



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Könsstympade kvinnors lidande efter immigration till västvärlden

- En litteraturstudie

Författare: Louise Larsson, Jennie Malmberg

Handledare: Gull-Britt Dahlman

Kandidatuppsats

Våren 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Könsstympade kvinnors lidande efter immigration till västvärlden

- En litteraturstudie

Författare: Louise Larsson, Jennie Malmberg

Handledare: Gull-Britt Dahlman

Kandidatuppsats

Våren 2013

Abstrakt

Bakgrund: Kvinnlig könsstympning innebär att avlägsna delar av- eller tillfoga skada på kvinnans genitalier. Detta praktiseras hos vissa folkgrupper i Afrika men förekommer även i mellanöstern och Asien. I samband med ökad immigration har könsstympade kvinnors problematik uppdagats i den västerländska sjukvården. **Syfte:** Att beskriva könsstympade kvinnors lidande och smärta efter immigration till västvärlden. **Metod:** En litteraturstudie har utförts, åtta artiklar och fyra självbiografier har sammanställts. **Resultat:** Könsstympade kvinnor utsätts för ett komplext lidande. I samband med smärtsamma minnen, psykologiska komplikationer, bristande kunskap hos vårdpersonal och stigmatisering i väst upplevde kvinnorna ett lidande. **Slutsats:** Ökade kunskaper om kvinnlig könsstympning och kulturell omvårdnad är nödvändig. Forskningen inom ämnet bör utökas. Handlingsplaner för att minska dessa kvinnors lidande bör utarbetas på alla västerländska vårdinrättningar.

Nyckelord

(kvinnlig könsstympning, lidande, smärta, komplikationer, upplevelser)

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Introduktion	3
Problemområde	3
Bakgrund	4
Historisk tillbakablick	4
Begrepp och perspektiv	4
Kvinnlig könsstympning	4
Lidande	5
Olika typer av könsstympning	5
De som utför kvinnlig könsstympning	6
Kvinnor och flickor utsatta för könsstympning	7
Lagar	8
Sjuksköterskans roll	9
Kända konsekvenser och komplikationer	9
Syfte	11
Metod	11
Urval	11
Datainsamling	13
Data analys	14
Forskningsetiska avvägningar	14
Resultat	15
Minnen av könsstympningen	16
Smärta	16
Förlust och svek	17
Psykologiska följder	17
Tabu	18
Att vara könsstympad kvinna i västvärlden	18
Stolthet i hemlandet	19
Stigmatisering i västvärlden	19
Att vara annorlunda	20
Bristande kunskaper hos vårdpersonal	21
Att vara utelämnad åt vårdpersonal	21
Kränkande behandling	22
Söker inte vård	22
Diskussion	23
Diskussion av vald metod	23
Diskussion av framtaget resultat	24
Immigrationens svåra omställning	24
Dubbel utsatthet	25
Vårdpersonalens och patienternas bristande kunskaper	26
Att lindra lidande hos könsstympade kvinnor	28
Slutsats	29
Kliniska implikationer	30
Författarnas arbetsfördelning	30
Referenser	31
Bilaga 1 (2)	36

Introduktion

Problemområde

I dagens multikulturella samhälle lever många kvinnor som utsatts för könstympning. Dessa kvinnor behöver liksom övriga i samhället hälso- och sjukvård och kan även ha behov av specialiserad vård. Kvinnlig könstympning är en sedvänja som praktiseras framförallt i ett band som sträcker sig genom Sahara, från Senegal i väst till Somalia i öst, men även i vissa grupper i mellanöstern och Asien. Mellan 130-140 miljoner kvinnor och flickor estimeras vara könstympade och ytterligare 3 miljoner flickor riskerar att varje år utsättas för könstympning (World Health Organization [WHO], 2001). Ökade konflikter och krig i många länder där sedvänjan fortfarande är vanlig, har gett upphov till ökade migrationsströmningar till västvärlden de senaste årtiondena (Momoh, 2005). Traditionen har därmed uppdragats i västvärlden, så även i Sverige, sedan slutet av 80-talet. Detta har medfört en stor utmaning för den svenska sjukvården i mötet med könstympade kvinnor och flickor- inte minst inom mödravården, gynekologi och skolhälsan (Socialstyrelsen, 2005). Även som allmänsjuksköterska är det viktigt att bemöta dessa kvinnor och flickors omvårdnadsproblem med en kunskap om deras kulturella bakgrund och ha förståelse i ämnet för att kunna främja en förtroendeingivande relation (Braddy & Files, 2007). I en litteraturgenomgång framkom, att många studier visade en okunskap bland omvårdnadspersonal när det gäller kvinnlig könstympning och att vårdpersonalen övervärderade sin kunskap (Kaplan-Marcusan, Toran-Monserrat, Moreno-Navarro, Castany Fabregas, & Munoz-Ortiz, 2009). Det fanns en kunskapsbrist om lagstiftning, samt om kulturen bakom sedvänjan (Hess, Weinland, & Saalinger, 2010). Dessa kvinnor som ofta är en utsatt grupp i västvärlden då de är im och kvinnor, lider ofta i det tysta på grund av deras könstympning. Lidandet och smärtan de kan känna, i synnerhet efter immigration till väst, är ett lågprioriterat ämne som få har vetskap om. Därför avser denna studie att belysa och beskriva dessa kvinnors upplevelser och erfarenheter av smärta och lidande relaterade till deras könstympning, och hur detta kan påverka deras liv efter immigration till västvärlden.

Bakgrund

Historisk tillbakablick

Sett ur ett historiskt perspektiv, är företeelsen att stympa eller fysiologiskt förändra en kvinnas könsorgan inte ett nytt fenomen. Redan på faraonernas tid utfördes liknande operationer på kvinnor, varifrån termen faraonisk omskärelse sägs härstamma. Upptäcktsresande rapporterade tidigt om kvinnor som könsstympats i både Egypten och Sudan. Slavinnor som könsstympats såldes mycket dyrare på den egyptiska slavmarknaden (Berggren & Franck, 2008) och kvinnliga slavar i forna romarriket hade ringar insatta genom deras yttre blygdläppar, för att förhindra samlag (Dorkenoo, 1995). I Nordamerika och Europa har inte kvinnlig könsstympling varit en tradition, även om det förekommit historiskt (Berggren & Franck, 2008). Till exempel rapporterades en kristen sekt i Ryssland utföra könsstympling på kvinnor för att försäkra sig om evig oskuld, i enlighet med deras läror om att motverka sexuell lust. Psykoanalysens fader, Sigmund Freud, sägs ha förespråkat en slags mental kvinnlig könsstympling. Han hävdade att vaginala orgasmer var tecken på mognad, varför klitoris bör ignoreras och klitorisorgasmer överges (Dorkenoo, 1995). Flera medicinska skrifter hävdade under 1800-talet att könsstympling på kvinnor var accepterade metoder för att behandla nymfomani, hysteri, onani och andra avvikande beteenden. Detta styrktes även av den Londonbaserade läkaren dr. Isaac Baker Brown, som utförde könsstympling på kvinnor som led av sterilitet, sömnlöshet och olyckliga äktenskap. Ända fram till år 1925 erbjöd en amerikansk medicinsk förening, utbildning i kvinnlig könsstympling och dessa operationer utfördes i USA så sent som på 40- och 50-talet. Andra modernare former av kvinnlig könsstympling som sker idag är kirurgi där man förändrar vaginans utseende av enbart estetiska skäl, samt operationer där man syr ihop vaginan för att mannen ska kunna fastställa oskuld på bröllopsnatten (ibid).

Begrepp och perspektiv

Kvinnlig könsstympling

Terminologi inom ämnet kvinnlig könsstympling kan innefatta både laddade och känsliga frågor (Socialstyrelsen, 2005). Tidigare använde man uttrycket kvinnlig omskärelse (female circumcision), men då detta kunde förknippas med omskärelse av pojkar, började termen

kvinnlig könsstympning (female genital mutilation, FGM) användas internationellt. Begreppet kvinnlig könsstympning är inte helt okontroversiell då ordet stympning kan betraktas som mycket värdeladdat och kränkande för kvinnor som har genomgått proceduren (Braddy & Files, 2007). Därför används ibland female genital cutting, där ordet cutting ”skärning” är tänkt att minska den laddade och dömande termen stympning (World Health Organization [WHO], 2010). I föreliggande studie används begreppet kvinnlig könsstympning. WHO:s (2010) har definierat kvinnlig könsstympning som; *Avser alla förfaranden som rör helt eller delvis borttagande av de yttre kvinnliga könsorganen, eller annan skada på de kvinnliga könsorganen för icke-medicinska skäl. s 1.*

Den typ av kvinnlig könsstympning som avses studeras, likställer inte kvinnlig könsstympning med självvald estetisk intimkirurgi.

Lidande

Studien utgår från Katie Erikssons omvårdnadsteori där lidandet alltigenom är något ont och har inte i någon egentlig mening, men genom människans bearbetning av lidandet kan hon skapa en mening till sitt lidande. Kampen i en människas lidande står i grund och botten mellan det onda och det goda, lidandet och lusten samt mellan liv och död. Lidandet är något unikt för varje människa, och en slags varningssignal att något inte står rätt till på det psykiska och det andliga planet (Eriksson, 1994). Begreppet ”lidande” betydde från början ett kval, en plåga, en vånda och en smärta. Men efter 1940-talet började man använda mer konkreta termer som smärta, ångest och sjukdom. Detta har gjort att den ursprungliga betydelsen av lidande förändrats, och begreppet lidande brukas mer sällan i allmänna ordalag. Dock har begreppet lidande under de senaste åren visat på en uppgång inom både vårdvetenskapen och skönlitteratur (Ibid).

Olika typer av könsstympning

Det finns olika ingrepp på det kvinnliga könsorganet som klassificeras som kvinnlig könsstympning, men alla typer innefattar att man avlägsnar delar av könsorganet mer eller mindre och att man tillfogar skada på flickans genitalier (WHO, 2010). WHO (2011) har klassificerat könsstympningen i fyra olika typer.

Tabell 1. Klassificering av kvinnlig könsstympling enligt WHO (2011).

Typ 1.	Avlägsnande av förhuden runt klitoris samt dess topp eller hela klitoris. I vissa fall tar man bara bort förhuden utan att avlägsna klitoris. Även kallad sunna (det muslimska uttrycket för tradition).
Typ 2.	Avlägsnande av förhuden, klitoris och även delar av eller hela inre blygdläpparna. Kan även kallas för sunna.
Typ 3.	Stympling av klitoris, inre och yttre blygdläppar. Efter man tagit bort delar av genitalierna syr man ihop vulvan och kvar finns bara en liten öppning för urin och menstruationsblod. Detta ingrepp kallas även för infibulation eller faraonisk omskärelse.
Typ 4.	Är oklassificerade former som innefattar prickning, piercing eller rispning av klitoris med ett vasst föremål. Ingreppet syftar till att rituellt framkalla blödning utan att avlägsna delar. Andra former är stretching av de inre blygdläpparna. En annan typ är att kvinnans underliv skrapas, skärs, bränns eller fräts. Syftet är att skapa blödningar i vaginan så att vaginan blir trängre.

De olika definitionerna kan i praktiken vara svåra att urskilja och det finns många övergångar mellan de olika typerna (World Health Organization [WHO], 2008). Reinfibulation innebär att man syr ihop vulvan igen, som man tidigare har tvingats öppna upp inför förlossning. Man återställer infibulationen som den var innan graviditet och förlossning (Socialstyrelsen, 2005). Detta är otillåtet i Sverige, Danmark och Storbritannien enligt nationella riktlinjer (Momoh, 2005). Deinfibulation är när man öppnar upp vulvan där den tidigare varit hopsydd exempelvis inför förlossning (Socialstyrelsen, 2005).

De som utför kvinnlig könsstympling

Ingreppet utförs oftast av medicinskt utbildade, traditionella barnmorskor som specialiserat sig på att omskära flickor (WHO, 2001). Könsstymplingen kan även utföras av utvalda samhällsklasser i de praktiserande länderna, i exempelvis Nigeria och Egypten utför manliga barberare könsstymplingen, och i Mali, Gambia och Senegal utför enligt traditionen en kvinna från smedskastet könsstymplingen. Verktyg och material som används för att utföra ingreppet kan vara allt från rostiga rakblad och knivar till vassa stenar. För infibulering används tarmsträng, sytråd eller törntaggar för att sy ihop vulvan (Dorkenoo, 1995). Det är

inte ovanligt att verktygen används på flera olika flickor utan att någon typ av rengöring eller sterilisering gjorts av tillhyggena. Smärtbedövning eller sövning är mycket ovanligt (WHO, 2001). På senare tid har det blivit vanligare att medicinskt utbildad personal utför könsstympling på kvinnor och flickor, där ingreppet utförs med lokalanestesi och sterila verktyg. Detta sker främst i städerna i de praktiserande länderna (Braddy & Files, 2007).

Det finns flera olika påstådda anledningar till varför kvinnlig könsstympling fortfarande utförs. Traditionen förankrar sig i en rad av värderingar, myter, trossamfund, ockultism och andra sociala koder som alla tillsammans förstärker sedvänjan. WHO (2001) har sammanställt de vanligaste påstådda skälen i fyra olika grupper; sociokulturella anledningar, hygieniska - och estetiska orsaker, religiösa anledningar samt även sexuella. För att nämna några påstådda motiv till kvinnlig könsstympling så tror vissa grupper att könsstympling är det enda sättet för en flicka att bli en mogen kvinna, eller till och med för att bli en del av den mänskliga rasen (WHO, 2011). Flera grupper håller särskilda ceremonier under könsstymplingen för att fira inträdandet till vuxenlivet (Dorkenoo, 1995). Andra tror att könsstympling av en kvinna ska gynna hennes fertilitet och vissa tror även att den grävsta formen av kvinnlig könsstympling, infibulation, ska leda till en ökad sexuell njutning hos mannen och därmed främja äktenskapet (WHO, 2001). Att en flicka är oskuld kan vara en avgörande förutsättning för giftermål i många länder, vilket kvinnlig könsstympling ofta intygar (Momoh, 2005). Kvinnlig könsstympling utförs i många fall för att avsexualisera kvinnan dvs. i tron att kunna minska hennes sexuella lust och därmed förhindra promiskuitet (Braddy & Files, 2007). Många anser att könsstympling är ett estetiskt ingrepp för att göra en kvinna eller flicka vackrare och mer hygienisk. Alla dessa motiv skapar tillsammans enorma sociala påtryckningar i samhället, mot dessa kvinnor och flickor vilket ökar risken att de kommer föra sedvänjan vidare (WHO, 2001).

Kvinnor och flickor utsatta för könsstympling

Kvinnlig könsstympling praktiseras av flera olika religioner; muslimer och kristna (katoliker, protestanter, kopter), traditionell afrikansk religion samt icke troende. Men detta är framför allt en sociokulturell tradition som är religionsöverskridande, även om det finns många som försöker rättfärdiga stymplingen genom sin tro så finns det inga belegg för det i varken Koranen eller Bibeln (WHO, 2001). Åldern på de som blir utsatta för stymplingen varierar

både kulturellt och geografiskt. De kan vara nyfödda, men i exempelvis Somalia utförs könsstympning vanligast på flickor mellan 4-9 års ålder (Momoh, 2005). Könsstympningen kan även utföras vid puberteten och i vuxen ålder. Många föräldrar som planerar immigration till väst, låter sina barn könsstympas innan de lämnar landet vilket resulterar i att dessa flickor könsstympas i ovanligt unga åldrar (Dorkenoo, 1995). Könsstympning tillämpas framförallt i 28 afrikanska länder. Ett bälte som sträcker sig genom centrala södra Sahara från Somalia i öst till de flesta västafrikanska länderna. Samt att det sträcker sig från Egypten i norr till de östafrikanska länderna Kenya, Uganda och Tanzania. Men även i vissa länder i Asien har det rapporterats om könsstympning. I länder som Djibouti, Egypten, Etiopien, Eritrea, Mali, Norra Sudan och Somalia har över 75 % av alla kvinnor utsatts för någon form av könsstympning (WHO, 2008).

Lagar

Könsstympning kränker kvinnor och flickors mänskliga rättigheter (WHO, 2008). Det strider också mot barnkonventionen som fastslår att *Konventionsstaterna skall vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa* (United Nations Children's Fund [UNICEF], Barnkonventionen).

Juridiska lagar samt information om dessa är därför nödvändigt för att förhindra könsstympning. Många flickor riskerar att bli könsstympade i det nya landet men också att bli hemskickade till sitt hemland för att få ingreppet gjort (Dorkenoo, 1995). Länder som inför lagar mot kvinnlig könsstympning visar på ett rättsligt skydd för mänskliga rättigheter (WHO, 2011). Lagen mot kvinnlig könsstympning varierar i olika länder. Vissa länder har direkt lagstiftat mot könsstympning, medan en del länder täcker förbudet i mer generella lagstiftningar som exempelvis barnskyddet eller lagar mot kvinnovåld (Momoh, 2005). Sverige var det första västerländska landet som införde ett förbud mot alla typer av kvinnlig könsstympning (SFS 1982:316) redan år 1982 (Johnsdotter, 2004). Lagen skärptes år 1999 (SFS, 1999:267) till att också den som bor i Sverige och som medverkar till att könsstympning utförs utomlands kan dömas i Sverige (Socialstyrelsen, 1999). Andra länder som Danmark, Norge, Spanien, Storbritannien, USA och Australien, har alla infört specifika lagar och förordningarna mot kvinnlig könsstympning (Center for Reproductive Rights, 2006).

Sjuksköterskans roll

Det är vårdpersonalen som ansvarar för att alla människors lika rätt och värde tillgodoses i vården. I sjuksköterskans etiska koder ingår att vårdpersonalen ska ha patientens hälsa som det främsta målet och aldrig frångå principen om människans lika värde. Dessutom menar ICN att *Sjuksköterskan delar med samhället ansvar för att initiera och stödja åtgärder som tillgodoser, i synnerhet svaga befolkningsgruppers hälsa och sociala behov* (ICN: s etiska kod för sjuksköterskor, 2007).

Enligt Katie Erikssons omvårdnadsteori är det vårdarens uppgift att eliminera lidandet, eller att göra allt för att lindra lidandet när det är ofrånkomligt. Inom vården utgör kränkning av patientens värdighet det vanligaste lidandet, och att uppleva egenvärde är enligt Eriksson den mest grundläggande och avgörande faktorn för hälsoprocessen. Faktorer som genererar känslor av skam, skuld och förtvivlan är när en människa inte upplever sig bli sedd eller blir betraktad som något man inte är eller vill vara. Detta upplevs även mycket kränkande. Att som vårdpersonal lindra en patients lidande inbegriper att inte fördöma, inte kränka personens värdighet samt att inte missbruka makt. Istället ska man ge patienten den vård hon behöver. Katie Erikssons omvårdnadsteori har valts då hennes beskrivning och analys av det mänskliga lidandet appliceras väl i undersökningen (Eriksson, 1994).

Kända konsekvenser och komplikationer

Kvinnlig könsstympning förknippas med en rad olika komplikationer (Braddy & Files, 2007). Svårigheter kan uppkomma i samband med ingreppet, men kan även ge livsbestående skador och defekter. De komplikationer och risker som flickan utsätts för, beror på graden av könstympning, hygieniska förhållanden under stympningen, hur mycket flickan stretar emot samt på utförarens syn och ”skicklighet”. Till omedelbara komplikationer hör främst extrem smärta och allvarliga blödningar som uppkommer vid avlägsnandet av de artär- och venrika genitalierna. Blödningarna kan tillsammans med smärtan leda till chock (Dorkenoo, 1995). Ingreppet medför även en mycket förhöjd risk att drabbas av infektioner på grund av de ohygieniska förhållandena under själva stympningen med orena verktyg eller traditionella mediciner. I värsta fall kan infektionen leda till sepsis. Kontamineras såret är risken stor att flickan drabbas av stelkramp (WHO, 2011). Smärtan över att urinera samt rädsla att

kontaminera såret kan orsaka akut urinretention (Dorkenoo, 1995). Till de långsiktiga komplikationerna hör smärta vid samlag och menstruation, problem vid graviditet och förlossning, upprepade infektioner samt psykologiska besvär (Knight, 1999; WHO, 2011). Enligt Agugua (1982) hör urinära problem till de vanligaste komplikationerna, vilket inkluderar urinträngningar, miktionsmärta, inkontinens, urinvägsinfektioner och stenoser i urinvägarna. Även hos barn har man funnit att infibulerade flickor löper större risk att drabbas av urinvägsinfektioner (Almroth, 2005). Cystor och abscesser är vanliga komplikationer, då ärrvävnaden efter avstympad klitoris förhindrar sekret och flytningar att komma ut och istället orsakar växande cystor (Osifo, 2010). Graviditets- och förlossningsbesvär innefattar ökad risk för blödningar, rupturer, kirurgiska snitt, förlängd sjukhusvistelse samt ökad risk för kejsarsnitt (WHO, 2011). Utöver dessa negativa konsekvenser, har även psykologiska besvär till följd av könstymningen rapporterats. Exempel på detta är högre prevalens av posttraumatiskt stressyndrom med minnesproblematik, depression samt ångestproblematik (Behrendt, 2005).

Ett somaliskt talesätt förklarar smärtan som könstympade kvinnor kan uppleva som *De tre kvinnliga smärtorna*. Ordspråket talar för de mest påtagliga komplikationer en könstympad kvinna kan tvingas leva med. Den första smärtan talesättet uttrycker, är den starka smärta flickan upplever när hon blir könstympad. Den andra smärtan symboliserar första bröllopsnatten (Momoh, 2005) då hon enligt traditionen öppnas upp av sin mans erektion (Dirie, 1985). Att öppna upp kvinnans infibulation för att kunna genomföra penetration kan ta lång tid och är mycket smärtsamt. Enligt Dirie (1985) får nygifta nomadiska somalier en hytta i medvind, detta för att ingen annan i byn ska kunna höra den oundvikliga kampen mellan paret och brudens jämmer. Den tredje och sista smärtan är när kvinnan föder barn och den vaginala öppningen inte är tillräckligt stor för en säker förlossning. Detta gör att kvinnan måste öppnas upp för att barnet ska kunna komma ut samt att förhindra rupturer (Momoh, 2005).

Enligt Toubia (1999) är de flesta immigrerade kvinnor obekväma med att prata om sina privata problem med västerländsk hälsosjukvård på grund av rädsla att hälsopersonalen inte kommer förstå kvinnornas kultur. I Knight, Hotchin, Bayly & Grover (1999) framkom i diskussionen att könstympade kvinnor ofta lider av komplikationer och kan ha ett ökat behov av medicinsk sjukvård. Dessutom är det av stor vikt att hälsovårdspersonal möter dessa

kvinnor med kunskap om deras kulturella och sociala bakgrund (ibid). I den västerländska kulturen finns ofta en okunnighet om dessa kvinnors problem och lidande.

Syfte

Syftet är att beskriva könsstympade kvinnors upplevelser av lidande och smärta efter att de immigrerat till västvärlden.

Metod

Syftet med en litteraturstudie är att sammanställa vetenskaplig litteratur som finns inom området man undersöker (Polit & Beck, 2008). Den sammanställda litteraturen kommer förhoppningsvis leda till nyfunnen kunskap och en grund för vidare studier.

Urval

Sammantaget användes databaserna Pubmed, Cinahl och PsychInfo. Pubmed innehåller artiklar inom medicin, omvårdnad och hälsosjukvårdsadministration. Cinahl innehåller främst artiklar om omvårdnad. Databasen PsychInfo inriktar sig på psykiatriska aspekter inom bland annat medicin, omvårdnad och sociologi (Willman & Stoltz). MeSH-termer var främst pain och complications. Övriga söktermer var: female genital mutilation, immigration, suffering, samt experiences. Dessa termer användes då de av författarna upplevdes relevanta för ämnet samt var återkommande ord i tidigare sökta artiklar och läst litteratur. I de Booleska sökoperatorerna användes också AND mellan sökorden och MeSH-termerna. Sökningar i databasen Cinahl gav samma träffar som sökningarna i PubMed, men då utbudet var större i PubMed utgick sökningarna från denna sökmotor. Genomgående andrahandsökningar gjordes i ett tidigt stadiet utifrån böcker och artiklars författare och referenslistor men då även databassökningarna fick fram dessa artiklar har de istället redovisats i sökschemat.

Sökningarnas inklusionskriterier var; kvinnlig könsstympning, kvinna, lidande, smärta, immigration till västvärlden samt skandinaviska språk och engelska. Exklusions kriterierna

var; pojkar och män samt estetisk intymkirurgi. Varken geografiska begränsningar eller tidsbegränsningar gjordes i sökningarna.

Efter grundliga databassökningar, fann författarna endast åtta artiklar som kunde motsvara studiens syfte. De utvalda artiklarna var framställda i Egypten, Irak, Kanada, Norge och Sverige hade ett tidsspann på 10 år från år 2000 till 2010.

Även tre renodlade självbiografier användes och böckernas titlar är *Aman- En somalisk kvinnas berättelse* (Barnes & Boddy, 2006), *En blomma i Afrikas öken* (Dirie & Miller, 1999) samt *Skändad* (Khady & Kuny, 2008). Därutöver har en inte fullt lika självbiografisk bok, *Smärtans barn* (Dirie & Milborn, 2005), använts. Författaren redogör i boken sin kamp mot kvinnlig könsstympning i västvärlden och intervjuar bland annat andra könsstympade kvinnor i Europa. Endast självbiografiska delar har använts till resultatet. Alla böcker är skrivna eller berättade av könsstympade kvinnor som immigrerat till västvärlden.

Datainsamling

MeSH-termer som användes i PubMed var Complications och Pain.

Tabell 2. Sökschema PubMed

Databas	Sökning	Sökord	Träffar	Analyserade abstrakt	Urval 1	Urval 2
PubMed	1	Female genital mutilation	2243	0	0	0
	2	Complications	2261100	0	0	0
	3	Pain	520584	0	0	0
	4	Immigration	26141	0	0	0
	5	Suffering	191820	0	0	0
	6	Experiences	109148	0	0	0
	7	#1 AND #2	470	41	11	1
	8	#1 AND #3	122	21	10	4
	9	#1 AND #4 AND #5	1	1	1	1
	10	#1 AND #4	95	20	8	1
Totalt:				83	30	7

Tabell 3. Sökschema PsychInfo

Databas	Sökning	Sökord	Träffar	Analyserade abstrakt	Urval 1	Urval 2
PsychInfo	1	Female genital mutilation	158	7	7	1
	2	Pain	63946	0	0	0
	3	Experience	330255	0	0	0
	4	#1 AND #2	14	2	2	0
	5	#1 AND #3	25	1	1	0
Totalt:				9	9	1

Data analys

Artiklarna värderades och kvalitetsgranskades enligt Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006) kvalitetsbedömning. Alla artiklar i resultatet kvalitetsgranskades och bedömdes till bra kvalitet eller medel kvalitet, detta redovisas i bilaga 1. Av de åtta utvalda artiklarna bedömdes sex vara av bra kvalitet och två artiklar av medel kvalitet. Sju artiklar hade kvalitativ ansats, och en kvantitativ ansats. Efter att artiklarna bearbetats markerades texterna i olika färger beroende på innehåll och varje färg blev sedan till ett tema (Polit & Beck, 2008).

För att få större bredd i studien valdes ytterligare litteratur som komplement. Skönlitterära biografier användes för att få fram betydelsefulla perspektiv i ämnet (Forsberg & Wengström, 2003). Enligt Forsberg och Wengström (2003) kan man använda texter och skrivna berättelser för att få fram nya kunskaper om ett fenomen som inte kan fås fram via direkta intervjuer och observationer. En biografi skildrar en viss persons livshistoria och är skriven av personen själv eller av någon annan (Friberg, 2006). Självbiografierna söktes via de svenska bibliotekskatalogerna Libris och Lovisa med sökordet kvinnlig könsstympling och utifrån detta söktes de valda skönlitterära biografierna fram. Sammanlagt lästes fem skönlitterära böcker översatta till svenska, varav en valdes bort då den inte innehöll relevant information för resultatet. Utifrån artiklarna och de skönlitterära biografierna kunde sammanlagt tre huvudteman och tio subteman identifieras.

Forskningsetiska avvägningar

Helsingforsdeklarationen är internationella riktlinjer av etiska principer utformad för medicinsk forskning. I USA har Belmontrapporten (1978) influerat den medicinska forskningen. Rapporten framhävde tre etiska principer för god etisk forskning; godhetsprincipen, rättvisprincipen samt människovärdesprincipen. Godhetsprincipen innebär att forskaren har ett ansvar att sträva efter att minimera lidande och främja välbefinnande. Mänsklig forskning ska ge fördelar åt deltagaren, andra individer eller samhället i stort. Rättvisprincipen går ut på att man ska behandla människor rättvist samt respektera människors integritet och privatliv. Den sista principen människovärdesprincipen behandlar människors rätt till självbestämmande till exempel att de har rätt att besluta om deltagande i forskningsprojekt. Även rätt till att ställa frågor, avsluta deltagandet i projekt samt rätt att

vägra delge information (Polit & Beck). Artiklarna i studien har tagit hänsyn till människovärdesprincipen då deltagarna fått både muntlig och skriftlig information om studiens syfte, deltagandets innebörd, konfidentialitet samt rätten att när som helst avbryta deltagandet. En studie har använt sig av deltagarnas uttryck för kvinnlig könsstympling istället för den term forskarna använt sig av, detta för att inte uppröra eller kränka deltagarna (Berggren, Bergström, & Edberg, 2006; Chalmers & Hashi, 2000). En annan artikel utförde en pilotstudie inom samma typ av grupp studien avsåg studera, för att få fram om de utformade frågeformulären var kulturellt lämpliga. Forskarna tar genom detta hänsyn till både godhetsprincipen och rättvisprincipen (Chalmers & Hashi, 2000). Författarna har strävat efter att inkludera artiklar som tagit hänsyn till dessa etiska principer, och har under skrivandets gång fört en etisk dialog. Studien utgår även från artiklar som kontrollerats och godkänts av etiska kommittéer. Ämnet som valts är känsloladdat och författarna inser svårigheterna att hålla ett objektivt förhållningssätt.

Resultat

Utifrån syftet har tre huvudteman utkristalliserats ur litteraturanalysen, under varje huvudtema har sedan underrubriker tagits fram. Dessa rubriker samt undergrupper redovisas i tabell 4.

Tabell 4. Teman och undergrupper

Minnen av könsstymplingen
Smärta
Förlust och svek
Psykologiska följder
Tabu
Att vara könsstympad kvinna i väst
Stolthet i hemlandet
Stigmatisering i väst
Att vara annorlunda
Bristande kunskap hos vårdpersonal
Att vara utelämnad åt vårdpersonal
Kränkande behandling
Söker inte vård

Minnen av könsstympningen

Traumatiska händelser man utsätts för som barn, är ofta något som kan komma att prägla hela ens liv och person. Smärtsamma minnen, psykologiska konsekvenser och andra smärtsamma emotioner som känslan av svek och förlust samt tystnaden kring det hela, gör att den traumatiska händelsen blir svårt att glömma (Barnes & Boddy, 2006; Berggren et al., 2006; Dirie & Milborn, 2005; Dirie & Miller, 1999; Elnashar & Abdelhady, 2007; Johansen, 2002; Khady & Cuny, 2008; Kizilhan, 2011; Lundbergs & Gereziher, 2008).

Smärta

Litteraturen visade samstämmigt kvinnornas smärtsamma minnen av könsstympningen de utsattes för som barn. Kvinnorna återgav detaljerade berättelser om sina erfarenheter och upplevelser av ingreppets utförande (Barnes & Boddy, 2006; Berggren et al., 2006; Chalmers & Hashi, 2000; Dirie & Miller, 1999; Dirie & Milborn, 2005; Finnström & Söderhamn, 2005; Johansen, 2002; Khady & Kuny, 2008; Kizilhan, 2010; Lundberg & Gereziher, 2006).

Ett mönster av uttryck och ord kunde urskiljas i litteraturen då många beskrev liknande upplevelser. Extrem och obeskrivlig smärta var ett frekvent återkommande ämne där kvinnorna beskrev en fruktansvärd smärta som de aldrig kunnat föreställa sig (Berggren et al., 2006). Många kvinnor visade ett levande, och mycket smärtsamt minne av ingreppet. I Johansens (2002) studie berättade majoriteten av kvinnorna att ingreppet varit den mest smärtsamma upplevelse i deras liv och att det var något de aldrig skulle kunna glömma. En kvinna kommenterade ingreppet som en börda, ett mörker i hennes liv som man aldrig kan glömma (Johansen, 2002). Detta bekräftas även av Khady Koïtas (2008) bok *Skändad* där hon reflekterar över könsstympningen hon utsattes för som barn. Enligt henne var smärtan odefinierbar och det värsta hon någonsin upplevt; en smärta bortom både barnafödande och njurstensanfall. Hon beskriver även smärtan som om att man knutit ihop hennes tarmar eller att hon hade en hammare i hennes huvud. Den exakta smärtpunkten försvann efter några minuter och hela hennes kropp gjorde ont. Khady Koïta uttryckte den kroppsliga smärtan som att hennes kropp blivit ett bo för en utsvulten råtta eller en armé av myror. Hennes smärta var total och gick från huvudet genom hela kroppen och ned till fötterna (ibid). Kvinnorna i Johansens (2002) studie konstaterar att barnafödande och könsstympning inte går att jämföra,

att könsstympningen är ”100 gånger värre”. I samband med kvinnornas beskrivning av smärtan under ingreppet, refererade många kvinnor i litteraturen till att de ”skar i ens kött” (Johansen, 2002; Berggren et al, 2006). Waris Dirie (1999) beskriver i sin bok *En blomma i Afrikas öken* hur omskärrerskan plötslig började skära i hennes könsorgan. Hon berättar vidare hur hon hörde ljudet av det slöa rakbladet som sågade fram och tillbaka i huden. Känslan var för Waris Dirie obeskrivlig, det var enligt henne som om någon skar i hennes lår eller stympade en arm. Det var bara att detta handlade om kroppens allra känsligaste organ (Dirie & Miller, 1999).

Många kvinnor använde ofta ordet död i sina beskrivningar om könsstympningen. I biografierna om Khady Koïta (2008), Waris Dirie (1999) och Aman (2006) beskriver de sina upplevelser av könsstympningen och relaterar till döden, till exempel att de önskade eller trodde att de skulle dö, att de dog inuti samt kände sig döda.

Förlust och svek

Minnena och plågorna av könsstympningen tycks inte bara vara en känsla av fysisk förlust utan även en psykisk känsla. Johansen (2002) beskriver i sin artikel kvinnornas känsla av förlust, som att något har tagits ifrån dem både kroppsligt och själsligt, en kroppsdel har tagits bort för alltid och det som stympats kan inte återställas. Känslan av förlust i att bli övergiven och sviken av sina nära och kära var ett annat gemensamt ämne, då många inte fick veta något innan och fick inte heller någon hjälp under ingreppet, samt att det var deras mödrar som beslutat om könsstympningen från första början (Berggren et al, 2006).

Psykologiska följder

Flera av de undersökta artiklarna belyser den ökade risken för att drabbas av psykologiska besvär till följd av kvinnlig könsstympning. Minnet av könsstympningen och dess smärta kan innefatta dessa kvinnors vardag då ljud, lukter och andra förnimmelser lätt kan väcka minnena till liv (Johansen, 2002). I boken *En blomma i Afrikas öken* skildrar Waris Dirie (1999) sina tankar i samband med en kommande deinfibulation. Hon började då minnas fasorna hon upplevt under könsstympningen vilket gjorde henne rädd inför att behöva återuppleva samma

känslor och smärta igen. Många upplevde det svårt att tala om sina upplevelser då de var rädda att framkalla smärtan igen (Johansen, 2002).

Ökad risk för somatisering, ångest och fobi har rapporterats hos könsstympade kvinnor i en egyptisk studie där man jämförde icke könsstympade med könsstympade kvinnor (Elnashar & Abdelhady, 2007). I en studie på kurdiska flickor i Irak påvisas en ökad risk för ångestsjukdomar, depression, posttraumatisk stress syndrom samt somatiska störningar hos de könsstympade flickorna (Kizilhan, 2011).

Tabu

Waris Dirie skriver i sin bok *Smärtans barn* om den oskrivna lagen att man som könsstympad kvinna aldrig får tala om könsstympningen eller den upplevda smärtan (Dirie & Milborn, 2005). Enligt Finnström och Söderhamn (2006) är det socialt oacceptabelt att uttrycka sin smärta i form av gråtande och klagande inom den somaliska kulturen. Många kvinnor höll sin smärta inom sig under lång tid innan de berättade om den och många mödrar förväntade sig att deras barn skulle kunna kontrollera sin smärta från och med 6-8 års ålder. Dessutom är det mer acceptabelt att prata om känslor och stress än att prata om det psykiska, kroppsliga och själsliga måendet, eftersom att detta oftast sammankopplas med mental ohälsa inom den somaliska kulturen (ibid). Lundbergs och Gereziher (2008) studie visade att kvinnorna inte kunde prata om sin smärta då detta anses vara skamfullt. Att söka psykologisk vård anses inte heller vara socialt accepterat i den somaliska kulturen eftersom det förknippas med mental ohälsa (Finnström & Söderhamn, 2006).

Att vara könsstympad kvinna i västvärlden

Könsstympning är något som är norm i de länder där det praktiseras, man känner tillhörighet och stolthet över att ha genomgått den smärtsamma prövningen (Berggren et al, 2006; Barnes & Boddy, 2006; Chalmers & Hashi, 2000). I västvärlden är det inte vanligt att vara könsstympad, och det anses vara en grym sedvänja (Johnsdotter, Moussa, Carlbom, Aregai, & Essen, 2009; Khady & Cuny, 2008). Dessa kvinnor som ofta tvingats genomgå många svårigheter i livet innan de flyttat till väst, ställs inför ytterligare utmaningar i det nya landet

då de inte bara är immigrerade kvinnor, utan även könsstympade (Barnes & Boddy, 2006; Dirie & Milborn, 2005; Dirie & Miller, 1999; Johansen, 2002).

Stolthet i hemlandet

I samband med kvinnornas upplevelser av själva könsstympningen förklarade många kvinnor i en kanadensisk studie, att de efteråt känt sig speciella och stolta. Många hävdade även att de kände sig rena och vackrare efter att ha genomgått könsstympningen (Chalmers & Hashi, 2000). Aman berättar i sin bok om hur kvinnorna som närvarade under stympningen, började lägga guld och pengar runt henne då hon könsstympades (Barnes & Boddy, 2006). Att bli könsstympad anses som normalt i hemlandet, alla flickor förväntas att bli det. Mödrar till flickor som inte blivit könsstympade retas, förödmjukas och stängs ute av andra kvinnor i gemenskapen (Berggren et al, 2006). Även flickor som inte är könsstympade kan bli uteslutna ur gruppen; Aman beskriver vidare hur flickor kontrollerade varandras omskärelse, och var man inte könsstympad uteslöts flickan från lek och gemenskap (Barnes & Boddy, 2006).

Stigmatisering i västvärlden

Kvinnor som tvingats lämna sina hemländer för att bo i västvärlden står inför oväntade frågeställningar och utmaningar. Könsstympningen som tidigare varit normal blir nu ifrågasatt när de kommer till väst där det istället fördöms och anses vara onormalt. I en svensk studie uttryckte många immigrerade män och kvinnor från Eritrea och Etiopien, en ambivalens om hur massmedia skildrar frågan om kvinnlig könsstympning. De upplevde en snäv generalisering där alla afrikanska kvinnor i västvärlden framställdes vara könsstympade. Totalt ansåg de även att afrikaner i väst nedvärderades, där allmänna slutsatser fattades oavsett nationalitet och etnicitet (Johnsdotter et al, 2009). Khady Koïta (2008) menar i sin bok att media framställde de folkgrupper som utför kvinnlig könsstympning som ociviliserade. Många kvinnor kände sig besvärade och chockerade över den mediala uppmärksamheten kring könsstympning, vilket fick dem att känna sig kränkta (ibid).

Många kvinnor visste inte skillnaden mellan att vara könsstympad och icke könsstympad innan de kom till väst (Johansen, 2002; Lundberg & Gereziher, 2008), och fick därför en chock när de insåg att alla flickor och kvinnor inte är könsstympade (Berggren et al, 2006;

Johansen, 2002). Johansen (2002) beskriver att många kvinnor inte hade reflekterat eller ifrågasatt deras könsstympling förrän de reste till andra länder och insåg att kvinnlig könsstympling inte var universell. Kvinnorna i Berggren et al (2006) studie uttryckte en dubbel känsla av skam i att vara annorlunda, då de först känt sig stolta över könsstymplingen i hemlandet, för att sedan uppleva skamkänslor i mötet med den västerländska hälsovården.

Att vara annorlunda

Waris Dirie (1999) får efter att ha flyttat till Europa, förklarat för sig att europeiska kvinnor inte könsstympats. Detta blir för henne en bekräftelse på att hon är annorlunda och uttrycker känslor av ensamhet i och med detta. I Johansens (2002) studie framhävs även det starka sociala stödet för kvinnlig könsstympling i hemlandet, och med flytt till västvärlden förlorar sedvänjan sin sociala kontext. Detta gör det svårt för de könsstympade kvinnorna att hitta rimliga skäl till varför de utsattes för stymplingen (ibid). Detta styrks även av Waris Dirie i *Smärtans barn* som redogör de omskurna kvinnornas problem i Europa då de lever i två vitt skilda kulturer. I Somalia anses kvinnlig könsstympling vara en självklarhet och alla kvinnor lider av samma problem. Det är däremot annorlunda för de unga kvinnor som växer upp i Europa som tvingas leva med vetskapen om att de är annorlunda. Att de inte kan prata om det utan att dra skam över sin familj och kultur- ökar bördan ytterligare (Dirie & Milborn, 2005). I exempelvis Johansens (2002) studie kände en flicka stor bitterhet då hon insåg att flickorna i hennes omgivning inte var könsstympade, hon upplevde sig annorlunda vilket även påverkade hennes sociala liv, exempelvis att hon undvek gymnastiklektioner och relationer. När hon sedan fick sin första och mycket smärtsamma menstruation, ökade bitterheten ytterligare då hon insåg att smärtan och lidandet härleddes av könsstymplingen. Hon ansåg att händelsen kunde och skulle ha undvikits/stoppats. Hon kände även en bitterhet över att hennes föräldrar inte insett att det var fel och onödigt för ett liv i väst att vara könsstympad (ibid). Waris Dirie uttrycker liknande känslor då händelsen hade plågat henne djupt; hon kände sig ofullständig och vetskapen om att det inte fanns något som kunde förändra det gav en känsla av hopplöshet. Hon sökte mening med könsstymplingen, och menar att ett fullgott skäl till varför stymplingen ägt rum hade varit lättare för henne att acceptera (Dirie & Miller, 1999).

Bristande kunskaper hos vårdpersonal

Då kvinnlig könsstympning generellt sett är sällan förekommande i den västerländska sjukvården, är det många som har bristande kunskaper i ämnet. Många saknar även kompetens i att ge kulturellt anpassad omvårdnad. Detta resulterar i att könstympade kvinnor i västerländsk vård ofta känner sig utelämnade (Berggren et al., 2006; Dirie & Miller, 1999; Finnström & Söderhamn, 2006; Lundberg & Gereziher, 2008), kränkta (Berggren et al., 2006; Chalmers & Hashi, 2000; Finnström & Söderhamn, 2006), och att de i förlängningen slutar söka vård (Berggren et al., 2006; Chalmers & Hashi, 2000; Dirie & Miller, 1999; Finnström & Söderhamn, 2006).

Att vara utelämnad åt vårdpersonal

Ett återkommande ämne i litteraturanalysen var att många könsstympade kvinnor var missnöjda och besvikna över den vård de fick i det nya västerländska landet.

Flera studier rapporterade att vårdpersonalen hade bristande kunskaper när det kom till omvårdnaden och bemötandet av könsstympade kvinnor. Att behandlas och vårdas av barnmorskor och läkare med bristande kunskaper om kvinnlig könsstympning, fick kvinnorna att känna sig oroliga, rädda och ångestfyllda. Några kvinnor uttryckte även att barnmorskor i västvärlden borde utbildas mer om kvinnlig könsstympning och hur man ska stötta dessa kvinnor (Lundberg & Gereziher, 2008). I Berggren et al., (2006) studie frågade inte alla barnmorskor kvinnorna om de hade genomgått könsstympning och eftersom att de inte blev tillfrågade, antog kvinnorna att barnmorskorna redan hade kunskap i ämnet. Waris Dirie berättar om hennes erfarenheter av detta då hon sökte vård för smärtsam menstruation i England. Hon sökte då hjälp hos flera olika läkare varav ingen tillfrågade henne om hon genomgått könsstympning (Dirie & Miller, 1999). Flera kvinnor fick en chock när de under förlossningen förstod att barnmorskorna inte visste hur de skulle öppna upp dem, vilket fick dem att känna sig både sårbara och hjälplösa (Berggren et al., 2006). Ingen kvinna i Lundbergs och Gerezihers (2008) studie hade informerats eller fått förklarat för sig vad som skulle hända och hur de skulle kunna förbereda sig inför förlossning. Språksvårigheter och tolkhjälp var andra problem (Finnström & Söderhamn, 2006).

Kränkande behandling

I studierna Chalmers och Hashi (2000) samt Berggren, et al. (2006) uttryckte många kvinnor bekymmer över vårdpersonalens okänslighet då majoriteten av kvinnorna rapporterade kränkande kommentarer, icke verbala uttryck som att öppet visa avsky, förvåning eller att tillkalla kollega för att bli ett slags exponeringsobjekt. I andra studier rapporterade kvinnor att de kände sig diskriminerade och ignorerade av vårdpersonalen och var i stort besvikna på sjukvården (Berggren et al., 2006; Finnström & Söderhamn, 2006). I Chalmers & Hashi (2000) studie var de könsstympade kvinnorna mycket missnöjda med sjuksköterskornas omvårdnad då de uppfattade att de flesta sjuksköterskor upplevde kvinnorna som lata, ovilliga att samarbeta samt att de var okänsliga eller okunniga om de könsstympade kvinnornas extra svåra postpartum smärta. De flesta kvinnorna kände att de hade för liten talan när det kom till deras planerade förlossning samt smärtbehandling. De fick exempelvis inte bestämma själva om deras mäns närvaro (Chalmers & Hashi, 2000), de upplevde att de inte heller fick fatta självständiga beslut om familjeplanering utan inblandning från vårdpersonal (Berggren et al., 2006).

Söker inte vård

Majoriteten av kvinnorna i en studie uppgav att de var rädda för att söka västerländsk vård och att de istället sökte vård hos familj och vänner (Chalmers & Hashi, 2000). Kvinnorna i Berggren, et al. (2006) studie föredrog att stanna hemma även om de visste att de hade hälsoproblem, för att undvika kränkande behandling från vårdpersonal. Många somaliska kvinnor sökte sig till traditionella metoder när västerländsk medicin misslyckades, eller när de inte hade råd att söka medicinsk vård i det nya landet (Finnström & Söderhamn, 2006). Enligt Waris Dirie (1999) upplever många somaliska kvinnor det skamligt att uppsöka gynekolog, och i hennes bok *En blomma i Afrikas öken* klargör hennes moster tydligt att problem relaterade till könsstympning inte är någonting man söker västerländsk vård för.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Efter ingående litteratursökningar insågs svårigheter då det var svårt att hitta litteratur som besvarade syftet och höll vetenskaplig kvalitet. Författarna fann endast ett begränsat urval relevanta artiklar, sammanlagt åtta.

De utvalda skönlitterära texterna var alla översatta till svenska och analyserades även på svenska. Att texterna inte analyserats på sitt ursprungliga språk kan innebära en begränsning, då texternas innehåll och essens kan ha ändrats i översättningen eller gått förlorad. Boken *Smärtans barn* var inte en renodlad biografi, utan en skönlitterär bok där författaren Waris Dirie redogör hur situationen för könsstympade kvinnor ser ut i västvärlden (Dirie & Milborn, 2005). Waris Dirie berättar med egna ord om sin kamp mot kvinnlig könsstympning och hur detta påverkade henne efter flytt till väst. Boken har valts just för att den belyser könsstympade kvinnors lidande i västvärlden, främst Europa. Dessutom används endast bokens självbiografiska delar i studiens resultat (ibid).

Under litteratursökningarna framkom tidigt ett begränsat antal artiklar och där samma författarnamn återkom i flera artiklar. Litteraturen inom området fokuserade främst på medicinska komplikationer och okunskap hos vårdpersonal. Få forskare tog upp ämnet utifrån kvinnornas perspektiv, deras smärtproblematik samt psykologiska besvär. De åtta artiklar som ingår i föreliggande studie, var de enda artiklar författarna kunde finna i litteratursökningen som belyste psykologiska besvär och smärta relaterade till kvinnlig könsstympning. Detta kan bero på många olika faktorer. En orsak kan vara att kvinnlig könsstympning rör ett mycket känsligt och stigmatiserat ämne om kvinnor, både från västvärldens sida men även i den kultur den praktiseras. Forskare kan ha svårigheter att få insyn i dessa kvinnors liv och upplevelser, kanske i synnerhet om forskaren har en annan kulturell bakgrund än kvinnorna ifråga. Kvinnor som utsatts för könsstympning är i västvärlden en relativt liten grupp, vilket kan vara en anledning till varför forskningens inriktning inte varit kvinnlig könsstympning. Sedvänjan uppdagades i västvärlden först i början på 80-talet och är därmed ett relativt nytt forskningsämne. Men med tanke på många andra medicinska upptäckter som gjorts de senaste

åren och all forskning om detta, är det anmärkningsvärt hur lite forskning som fokuserar på dessa kvinnors lidande.

Majoriteten av de analyserade artiklarna bygger på intervjuer där kvinnor intervjuats antingen på sitt modersmål av intervjuare eller via tolk, eller att de intervjuats på det officiella språket där studien genomförts. Detta förfarande kan ha påverkat resultatet i de enskilda studierna och därmed även föreliggande litteraturgenomgång, då ett språkligt glapp mellan intervjuare, deltagare eller tolk kan ha skett. Språkliga nyanser kan ha gått förlorade och missförstånd skett. Kommunikations svårigheter och användandet av tolkhjälp var ett uttryckt problem i den västerländska vården (Finnström & Söderhamn, 2006). Även i Degni, Suominen, Essén, El Ansari & Vehviläinen-Julkunen (2011) omnämns detta problem då få tolkar i Finland hade kunskaper i medicinsk terminologi samt att de inte behärskade engelska eller finska tillfredställande. Att vid behov alltid använda sig av tolk för att försäkra sig om att patienten förstår, är grundläggande för att bevara patientsäkerheten inom en sjukvårdsinrättning. Men det kan även förhindra att många kvinnor känner sig förbisedda och utelämnade. Dock inses etiska svårigheter med detta just när det rör kvinnlig könsstympling, eftersom att en tredje person får veta en patients allra personligaste upplysningar. Man kan dock använda sig av telefonhjälp vilket eventuellt kan underlätta situationen.

Diskussion av framtaget resultat

Syftet med studien var att belysa könsstympade kvinnors lidande när de immigrerat till västvärlden. I resultatet framkom att könsstympade kvinnor i västvärlden drabbas av ett komplext lidande. Lidandet skildrades ur olika perspektiv, det som framhövdes mest var kvinnornas smärtsamma minnen av stymplingen och psykologiska besvär som könsstymplingen orsakat, men även allt vad det innebar att flytta till en ny kultur där kvinnlig könsstympling inte är norm (Barnes & Boddy, 2006; Berggren et al., 2006; Dirie & Miller, 1999; Elnashar & Abdelhady, 2007; Johansen, 2002; Johnsdotter et al., 2009; Khady & Cuny, 2008; Kizilhan, 2011).

Immigrationens svåra omställning

Könsstympade kvinnors lidande påverkas troligen av det faktum att de i västvärlden blir en minoritet, då de blir immigranter. Svårigheter att anpassa sig och förstå en ny kultur, att vara

långt borta ifrån familj och vänner, att förlora sin sociala status och eventuellt hamna i arbetslöshet och utanförskap- är alla påfrestande situationer som många kvinnor och män kan tvingas genomgå efter immigration till västvärlden. Detta styrks av en australiensisk studie där västafrikanska kvinnor intervjuades. Kvinnorna uttryckte en känsla av förlust, då de förlorat allt de uppnått i hemlandet exempelvis social status och materiella rikedomar (Ogunsiji, Wiles, Jackson, Peters, 2012). I samma studie berättade kvinnorna att behöva börja om på nytt påverkade deras psykologiska hälsa negativt (ibid).

Att flytta till ett nytt land som skiljer sig markant från hemlandet är troligen en mycket stor livsomställning. Att lära sig en helt ny kultur, nya sociala koder och beteenden, skolsystem, vårdssystem, politiskt system och andra allmängiltiga föreställningar som anmärker det västerländska samhället, tar lång tid och är mycket mödosamt. Detta bekräftas även av Pavlish, Noor & Brandt (2010) som intervjuat somaliska kvinnor i USA. Kvinnorna uttryckte svårigheter att anpassa sig till en ny livsstil och kultur, vilket gav dem starka känslor av ensamhet och isolering. Enligt kvinnorna var detta en anledning till mental ohälsa. Svårigheterna att anpassa sig beskrivs även av Ogunsiji, et al. (2012) där västafrikanska kvinnor uttryckte att de inte uppskattade den individuella livstilen i väst, då det fick dem att känna sig ännu mer ensamma och isolerade då livet i hemlandet präglas av relationerna till den utökade familjen och vänner.

Dubbel utsatthet

För könsstympade kvinnor som immigrerat till väst och där hamnar i en marginaliserad grupp, kan det innebära ett dubbelt utanförskap i att vara både könsstympad och immigrant. Omständigheterna som särskiljer dessa kvinnor med andra invandrarkvinnor som inte könsstympats, eller inhemska kvinnor i det västerländska landet- ökar förmodligen isoleringen samt deras psykologiska hälsa negativt. I resultatet framkommer även att könsstympade kvinnor som immigrerat till väst har svårt att förstå skälen till varför de utsattes för stymningen, då den kulturella kontexten som uppmuntrar och förklarar könsstymningen försvunnit i samband med flytten till väst (Johansen, 2002). Detta förstärker även deras känsla av att vara annorlunda. Waris Dirie förklarar dessutom svårigheterna i att vara könsstympad kvinna i västvärlden, eftersom man tvingas leva i två skilda kulturer (Dirie & Milborn, 2005).

I resultatet framkom att många immigrerade kvinnor och män från Eritrea och Etiopien upplevde att västerländsk massmedia nedvärderade och hade fördomar om afrikaner, samt att de flesta afrikanska kvinnor felaktigt framställdes vara könsstympade (Johnsdotter et al., 2009). Detta resulterade i att många afrikanska kvinnor kände sig kränkta (Khady & Cuny, 2008). Att mötas av rasistiska fördomar som säger att man är ociviliserad, barbarisk eller förtryckt, är antagligen en ytterligare orsak till könsstympade kvinnors lidande. Detta försvårar troligen även många kvinnors situation och kan göra att många isolerar sig ännu mer. Enligt Katie Eriksson (1994) åstadkommer fördömande av en annan människa mycket lidande, då det innebär att ogiltigförklara en människa. Känslan av att inte vara välkommen förorsakar också ett lidande. Att vara full av förväntan och istället uppleva att man inte är välkommen in i gemenskapen, berövar en människa både hopp och livsglädje och förorsakar ett lidande (Katie Eriksson, 1994).

Utöver den oerhört traumatiska upplevelsen könstymningen inneburit, har dessa kvinnor ofta utsatts för andra mycket smärtsamma livshändelser. Dessa händelser kan prägla kvinnornas både fysiska och psykiska hälsa. Om man tvingats utstå traumatiska händelser och exempelvis flytt landet på grund av krig, kan smärtsamma minnen komma upp i efterhand när man befinner sig i säkerhet, varför dessa kvinnor i ett tidigt skede bör erbjudas stöd och vård i det nya västerländska landet. Enligt Pavlish, et al. (2010) led många somaliska kvinnor av kronisk sorg då de upplevt krig i hemlandet, familjeseparationer och tvingats på flykt. Dessutom uttryckte många kvinnor svårigheter att tala om sina känslor då de innefattade både skam och sorg. Lidandet omfattar många olika lager vilket kan vara svårt att förklara för västerländsk vårdpersonal (ibid). I resultatet framkom att tala om sitt psykiska mående, exempelvis ångest eller depression, oftast sammankopplas med psykisk ohälsa i den somaliska kulturen (Finnström & Söderhamn, 2006). Detta styrks även av Pavlish, et al. (2010) och kan vara en ytterligare anledning till varför kvinnorna inte vill tala om sina besvär, vilket i sig kan innebära ökat lidande. Enligt Degni, et al. (2011) lider somaliska kvinnor i Finland av posttraumatisk stress, depression och sömnsvårigheter. Detta är symptom på svåra psykiska problem, orsakade av inbördeskrig i hemlandet samt integrationssvårigheter (ibid).

Vårdpersonalens och patienternas bristande kunskaper

I bakgrunden framgick att europeisk vårdpersonal har bristande kunskaper om kvinnlig könsstymning (Kaplan-Marcusan et al., 2009; Hess et al., 2010). Resultatet visade att

könstympade kvinnor ofta vårdas av vårdpersonal med bristande kunskaper i ämnet, men även med dåligt bemötande och otillräcklig vård. Kvinnorna kände sig utelämnade åt den västerländska vårdpersonalen och upplevde kränkande behandling vilket resulterade i att de avstod från att uppsöka sjukvård (Berggren et al., 2006; Chalmers & Hashi, 2000; Dirie & Miller, 1999; Finnström & Söderhamn, 2006; Lundberg & Gereziher, 2008). Resultatet påvisar tydligt att västerländsk sjukvård har behov av att öka kunskaper om immigrerade patienters kultur och de problem som kan uppstå då olika kulturer ska sammanföras. Men ökade kunskaper bland västerländsk sjukvårdspersonal behövs även specifikt inom ämnet kvinnlig könsstympning samt transkulturell omvårdnad.

Inom sjukvården finns en ökad risk att missförstånd förorsakar onödigt lidande eftersom att en patient redan är i en utsatt situation samt att missförstånd inom sjukvården kan föranleda både kroppsliga och själsliga skador. Att vara immigrerad kvinna ökar förmodligen utsattheten ytterligare. I Degni, et al. (2012) framhävs sjukvårdspersonalens både språkliga och kulturella problem i att ge adekvat vård till somaliska kvinnor på varje sjukhus, vårdcentral och mödrahälsovårdsklinik i Finland. En somalisk kvinna förklarar i Pavlish, et al. (2010) hur sjukvårdspersonalen antog att hon inte kunde engelska, varför personalen inte heller informerade henne ordentligt om hennes läkemedelsbehandling, vilket i sin tur ledde till förlängd sjukvård och lidande.

Även patienterna kan ha bristande kunskaper om västerländsk medicin samt om hur det nya landets sjukvårdssystem fungerar. Många immigranter får inte tillräcklig information om hur sjukvårdssystemet fungerar i det nya landet och kan därmed känna sig förnärmade och chockerade vid första mötet med sjukvården. Information om sjukvårdssystemet och västerländsk medicin bör ingå i ett tidigt stadium i den allmänna undervisningen i samband med immigration. I Pavlish, et al. (2010) uttryckte många somaliska kvinnor bosatta i USA, förvirring och besvikelse över den västerländska sjukvården. De förstod exempelvis inte meningen med förebyggande behandling, diagnostiseringsmetoder eller behandlingen av kroniska sjukdomar. I samma studie förklarade kvinnorna att i den somaliska kulturen har man vanligtvis en etablerad relation till läkaren, och söker man vård slutar vanligtvis besöket med att man får behandling direkt för att sedan kunna gå hem (ibid).

Utan tillräcklig information och utbildning hos både sjukvårdspersonalen och de immigrerade kvinnorna, ökar riskerna för missförstånd vilket också lyfts fram av Degni, et al. (2011) samt Pavlish, et al. (2010). Ett exempel för detta framförs i resultatet där författaren Waris Dirie beskriver om när hon söker hjälp för smärtsamma menstruationer i England. Hon besöker flera läkare och ingen av dem tillfrågar henne om hon genomgått könsstympling (Dirie & Miller, 1999). Detta grundar sig dels i skam och okunskap från patientens sida, hur skulle Waris Dirie kunna veta att hennes smärtsamma menstruationer hade ett samband med hennes könsstympling om hon inte informerats om det tidigare? Dessutom kan det upplevas skamfullt att tillkännage för en främmande västerländsk läkare att man genomgått könsstympling. Läkaren frågade förmodligen inte patienten på grund av okunskap.

Att lindra lidande hos könsstympade kvinnor

Enligt Katie Erikssons teori om lidande är det vårdarens uppgift att eliminera och lindra lidandet. Det är även vårdarens uppgift att se och bekräfta människan samt att värna om patientens värdighet och autonomi (Eriksson, 1994). Föreliggande studie visar att personalen snarare medverkar till att öka lidandet för kvinnorna. Det är viktigt att vi för ett resonemang i vården kring hur vi kan värna om könsstympade kvinnors värdighet och autonomi och att de känner sig respekterade och bekräftade så att de vågar söka den vård de behöver.

Kvinnorna i resultatet beskriver en outhärdlig smärta i samband med könsstymplingen och om hur minnena av det kunde återkalla starka känslor (Johansen, 2002). Även fysiska komplikationer är vanligt och omnämns i bakgrunden, exempelvis smärtsam menstruation, återkommande urinvägsinfektioner och sexuell smärta (Agugua, 1982; Knight, 1999; WHO, 2011). Eftersom att smärtan hos dessa könsstympade kvinnor är så pass uttalad, behövs dels mer forskning göras inom ämnet men även riktlinjer utarbetas för att stötta dessa kvinnor på bästa sätt. Detta bekräftas även av Franck (2006) som i sin bok *Multikulturell kvinnohälsa* förklarar att bättre rutiner och kontinuerlig utbildning hos personal är nödvändig. Med begränsad forskning inom ämnet är dock fortfarande många frågor obesvarade.

Deinfibulering skulle förmodligen eliminera eller lindra onödigt lidande då smärtor i samband med miktion, menstruation och samlag sannolikt minskar då vulvan öppnas. Detta styrks dels av Foldés, Cuzin & Andro, (2012) där deinfibulation och rekonstruktiv kirurgi på könsstympade kvinnor ökade förmågan till sexuell njutning och minskade smärtan i samband

med detta. Att könsstympade kvinnor erbjuds deinfibulering kan vara en direkt avgörande behandling för dessa kvinnors smärta. Men i samband med att man som vårdare erbjuder en patient deinfibulering, bör man även vara noggrann med att ge utförlig information om ingreppet och om hur man kan komma att uppleva kroppen annorlunda efteråt. Man bör även hjälpa patienten att förbereda sig mentalt, exempelvis med hjälp av psykologiskt stöd. Detta eftersom det framkom i resultatet att deinfibulering kan återkalla de känslor och fasor man upplevt som barn under könsstympningen (Dirie & Miller, 1999).

En möjlig åtgärd för att lindra många könsstympade kvinnors lidande i västvärlden, är att på nationell nivå sträva efter att värva utlandsfödda kvinnor in i sjukvårdssektorn, från länder där kvinnlig könsstympning praktiseras. Detta skulle troligtvis kunna vara till stor hjälp för både patienten och vårdaren, inte minst i invandrartäta områden. Det skulle kunna öka tryggheten hos patienten då vårdaren både genom utbildning och bakgrund skulle ha kulturell kunskap och förståelse över sedvänjan, men även att språkliga hinder skulle minska. Vårdaren skulle även kunna bidra med värdefull kunskap till sina kolleger och därmed bredda kunskapsnivån inom den västerländska vården totalt sett. En satsning skulle även resultera i mindre arbetslöshet och ökad integration för dessa kvinnor, vilket innebär att isoleringen minskar och kvinnorna troligen känner sig bekräftade. För att detta skulle kunna ske, krävs dock en stor önskan att förbättra vården för de könsstympade kvinnorna i väst samt att de kvinnor som värvas till vårdsektorn är entydigt emot sedvänjan.

Slutsats

Könsstympade kvinnor som immigrerat till västvärlden drabbas av ett flerdimensionellt lidande. De dimensioner av lidande som resultatet framhävde var smärtsamma minnen och psykologiska besvär till följd av könsstympningen samt lidandet av att betraktas annorlunda i samband med immigrationen till västvärlden. Detta medför att kvinnorna kan ha ett ökat behov av specialiserad vård. Sjukvårdspersonal i väst har bristande kunskaper i omvårdnaden av dessa kvinnor och flickor, bland annat uppgav kvinnorna ett behov att vårdpersonalen måste få ökade kunskaper inom både kultur och kvinnlig könsstympning. Få artiklar påträffades inom ämnet kvinnlig könsstympning utifrån kvinnornas perspektiv, och med inriktning på deras smärta och lidande. Självbiografier användes därför som ett komplement

till studiens resultat. Eftersom att ämnet är outforskat utifrån kvinnornas perspektiv, bör forskningen både breddas och utökas för att få fram mer evidens.

Kliniska implikationer

Förhoppningsvis kan studien bidra till ökad förståelse och kunskap över många könsstympade kvinnors situation och lidande. Dessa kvinnor och flickors lidande måste tas på allvar, varför resurser och åtgärder bör sättas in för att eliminera det onödiga lidandet. Exempelvis bör nationella handlingsplaner för att minska kvinnornas smärta och lidande utformas.

Sjukvårdspersonal måste vidga sina kunskaper om sedvänjan kvinnlig könsstympning samt om kulturellt anpassad omvårdnad, för att få ett holistiskt perspektiv i omvårdnaden av kvinnorna. Kvinnorna bör i sin tur erbjudas adekvat och kulturellt anpassad vård.

Undersökningen riktar sig främst till de sjuksköterskor som arbetar med kvinnor och flickor. Men även till skolpersonal, socialarbetare samt övrig personal inom vård- och omsorg. Information och undervisning bör införas till alla professioner som möter könsstympade kvinnor i sitt arbete.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna utförde både artikelsökningar samt artikelgranskningar tillsammans med varsin dator och med möjlighet att kunna diskutera med varandra. Bearbetning av artiklarna skedde därefter gemensamt och diskussion fördes över artiklarnas innehåll. Tankekartor utformades gemensamt för att tydliggöra artikelanalysen. En ömsesidig dialog har förts genom hela arbetet och textinnehållet har utformats tillsammans. Båda närvarade på handledarmötena.

Referenser

Agugua, N. E. N. E. (1982). Female Circumcision: Management of Urinary Complications. *Journal of Tropical Pediatrics*, 248.

Almroth, L., Bedri, H., Musharaf, S. E., Satti, A., Idris, T., Hashim, M. S. K., Bergström, S. (2005). Urogenital Complications among Girls with Genital Mutilation: A Hospital-Based Study in Khartoum. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine De La Santé Reproductive*, 9(2), 118-124.

*Barnes, V. L., & Boddy, J. (2006). *Aman : En somalisk kvinnas berättelse* (B. Willén Trans.). ([Ny utg.] ed.). Malmö: Damm.

Behrendt, A., & Moritz, S. (2005). Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems after Female Genital Mutilation. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 1000-1002.

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

Berggren, V., & Franck, M. (2008). *Kvinnlig könsstympning* (1. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.

Braddy, C. M., & Files, J. A. (2007). Female Genital Mutilation: Cultural Awareness and Clinical Considerations. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(2), 158-163.

Center for Reproductive Rights. (2006). Female Genital Mutilation: A Matter of Human Rights- An Advocate's Guide to Action, Hämtad 27 februari, 2013, från http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/FGM_final.pdf

*Chalmers, B., & Hashi, K. O. (2000). 432 Somali Women's Birth Experiences in Canada after Earlier Female Genital Mutilation. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 27(4), 227-234.

Degni, F., Suominen, S., Essen, B., El Ansari, W., & Vehvilainen-Julkunen, K. (2012). Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland. *Journal of Immigrant and Minority Health / Center for Minority Public Health*, 14(2), 330-343.

Dirie, M. A. (1985). *Female Circumcision in Somalia : Medical and social implications*. Mogadishu : Stockholm: Somali Academy of Sciences and Arts (SOMAC) ; Swedish Agency for Research Cooperation with Developing Countries (SAREC).

*Dirie, W., & Milborn, C. (2005). *Smärtans barn* (E. Fredholm Trans.). Malmö: Bra Böcker.

*Dirie, W., & Miller, C. (1999). *En blomma i Afrikas öken* (E. Trägårdh Trans.). Malmö: Bra böcker.

Dorkenoo, E. (1995). *Cutting the rose : Female genital mutilation: The practice and its prevention*. London: Minority Rights Publications.

*Elnashar, A., & Abdelhady, R. (2007). The impact of female genital cutting on health of newly married women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 97(3), 238-244.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan* (1. uppl. ed.). Stockholm: Liber utbildning.

*Finnström, B., & Söderhamn, O. (2006). Conceptions of pain among Somali women. *Journal of Advanced Nursing*, 54(4), 418-425.

Foldés, P., Cuzin, B., Andro, A. (2012). Reconstructive surgery after female genital mutilation a prospective cohort study. *Lancet*; 380: 134-41

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (1. utg. ed.). Stockholm: Natur och kultur

Franck, M. (2006). *Multikulturell kvinnohälsa- med fokus på gynekologi och obstetrik*. Stockholm: Förslagshuset Gothia AB.

Friberg, F. (2006). In Friberg F. (Ed.), *Dags för uppsats : Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Hess, R. F., Weinland, J., & Saalinger, N. M. (2010). Knowledge of Female Genital Cutting and Experience with Women who are Circumcised: A Survey of nurse-midwives in the United States. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(1), 46-54. 2009

*Johansen, R. E. (2002). Pain as a Counterpoint to Culture: Toward an Analysis of Pain Associated with Infibulation among Somali Immigrants in Norway. *Medical Anthropology Quarterly*, 16(3), 312-340.

Johnsdotter, S. (2004). FGM in Sweden : Swedish legislation regarding "Female Genital Mutilation" and implementation of the law / Sara Johnsdotter Lund : *Department of Sociology*; Lund University, 2004.

*Johnsdotter, S., Moussa, K., Carlbom, A., Aregai, R., & Essen, B. (2009). "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), 114-133.

Kaplan-Marcusan, A., Toran-Monserrat, P., Moreno-Navarro, J., Castany Fabregas, M. J., & Munoz-Ortiz, L. (2009). Perception of Primary Health Professionals about Female Genital Mutilation: From Healthcare to Intercultural Competence. *BMC Health Services Research*, 9, 11-6963-9-11.

*Khady, & Cuny, M. (2008). *Skändad : [En överlevares berättelse]* (L. Andersson Lindberg Trans.). ([Ny utg.] ed.). Stockholm: Pocketförlaget.

*Kizilhan, J. I. (2011). Impact of psychological disorders after female genital mutilation among Kurdish girls in Northern Iraq. *The European Journal of Psychiatry*, 25(2), 92-100.

Knight, R., Hotchin, A., Bayly, C., & Grover, S. (1999). Female Genital Mutilation - Experience of The Royal Women's Hospital, Melbourne. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(1), 50-54.

*Lundberg, P. C., & Gereziher, A. (2008). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*, 24(2), 214-225.

Momoh, C. (2005). *Female genital mutilation*. Oxford ; Seattle: Radcliffe Pub.

Ogunsiji, O., Wilkes, L., Jackson, D., & Peters, K. (2012). Beginning Again: West African Women's Experiences of Being Migrants in Australia. *Journal of Transcultural Nursing : Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 23(3), 279-286.

Osifo, O. D. (2010). Post Genital Mutilation Giant Clitoral Epidermoid Inclusion Cyst in Benin City, Nigeria. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 23(6), 336-340.

Pavlish, C. L., Noor, S., & Brandt, J. (2010). Somali immigrant women and the American health care system: Discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Social Science & Medicine* (1982), 71(2), 353-361.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice* (8. ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

SFS 1982:316. *Förbud mot könsstympning av kvinnor*. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen. (2005). *Kvinnlig könsstympning: Ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänsten och hälso- och sjukvården*. Hämtad 15 februari, 2012, från

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9960/2005-110-4_20051104.pdf;

Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN: s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 7 september, 2012, från <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Toubia, N. (1999). *Caring for women with circumcision*. New York: Rainb♀.

United Nations Children's Fund [UNICEF] (2013). *Barnkonventionen*. Hämtad 4 mars, 2013, från <http://unicef.se/barnkonventionen>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad : En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (2., [rev.] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization [WHO] (2011). *An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM)*. Hämtad 3 mars, 2013, från http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/rhr_11_18/en/

World Health Organization [WHO] (2010). *Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation- UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNHCR, UNIFEM, WHO, FIGO, ICN, IOM, WCPT, WMA, MWIA*. Hämtad 3 mars, 2012, från http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_10.9_eng.pdf

World Health Organization [WHO] (2008). *Eliminating Female genital mutilation: An interagency statement - OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*. Hämtad 3 mars, 2013, från http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf

World Health Organization [WHO]. (2001). *Female genital mutilation: Integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery: A student's guide*. Hämtad 7 september, 2012, från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66857/1/WHO_FCH_GWH_01.3_eng.pdf

Bilaga 1 (2)

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet Typ
Berggren, V., Bergstrom, S., & Edberg, A. K. (2006). Sverige	Being Different and Vulnerable: Experiences of Immigrant African Women Who Have Been Circumcised and Sought Maternity Care in Sweden	Att undersöka erfarenheter av kvinnlig könsstympning samt upplevelser av mötet med svensk sjukvård hos kvinnor från Sudan, Eritrea och Somalia bosatta i Sverige.	En kvalitativ studie där intervjuer genomfördes med sammanlagt 21 kvinnor som immigrerat från Eritrea, Somalia eller Sudan. Intervjuerna hölls i tre svenska städer mellan åren 2003-2004. Kvinnorna intervjuades angående deras uppfattning och upplevelser av kvinnlig könsstympning, erfarenheter av förlossning samt upplevelser av svensk mödravård. Sammanlagt hölls 26 intervju tillfällen.	Samtliga kvinnor i studien hade genomgått könsstympning. Kvinnornas upplevelser av kvinnlig könsstympning och svensk mödravård urskiljdes. Dessa upplevelser var lidandet i att vara övergiven och stympad vilket även innefattade att vara ett litet utsatt barn samt det fortsatta lidandet i att vara kvinna. Andra upplevelser var känslan av utsatthet i mötet med svensk hälsovård samt svårigheter att anpassa sig till en ny kultur. Den svenska hälsovården hade bristande kunskap om könsstympning och de könsstympade kvinnorna kände att personalen inte lyssnade på dem.	Bra, Kvalitativ studie
Chalmers, B., & Hashi, K. O. (2000) Canada	432 Somali Women's Birth Experiences in Canada after Earlier Female Genital Mutilation.	Att undersöka somaliska kvinnors uppfattningar av kanadensisk mödrhälsovård samt deras erfarenheter av kvinnlig könsstympning.	Kvalitativ studie. Totalt intervjuades 432 somaliska kvinnor som alla genomgått könsstympning. De hade alla även fött barn i Kanada under de senaste fem åren. Intervjuerna innehöll främst slutna frågor. Frågor ställdes angående biografi,	Kvinnornas erfarenheter av själva könsstympningen var först känslor av förväntan och entusiasm, men sedan rädsla, extrem smärta och sorgsenhet. Endast några få uppgav att de var ledsna över att de könsstympats. Många kvinnor uppgav direkta hälsokomplikationer av stympningen, men även i samband med giftermål	Bra, Kvalitativ studie

			graviditetshistoria, tidigare erfarenheter av kvinnlig könsstympning samt förlossning i Kanada.	och förlossning. Kvinnorna var inte nöjda med den kanadensiska vården.	
Elnashar, A., & Abdelhady, R. (2007) Egypten	The impact of female genital cutting on health of newly married women	Studiens syfte var att ta reda på omfattningen av kvinnlig könsstympning bland ett urval av nygifta kvinnor i Benha city och identifiera sociodemografiska kännetecken, gynekologiska och obstetriska svårigheter samt utforska omständigheter av könsstympningen med äktenskapliga problem och psykiska symptom	Kvantitativ studie, utfördes på ett universitetssjukhus, mödra- och barnavårdscentraler och vissa gynekologiska privatkliniker. Frågeformulär gavs till 264 slumpmässigt nygifta kvinnor, varav 200 var könsstympade och 64 inte var det. Därefter jämfördes det insamlade materialet mellan könsstympade och icke könsstympade kvinnor med hjälp av en statistisk metod (χ^2 och t prov).	Menstruationssmärta hos könsstympade kvinnor var mer vanlig än hos icke-könsstympade. Obstetriska problem som ruptur, kirurgiska snitt eller klipp i mellangården med följd av stressade spädbarn var högre bland könsstympade mammor med en statistisk signifikans. Betydande psykiska problem som somatisering, ångest och fobi uppvisade de könsstympade kvinnorna.	Medel, Kvantitativ studie
Finnström, B., & Söderhamn, O. (2006). Sverige	Conceptions of pain among Somali women	Att studera somaliska mödrars syn på smärta, orsaker till smärta, beteende vid smärta samt smärtbehandling angående de själva och sina familjemedlemmar.	Kvalitativ innehållsanalys genomfördes via kondensering. Data samlades 2002-2003. Intervjuer hölls med nio somaliska kvinnor bosatta i Sverige för att undersöka deras uppfattningar och åsikter om smärta.	Kvinnorna uttryckte en rad olika definitioner av och orsaker till smärta. Somalier är förväntade att behärska sin smärta. Kvinnorna hade olika strategier för att kommunicera och lindra smärta. Barn från 6-8 års ålder förväntades att kunna kontrollera sin smärta. Kvinnorna använde sig av både formell och icke-formell omvårdnad för att lindra smärtan. Vissa kvinnor ansåg att det inte var kulturellt accepterat att kontakta läkare för smärtlindring.	Bra, Kvalitativ studie

Johansen, R. E. (2002). Norge	Pain as a Counterpoint to Culture: Toward an Analysis of Pain Associated with Infibulation among Somali Immigrants in Norway.	Att undersöka somaliska kvinnors upplevelser och reflektioner av kvinnlig könsstympning, som en genomlevd kroppslig upplevelse, i samband med förändrade kulturella och sociala sammanhang.	Ca 30 somaliska kvinnor intervjuades omkring Oslo under 12 månader mellan åren 1997-2000. Även 15 somaliska män intervjuades. Deltagarna kom i kontakt med studien via somaliska kvinnoorganisationer, kvinnohälsogrupper samt på en mödravårdsavdelning.	Kvinnorna uttryckte smärtsamma minnen om hur ingreppet av könsstympningen gick till samt att man inte pratar om sina upplevelser och dess följder. Smärtan undersöks utifrån ett antropologiskt sätt där smärtan har en kulturell mening. När smärtan blir så stor som hos könsstympade kvinnor, förlorar den sin kulturella mening.	Medel, Kvalitativ studie
Johnsdotter, S., Moussa, K., Carlbom, A., Aregai, R., & Essen, B. (2009) Sverige	Never my Daughters: A Qualitative Study Regarding Attitude Change Toward Female Genital Cutting Among Ethiopian and Eritrean Families in Sweden	Att undersöka attityder om kvinnlig könsstympning samt mekanismer för förändring av attityder i och med immigration hos två olika immigrantgrupper.	Kvalitativ studie där 33 intervjuer hölls med Eritreanska och Etiopiska kvinnor och män i flera svenska städer mellan åren 2003-2004. Deltagare kontaktades via olika invandrarorganisationer. Även snöbollsurval genomfördes. En enkel intervjuguide användes	Deltagarnas attityder om kvinnlig könsstympning var att det var meningslöst och att förändring sker. Många uttryckte missnöje med hur svensk media framställt kvinnlig könsstympning och tolkade det som rasism. Majoriteten av deltagarnas barn hade inte genomgått kvinnlig könsstympning. Många fann starkt stöd i den svenska lagen mot kvinnlig könsstympning. Majoriteten av deltagarna hävdade att sedvänjan övergavs efter immigration.	Bra, Kvalitativ studie
Kizilhan, J. I. (2011). Irak	Impact of psychological disorder after female genital mutilation among Kurdish girls in Northern Iraq	Syftet med studien var att ta reda på om det stämmer att kvinnlig könsstympning har ett starkt samband med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)	79 könsstympade kurdiska flickor från norra Irak med en ålder från 10-16 år intervjuades mellan maj och oktober 2009. För att få en bättre jämförbarhet intervjuade man 30 icke omskurna flickor från samma	De könsstympade flickorna uppvisade en signifikant skillnad i ökad grad av posttraumatisk stressyndrom, depression, ångest och kroppsliga sjukdomar än de omskurna flickorna i kontrollgrupperna.	Bra, Kvalitativ studie

			region och 31 flickor bosatta 100 km längre bort. Intervjuerna var semi-strukturerade och gjordes utifrån en diagnosmanual som används för psykiska sjukdomar som är utformad för barn.		
Lundberg, P. C., & Gerezgiher, A. (2008) Sverige	Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden	Syftet med studien var att undersöka könsstympade eritreanska kvinnors erfarenheter av graviditet, förlossning och postpartum period.	Kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjuer. 15 frivilliga eritreanska kvinnor deltog. Intervjuerna ägde rum runt Uppsala i kvinnorna hem. Under intervjuerna ställde öppna frågor.	Många av kvinnorna beskrev att de upplevt extrem smärta och lidande av komplikationer på grund av omskärelse. Ingen kunde tala öppet om smärtan eftersom det skulle vara skamligt att göra så. Vårdpersonalens kunskaper upplevdes både positivt och negativt.	Bra, Kvalitativ studie