

KÖNSSTYMPADE KVINNORS UPPLEVELSER AV MÖTET MED VÅRDEN

- EN LITTERATURSTUDIE

MELINDA NORBURG
TOVE ZETTERQUIST

KÖNSTYMPADE KVINNORS UPPLEVELSER AV MÖTET MED VÅRDEN

- EN LITTERATURSTUDIE

MELINDA NORBURG
TOVE ZETTERQUIST

Norburg, M & Zetterquist, T. Könstympte kvinnors upplevelser av mötet med vården. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2019.

ABSTRAKT

Bakgrund: Prevalensen av kvinnor och flickor med könstympling i världen är uppskattningsvis 200 miljoner. Med kvinnlig könstympling menas ingrepp där mer eller mindre delar av det kvinnliga könsorganet avlägsnas eller på annat sätt skadas utan medicinsk anledning. Tillståndet kan leda till både kortvariga och långvariga komplikationer. Det förekommer framför allt i länder i Afrika där könstympling är en sedvänja. På grund av en ökad migration från dessa länder kommer vårdpersonal i Sverige i kontakt med dessa kvinnor i allt större utsträckning. Tidigare forskning visar bland annat på att vårdpersonal efterfrågar mer kunskap om ämnet könstympling. *Syfte:* Syftet med litteraturstudien var att beskriva könstympte kvinnors upplevelser av mötet med vården. *Metod:* En litteraturstudie där 13 artiklar valdes ut från databaserna PubMed och CINAHL samt genom en manuell sökning. Studierna kvalitetsgranskades med hjälp av SBU:s mall för kvalitativ forskningsmetodik och analyserades med hjälp av innehållsanalys. *Resultat:* Innehållsanalysen resulterade i fyra teman. Dessa var "Kommunikation", "Kunskapsbrist", "Reaktioner" och "Önskemål". Av resultatet framkom att de intervjuade kvinnorna hade både positiva och negativa erfarenheter av mötet med vården som påverkades av flera faktorer. *Konklusion:* Bristande kommunikation och kunskap ledde till reaktioner bland vårdpersonal som utlöste blandade känslor med framför allt negativ prägel hos kvinnorna. Utifrån mötet med vården framkom önskemål från de intervjuade kvinnorna om hur mötet skulle kunna förbättras. Genom att sjuksköterskor antar ett transkulturellt förhållningssätt i mötet med könstympte kvinnor kan förståelse för personen utvecklas vilket krävs för att kunna ge en personcentrerad omvårdnad.

Nyckelord: Kvinnor, Könstympling, Möte, Upplevelse, Vården.

WOMEN WITH FEMALE GENITAL MUTILATION'S EXPERIENCE OF ENCOUNTERS WITH THE HEALTH CARE

- A LITERATURE REVIEW

MELINDA NORBURG
TOVE ZETTERQUIST

Norburg, M & Zetterquist, T. Women with female genital mutilation's experience of encounters with the health care. A literature review. *Degree project in nursing 15 Credits*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science), 2019.

ABSTRACT

Background: The prevalence of women and girls with female genital mutilation (FGM) in the world are approximately 200 million. FGM comprises procedures that intentionally alter or cause injury of the female genital organs for non-medical reasons, and is mostly carried out in African countries. Due to increased migration from these countries, healthcare professionals in Sweden will encounter these women more often. The condition can generate immediate complications and long-term consequences. Prior research shows that health care professionals requests more education on FGM. *Aim:* The purpose of this study was to describe experience of encounters with the health care of women with female genital mutilation. *Method:* A literature review of 13 articles from the database of PubMed and CINAHL and through manual search. The quality of the studies stated with template of SBU for quality review. For the analysis, a content analysis was used. *Findings:* The content analysis resulted in four main themes: "Communication", "Lack of knowledge", "Reactions" and "Requests". The findings show both positive and negative experiences of encounters with the health care. Several aspects impacted the experiences for the women. *Conclusion:* Difficulties with communication and lack of knowledge generated reactions by health care professionals which led to mixed reactions and emotions for the women. The encounter with the health care generated requests from the women interviewed. Through a transcultural approach a nurse can develop an understanding for the patient which can lead to a more person-centered care.

Keywords: Encounter, Experience, Female genital mutilation, Health care, Women.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ABSTRAKT	1
ABSTRACT	2
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	3
INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Förekomst	4
Definition och klassifikation	5
Komplikationer	5
Sedvänja	6
Lagar och riktlinjer	6
Omvårdnad	7
Tidigare forskning	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	9
METOD	9
Studiedesign	9
Litteratursökning	9
Urvalsprocessen	10
Manuell sökning	10
Kvalitetsgranskning	11
Analys	11
RESULTAT	12
Kommunikation	13
Kunskapsbrist	14
Reaktioner	15
Önskemål	16
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	18
KONKLUSION	22
FÖRBÄTTRINGSARBETE	22
REFERENSLISTA	23
BILAGOR	27
Bilaga 1: Databassökning	27
Bilaga 2: Artikelmatris	29

INLEDNING

Under den fjärde terminen på sjuksköterskeprogrammet vid Malmö universitet blev vi introducerade till ämnet könsstympning i samband med en delkurs om kvinnans reproduktiva hälsa och ohälsa. Ämnet skapade många frågor och tankar kring hur vi som färdigutbildade sjuksköterskor ska bemöta och ge personcentrerad omvårdnad till denna patientgrupp. Till följd av den ökade migrationen kommer vi att i allt större utsträckning komma i kontakt med dessa kvinnor. Som allmänsjuksköterskor kan vi komma att vårda denna patientgrupp inom flera delar av vårdsektorn, så väl i primärvården som i slutenvården. Vi ansåg att vi hade bristande kunskap inom detta område och när det blev aktuellt att välja ett område att fördjupa sig i för examensarbete föll valet på att studera könsstympade kvinnors möte med vården.

BAKGRUND

För att få en grundläggande förståelse för ämnet ges i följande avsnitt en beskrivning av olika aspekter kopplat till sedvänjan könsstympning, som även benämns *female genital mutilation* (FGM), *female genital cutting* (FGC) och omskärelse. Dessa aspekter är förekomst, definition och klassifikation, komplikationer, sedvänja, lagar och riktlinjer, omvårdnad samt tidigare forskning.

Förekomst

Kvinnlig könsstympning har existerat i över 2000 år (Socialstyrelsen 2002). Prevalensen av kvinnor och flickor i världen som är könsstympade är uppskattningsvis 200 miljoner och cirka 3 miljoner flickor beräknas finnas i riskzonen för att så småningom bli könsstympade (World Health Organisation - WHO 2018). I och med ökad migration till Sverige ökar även sannolikheten att komma i kontakt med dessa kvinnor (Statistiska centralbyrån - SCB 2019). I Sverige uppskattas 38 000 kvinnor vara könsstympade (Socialstyrelsen 2015). Detta antas vara en underskattning av det egentliga antalet, då tillvägagångssättet för att räkna ut denna siffra endast inkluderade folkgrupper där antalet könsstympade kvinnor var över 50% av den totala kvinnliga befolkningen (a.a.). När i ålder könsstympningen sker är olika beroende på lokala traditioner, men oftast sker ingreppet innan flickor kommer in i puberteten dvs innan 8 års ålder (United Nation Fund for Population Activities - UNFPA 2018).

Flickor och kvinnor blir könsstympade på flera platser i världen. Det förekommer i vissa afrikanska länder, framför allt i länder söder om Sahara-öknen (WHO 2018). En viss förekomst finns även i Mellanöstern och Asien och vissa fall har dessutom rapporterats från Sydamerika. De länder som har högst antal könsstympade kvinnor (andel i procent) är de afrikanska länderna Somalia (98%), Guinea (96%), Djibouti (93%), Egypten (91%) och Eritrea (89%) (a.a.). Till följd av ökad migration från länder där könsstympning förekommer finns det flickor och kvinnor som är könsstympade i delar av världen där denna sedvänja inte förekommit tidigare och inte är en del av kulturen. Detta leder till att könsstympning blir ett globalt hälsoproblem (Ogunsiji m.fl. 2018).

Enligt UNFPA (2018) och WHO (2006) är den mest lämpliga termen att använda för fenomenet *female genital mutilation* vilket har den svenska översättningen kvinnlig könsstympling. Denna benämning förekommer även i svensk lag i *lag med förbud mot könsstympling av kvinnor*, 1982:316. Termen antogs delvis för att särskilja och påvisa skillnad mellan sedvänjan och manlig omskärelse samt att betona handlingens påverkan (UNFPA 2018). Dock har termen tagits upp i debatter, då den bär på en inbäddad kritik mot sedvänjan och kan upplevas dömande (WHO 2006). Benämningen *female genital cutting* (FGC) anses vara en mer neutral benämning (UNFPA 2018; WHO 2006).

Definition och klassifikation

Kvinnlig könsstympling innebär de ingrepp där mer eller mindre olika delar av det kvinnliga yttre könsorganet avlägsnas eller på annat sätt skadas av icke-medicinska skäl (UNFPA 2018). Det finns flera sätt att klassificera olika former av könsstympling. WHO (2018), tillsammans med United Nation International Children's Emergency Fund (UNICEF 2019b) och UNFPA (2018), rekommenderar en indelning av fyra typer av könsstympling som klassifikation, se Figur 1. Detta är en teoretisk indelning. I praktiken kan det vara svårare att avgränsa dessa kategorier från varandra (Socialstyrelsen 2002).

Typ 1. Klitorektomi dvs avlägsning av klitoris förhud samt hela eller delar klitoristoppen. Även kallad "sunna"-omskärelse.
Typ 2. Excision dvs avlägsning av klitoris samt delar av eller hela labia minor.
Typ 3. Infibulation dvs avlägsning av klitoris samt labia minora och labia majora. Efter att de yttre genitalierna avlägsnats sys de yttre blygdläpparna ihop med endast en liten öppning för urin och menstruation. Detta tillstånd kallas även för faraonisk omskärelse.
Typ 4. Oklassificerade former. Innefattar övriga former av ingrepp såsom risping av klitoris eller att skötet skadats genom exempelvis skrapning, bränning eller frätning.

Figur 1. Klassificering av könsstympling.

Komplikationer

Kvinnor som genomgått könsstympling lider oftast av många olika komplikationer till följd av ingreppet visade en översiktsstudie av Farage m.fl. (2015). Dessa komplikationer kan delas in i kortvariga och långvariga (WHO 2018). De kortvariga komplikationerna kan exempelvis vara hypovolemi, chock, extrem smärta, svullnad, feber, infektioner, miktionsproblem och svåråtkta sår i samband med könsstymplingen. De långvariga komplikationerna som förekommer är miktionsproblem, långvarig smärta, svårigheter vid menstruationer som smärta, fistelgångar, sexuella problem som smärta vid samlag, cystor, svårigheter vid graviditet och förlossning, samt psykologiska problem som depression, ångest och posttraumatisk stress (a.a.). I de fall där infibulation skett finns det risk för ytterligare komplikationer såsom dysmenorré och hematokolpos, dvs ansamling av menstruationsblod i vaginan på grund av obstruktion (Farage m.fl. 2015). Hittills finns endast begränsad forskning kring urologiska komplikationer såsom långsam eller smärtsam miktionering, urinvägsinfektioner och inkontinens gjorts bland populationen äldre kvinnor som är könsstymgade (a.a.). Däremot finns det bevis på att återkommande urinvägsinfektioner och långsam urintömning som leder till konstant fuktig vävnad som blir irriterad och infekterad förekommer (Clarke 2016). Det finns även belägg för att en mer omfattande könsstympling leder till fler urogenitala komplikationer (a.a.)

Sedvänja

Könsstympling går inte att koppla specifikt till någon religion i det avseendet att det inte går att härleda ingreppet till någon helig skrift eller liknande (Hjell 2001). Vidare beskriver Hjell (2001) att könsstympling snarare förklaras som en del av en tradition eller som en sedvänja som växt sig stark i vissa folkgrupper. Något som också kunnat påvisas är att könsstympling är kopplat till kvinnans traditionella roll och status i dessa folkgrupper. Könsstympling utförs i olika folkgrupper som kan vara formade av en viss religion såsom kristendom, islam och traditionella afrikanska religioner. Däremot kan utövande skilja sig mellan dessa grupper trots samma religion och trots att de befinner sig i samma land. Det blir de kulturella skillnaderna som avgör hur könsstymplingen utförs och i vilken utsträckning det sker (a.a.). I en litteraturstudie av Berg och Denison (2013) framkom att kvinnor förklarade hur FGC hade en kulturell meningsfullhet och var en del av traditionen, något som skulle genomföras och att FGC skulle fungera som en form av passage från flicka till kvinna. Kvinnor med ursprung från Afrikas horn berättade i en kvalitativt explorativ studie (Isman m.fl. 2013) att kvinnan anses på olika sätt ansvara för att upprätthålla sin familjs heder. Denna heder upprätthålls genom att genomgå könsstympling och därmed säkerställer kvinnan sin oskuld och visar för den blivande mannen att hon inte har haft samlag med någon annan man (a.a.). Det finns även föreställningar om att FGC skulle minska kvinnors sexuella begär, något de annars inte skulle kunna kontrollera (Berg & Denison 2013). Intervjuer med kvinnor visar att motiveringen till att avlägsna klitoris utförs i tron på att skapa ett lugn och en sexuell återhållsamhet hos kvinnor (Johnsdotter m.fl. 2008). Enligt de kulturella föreställningar som beskrevs var sexuell underlägsenhet en roll som tillföll kvinnor där även kyskhet var en viktig del (a.a.).

Lagar och riktlinjer

Könsstympling rättfärdigas i de områden och bland de grupper där de utförs genom traditionen och kulturens väl integrerade rit, trots att det finns ett flertal lagar som fördömer detta ingrepp (Förenta Nationerna - FN 2008). Internationella lagar om mänskliga rättigheter baseras på 30 artiklar som utgör de grundprinciper och grundläggande rättigheter som en människa ska kunna luta sig mot. Alla de stater som undertecknat FNs konvention ska arbeta för att dessa 30 artiklar upprätthålls för att värna om ett värdigt och rättvist liv för varje individ. I artiklarna tydliggörs människors lika värde oavsett olika faktorer som kön, kultur och religion. Arbete ska också bedrivas för att värna om den enskilde individens autonomitet, förebygga kränkningar samt arbeta mot ett jämställt samhälle där män och kvinnor ska ha möjlighet att leva efter samma förutsättningar (FN 2008).

I Sverige är könsstympling olagligt. Detta specificeras i *lag med förbud mot könsstympling av kvinnor* (1982:316). I denna lag framgår det att könsstympling först och främst är förbjudet och får inte genomföras även om samtycke skulle getts till ingreppet. Vidare säger lagen att den som bryter mot denna döms till fängelsestraff vilket även kan bli aktuellt vid förberedelser inför en könsstympling. Detta ska då enligt lag 1982:316 hänvisas vidare till brottsbalken 1962:700 kap 23 'om försök förberedelse, stämpling och medverkan till brott'.

Barnkonventionen, som är en gren inom FN:s konvention, ser till barnets rättigheter och består av 54 artiklar som alla undertecknande länder ska leva efter. I artikel 24 i barnkonventionen står det skrivet att "Barn har rätt till bästa möjliga hälsa, tillgång till hälso- och sjukvård samt till rehabilitering. Traditionella

sedvänjor som är skadliga för barnets hälsa ska avskaffas”. Den traditionsenliga riten könsstympning på flickor bestrider denna artikel (UNICEF 2019a). I Sverige kommer barnkonventionen att antas som lag år 2020 (Regeringskansliet 2019) dessutom finns redan Socialtjänstlagen 2001:453 14 kap 1§ som redogör för skyldigheten att anmäla till socialnämnden vid missförhållanden kring ett barn. Även vid misstanke om dessa missförhållanden så ska anmälan utföras.

Omvårdnad

Sjuksköterskor ska ge omvårdnad med värdighet och hänsyn för individen och alltid respektera mänskliga rättigheter (International council of Nurses - ICNs etiska kod 2017). Vården som ges ska vara jämlik och oberoende av resurser eller sociala skillnader (a.a.). Enligt Svensk Sjuksköterskeförbundet (SSF 2017) ska legitimerade sjuksköterskors ansvarsområde innefatta sex kärnkompetenser. Dessa beskrivs som säker vård och informatik, personcentrerad vård, förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, evidensbaserad vård, samverkan i team samt att i omvårdnadsarbetet utöva ledarskap och pedagogiska insatser. Sjuksköterskans arbetsuppgift gällande säker vård och informatik bygger bland annat på god kommunikation med patienten och dess närstående samt att vara uppdaterad med evidensbaserad kunskap (a.a.). En av riktlinjerna i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) är enligt 2§ ‘Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet’. Detta kan identifieras i SSF:s skrift gällande kompetensbeskrivning för sjuksköterskor som beskriver att omvårdnad ska ges till patienten med respekt för individens värderingar, kultur och vanor (SSF 2017).

Transkulturell omvårdnad

För att kunna ge en personcentrerad omvårdnad till patientgruppen könsstympade kvinnor underlättas det genom en kulturanpassad omvårdnad. För att uppnå en kulturanpassad omvårdnad utformade omvårdnadsteoretikern Madeleine Leininger *Culture care* - teorin som anger att ett transkulturellt perspektiv hos sjuksköterskor främjar detta (Gebru 1997). För att underlätta för sjuksköterskor att tillämpa denna teori i praktiken utformades en *Sunrise model* (Leininger & McFarland 2002). Modellen skulle hjälpa sjuksköterskor att utveckla en djupare och bredare förståelse för hela patienten. För att kunna ge omvårdnad som är holistisk och transkulturell behöver sjuksköterskor kunna se den roll kulturen spelar hos patienten och även vara medveten om sin egen kultur och hur den kan påverka mötet (Gebru 1997). Modellen, som kan ses som en kognitiv karta, avsåg att bidra till utveckling för sjuksköterskors tänkande kring kulturella faktorer som kan påverka en människas agerande och beteende (Gebru 1997; Leininger & McFarland 2002).

Modellen syftar till att sjuksköterskor ska få en helhetsbild av olika faktorer som kan påverka patientens hälsosituation och de aspekter som kan komma att vara viktiga för utformandet av en personcentrerad vård. Den övre delen av *Sunrise model* beskriver olika sektioner med faktorer som påverkar upplevelsen av hälsa och även omsorgsutövärdet, vilket påverkas av kulturella och sociala faktorer samt individens världsbild (Gebru & Willman 2001). Dessa sektioner beskrivs som *Technological Factors, Religious & Philosophical Factors, Kinship & Social Factors, Cultural values & Lifeways, Political & Legal Factors, Economic Factors* och *Educational Factors*. Den nedre delen av *Sunrise model* beskriver olika omsorgssystem. Dessa system kan vara hälso- och sjukvården, egenvård och andra kulturrelaterade omsorgsfaktorer (Gebru & Willman 2001). Sjuksköterskor

kan identifiera de aspekter som patienten lyfter som viktiga för sig och sin kultur genom att lyssna och observera (Gebru 1997). Genom att utgå ifrån patientens sätt att se på världen och använda samma eller liknande termer som patienten själv använder kan sjuksköterskan vid utformandet av omvårdnaden ge en mer personcentrerad omvårdnad. Detta kan visa på lyhördhet och bekräftelse från personalen och ger patienten en utökad känsla av att ha kontroll över sin vårdssituation (a.a.).

Tidigare forskning inom ämnesområdet

I en kvantitativ studie bland hälso- och sjukvårdspersonal i Sverige svarade 60% av 769 deltagare att de mött kvinnor med FGC inom barn- och kvinnosjukvård (Tamaddon m.fl. 2006), vilket visar att detta är en förekommande patientgrupp inom vården. I samma studie framkom önskemål från sjukvårdspersonal kring framtagande av kliniska riktlinjer och mer utbildning kring könsstympning och dess problematik (a.a.). I en metasyntes av Reig-Alcaraz m.fl. (2016) framkom att sjukvårdspersonal i många fall hade en uppfattning om vad FGC innebar och hade hört talas om eller varit i kontakt med de olika termerna, så som infibulation, som kan kopplas till FGC. Kunskaper fanns kring de direkta och långvariga komplikationerna som FGC kan leda till, men det fanns en generellt bristande kunskap kring hur de upptäcks och hur FGC kan fördelas i olika klassifikationer. Hälso- och sjukvårdspersonal uttryckte ett intresse för ämnet och förklarade att de ville ha mer information och lära sig mer om könsstympning. Även om lagar och riktlinjer gällande vård av könsstympade kvinnor fanns i många länder var det få som jobbade inom vården som visste hur de skulle applicera dessa i verkliga situationer. Det framkom även bristande kunskaper bland sjukvårdspersonal om befintliga riktlinjer angående hur identifiering av och omvårdnad för könsstympade kvinnor skulle utövas (a.a.).

I en översiktsstudie av Johnsdotter och Essén (2016) beskrevs att vårdpersonal behöver beakta mötet med könsstympade kvinnor varsamt. Flera länder i Europa och USA har utvecklat riktlinjer för hur vårdpersonal ska agera i mötet med könsstympade kvinnor. Vårdpersonal behöver kunna identifiera symptom, medicinska komplikationer samt planera vården för individen, oavsett vad hen söker vård för. Vidare ansåg Johnsdotter och Essén att den diskurs som finns kring könsstympning i det västerländska samhället är byggd på sensationalism och har en rubrikskapande attityd gällande de långvariga komplikationer en kvinna kan få av ett stympat kön. De ansåg vidare att vårdpersonal behöver vara mer medvetna om massmedias vinkel i ämnet och istället fokusera på den forskning som finns, gällande patienters dokumenterade upplevelser, för att kunna bemöta dessa patienter på ett bra sätt (a.a.).

PROBLEMFORMULERING

I och med ökad migration ställs den svenska sjukvården och dess personal inför utmaningar i form av att möta andra kulturers religion, traditioner och sedvänjor i större utsträckning jämfört med tidigare. Dessa aspekter ska det tas hänsyn till i omvårdnadsarbetet då omvårdnad alltid ska ges med respekt för individen och på ett personcentrerat sätt. För att kunna förmedla en personcentrerad omvårdnad, som är en kärnkompetens för sjuksköterskor, krävs en förståelse för patienten och dennes bakgrund och specifika behov. Könstypade kvinnor är en förhållandevis liten patientgrupp och studier (Reig-Alcaraz m.fl. 2016; Tamaddon m.fl. 2006) har visat att det finns bristande kunskaper om deras omvårdnadsbehov bland sjukvårdspersonal. Genom att belysa denna patientgrupps erfarenheter och upplevelser av mötet med vården kan kliniskt arbetande och blivande sjuksköterskor och även övrig vårdpersonal ta lärdom av dessa. Kvinnorna är källan till informationen som behövs för att kunna bemöta dem på ett sätt som de önskar.

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att beskriva könstypade kvinnors upplevelser av mötet med vården.

METOD

Studiens syfte har styrts valet av metod. Följande avsnitt tydliggör hur författarna har gått tillväga för att genomföra studien.

Studiedesign

En litteraturstudie med kvalitativ ansats valdes då syftet var att beskriva och sammanställa studier som belyser erfarenheter och upplevelser av ett fenomen vilket studier med kvalitativ studiedesign uppfyller (Polit & Beck 2013). En litteraturstudie innebär en granskning och sammanställning av vetenskapliga artiklar inom ett visst forskningsområde (a.a.).

Litteratursökning

Till litteratursökningar användes POR-modellen (population-, områdes- och resultat-modellen) som förenklade processen att utforma de bärande begrepp, (se Figur 2), som studien grundade sig på (Willman m.fl. 2018). Dessa begrepp låg till grund för de sökblock som sedan användes vid litteratursökningarna, (se Bilaga 1). Databaser som användes var PubMed, som har en medicinsk inriktning, och CINAHL som inriktar sig på omvårdnad (Forsberg & Wengström 2016). I PubMed användes MeSH-termer och i CINAHL användes Headings. Utöver dessa termer genomfördes sökningar med fritextord. Vid kombination av de olika sökningarna användes de booleska sökoperatörerna OR och AND för att utforma den slutgiltiga sökningen för relevanta artiklar. Inom ett sökblock användes OR mellan de olika synonymerna för att utöka sökningen. Mellan de olika sökblocken användes AND för att få mer specifika träffar för studien (a.a.).

Inklusionskriterierna för litteraturstudien avgränsades till könsstympade kvinnor eller kvinnor som hade sitt ursprung från länder där könsstympning är vanligt förekommande och som var över 18 år samt hade haft en upplevelse av ett möte med vården i ett land där FGC inte är en sedvänja. För fenomenet könsstympning användes flera benämningar med varierad betydelse. *Female genital mutilation* är den engelska översättningen av kvinnlig könsstympning, *cutting* används när skärning eller prickning avses och *female circumcision* är benämningen för kvinnlig omskärelse, (se Bilaga 1). De sökord som användes till sökningarna var *female genital mutilation, circumcision female, female genital cutting, care, experience, views, feelings, perception* och *attitude*, vilka återfinns i Bilaga 1.

Population	Område	Resultat
<i>Female genital mutilation</i>	<i>Care</i>	<i>Experiences</i>

Figur 2: Sökbegrepp på engelska enligt POR-modellen

Urvalsprocessen

Urvalsprocessen som genererade artiklar till studien var ett resultat av litteratursökning, relevansgranskning och kvalitetsgranskning. Detta redovisas i Tabell 1. Urvalsprocessen genomfördes i tre steg. Först förekom en granskning av artiklarnas titlar, varav de artiklar som inte var relevanta för studiens syfte sällades bort. Därefter granskades abstrakten på de artiklar vars titlar matchade studiens syfte. Efter denna granskningsprocess av abstrakten kom de kvarvarande artiklarna att kvalitetsgranskas. Denna urvalsprocess genomfördes separat av bägge författarna till studien, för att sedan gemensamt diskutera relevansen hos valda artiklar. I tre av de granskade studierna var urvalet utökat till både kvinnor med FGC samt kvinnor från länder med hög förekomst av FGC. En av de valda artiklarna är utförd som en "mixed method"-studie, vilket gav både kvantitativt och kvalitativt resultat. Endast det kvalitativa resultatet har används i litteraturstudien.

Tabell 1: Urvalsprocess

Databas, datum	Sökblock	Antal träffar/ lästa titlar	Lästa Abstract	Lästa i fulltext	Granskade med protokoll	Inkluderade studier
Pubmed 5/4-19	Kombinerade sökblock	380	67	32	16	4
Cinahl 19/3-19	Kombinerade sökblock	125	30	21	16	4

Manuell sökning

En manuell sökning gjorde efter databassökningarna vilket resulterade i en ny urvalsprocess. Enligt Forsberg och Wengström (2013) ska den manuella sökningen utföras genom att se till referenslistan till en artikel som är relevant för det problem-område för den egna studien. Manuell granskning innebar att gå igenom referenslistor på artiklar som valts bort under den första urvalsprocessen

på grund av att det varit en litteraturstudie eller innehållit för lite relevant information. Genom den manuella sökningen kunde fem nya artiklar identifieras med relevans för studiens syfte (Carroll m.fl. 2007; Guerin m.fl. 2008; Harper Bulman & McCourt 2002; Horowitz & Jackson 1997; Norman m.fl. 2009).

Kvalitetsgranskning

För att granska och bedöma kvaliteten på artiklarna användes SBUs granskningsmall för studier med kvalitativ forskningsmetodik (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering - SBU 2019). I mallen ingick att granska huruvida artikelns studie hade ett tydligt syfte, en urvalsbeskrivning som var relevant för syftet, en tydlig beskrivning för hur datainsamlingen hade gått till, hur analysen av det insamlade resultatet skulle genomföras samt hur resultatet förhöll sig till relevans och rimlighet. I enlighet med Willman m.fl. (2018) ska valet av litteratur och vetenskapliga artiklar ske systematiskt. Detta innebar att det skedde en granskning och kvalitetskontroll på det material som valts ut som relevant för arbetet (a.a.). Samtligt material granskades av båda författarna först var för sig och sedan diskuterades granskningarna tillsammans. De artiklar som valdes för analys och som ligger till grund för litteraturstudiens resultat sammanställdes i en artikelmatris, (se Bilaga 2).

Artiklarna rangordnades till hög kvalitet, medelhög kvalitet samt låg kvalitet med hjälp av SBUs handbok tabell 8.5 (SBU 2019). Kvalitetskriterierna som författarna identifierat som viktiga för litteraturstudien var om de granskade studierna hade en väldefinierad frågeställning, en tydlig metod, tydlighet i presentation av resultat samt hur analysen kopplats till den insamlade datan. Författarna bestämde utifrån tabellen att till hög kvalitet klassades artiklarna som uppfyllde 80-100 % av kvalitetskriterierna, medelhög kvalitet ansågs vara de artiklar som uppfyllde 60-80 % av kvalitetskriterierna och till låg kvalitet klassades de artiklar som endast kunde uppfylla kvalitetskraven till 40-60 % av kriterierna. Av de artiklar som ligger till grund för föreliggande litteraturstudie bedömdes fem vara av hög kvalitet och åtta av medelhög kvalitet.

Analys

De 13 utvalda artiklarna bearbetades och analyserades enligt innehållsanalys som beskrivs av Forsberg och Wengström (2016). Genom innehållsanalysens fem steg kunde materialet bearbetas. I första steget lästes de valda artiklarna igenom enskilt av författarna flera gånger för att få en djupare förståelse för materialet. Då markerades meningar som var relevanta för studiens syfte. I andra steget identifierades koder i texterna som var bärande för respektive artikel och som besvarade studiens syfte, vilket gjordes av båda författarna men på var sitt håll. Därefter användes överstrykningspennor i olika färger för att markera de olika koderna. Alla koder som artiklarna genererade sammanställdes och utifrån det bildades olika kategorier. Dessa kategorier innehöll liknande koder från artiklarnas resultat. Detta underlättade för författarna att identifiera skillnader och likheter mellan artiklarna. Utifrån kategorierna skapades teman, gemensamt av författarna, som var av mer övergripande karaktär. Det slutliga steget var att diskutera de teman som identifierats som resultat av innehållsanalysen (Forsberg & Wengström 2016). Då samtliga valda artiklar, (se Bilaga 2), var skrivna på engelska gjordes en översättning från engelska till svenska samtidigt med tematiseringen. Vidare har olika studier valt att benämna könsstypning på olika sätt. Denna studie har valt att behålla forskarnas ord gällande könsstypning vid redovisning av resultatet. Detta gjordes även vid benämning av kvinnors

könsorgan då detta varierade mellan studierna.

RESULTAT

Resultatet för litteraturstudien bygger på 13 empiriska artiklar med olika studiedesign men där alla hade en kvalitativ ansats. Datainsamlingen har skett genom enskilda intervjuer samt med fokusgrupper. Studierna var utförda i Australien, Nederländerna, Schweiz, Spanien, Storbritannien, Sverige och USA. Antalet deltagare i respektive studie varierade mellan 12 och 225 och åldern för deltagarna varierade mellan 18-79 år. Urvalsgruppen var kvinnor med könsstympning eller kvinnor som kom från länder där könsstympning utövas. Det studierna hade gemensamt var mötet med vården. Utifrån innehållsanalys identifierades fyra teman: Kommunikation, Kunskapsbrist, Reaktioner samt Önskemål, se Tabell 2.

Tabell 2: Temafördelning enligt innehållsanalysen

Teman→ Studier ↓	Kommunikation	Kunskapsbrist	Reaktioner	Önskemål
Berggren m.fl. (2006)			X	
Carroll m.fl. (2007)	X	X		X
del Mar Pastor-Bravo m.fl. (2018)	X	X	X	
Guerin m.fl. (2008)		X	X	
Harper Bulman och McCourt (2002)	X	X		
Horowitz och Jackson (1997)	X	X	X	
Khaja m.fl. (2010)			X	
Lundberg och Gerezgiher (2006)		X		X
Metha m.fl. (2018)		X	X	X
Norman m.fl. (2009)	X	X	X	X
Thierfelder m.fl. (2005)	X	X	X	X
Upvall m.fl. (2009)	X	X		X
Vloeberghs m.fl. (2012)	X	X	X	

Kommunikation

Temat kommunikation identifierades utifrån kategorierna språkbarriärer, tystnad kring ämnet könsstympning och informationshantering. Kommunikation stod för en viktig del för hur mötet med vården upplevdes av de intervjuade kvinnorna.

Kvinnorna upplevde att ett hinder i mötet med vården var att de inte talade samma språk som sin vårdgivare, vilket ledde till ett behov av tolk för att de skulle kunna beskriva sina problem (Norman m.fl. 2009; Upvall m.fl. 2009). Kvinnorna upplevde att information sållades genom tolken, som ansåg att vissa av frågorna var för privata eller skamfyllda för att ställa eller tolka till vårdpersonalen. Istället önskade kvinnorna kunna tala direkt till vårdpersonalen utan att vara rädd för hur frågan skulle uppfattas av tolken (Upvall m.fl. 2009). Om tolk inte fanns tillgänglig resulterade det i att kvinnorna tog med sig egna tolkar i form av anhöriga eller bekanta vilket generade skuld känslor, då de behövde ta upp deras tid samt att det upplevdes jobbigt att behöva förlita sig på någon annan (Harper Bulman & McCourt 2002). Tolkarna var oftast anhöriga och bekanta till kvinnan de skulle tolka åt, vilket uttrycktes som en risk för att översättaren skulle sprida privat information om kvinnans tillstånd till andra. Därav fanns en ovilja att använda sig av dessa i mötet med vården (a.a.). Flera kvinnor upplevde en motstridighet kring användandet av tolk i mötet med vården, de ville bli förstådda samtidigt som de upplevde att alla detaljer inte alltid översattes (Carroll m.fl. 2007). En informant uttryckte glädje över att kunna tala samma språk som sin vårdpersonal (Horowitz & Jackson 1997). Flera kvinnor uppgav även att svårigheter med språket kunde vara ett hinder för att söka vård (Vloeberghs m.fl. 2012). Kvinnorna upplevde frustration när språkbarriärer mellan dem och vården blev så stor att de inte fick information, förklaringar eller råd som de behövde samt att de varken kunde beskriva sina behov eller sin medicinska historik (Harper Bulman & McCourt 2002). Vidare framkom det att kvinnorna upplevde bristande information från vårdpersonal angående långvariga komplikationer av könsstympning (del Mar Pastor-Bravo m.fl. 2018). Det framkom även att information och stöd saknades inför möjlig rekonstruktiv operation (a.a.).

En annan problematik som påverkade kommunikationen i mötet med vården identifierades som tystnad kring ämnet könsstympning. Kvinnorna upplevde att vårdpersonal inte talade om FGM. Samtidigt uttryckte de att de inte ville tala om problem rörande deras genitalia (Norman m.fl. 2009). Det kunde upplevas som genant att tala om problem rörande genitalia och det fanns dessutom en rädsla att inte bli förstådd, både på ett språkmässigt och ett kulturellt plan (a.a.). De intervjuade kvinnorna berättade att de helst inte talade om sin sexuella hälsa med någon utanför familjen (Vloeberghs m.fl. 2012). Kvinnorna berättade att det inte talas om kvinnlig könsstympning i mötet med vården bland annat på grund av opassande lokaler, kulturella och sociala anledningar samt språkbarriärer som nämnts ovan (Thierfelder m.fl. 2005). Samtidigt kunde det upplevas som en lättnad att inte behöva tala om sin omskärelse, med vårdpersonalen (a.a.). En del beskrev att de endast ville tala om sin omskärelse om de sökte vård där orsaken hade med omskärelsen att göra, exempelvis i form av en infektion (Upvall m.fl. 2009).

Kunskapsbrist

Temat kunskapsbrist byggdes från kategorierna som identifierades som bristande förståelse hos vårdpersonalen kring kvinnornas kultur samt för sedvänjan könsstympning och även utifrån olika uppfattningar om vad som ansågs vara

normalt vid hälsotillstånd och undersökningar. Flera studier belyste att de sistnämnda faktorerna påverkade mötet mellan könsstympade kvinnor och vårdpersonal.

Kvinnorna angav att en problematik uppstod i mötet med vården var kring vad som ansågs vara normalt, (Guerin m.fl. 2006), eftersom kvinnorna hade sin referenspunkt för detta och vården hade en annan. Då kvinnorna endast hade sin egen kropp att utgå ifrån upplevdes de komplikationer som vårdpersonal frågade om, exempelvis smärtsamma menstruationer och svårigheter att miktera, som normala tillstånd för kvinnorna (a.a.). Kvinnorna ansåg att många ur vårdpersonalen hade förutfattade meningar angående komplikationer som kvinnor med FGM skulle lida av (Horowitz & Jackson 1997). Även vid gynekologiska undersökningar skilde sig referenspunkten för vad som var normalt mellan vårdpersonal och kvinnorna, då kvinnor tidigare endast hade genomgått en sådan undersökning vid en förlossning (Upvall m.fl. 2009).

Flera kvinnor uttryckte att vårdpersonalen inte hade någon förståelse för de komplikationer som fanns till följd av FGM och att de därmed inte heller kunde få någon hjälp med dessa. Kvinnorna upplevde att vårdpersonal inte hade någon utbildning i vare sig att upptäcka eller behandla komplikationerna (Norman m.fl. 2009). Vid flera tillfällen upplevde kvinnorna att vårdpersonal inte hade kunskap om FGC (Metha m.fl. 2018) detta motiverade kvinnorna genom hur vårdpersonalen hanterade och visade bristande förståelse för FGM (Harper Bulman & McCourt 2002). Det kunde exempelvis visa sig vid en gynekologisk undersökning då personal hade svårt att urskilja de omskurna områdena (del Mar Pastor Bravo m.fl. 2018). Dessutom vittnade samtliga kvinnor i studierna av Horowitz och Jackson (1997) och Thierfelder m.fl. (2005) om att vårdpersonal ställde sig frågande till vad som hade hänt kvinnornas genitalia och att de inte förstod vad det var de såg. Kvinnorna beskrev en känsla av bristande lyhördhet gentemot deras behov och en otillräcklig förståelse för den tradition och kultur som kvinnorna härstammade från och levde i (Norman m.fl. 2019) något som även påvisades i studien av Carroll m.fl. (2007) i vilken kvinnorna uttryckte att vårdpersonalen hade behövt ha en grundläggande förståelse för sedvänjan.

Utöver detta upplevde kvinnorna att de inte blev remitterade till rätt specialister (Norman m.fl. 2009) dock hade de förståelse för detta problem och förklarade det som att vårdpersonalen inte exponerats för sedvänjan i tillräckligt stor utsträckning ännu. Det geografiska området för vårdbesöket samt vem som jobbade det arbetspasset kunde vara faktorer som ledde till skilda upplevelser av mötet med vården (a.a.). Flera kvinnor beskrev att mötet med vårdpersonal och deras okunskap kring FGC hindrade kvinnorna från att söka vård igen (Vloeberghs m.fl. 2012). Samtidigt upplevde flera kvinnor även ett positivt möte med vården. I dessa möten var kvinnorna bosatta i områden där FGM var mer förekommande och vårdpersonalen hade kunskaper om situationer rörande omskärelse (Norman m.fl. 2009). Kvinnorna uttryckte att de kände sig trygga när de märkte att vårdpersonalen hade kunskaper om kvinnlig omskärelse (Lundberg & Gerezgiher 2006).

Reaktioner

Ett gemensamt tema som framkom i flera studier var reaktioner. Temat identifierades ur kategorierna känslouttryckningar i form av personalens reaktioner och

hantering av FGC, kvinnornas känslor utifrån personalens reaktioner och känslan av vara ett studieobjekt.

Kvinnorna uttryckte att de bar med sig en rädsla för vårdpersonalens reaktioner (Horowitz & Jackson 1997) och för att anses annorlunda och bli dömda för sin omskärelse (Norman m.fl. 2009). Rädslan för personalens reaktioner gjorde även att kvinnorna drog sig för att tala om FGC (del Mar Pastor-Bravo m.fl. 2009). Chock var en reaktion som var vanligt förekommande hos vårdpersonal, enligt kvinnorna, när de upptäckte att kvinnorna var omskurna och kunde identifieras i ett flertal studier (Horowitz & Jackson 1997; Metha m.fl. 2018; Norman m.fl. 2009; Vloeberghs m.fl. 2012). Även överraskning och förtvivlan var återkommande reaktioner som identifierades (Horowitz & Jackson 1997; Norman m.fl. 2009). Vårdpersonalens reaktioner kunde leda till olika känslouttryck hos kvinnorna, bland annat att de började tycka synd om sig själv och se sin omskärelse som ett problem (Norman m.fl. 2009) samt att de kände sig generade, onormala och som att de hade gjort något fel (Vloeberghs m.fl. 2012). I mötet med vården uttryckte kvinnorna att de förlorade sin stolthet kring omskärelsen och att denna ersattes med skam och rädsla (Thierfelder m.fl. 2005).

Kvinnorna uttryckte hur de mått dåligt (Metha m.fl. 2018), känt sig generade, ledsna och skuldbelagda (Vloeberghs m.fl. 2012) vid mötet, utifrån hur vårdpersonalen betedde sig. Andra känslouttryck som identifierades var maktlöshet kring ett sjukvårdssystem som var svårt att förstå sig på (Guerin m.fl. 2008) samt bristande respekt från vårdpersonal (Berggren m.fl. 2009). Kvinnorna kände sig inte bekväma då det fanns en press från kulturen och dess värderingar om att inte exponera sina privata delar (Metha m.fl. 2018). Kvinnor beskrev även hur de känt sig förolämpade av vårdpersonal då de fått frågor kring vad som har hänt med deras genitalia. De uppgav att det var jobbigt att bli undersökt och besvara frågor var jobbigt uppgav informanterna (Horowitz & Jackson 1997).

Förutom reaktioner som ledde till känslouttryck hos kvinnorna, så upplevdes det även ett felaktigt fokus samt objektifiering från vårdpersonalen. Flera intervjuade kvinnor upplevde att vårdpersonal bytte fokus till omskärelsen istället för den faktiska sökorsaken så fort de hörde att kvinnorna var från Somalia (Khaja m.fl. 2009). Kvinnorna uppgav att de kände sig obekväma när vårdpersonalen fokuserade mer på omskärelsen än de faktiska sökorsakerna vid vårdtillfället (a.a.). Det framkom även att en del av kvinnorna inte hade några komplikationer, relaterat till sin omskärelse, och därför föredrog att det inte lades fokus på detta (Horowitz & Jackson 1997). Upplevelsen av att känna sig som ett studieobjekt framkom i flera studier. Kvinnorna beskrev hur vårdpersonalen kunde visa upp deras genitalia för läkar- och sjuksköterskestudenter då detta var av medicinskt intresse och hade ett utbildande syfte (Thierfelder m.fl. 2005), vilket fick kvinnorna att känna sig som visningsexemplar (Khaja m.fl. 2009). Även annan vårdpersonal kunde kallas in för att bevittna den omskurna kvinnan vid undersökningar med motiveringen att detta var en annorlunda situation (Horowitz & Jackson 1997; Norman m.fl. 2009; Thierfelder m.fl. 2005). Kvinnorna upplevde att det var svårt att behöva visa sina "privata delar" vårdpersonal vid undersökning (Vloeberghs m.fl. 2012). Dessa situationer ledde till många otrevliga erfarenheter för kvinnorna då personalen samtidigt frågade många frågor och studerade dem (Norman m.fl. 2009). Flera kvinnor uttryckte hur vårdpersonal talade om dem istället för med dem samt tittade på dem med uttryck av avsmak och som att de var annorlunda (Berggren m.fl. 2006).

Önskemål

Utifrån de intervjuade kvinnornas efterfrågan om förbättring i mötet med vården bildades temat önskemål. Önskemålen, ansåg kvinnorna, skulle förbättra och underlätta mötet med vården.

Kvinnorna uttryckte en önskan om att bli vårdade av kvinnlig personal (Metha m.fl. 2018; Thierfelder m.fl. 2005; Upvall m.fl. 2009) samt att få möjlighet till kvinnlig tolk (Carroll m.fl. 2007). Ett annat önskemål var att undersökningar skulle ske på ett privat och intimt sätt med ett begränsat antal personer närvarande samt att vårdpersonalen arbetade empatiskt och tog sig tid med patienten (Thierfelder m.fl. 2005). Dessutom belystes vikten av att vården skulle utföras med sensitivitet och med hänsyn till det privata (Carroll m.fl. 2007) och att vårdpersonal skulle ha erfarenhet och acceptans kring FGC (Metha m.fl. 2018). Vidare framkom kvinnornas önskemål angående att vårdpersonalen skulle var medvetna om att de var omskurna och inte skulle visa uttryck för sin förvåning under undersökningarna (Upvall m.fl. 2009). Det var även viktigt att vårdpersonalen inte skulle se ner på dem och att de därmed inte heller skulle behöva känna skam över sitt tillstånd (Norman m.fl. 2009). Kvinnorna efterfrågade mer kunskap hos vårdpersonalen gällande kvinnlig omskärelse samt kunskaper kring hur de på bästa sätt kunde stödja omskurna kvinnor (Lundberg & Gerezgiher 2006).

DISKUSSION

Följande avsnitt delas upp i två delar. I metoddiskussionen avhandlas tillvägagångssättet och i resultatdiskussion diskuteras delar ur resultatet i relation till bakgrund och teoretisk referensram.

Metoddiskussion

Studiens syfte styrde valet av design (Forsberg & Wengström 2016; Henricsson & Billhult 2012) och då syftet med denna studie var att belysa upplevelser valdes en kvalitativ ansats. Styrkan med kvalitativ ansats enligt Forsberg och Wengström (2016) är att materialet blir av mer beskrivande prägel när informanterna får tala fritt, till skillnad från kvantitativ ansats där stängda frågor ställs och det blir svårare att fånga personens subjektiva upplevelser. En svaghet som identifierats med kvalitativ design är att det lämnas ett större utrymme för författarens egna tolkningar av de beskrivande svaren. Kvantitativ metod har som fördel dess mätbarhet och möjlighet till att se samband (Forsberg & Wengström 2016), men då denna ansats inte ger utrymme för att belysa subjektiva upplevelser valdes denna metod bort. Vid val av en kvantitativ design hade en större population kunnat studerats vilket hade genererat ett mer generaliserbart resultat (Polit & Beck 2013).

Studiens bärande begrepp, *Female genital mutilation, care* och *experience*, användes som sökord i databassökningarna. Sökordet *care* användes för att rikta in sökningarna på omvårdnad. Sökordet *experience* användes för att fånga upplevelsen hos kvinnorna med FGC vilket var det väsentliga med sökningarna. Författarna använde sig av MeSH-termer i PubMed och Headings i CINAHL för att utöka sökningarna och sedan själv kunna genomföra urvalet av artiklarna till studien. För att författarna skulle få sökningarna mer specificerade, vilket stärker trovärdigheten, gjordes litteratursökningen med de booleska operatorerna OR och AND (Polit & Beck 2013).

Den strukturerade litteratursökningen gjordes i databaserna PubMed och CINAHL. PubMed valdes för att det är en stor databas med många medicinskt inriktade artiklar (Forsberg & Wengström 2016) vilket ökade möjligheterna att identifiera artiklar som var relevanta för litteraturstudiens syfte. CINAHL som har fler omvårdnadsrelaterade artiklar (a.a.) ansågs bidra på samma sätt till litteraturstudien. Genom att göra sökningar i mer än en elektronisk databas gavs en mer tillfredsställande omfattning av sökningarna jämfört med om enbart en databas hade använts (Willman m.fl. 2016). För att stärka trovärdigheten för litteraturstudien ytterligare hade fler databassökningar kunnat genomföras och därmed öka chanserna till att finna fler relevanta artiklar. Ytterligare ett tillvägagångssätt för att öka studiens trovärdighet hade varit att endast inkludera studier med samma design, ex fenomenologiska studier. Detta var dock inte möjligt i detta fall då det gav ett för litet antal studier men kan vara en möjlighet till vidare forskning.

Genom att använda en strukturerad sökning för litteraturstudien ökade pålitligheten, vilket enligt Forsberg och Wengström (2016) innebar en möjlighet att återupprepa studien med ett liknande resultat. Då den strukturerade sökningen inte genererade önskat antal artiklar som hade hög- eller medelhög kvalitet, svarade på litteraturstudiens syfte samt föll inom inklusions-kriterierna för studien genomfördes manuella sökningar. De manuella sökningarna gav författarna ytterligare möjlighet att få mer material till resultatet. Willman m.fl. (2016) menar att det är en fördel att komplettera sökningar i databas med manuella sökningar. Styrkor med denna typ av sökning var att det fanns fler studier som författarna kunde granska genom olika studiers referenslistor (Forsberg & Wengström 2016). Svagheter med den manuella sökningen är att den är mer ostrukturerad och att det finns obegränsat med referenser att söka igenom. Detta leder till lägre pålitlighet ifall studien ska upprepas då det finns svårigheter i att identifiera samma artiklar utifrån referenslistor. Datainsamlingen kan även ha påverkats av att det var första gången författarna genomförde denna typ av studie och därmed inte hade en vana av att söka i databaser.

Under urvalsprocessen sållades ett stort antal artiklar bort på grund av att de hade en kvantitativ ansats, var litteraturstudier, inte svarade mot studiens syfte eller hade fokus på vårdpersonalens upplevelser av mötet. En av artiklarna (Guerin m.fl. 2006) innehöll två studier med liknande metod men med olika syften och var utförda i två olika länder. Där har endast den ena studien inkluderats då den var av mest relevans för syftet. I fyra av studierna var urvalet utökat till både kvinnor med FGC samt kvinnor från länder med hög förekomst av FGC (Carroll m.fl. 2007; Guerin m.fl. 2006; Harper Bulman & McCourt 2002; Metha m.fl. 2018). Dessa inkluderades då författarna ansåg att den höga förekomsten av FGC i länderna kvinnorna kom ifrån och det faktum att informanterna var kvinnor kunde innebära att de med största sannolikhet var könsstympade själv, även om det inte tydligt framgick i urvalet. Detta kan påverka representativiteten då slutsatser dras om könsstympade kvinnor. I en av studierna (Thierfelder m.fl. 2005) identifierades åldersintervallet mellan 16 - 25, 26 - 35 samt < 36, varav 8 kvinnor ingick i intervallet 16 - 25. Inklusionskriterierna för litteraturstudien visar att dessa kvinnor borde exkluderas och därmed inte kunnat användas till resultatet i litteraturstudien. Studien tillämpades ändå med motiveringen att det endast rörde sig om högst åtta kvinnor av 562 kvinnor som inkluderats i litteraturstudien samt att de sökt gynekologisk vård eller mödravård.

För att säkerställa de valda artiklarnas relevans och kvalitet identifierades två olika mallar från SBU som sedan användes till granskningen av materialet (SBU 2019). SBU:s granskningsmall användes för att välja ut artiklar som var relevanta för studien och senare användes SBU:s kvalitetskriterier, tabell 8,5, för att avgöra om studien hade hög, medelhög eller låg kvalitet. Vid granskning av de artiklar som genererats från sökningarna, sållades ett stort antal bort då de inte uppfyllde studiens inklusionskriterier eller hade låg kvalitet. För att öka studiens trovärdighet inkluderades endast studier av medelhög eller hög kvalitet. Artiklarnas kvalitet påverkar pålitligheten i resultat. En styrka med litteraturstudien är att inga artiklar med låg kvalitet inkluderades. Då granskningarna genomfördes av två oberoende parter minskade således risken för bias, varför litteraturstudiens trovärdighet kan anses vara hög (Polit & Beck 2013). Dessutom anser Henricsson (2012) att pålitligheten för en studie stärks när kvalitetsgranskning av samtliga artiklar har gjorts av båda författarna men på var sitt håll, vilket är fallet för den här studien. SBU har utarbetat olika objektiva metoder för att kunna granska vetenskaplig litteratur på ett kritiskt och systematiskt vis (SBU 2019). Författarna ansåg att de mallar och kriterier som valdes från SBU endast kunde stärka litteraturstudiens trovärdighet. När det kom till att avgöra vilken artikel som höll vilken kvalitet bestämde författarna att lägga extra vikt vid vissa aspekter såsom syfte, metod, urval samt resultat och analys. Dessa aspekter var de som ansågs vara mest viktiga för litteraturstudien och dess resultat och därefter kunde en kvalitetsbedömning göras.

Innehållsanalysen av samtliga artiklar gjordes även den av författarna på var sitt håll, vilket stärker studiens trovärdighet. För att ytterligare stärka studiens trovärdighet hade författarna kunnat tillfråga en utomstående tredje part att kontrollera rimligheten i resultatet (Henricsson 2012). Då artiklarna som användes var på engelska behövde en översättning göras simultant med innehållsanalysen. Vid en översättning från ett språk till ett annat sker en typ av tolkning, som beror på författarens kunskaper inom det engelska språket. Resultatet kan komma att påverkas beroende på hur orden översätts då vissa ord kan översättas till ord som har olika betydelser (Henricsson 2012). Exempel är ordet *embarrassed* som identifierades i flera artiklar. Översättning för ordet kan vara både genant och skamlig, vilket får olika innebörd. Detta påverkar pålitligheten dvs möjligheten till reproducerbarhet för studien, då det vid en återupprepning av studien kan leda till en annorlunda tolkning av ordets innebörd vilket därmed genererar ett annorlunda resultat. Enligt Henricsson (2012) är resultatet från en studie som innehåller en kvalitativ innehållsanalys inte generaliserbart däremot överförbart till en liknande kontext eller grupp.

Författarna anser att deras förförståelse inom ämnet kvinnlig könsstympning var relativt liten på förhand. Dock fanns viss kunskap för sedvänjans negativa påverkan för kvinnor. Denna negativa uppfattning kunde påverka dataanalys och därmed resultatet om den inte uppmärksammades, vilket den gjordes genom reflektion och diskussion. En styrka med studien var att författarna reflekterade och diskuterade kring sin förförståelse för ämnet och genom detta togs förförståelsen i beaktning, vilket ledde till en ökad pålitlighet av studien (Henricsson 2012).

Resultatdiskussion

Författarna till föreliggande uppsats ämnade diskutera resultatet mot Leiningers *Culture Care*-teori, däremot blev detta inte möjligt i den utsträckning som författarna på förhand önskade, då det resultat som framkom inte gick att applicera fullt ut i *Sunrise model*. Författarna valde att fokusera på den övre delen av *Sunrise model* och diskutera resultatet mot fyra av modellens sektioner.

En kategori som identifierades i resultatet handlade om problematiken att tala om FGC, som följd av en tystnadskultur. Utifrån de sju sektionerna som Leininger presenterat och som kan påverka patientens välbefinnande, skulle denna tystnadskultur kunna kopplas till den sektion som beskrivs som *Cultural values & lifeways* (Gebu & Willman 2001), då kvinnornas kultur och det samfund de lever i uppmuntrar till tystnaden (Norman m.fl. 2009; Thierfelder m.fl. 2005; Upvall m.fl. 2009; Vloeberghs m.fl. 2012). De intervjuade kvinnornas kultur förespråkar att hålla det privata inom familjen eller för sig själv, vilket ledde till ett dilemma vid mötet med vården (a.a.). För att möta denna tystnadskultur och ta sig förbi den barriär som denna utgör kan sjuksköterskor med hjälp av Leiningers *Sunrise model* (Leininger & McFarland 2002) först skapa sig en förståelse för kvinnans världsbild och vad i kulturen som påverkar den. I detta fall kan sjuksköterskor identifiera vad som sedan påverkar kvinnorna att dra sig för att tala om problematik rörande deras sköten, könsstympning eller den sexuella hälsan. Enligt *Culture care*-teorin krävs ett aktivt lyssnande från sjuksköterskor för att noggrant identifiera de aspekter som influerar kvinnors inställning till att exempelvis tala eller inte tala om sin könsstympning, dvs att sätta sig in i hennes situation (Gebu & Willman 2001). Genom att nå kvinnan i mötet kan viktiga aspekter, som exempelvis, långvariga komplikationer eller annan relevant information rörande kvinnans hälsa som blir väsentligt att ha kunskap om vid utformandet av omvårdnad. Även om alla studierna berörde kvinnans sköte så benämndes detta på olika sätt. Kvinnorna som intervjuades i studierna benämnde skötet som *Female genitalia* (Norman m.fl. 2009; Thierfelder m.fl. 2005) eller "*private parts*" (Metha m.fl. 2018; Vloeberghs m.fl. 2012). Flera studier angav att det fanns kulturella anledningar som låg till grund för att inte tala om sina intima delar med andra, hur olika gruppers kulturella värderingar genererar en press om att inte exponera sina "privata delar" samt att det inte passar sig att tala om sin sexuella hälsa med någon som inte tillhör familjen (Metha m.fl. 2018; Thierfelder m.fl. 2005; Vloeberghs m.fl. 2012). Risker som identifierats när patienter inte är tydliga och direkta om sin hälsosituation är att eventuella vårdbehov förbises.

Utifrån ett omvårdnadsperspektiv är det viktigt att förstå hur kunskap kan skilja sig åt både hos patienter och vårdpersonal. Detta gäller både faktakunskap om olika tillstånd, kunskapen om kulturens betydande roll för vårdpersonals och patienters referensram för tillståndet och en förståelse för att terminologin, gällande intima delar och vad som är normalt, kan ha olika innebörd för olika personer kan kopplas till *Sunrise models* sektion om *Educational Factors* (Gebu & Willman 2001). Sjuksköterskor bör ta denna sektion i beaktande för att förstå de kunskapsglapp som finns. Studierna av Guerin m.fl. (2006), Horowitz och Jackson (1997) och Upvall m.fl. (2009) påvisade att det finns delade kunskaper och uppfattningar hos de intervjuade kvinnorna och vårdpersonal kring vad som är normalt gällande kvinnlig genitalia. En del av de intervjuade kvinnorna relaterade inte till sjukvårdens föreställning om att komplikationer fanns utan såg det snarare som sitt normaltillstånd. SSF (2017) förklarar i kompetensbeskrivning för sjuksköterskor att omvårdnad bör ges med respekt för individens kultur,

värdering och vanor. När patient och vårdpersonal har olika kulturella bakgrunder kan de därmed ha olika uppfattningar kring exempelvis vad som är normalt. En observation som gjorts är att det krävs en särskild medvetenhet och empatisk förmåga för att kunna ge omvårdnad över kulturella gränser samt att användandet av ordet "normalt" blir mer missvisande än behjälpligt då kunskaperna kring normaltillstånd kan skilja sig.

På samma sätt som att det finns olika tolkningar om vad som är normalt kan även omvårdnad och behandling påverkas, beroende på vad kvinnorna vågar prata om och känner att de kan prata om utan att bli dömda. Kvinnorna från studierna av Norman m.fl. (2009), Horowitz och Jackson (1997) och del Mar Pastor-Bravo m.fl. (2009) uttryckte en rädsla för att bli dömd i mötet med vårdpersonalen, på grund av deras situation gällande könsstympningen och skötets utseende. Bristande kunskap om könsstympning genererade reaktioner och känslor hos vårdpersonal i form av chock, överraskning och förtvivlan (Horowitz & Jackson 1997; Metha m.fl. 2018; Norman m.fl. 2009; Vloeberghs m.fl. 2012). En observation var att reaktioner uppstod då det inte fanns tillräckligt med kunskap om FGC hos vårdpersonalen. Detta har även belysts tidigare i studier där vårdpersonal önskade mer kunskap och riktlinjer gällande könsstympade kvinnor (Reig-Alcaraz m.fl. 2016; Tamadon m.fl. 2006). Det är mänskligt att en individ reagerar på saker hen inte stött på tidigare. För vårdpersonalen var kvinnornas sköte inte normalt enligt deras kulturella referensram, medans de könsstympade kvinnorna inte såg sig själv, sina mödrar, systrar och vänner som något annat än normala. Däremot orsakade reaktionerna från vårdpersonalen ett lidande för patienterna då det resulterade i att kvinnorna kände sig sårade, skamfyllda och skyldiga (Norman m.fl. 2009; Thierfelder m.fl. 2005; Vloeberghs m.fl. 2012). Genom att ta hänsyn till sektionen *Educational factors* kan sjuksköterskor skapa sig en uppfattning om bägge parter kunskap, som i detta fall innebar att ta hänsyn till vad kvinnorna hade för kunskaper och referenspunkter gällande bland annat FGC och den kvinnliga anatomin. Genom att få förståelse för kvinnornas världsbild kan sjuksköterskor anpassa omvårdnaden efter deras behov och önskemål.

Svårigheter att applicera *Sunrise models* teoretiska grunder i praktiken kan bero på olika hinder, exempelvis behovet av tolk. Det framkom i resultatet att det fanns en risk att information sållades via tolken samtidigt som det framkom i andra studier att det krävdes tolk för att överkomma språkbarriärer (Carroll m.fl. 2007; Harper Bulman & McCourt 2002; Horowitz & Jackson 1997; Upvall m.fl. 2009). Genom att fokusera på sektionen som Leininger kallar *Kinship & social factors* (Leininger & McFarland 2002) kan sjuksköterskor utveckla en förståelse kring det dilemma som föreligger vid användandet av tolk som kommer från patientens kultur eller familj. Användandet av tolk löser en del av de kommunikations-svårigheter som föreligger samtidigt som det till viss del skapar nya problem som måste tas i beaktande. Sjuksköterskor behöver ha en förståelse för att tolken kan få en större betydelse än att bara översätta. För kvinnan innebär detta också en risk att privat information sprids, vilket kan påverka hennes relationer och sociala sammanhang. Parallellt med detta fanns det en press hos kvinnorna att upprätthålla familjehedern och den tystnad som kulturen förespråkar gällande könsstympning, skötet och sexualitet (Metha m.fl. 2018; Thierfelder m.fl. 2005; Vloeberghs m.fl. 2012). Den aspekt som Leininger beskriver som *Kinship & social factors* (Leininger & McFarland 2002) kan användas för att förstå hur kvinnorna känner en press för att upprätthålla familjehedern samt att inte tala om

sin könsstympning, sköte och sexualitet med andra (Metha m.fl. 2018; Thierfelder m.fl. 2005; Vloeberghs m.fl. 2012). Sjuksköterskor måste ta hänsyn till att faktorerna som skulle kunna skada sociala relationer blir svåra att tala om. Därmed kan sjuksköterskor tydliggöra att de förstår grunden för rädslan att tala öppet om dessa saker.

Något som identifierades ur de olika artiklarna var att benämningen för själva fenomenet "könsstympning" varierade. I flera studier (Horowitz & Jackson 1997; Norman m.fl. 2009) har termen *female genital mutilation* använts i bakgrunden men i resultatet benämns som *circumcision*, dvs omskärelse då kvinnorna själva använde ordet omskärelse. Genom att se till sektionen *Political and legal factors* kan en kollision mellan sedvänjan och de lagar som finns i Sverige identifieras. Sjuksköterskor kan därmed ha en förståelse för att de lagliga aspekterna påverkar kvinnornas upplevelse av hälsa, exempelvis hur vetskapen om att sedvänjan är olaglig i ett land kan påverka patientens ställningstagande till att söka vård då risken att bli skuldbelagd eller missförstådd finns. Sedvänjan i svensk kontext är förbjuden men detta blir sekundärt i vårdmötet då kvinnorna ej ska stå till svars för detta utan få adekvat omvårdnad. Ordet könsstympning kan upplevas provokativt då det kan finnas en viss kritik till sedvänjan inbäddat i ordet (WHO 2006). Synonymer med ordet stympning är lemlästa, amputera och vanställa vilket anger en mer laddad ton i ordvalet. En observation som gjorts är att det inte är något fel att ifrågasätta sedvänjan då den är icke-förenlig med mänskliga rättigheter samt är ett patriarkalt förtryck som kontrollerar och hämmar kvinnor. Däremot är mötet med vården kanske inte den främsta arenan för ifrågasättande av sedvänjan. Således kan ett ifrågasättande av sedvänjan i ett större sammanhang tjäna ett syfte, men i mötet med den enskilda kvinnan så kan det istället utgöra ett hinder som kan försvåra kommunikationen och förståelse i omvårdnadssituationer. Eftersom patienter står i en beroendeposition till vårdpersonal är det viktigt att vårdpersonal lägger sina värderingar och åsikter åt sidan och istället är extra lyhörda för vad patienten uttrycker. Genom att använda sig av den terminologin som kvinnorna använder och önskar i kommunikationen så tillämpas Leiningers *Culture care*-teori i praktiken och därmed blir det ett sätt att anpassa vården.

Kommunikation är en väsentlig del i mötet mellan sjuksköterskor och patienter. För att kunna förstå vad en patient lider av, hur denne vill bli behandlad och vad som anses vara av mest relevans krävs ett utbyte av information, något kvinnorna upplevde saknades (del Mar Pastor Bravo m.fl. 2018; Harper Bulman & McCourt 2002; Thierfelder m.fl. 2005; Vloeberghs m.fl. 2012). För att kunna ge en jämlik, säker och personcentrerad vård till patienten krävs en fungerande kommunikation, vilket utgör en av sjuksköterskans sex kärnkompetenser (SSF 2017). I flera av studierna framgick att just bristande kommunikation ledde till negativa erfarenheter av mötet med vården som även kunde ligga till grund för att inte söka vård (Vloeberghs m.fl. 2012). Leiningers omvårdnadsteori *Culture care* – teorin som förtydligas i *Sunrise model* kan underlätta för sjuksköterskor att kunna kommunicera med sina patienter. Det handlar inte bara om att de ska förstå varandra språkmässigt, utan även om att sjuksköterskor ska få en förståelse för hur patientens världsbild ser ut och hur omvårdnaden därmed ska se ut för just den patienten. Om kommunikationen inte fungerar mellan vårdpersonal och patient kan patienten bli lidande i form av utebliven vårdvistelse eller behandling. Utifrån kvinnornas önskemål som framgick i resultatet kan efterfrågan om transkulturell omvårdnad identifieras. För att som sjuksköterska få förståelse för patienter med

en annan kultur än den egna krävs en förståelse för de olika aspekterna som influerar upplevelsen av hälsa och omvårdnad i den specifika kulturen (Gebru & Willman 2001). Nyckeln till detta är en fungerande kommunikation mellan patienter och vårdpersonal.

KONKLUSION

I resultatet framkom fyra teman som belyste kommunikationen, kunskapen, reaktionerna och önskemålen förhöll sig mellan patienterna och vårdpersonalen. En icke-fungerande kommunikation kunde tydligt identifieras och flera olika faktorer kopplade till kommunikation spelade en stor roll i mötet. Då kommunikationen var bristfällig blev även informationsutbytet bristfälligt och därmed även förståelsen för patientens och vårdpersonalens kunskap. Kunskapen om ämnet könsstympning var bristfällig hos majoriteten av vårdpersonalen, vilket framkom från kvinnornas berättelser. Kunskapsbristen och det faktum att patientgruppen könsstympade kvinnor var förhållandevis liten ledde till många oväntade reaktioner från vårdpersonal. Vårdpersonalens reaktioner utlöste många blandade känslor hos kvinnorna. Utifrån mötet med vården hade många av kvinnorna önskemål om hur detta skulle kunna förbättras, exempelvis kvinnlig personal, färre närvarande vårdpersonal vid undersökningar och framförallt en ökad kunskap kring sedvänjan könsstympning. Genom att öka kunskapen kring FGC kan vårdpersonal bli mer förberedda inför mötet med dessa kvinnor och därmed minska risken för att förorsaka lidande och skambeläggande hos kvinnorna. Allt detta sammanfattas även genom att kvinnorna efterfrågar en personcentrerad omvårdnad, något som ska ges till alla.

FÖRSLAG TILL FÖRBÄTTRINGSARBETE OCH KVALITETSUTVECKLING

Författarnas förståelse för olika kulturer och deras traditioner har förändrats under arbetets gång. Från början var känslan att sedvänjan könsstympning stred mot mänskliga rättigheter och att det var en tradition som inte gick att försvara och skulle motarbetas. Det som framkom under studiens gång var en djupare förståelse för den personcentrerade vården och vikten av ett transkulturellt förhållningssätt i omvårdnadsarbetet. För att upprätthålla en god personcentrerad omvårdnad för varje patient kommer det alltid att krävas ny kunskap. Alla patienter har sin bakgrund och alla bär med sig olika traditioner, värderingar och kunskaper. Detta innebär att sjuksköterskor måste vara ödmjuka inför att de ständigt kommer att behöva lära sig mer om olika kulturer som de kommer i kontakt med. Könsstympade kvinnor ska behandlas med personcentrerad omvårdnad, precis som alla andra patientgrupper, och för att underlätta detta kan tydligare riktlinjer utarbetas. Den transkulturella omvårdnaden går att applicera inte bara vid mötet med könsstympade kvinnor utan vid all typ av omvårdnad som ska ges över kulturella gränser. Med Leiningers modell som grund för riktlinjer kan den kulturella omvårdnaden förbättras, med patienternas berättelser som utgångspunkt och därmed ständigt vara en påminnelse för sjuksköterskor att tänka personcentrerat.

REFERENSER

* Anger referenser som ingår i litteraturstudien

Berg C R, Denison E (2013) A tradition in transition: Factors perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a systematic review. *Health care for women international* 34, 837-859.

* Berggren V, Bergström S, Edberg AK, (2006) Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 17:1, 50-57,

Brottsbalken 1962:700.

*Carroll J, Epstein R, Fiscella K, Gipson T, Volpe E, Jean-Pierre P (2007) Caring for Somali women: Implications for clinician-patient communication. *Patient Education and counseling*, 66, 337-345

Clarke E (2016) Female genital mutilation: A urology focus. *British journal of Nursing* 18, 1022-1028.

* Del Mar Pastor-Bravo M, Alamas-Martinez P, Jimenez-Ruiz I, (2018) Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare system in Spain. *Midwifery*, 66, 119-126.

Farage M, Miller K, Tzeghai G, Azuka C, Sobel J, Ledger W (2015) Female genital cutting: confronting cultural challenges and health complications across the lifespan. *Womens Health*, 11:1, 79-94.

Forsberg, C & Wengström, Y (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier - Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm, Natur & Kultur.

Förenta nationerna (2008) *Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna*
><https://fn.se>< HTML (2019-03-19)

Gebru K (1997) *Kulturkongruent omvårdnad i sjuksköterskeutbildningen*. Malmö, Institutionen för pedagogik och specialmetodik.

Gebru K, Willman A (2001) *Utbildning i transkulturell omvårdnad - en didaktisk modell för sjuksköterskeprogrammet*. Malmö, Malmö högskola.

* Guerin B P, Allotey P, Elmi Hussein F, Baho S (2008) Advocacy as Means to an End: Assisting refugee women to take control of their reproductive health needs. *Women & Health* 43:4, 7-25.

*Harper Bulman K, McCourt C (2002) Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: a case study. *Critical Public Health*. Vol 12, No 4.

Henricsson M, Billhult A (2012) *Kvalitativ design*. I: Henricsson M (Red.) *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*.

(Upplaga 1:1) Lund, Studentlitteratur AB.

Henricsson M, (2012) *Diskussion. I: Henricsson M (Red.) Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad.* (Upplaga 1:1) Lund, Studentlitteratur AB.

Hjell A (2001) Fakta om kvinnlig könsstympning. Stockholm, Rädda barnen.

Hälso-och sjukvårdslagen 1982:763

* Horowitz R C, Jackson Carey J (1997) Female “circumcision” African women confront american medicine. *Perspectives*, 12, 491-499.

ICNs etiska råd (2017) *ICNs etiska kod för sjuksköterskor.*
><https://www.swenurse.se>< HTML (2019-03-21)

Isman E, Ekéus C, Berggren V (2013) Perceptions and experiences of female genital mutilation after immigration to Sweden: An explorative study. *Sexual & Reproductive Healthcare* 4, 93-98.

Johnsdotter S, Maussa K, Carlbom A, Argai R, Essén B (2008) ”Never my daughters”: A qualitative study regarding attitude change toward female genital cutting among Ethiopian and Eritrean families in Sweden. *Health Care for Women International*, 30:1-2, 114-133

Johnsdotter S, Essén B (2016) Cultural change after migration: Circumcision of girls in Western migrant communities. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 32:2016 15-2

* Khaja K, Lay K, Boys S (2010) Female circumcision: Toward an inclusive practice of care. *Health care for women international*, 31, 686-699

Lagen med förbud mot könsstympning av kvinnor, 1982:316.

Leininger M & McFarland MR (2002) *Transcultural Nursing, concepts, theories, research & practice.* McGraw-Hill, Medical publishing division.

* Lundberg P C & Gereziher A (2006) Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among eritrean immigrant women to Sweden. *Midwifery* 24, 214-225

* Mehta P K, Saia K, Mody D, Paru S, Piwowarczyk L (2018) Learning from UJAMBO: Perspectives on Gynecologic Care in African Immigrant and Refugee Women in Boston, Massachusetts. *Immigrant Minority Health*, 2018:20, 380-387.

* Norman K, Hemmings J, Hussein E, Otoo-Oyortey N (2009) FGM is always with us: Experiences, perceptions and beliefs of women affected by female genital mutilation in London. *Options Consultancy Services and FORWARD.* (2019-04-18)

Ogunsiji O, Wilkes L, Ng Chok H (2018) “You take the private part of her body, ... you are taking a part of her life”: Voices of circumcised African migrant

- women on female genital circumcision (FGC) in Australia. *Health Care for Women International*. 39:8, 906-918.
- Polit D & Beck C (2013) *Essentials of nursing research appraising - evidence for nursing practice*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Regeringskansliet (2019) *Barnkonventionens väg mot svensk lag* ><https://www.regeringen.se>< HTML (2019-05-03)
- Reig-Alcaraz M, Siles-González J, Solano-Ruiz C (2016) A mixed-method synthesis of knowledge, experiences and attitudes of health professionals to Female Genital Mutilation. *Journal of Advances Nursing* 72(2), 245-260.
- SBU (2019) *Vår metod* ><https://www.sbu.se>< HTML (2019-03-21)
- SCB (2019) *Invandring till Sverige* ><https://www.scb.se>< HTML (2019-03-28)
- Socialstyrelsen (2015) *Kvinnor och flickor som kan ha varit utsatta för könsstympning - en uppskattning av antalet*. ><http://www.socialstyrelsen.se>< HTML (2019-03-21)
- Socialstyrelsen (2002), *Kvinnlig könsstympning. Ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänst och hälso-och sjukvård*. Stockholm, Kopiecenter.
- Socialtjänstlagen 2001:453.
- Svensk sjuksköterskeförening (2017) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* ><https://www.swenurse.se>< PDF (2019-05-06).
- Tamaddon L, Johnsdotter S, Liljestränd S, Essén B (2006) Swedish healthcare providers' experience and knowledge of female genital cutting. *Health Care for Women International*, 27:8, 709-722.
- * Thierfelder C, Tanner M, Kessler Bodiang M C, (2005) Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European journal of public health*, 15, 86-90
- UNFPA (2018) *Female genital mutilation (FGM) frequently asked questions* ><https://www.unfpa.org>< HTML (2019-05-14)
- Unicef (2019a) *Barnkonventionen UNICEF* ><https://unicef.se>< HTML (2019-03-19)
- Unicef (2019b) *Kvinnlig könsstympning ger kvinnor men för livet* ><https://unicef.se>< HTML (2019-03-15)
- * Upvall J M, Mohammed K, Dodge D P, (2009) Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circumcision in the united states: A focus group approach. *International journal of Nursing Studies*, 46, 360-368

* Vloeberghs E, Van der Kwaak A, Knipscheer J, van der Muijsenbergh M (2012) Coping and chronic psycho- social consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health*, 17, 677-695

WHO (2006) *Progress in Sexual and Reproductive Health Research. No 72.*

WHO (2018) *Female genital mutilation* ><https://www.who.int>< HTML (2019-03-15)

Willman A, Bahtsevani C, Nilsson R, Sandström B (2018) *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund, studentlitteratur.

BILAGOR

Bilaga 1. Resultat från databassökning i PubMed och CINAHL

PubMed 2019-04-05

Sökning	Sökblock	Sökord	Antal träffar
#1	Female genital mutilation	female genital mutilation	3 456
#2		circumcision, female [MeSH]	1 244
#3		female genital cutting	625
#4		#1 OR #2 OR #3	3 692
#5	Care	care	2 358 089
#6	Experience	experience*	982 803
#7		views	71 802
#8		feelings	258 699
#9		perception	506 466
#10		attitudes	598 566
#11		#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10	2 126 552
#12	Kombinerade sökblock	#4 AND #5 AND #11	380

Sökning	Sökblock	Ord	Antal träffar
#1	Female genital mutilation	female genital mutilation	768
#2		female genital cutting	199
#3		(MH"circumcision, female")	1 315
#4		#1 OR #2 OR #3	1 433
#5	Care	Care	1 171 360
#6	Experience	Views	79 752
#7		feelings	30 027
#8		experience*	351 448
#9		attitudes	278 923
#10		perception	130 971
#11		#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9	705 454
#12	Kombinerade sökblock	#4 AND #5 AND #11	125

Bilaga 2: Artikelmatris

Author, year, country, journal	Aim	Study design	Method	Main findings (women's perspective)	Study quality
Berggren et al (2006) Sweden Journal of Transcultural Nursing	The purpose of the study was to explore the encounters with the health care system in Sweden of women from Somalia, Eritrea, and Sudan who have been genitally cut.	Design: Explorative qualitative study. Population: Women from Eritrea, Somalia or Sudan having been subjected to any form av FGM, and having experiences of delivery in Sweden. Sample: 21 women in the age between 24-73 years.	Data collection: Interviews. Data analysis: The trascribed text was analyzed using latent content analysis.	Being exposed in the encounter with the Swedish caregivers	Hög kvalitet
Carroll et al (2006) USA Patient Education and counseling	We sought to identify characteristics associated with favorable treatment in receipt of preventive healthcare services, from the perspective of resettled African refugee women.	Design: Mixed method. Population: Women born in Somalia living in Rochester, NY, USA. Sample: 34 women >18 years old.	Data collection: Individual in-depth interviews. Data analysis: Analysis was guided by grounded theory.	Clinican factors related to respectful treatment and favorable health care experience for Somali women.	Hög kvalitet

Author, year, country, journal	Aim	Study design	Method	Main findings (women's perspective)	Study quality
Del Mar Pastor-Bravo et al (2018) Spain Midwifery	To discover the repercussions of female genital mutilation on the health of sub-Saharan women residing in Spain, as well as the healthcare received.	Design: A life-history qualitative research design with a phenomenological approach. Population: Women with FGM from Senegal, Nigeria and Gambia living in the Region of Murcia, Spain. Sample: 14 women in the age between 23-41 years.	Data collection: Informal interviews, sociodemographic questionnaires and life histories. Data analysis: The Atlas.Ti7 software was utilised for the analysis of qualitative data.	Healthcare received	Hög kvalitet
Guerin et al (2006) Australia Women & Health	The Aim of the Australian study was to enhance the understanding of the immigration experience on the reproductive health of women from Horn of African and Middle Eastern countries resident in Victoria.	Design: An ethnographic cohort design with predominantly qualitative methods. Population: Refugee women from countries that practise FGC. Sample: 255 women between the ages 20-44 years from Horn of African and Middle Eastern countries.	Data collection: In-depth open-ended and unstructured interviews and focus group discussions and participant observation. Data analysis: Thematic analysis was the main approach to analysis.	FGC related issues Discussion of FGC A case that typifies Advocacy role and working with the women	Medelhög kvalitet

Author, year, country, journal	Aim	Study design	Method	Main findings (women's perspective)	Study quality
Harper Bulman and McCourt (2002) UK Critical Public Health	The aim of this small study was to develop an understanding of the reality faced by Somali women in their contacts with the maternity services in the UK.	Design: Qualitative research method Population: Somali refugee women in west London. Sample: 12 women. Age not stated.	Data collection: Semi-structured interviews and focus groups. Data analysis: The interview transcripts were reviewed. Content analysis.	Women's experiences of using informal interpreters. Implication of the language barrier. Knowledge of female genital mutilation	Medelhög kvalitet
Horowitz and Jackson (1997) USA Perspectives	The objective was to understand and address the conflicts that occur when clinicians provide care to patients whose beliefs and practices differ from their own	Design: Extensive literature review with supplemented information with interviews Population: Women and men from Ethiopia, Eritrea and Somalia Sample: 45 women from Somali, Eritrea and Ethiopia with with different kinds of FGM in the age between 18-68.	Data collection: Interviews Data analysis: Not stated.	Cultural conflicts and miscommunications	Medelhög kvalitet

Author, year, country, journal	Aim	Study design	Method	Main findings (women's perspective)	Study quality
Khaja et al (2010) USA Health care for women international	To provide circumcised women an opportunity to voice their perceptions about the practice and make recommendations about what strategies healthcare providers need to take into account when designing interventions to deal with the practise.	Design: Exploratory qualitative dissertation Population: Women with FGM from Somalia living in Ontario, Canada and Salt lake city, Utah. Sample: 17 women in the age between 20-79 year	Data collection: Interviews. Data analysis: Not stated.	We feel like health specimens,	Medelhög kvalitet
Lundberg and Gerezgiher (2006) Sweden Midwifery	To explore Eritrean immigrant women's experiences of female genital mutilation (FGM) during pregnancy, childbirth and the postpartum period	Design: Qualitative study using an ethnographic approach. Population: Women with FGM from Eritrea living in Sweden. Sample: 15 Eritrean immigrant women in the age between 31-45.	Data collection: Interviews Data analysis: Interviews were recorded, transcribed and analysed.	Health-care professionals' knowledge of circumcision and health-care system (according to the informants)	Medelhög kvalitet

Author, year, country, journal	Aim	Study design	Method	Main findings (women perspective's)	Study quality
Mehta et al (2018) USA Immigrant Minority Health	We sought to elucidate perspectives on gynecologic care in a population of Congolese and Somali immigrants	Design: Mixed method. Population: Congolese and Somali women living in Boston, Massachusetts. Sample: 31 women (15 from the Democratic Republic of the Congo and 16 from Somalia). In the age between 18-59.	Data collection: Interviews with focus groups. Data analysis: Secondary Qualitative analysis using a grounded theory approach.	Gynecologic health care seeking preferences Barriers to gynecologic health care acquisition	Medelhög kvalitet
Norman et al (2008) UK Options Consultancy Services and FORWARD	The aim of the research was to gain in-depth insights from women originally from high prevalence FGM-countries, and currently living in and around Westminster.	Design: PEER, a qualitative participatory method Population: Women over 25 years of age from the borough Westminster, originally from FGM practicing communities. Sample: Not stated.	Data collection: In-depth interviews, focus group discussions Data analysis: Thematic analysis	Interaction with health services in the UK	Medelhög kvalitet

Author, year, country, journal	Aim	Study design	Method	Main findings (women perspective's)	Study quality
Thierfelder et al (2005) Switzerland European journal of public health	Objectives of this study were to analyse how immigrant women with FGM experience gynaecological /obstetrical care in the Swiss health care system	<p>Design: Quantitative and qualitative methods</p> <p>Population: Women of reproductive age who had undergone FGM before migrating to Switzerland, and health care providers who had received such patients</p> <p>Sample: 29 women (24 from somalia and five from Eritrea). In the age of 16-25 and >36. 37 health care professionals.</p>	<p>Data collection: Focus group discussions</p> <p>Data analysis: All discussions and interviews were taped and recorded, transcribed and analysed with the help of the software MAXQDA</p>	<p>The medical consultation</p> <p>Women's suggestions about how to improve services by the swiss health care providers</p>	Medelhög kvalitet
Upvall et al (2009) USA International journal of Nursing Studies	The purpose of this study was to explore healthcare perspectives of Somali Bantu refugees in relation to their status as women who have been circumcised and recently resettled in the United States.	<p>Design: Qualitative study</p> <p>Population: Somali women who resettled in the US</p> <p>Sample: 23 women between the age of 19-43.</p>	<p>Data collection: Focus group interview</p> <p>Data analysis: Thematic analysis</p>	<p>Living with the norm of circumcision</p> <p>Communication: knowing how to ask</p> <p>Previous healthcare experiences influencing the present</p>	Hög kvalitet

Author, year, country, journal	Aim	Study design	Method	Main findings (women perspective's)	Study quality
Vloeberghs et al (2012) Netherlands Ethnicity & Health	Explore psycho- social and relational problems of African immigrant women in the Netherlands who underwent FGM, the causes they attribute to these problems - in particular their opinions about the relationship between these problems and their circumcision- and the way they cope with these health complaints.	<p>Design: Mixed-method</p> <p>Population: Women from countries with high prevalence of circumcision: Egypt, Eritrea, Ethiopia, Sierra Leone, Somalia and Sudan and who migrated to the Netherlands.</p> <p>Sample: 66 women (18 somali, 18 Sudan, 12 Sierra Leone, 12 Eritrea, 6 Ethiopia). In the age of 18-69.</p>	<p>Data collection: In depth-Interviews and standard questionnaires.</p> <p>Data analys: ATLAS was used and then two researchers read and analysed the interviews seperatly, important themes were identified and coded. Afterwards the researcher's findings were compared and discussed with the researcher team to achieve mutual understanding and to reach conclusions.</p>	General health and health providers	Hög kvalitet