2002) beskrivs konflikten som kan uppstå mellan vårdpersonalen och kvinnans familj. I vissa kulturer är det viktigt att familjemedlemmar rådfrågas och att de konfererar med varandra innan beslut tas. Det kan kanske upplevas främmande för oss när det gäller situationer som enbart rör kvinnan själv ifråga. Vi anser oss vara jämställda i Sverige och då finner vi detta obegripligt och kränkande. Men i de situationer då kvinnan väljer att rådfråga sin man eller familj bör vi vara professionella i vår sjuksköterskeroll och stödjande trots att det känns främmande.

Som sjuksköterska kan det ibland vara svårt, som Widmark m fl (2002) beskriver, att se individen i mötet med olika kulturer, då vi oftast redan har skapat oss en bild. En bild som skapas av bra som dåliga erfarenheter av tidigare möten. Vi anser att media har ett stort ansvar då de genom sin journalistik ofta generaliserar och kategoriserar minoriteter. I vårt möte med andra kulturer bör vi uppmärksamma individens känslor och tankar och inte till vad vi *tror* kulturen står för. Applicerar vi detta på omskurna eller könsstympade flickor och kvinnor med dess familjer kan detta innebära att männen får skulden för ingreppet. Vad vi bör ha kunskap om är att många män från kulturer där sedvänjan utövas är starkt emot den. Dessutom ändrar många män sin uppfattning när de immigrerat till ett västland (Widmark m fl, 2002, Kassindjas, 1998).

Den är viktigt för sjuksköterskor att vara medvetna det utanförskap som omskurna eller könsstympade kvinnor kan uppleva här i Sverige. Kanske har deras sociala nätverk förändrats sedan de immigrerat hit? I Somalia omges kvinnor av ett stort kvinnligt nätverk i samband med graviditet och förlossning (Essén m fl 2000). Här i Sverige ersätts det förlorade kvinnliga nätverket av mannen i familjen (Wiklund m fl 2000). Detta upplever vi i Sverige som positivt, då mannen tar ett större ansvar för barn, matlagning och städning, eftersom det ofta överensstämmer med våra värderingar. Dock kan kvinnan känna att mannen med ökat ansvar inkräktar på hennes "territorium". Vi bör tänka på att kvinnans utsatta situation under t ex

förlossning kan kännas utlämnande då mannen deltar. Det kan vara så att det finns de kvinnor som föredrar att en annan somalisk kvinna deltar istället för mannen.

Flera publiceringar (Allag m fl, 2001, Almroth m fl 2001, Schiander Gray 1998, Hopkins, 1999, Cook m fl 2002) berör könsstympade kvinnors bristfälliga kunskap om deras kroppar, relaterat till en låg utbildningsnivå. Alla kommer fram till att utbildning är den mest betydande vägen att gå i kampen mot sedvänjan. De styrker detta genom att påvisa att högre utbildning leder till minskad prevalens. Vi tror att utbildning, är den rätta vägen att gå. Det har visat sig att de som kommer från kulturer som utövar sedvänjan, ofta lämnar traditionen när de lär sig läsa eller får mer kunskap om de medicinska konsekvenserna av ingreppet (Johnsdotter, 2002). Man bör dock ha i åtanke att i Johnsdotters avhandling baseras hennes undersökning på en grupp som lever i Sverige och de har kanske redan anpassat sig till våra normer om vad vårt samhälle anser vara rätt och fel. Vi tror att om man har immigrerat, och inte kan eller vill återvända till sitt hemland är viljan till förändring större, än hos dem som har tänkt återvända. Nämnas bör att i Schiander Grays (1998) studie intervjuas välutbildade kvinnor från välbärgade familjer i Sudan, vilket representerar en liten del av den folkgrupp som utövar sedvänjan.

Enligt WHO är den politiskt korrekta termen female genital mutilation, i Svensk lag används begreppet kvinnlig könsstympning. Termen används för att skapa opinion för att kunna eliminera sedvänjan och för att kunna skilja den från manlig omskärelse. Publiceringarna (Chalmers, 2000, Cook m fl, 2002, Hopkins, 1999) tar upp betydelsen av att använda rätt term i bemötandet i vården av de kvinnor som gått genom ingreppet. Kvinnor i studierna uttrycker att termen könsstympning syftar på den mest omfattande formen av sedvänjan. Då vi i väst inkluderar alla fyra former av ingreppet i ett och samma begrepp, kan det leda till missförstånd mellan kvinnan och sjuksköterskan. Vi i Sverige benämner även sunna som könsstympning och det kan uppfattas som direkt kränkande att öppet inför kvinnan använda termen då den är negativt laddad. På de avdelningar i sjukvården som berörs kan en förteckning över terminologin, från de länder där sedvänjan utövas, vara användbar då kvinnorna kanske inte är bekanta med vår.

I (Chalmers m fl, 2000) publicering beskrivs flera kommunikationssvårigheter. Där poängteras vikten av att inte använda sig av tolkning från familjemedlemmar, då kvinnornas egna åsikter kan negligeras. Vi anser att det finns flera skäl till varför anhörigtolkning inte bör användas. När barn eller andra familjemedlemmar tolkar kan familjestrukturen komma i obalans, barnet kan t ex få en "maktposition" som familjens överhuvud. Ett annat skäl är att familjemedlemmar har svårt att vara objektiva och de känner oftast inte till de termer som rör ändamålet de sökt för och är omedvetna om tystnadsplikten. Svenska barnmorskor visar att viljan finns till en stödjande och uppmuntrande roll, men att känslorna för ingreppet är svåra att dölja (Widmark m fl, 2002). Vi tror inte att det är fel att berätta för den omskurna eller könsstympade kvinnan att vi känner oss obekväma och främmande inför sedvänjan eftersom den inte är bruklig i Sverige. Däremot är det viktigt att vi inte uttrycker våra känslor inför kvinnorna. En del omskurna eller könsstympade kvinnor beskrev (Chalmers m fl, 2000) att vårdpersonalens verbala och icke verbala språk berörde dem illa när ingreppet upptäcktes. Här är det viktigt att som sjuksköterska agera professionellt och diskret, för att inte utlämna kvinnan. Det är viktigt att hon inte blir ett objekt för vår nyfikenhet.

Något som vi finner mycket intressant är att Waries Dirie i sin uppföljare "*Ökenblomman återvänder*" (2002) beskriver att hon låter omskära sin son. Det rättfärdigar hon genom att det görs av medicinska skäl, för att det främjar hygien. Hon menar även att hennes pojke nu är renare och finare. Trots hennes starka känslor när det gäller kvinnlig omskärelse eller könsstympning ansåg hon att detta var rätt. Detta tycker vi strider mot hennes tidigare uppfattningar där hon dels anklagar männen för att det är deras vilja som styr ifall kvinnor ska omskäras eller könsstympas, och dels för att hon är emot borttagandet av något naturligt och medfött. Här kan man fundera på vad vi tillåter i väst-världen gällande manlig omskärelse och reflektera över att vi faktiskt utför ett ingrepp på en minderårig, vilket strider mot barnkonventionen.

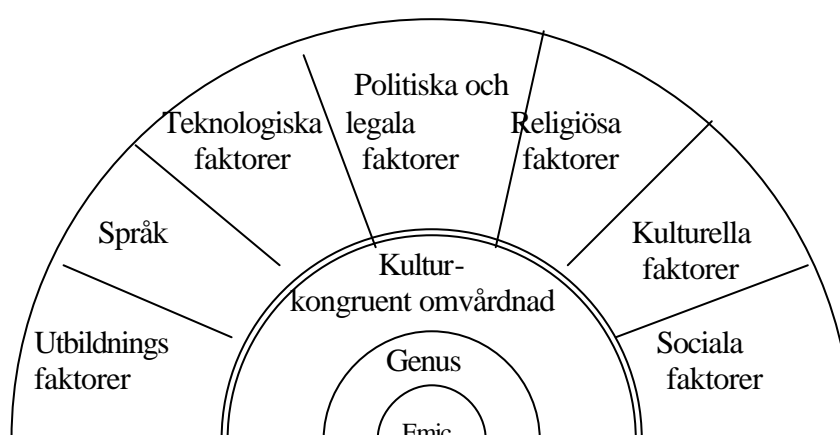
I patriarkaliska samhällen som i t.ex. Somalia är mannen familjens överhuvud, detta innebär att de manliga och kvinnliga könsrollerna är starkt befästa. Detta skildras indirekt i alla publiceringar men få berör genusperspektivet. Wiklund m fl (2000) menar att man bör se på ingreppet könsstympning genom köns olika perspektiv, vilket leder till en större förståelse. Vi tycker att ett genus-perspektiv är viktigt att ha i åtanke, då mötet kulturer emellan genomsyras av vad som är manligt och kvinnligt, vilket lätt kan leda till konflikter.

När vi läst igenom skönlitteraturen och analyserat innehållet i böckerna och vad de egentligen ville berätta, kände vi att huvudpersonen i böckerna redan är starkt färgad av väst. Frågan som väcks är: hur hade kvinnorna beskrivit samma upplevelser om de inte lämnat sitt hemland? Eftersom vi tror att kvinnor som lever i Afrika, där sedvänjan utövas, inte reflekterar över ingreppet på samma sätt då alla kvinnor i deras omgivning genomgått den. Det är först när de kommer till ett västland som de börjar inse att ingreppet är ett övergrepp, ett brott mot de mänskliga rättigheterna. I början av skrivandet kände vi att alla fyra former av ingreppet var ett övergrepp, men efter att vi skaffat oss mer kunskap anser vi att den mildaste formen, sunna, går att likställa med manlig omskärelse. Både Johnsdotter (2002) och Cook m fl (2002) påvisar tydliga samband mellan våra och andra kulturers ingrepp på kroppen. Det leder oss in på tanken vad vi accepterar. I väst bör vi påminna oss om vad vi har för skönhetsideal. Här stoppar vi in silikoninplantat i bröstet, sprutar in botox, (ett nervgift) för att ta bort rynkor, vi tatuerar och piercar oss, utan att reflektera över att det är ingrepp som kan vara skadliga. Vi anser att piercing i genitalierna är en form av ingrepp, väldigt lik sunna, men den ena är laglig och den andra är det inte.

Avslutningsvis anser vi att ett fördömande beteende, i mötet med en omskuren/könsstympad kvinna kan ha förödande konsekvenser. Därför är det av yttersta vikt att sjuksköterskor får ökad kunskap om fenomenet kvinnlig omskärelse/könsstympning för att fördomsfritt kunna ge adekvat vård, och för att professionellt kunna utöva sitt yrke. Detta eftersom det kan vara svårt att hantera de känslor som ingreppet kan väcka. Genom ökade kunskaper kan sjuksköterskor bidra till att förändra attityder gällande omskärelse/könsstympning, hos övrig vårdpersonal och andra berörda grupper. Vi anser att sjuksköterskor har en betydelsefull roll i det preventiva arbetet mot ingreppet. Hopkins (1999) beskriver vår profession som högt ansedd i afrikanska samhällen, då vi anses ha makten att styra över liv och död. Med kunskap om detta är vi den yrkesgrupp som kan utbilda och informera människor ifrån de länder där sedvänjan utövas, då vi både har omvårdningskunskapen och den kulturkongruenta förståelsen.

SLUTORD

Kulturer världen över har alla olika sätt att uttrycka sig, genom livsstil, tradition som värderingar. Detta är viktigt för en sjuksköterska att vara medveten om. Vi kan aldrig föreställa oss vad det innebär att utsättas för omskärelse eller könsstymning, men genom att använda Leiningers Sunrise-modell med dess utvalda faktorer som ett verktyg, kan det användas på vägen att nå en kulturkongruent omvårdnad. Om vi i bemötandet försöker anamma ett fördomsfritt förhållnings-sätt, kan vi lättare övervinna svårigheter och konflikter som kan uppstå. Ju tryggare vi sjuksköterskor agerar, desto större tillit kommer den omskurna eller könsstympade kvinnan uppleva vården.



Figur 1. Mån-modell som visar vi hur de sju faktorerna bidrar till en kultur kongruent omvårdnad med ett genusperspektiv i åtanke.

(Christensson, R & Josefsson, V 2003)

Framtida forskning:

Som en fortsättning på vår studie hade det varit intressant att göra en empirisk studie och få möjlighet att intervjua omskurna eller könsstympade flickor och kvinnor. Främst då för att få kunskap emic-perspektivet. Det hade även varit intressant att intervjua andra professioner än barnmorskor, eftersom de inte är de enda som möter omskurna eller könsstympade flickor och kvinnor.

REFERENSLISTA

Allag, F, Abboud, P m fl (2001) Mutilations génitales rituelles féminines. La parole aux femmes. *Gynécol Obstét Fertil*, 29, 824-828.

Almroth, L, Almroth-Berggren, V m fl (2001) A community based study on the change of practice of female genital mutilation in a Sudanese village. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 74, 179-185.

Barnombudsmannen(2003)Barnkonventionen.
><http://www.bo.se/adfinity.aspx?pagied=55><2003-11-25.

Chalmers, B, Omer Hashi, K (2000) 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *BIRTH*, 27(4), 227-235.

Cook, R.J, Dickens, B.M m fl (2002) Female genital cutting (mutilation / circumcision): ethical and legal dimensions. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 79, 281-287.

Dirie, W (1999) *En blomma I afrikas öken*. Höganäs: Bra Böcker.

Dirie, W (2002) *Ökenblomman återvänder*. Höganäs: Bra Böcker.

Dorkenoo, E & Elworthy, S (1996) *Female genital mutilation: Proposals for change*. London: Minority Rights Group International.

Dorkenoo, E (1995) *Cutting the rose*. London: Minority Rights Publications.

Ds 1999:3 (Regeringskansliet, Socialdepartementet) (1999) *Könsstympning - borttagandet av kravet på dubbel straffbarhet*. Stockholm: Regeringskansliets offset-central.

Essén, B, Johnsdotter, S m fl (2000) Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somalian women resident in Sweden. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol 107, 1507-1512.

Gebru, K (1997) *Kulturkongruent omvårdnad i sjuksköterskeutbildningen*. Lund: Lunds universitet. Institutionen för pedagogik och specialmetodik. Nr 637.

Hejll, A (2001) Fakta om kvinnlig könsstympning. Rädde barnen.
><http://www.rb.se/NR/rdonlyres/E658799F-C6F5-44E4-AC5C-DO9F010B0340/0/Faktaomkvinnligk%F6nsstympning.pdf><2003-11-25.

Hopkins, S (1999) A discussion of the legal aspects of female genital mutilation. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), 926-933.

Hosken, P F (1995) *STOP female genital mutilation. Women speak, Facts and actions*. Lexington: Women's international network news.

Johnsdotter, S (2002) *Created by god*.
Lund: Dept. of Sociology, Lund University

- Kassindja, F (1998) *Vem hör mina tårar*. Falun: Bra böcker.
- Leininger, M, & McFarland, M R (2002) *Transcultural nursing. Concepts, Theories, Research and Practise*. (3rd edition) USA: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Leininger, M (1997) Overview of the theory of culture care with the ethnonursing research method. *Journal of Transcultural Nursing*, 8(2), January to June, 32-52.
- Polit, D F, Beck, C T m fl (2001) *Essentials of nursing Research. Methods, appraisal and utilization*. (5th edition) Philadelphia: Lippincott.
- Rahman, A & Toubia, N (2000) *Female Genital Mutilation. A guide to laws and policies worldwide*. New York: Rainbo.
- Statistiska Central Byrån (2002) Befolkningsstatistik.>
http://www.scb.se/templates/tableOrChart_25890.asp<2003-11-25.
- Schiander Gray, C (1998) A case history based assessment of female genital mutilation in Sudan. *Evaluation and Programming Planning*, 21, 429-436.
- SFS 2001:453. Socialtjänstlagen.
- SFS 1982:316. Lag med förbud mot könsstympning av kvinnor.
- SFS 1990:52. Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).
- Socialdepartementet. Regeringskansliet (2003) Nationell handlingsplan mot kvinnlig könsstympning. Stockholm: Edita Västra Aros.
- Socialstyrelsen (2002) Kvinnlig könsstympning. Ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänst och Hälso- och sjukvård. Stockholm>
<http://www.sos.se/FULLTEXT/110/2002-110-17/2002-110-17.pdf><2003-11-25.
- Sörman Nath, Y & Ismail N (2000) Ingen frågade mig. En rapport om kvinnlig könsstympning i Sverige. Stockholm: Stiftelsen Kvinnoforum.>
http://www.goteborg.se/prod/sk/goteborg.nsf/files/kvinnligkomsstympning/SFILE/kks_nov03.pdf.< 2003-11-25.
- Walker, A (1992) *Possesing the secrets of joy*. Stockholm: Bokförlaget Trevi.
- WHO>
www.who.int/inf-fs/en/fact241.html< 2003-11-25.
- Widmark, C, Tishelmann, C m fl (2002) A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*, 18, 113-125.
- Wiklund, H, Aden, A.S m fl (2000) Somalis giving birth in Sweden: a challenge to culture and gender specific values and behaviours. *Midwifery*, 16, 105-115.

BILAGOR

Bilaga 1: Summering av utvalda publiceringar enligt våra inkluderingskriterier och Polit m fl (2001) kvalitetskriterier

Bilaga 2: Prevalensen av FC/FGM i Afrika

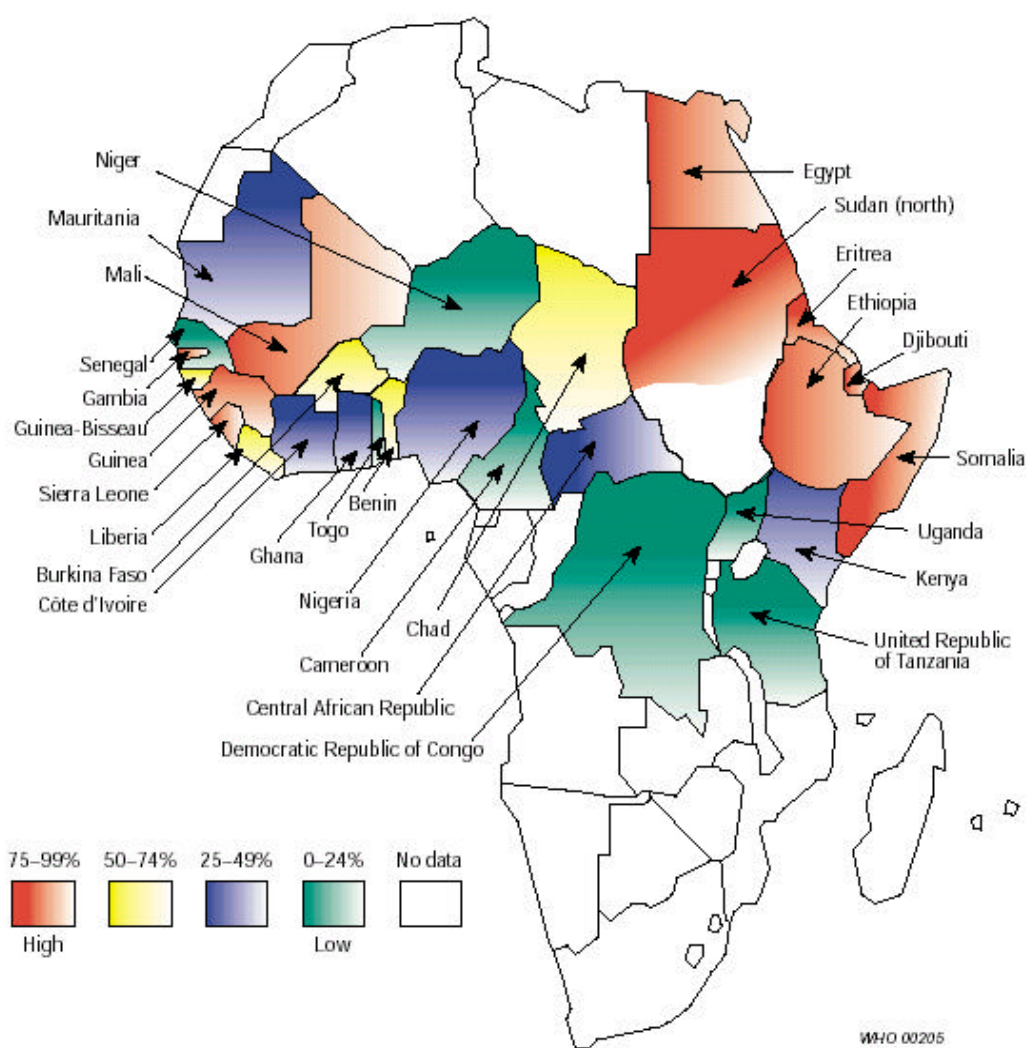
Bilaga 3: Länshänvisning

Tabell 1. Summering av utvalda publiceringar enligt våra inkluderingskriterier och Polit m fl (2001) kvalitetskriterier.

Författare, år, språk	Titel	Design	Syfte	Metod	Resultat
Allag m fl (2001) Franska	Mutilation génitales rituelles féminines. La parole aux femmes	Kvalitativ	Förstå kvinnornas motiv till sedvänjan	Intervjustudie med 14 somaliska kvinnor boende i Frankrike	Kvinnor som integreras i det nya samhället vill i mindre utsträckning utföra FC/FGM på sina döttrar
Almroth m fl (2001) Engelska	A community based study on the change of practice of female genital mutilation in a Sudanese village	Kvalitativ	Undersöka utövandet av FGM och motiven till sedvänjan	Randomiserad intervjustudie med strukturerade frågor med möjlighet till öppna svar, 120 föräldrar i Sudan deltog	Yngre föräldrars ökade utbildningsgrad leder till minskat utövande av FC/FGM.
Chalmers m fl (2000) Engelska	Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation	Kvantitativ	Att utforska kvinnornas upplevelser av mödravården kombinerat med deras tidigare upplevelser av FC/FGM	Intervju studie med 391 somaliska kvinnor boende i Canada	FC/FGM kvinnors behov tillgodoses inte alltid i mödravården pga. bristande kunskap hos vårdpersonalen
Cook m fl (2002) Engelska	Female genital cutting (mutilation/circumcision): ethical and legal dimensions	En demografisk hälsoenkätsstudie	Att undersöka hur man mest effektivt kan minska förekomsten av FC/FGM	55 000 kvinnor från 7 olika länder i Afrika	Utrotandet av FC/FGM genom kriminalisering är mindre effektivt än att ge utbildning och rådgivning
Dorkenoo (1994) Engelska	Cutting the rose, female genital mutilation. The practice and its prevention	Kvalitativ monografi som är baserad på forskning och verkliga upplevelser av fenomenet.	Att utforska om FC/FGM kan utrotas, vad betyder utövandet i kombination med mänskliga rättigheter	Flera afrikanska kvinnors upplevelser av sedvänjan	Ger oss vidare bild av sedvänjan och skildrar emicperspektivet
Essén m fl (2000) Engelska	Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somalian women resident in Sweden	Kvalitativ	Att undersöka attityder och vanor hos somaliska immigrerade kvinnor	Djupintervjuer med 55 somaliska kvinnor boende i Sverige	Kvinnors starka vanor rörande förlossning går ej att försöka ändra så länge vårdpersonalen är omedvetna om motiven till dem

Bilaga 1.2

Hopkins (1999)	A discussion of the legal aspects of female genital mutilation	Litteratur studie	Att undersöka Ssk och barnmorskors ställningstagande i mötet med kvinnor som genomgått FC/FGM	Litteraturstudie	Vikten av att skapa sig grundläggande kunskap om ingreppet FC/FGM
Engelska					
Johnsdotter (2002)	Created by God – How Somalis Swedish exile reassess the practice of female circumcision	Kvalitativ avhandling	Att undersöka somaliernas syn på FC/FGM	Empirisk studie Med ett 30-tal somaliska kvinnor och män	Somalier i exil upphör i allmänhet med sedvänjan pga. utbildning och integration, vilket leder till omvärdering av Koranen
Engelska					
Schian-der Gray (1998)	A case history based assessment of female genital mutilation in Sudan	Kvalitativ	Att utforska varför sedvänjan har visat sig vara så komplex och svår att förändra	Djupintervjuer med 15 kvinnor i Sudan	Det är viktigt att gradvis förändra, så att människor hinner bearbeta förändringsprocessen om att inte utöva sedvänjan
Engelska					
Widmark m fl (2002)	A study of Swedish midwives encounters with infibulated African women in Sweden	Kvalitativ	Att undersöka Svenska barnmorskors iakttagelser och attityder mot kvinnor som genomgått FC/FGM	Flerstegs-insamling med öppna frågeformulär med 26 barnmorskor	Kunskap om FC/FGM och samarbete mellan olika vårdenheter kan bidra till en bättre prof. vård för kvinnor som utsatts för sedvänjan
Engelska					
Wiklund m fl (1999)	Somalis giving birth in Sweden: a challenge to culture and gender specific values and behaviours	Kvalitativ	Att undersöka somaliska kvinnors och mäns upplevelser av förlossning	Intervjubarerad 9 Somaliska kvinnor och 7 män i Sverige deltog	Större förståelse för kulturella skillnader gällande olika könsroller leder till bättre kommunikation mellan vårdpersonal och de somaliska familjerna
Engelska					



Figur 1. Prevalensen av FC/FGM i Afrika

LÄSHÄNVISNING

Bilaga 3.

Denniston, G C & Mansfield Hodges, F & Fayre Milos, M (1998) *Male and female circumcision*. Oxford: KluwerAcademic/ Plenum Publishers.

Kulick, D red (1987) *Från kön till genus. Kvinnligt och manligt i ett kulturellt perspektiv*. Borås: Centraltryckeriet AB.

Omsäter, M (1996) *Den smärtsamma traditionen – om Göteborgsprojektet mot kvinnlig könsstympning i Sverige*. Göteborg, Göteborgs invandrarförvaltning.

Toubia, N (1999) *Caring for women with circumcision- a technical manual for health care provider*. Rainbo: New York.