

“Det är vi som ser dem som stympade”

- Kvinnlig omskärelse och dess utmaningar för vårdpersonalen – en “scoping review”

Frida Rantanen
1500753

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Barnmorska (YH)

Vasa 2018



EXAMENSARBETE

Författare: Frida Rantanen
Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa
Handledare: Anita Wikberg

Titel: "Det är vi som ser dem som stympade" – Kvinnlig omskärelse och dess utmaningar för vårdpersonalen – en "scoping review"

Datum 15.5.2018

Sidantal 45

Bilagor 2

Abstrakt

Den ökade invandringen har medfört att vi vårdar allt fler kvinnor från länder där omskärelse görs. Examensarbetet handlar om kvinnlig omskärelse, och syftet med studien är att undersöka vilka utmaningar vårdpersonalen ställs inför i samband med vården av omskurna kvinnor. Arbetet görs för att öka kunskapen och beredskapen hos vårdpersonal som arbetar med omskurna kvinnor. Som metod har skribenten använt sig av "scoping review" (sv. översiktsstudie) och analysen är gjord som en tematisk analys. Materialet i studien består av 11 kvalitativa studier och en studie med blandad metod.

Resultatet av analysen ledde till 7 teman och 14 kategorier. Dessa sju teman beskriver utmaningar i vården av kvinnor som blivit omskurna, bl.a. utmaningar i vårdpersonalens kunskap, omskurna kvinnornas övertygelser, kunskap och gemenskap, kommunikationen mellan vårdpersonalen och kvinnor som blivit omskurna, vårdpersonalens bemötande av kvinnor som blivit omskurna, psykiska och fysiska konsekvenser av omskärelse samt etiska utmaningar som kan ingå i vården av omskurna kvinnor.

Utifrån teorin och resultatet i studien presenterar skribenten vård- och utbildningsrekommendationer för vårdpersonal som vårdar kvinnor som blivit omskurna. Vårdpersonalen behöver mer utbildning och fortbildning om kvinnlig omskärelse, ett professionellt förhållningssätt, användning av tolk och interkulturellt vårdande. Tabun kring kvinnlig omskärelse måste brytas och gemensamma riktlinjer för vården av kvinnor som blivit omskurna behövs.

Språk: Svenska

Nyckelord: Kvinnlig omskärelse, könsstympning, interkulturellt vårdande, scoping review

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Frida Rantanen
Koulutus ja paikkakunta: Kätilö, Vaasa
Ohjaaja: Anita Wikberg

Nimike: "Me näemme heidät silvottuina" – Naisten ympärileikkaus ja terveydenhuollon ammattilaisten haasteet – "scoping review"

Päivämäärä 15.5.2018

Sivumäärä 45

Liitteet 2

Tiivistelmä

Lisääntynyt maahanmuutto on johtanut siihen, että hoidamme yhä enemmän naisia, jotka tulevat maista joissa ympärileikkaus tehdään. Opinnäytetyön aihe on naisten ympärileikkaus, ja aiheena on tutkia mihin haasteisiin terveydenhuollon ammattilaiset törmäävät hoitaessaan ympärileikattuja naisia. Opinnäytetyön tarkoitus on lisätä terveydenhuollon ammattilaisten tietämystä sekä valmiutta ympärileikattujen naisten hoidon yhteydessä. Menetelmänä tekijä on käyttänyt scoping review:iä, ja analyysi on tehty temaattisena analyysinä. Materiaali koostuu yhdestätoista laadullisista sekä sekamenetelmillä tehdyistä artikkeleista.

Analyysin tulos johti 7 teemaan sekä 14 kategoriaan. Teemat kuvailevat haasteita ympärileikattujen naisten hoidossa ja kuvaavat mm. terveydenhuollon ammattilaisten tiedonpuutetta, ympärileikattujen naisten uskomuksia, tuntemuksia ja yhteisöä, hoitohenkilökunnan ja ympärileikatun naisen välistä vuorovaikutusta, hoitohenkilökunnan asenteita ympärileikattuja naisia kohtaan, ympärileikkauksen psyykkisiä ja fyysisiä seuraamuksia sekä eettisiä haasteita joita esiintyy ympärileikattujen naisten hoidossa.

Tulosten ja teoreettisen taustan perusteella tekijä kirjoitti hoito- sekä koulutussuositukset hoitohenkilökunnalle jotka hoitavat ympärileikattuja naisia. Hoitohenkilökunta tarvitsee lisää koulutusta naisten ympärileikkauksesta, ammatillisesta lähestymistavasta, tulkin kanssa työskentelystä sekä kulttuurien välisestä hoitotyöstä. Hiljaisuus naisten ympärileikkauksen ympärillä tulee loppua ja on välttämätöntä kehittää yhteiset toimintaohjeet hoitohenkilökunnalle koskien ympärileikattujen naisten hoitoa.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Naisten ympärileikkaus, sukuelinten silpominen, kulttuurien välinen hoitotyö, scoping review

BACHELOR'S THESIS

Author: Frida Rantanen
Degree Programme: Midwifery, Vaasa
Supervisor: Anita Wikberg

Title: "It is us who see them as mutilated" – Female circumcision and the challenges it causes the health care professionals – a scoping review

Date 15.5.2018

Number of pages 45

Appendices 2

Abstract

The increased immigration has resulted in us caring for more and more women from countries where female circumcision is done. The subject of the thesis is female circumcision, and the aim is to examine the challenges it causes the health care professionals. The study objective is to increase knowledge and to prepare health professionals that work with women who have been circumcised. The author has used scoping review and thematic analysis as methods in the thesis. The 11 articles used as the data material of the study are qualitative except one where mixed method was used.

The analysis of the material led to 7 themes and 14 categories. The themes describe challenges in the care of women who have been circumcised and contain challenges in the health professionals knowledge about the care of women who have been circumcised, the circumcised women's beliefs, knowledge and community, the communication between health professionals and women who have been circumcised, the health professionals' treatment and attitudes of women who have been circumcised, the psychological and physical consequences of female circumcision and the ethical challenges that might be present in the care of women who have been circumcised.

The author combined the results and the theoretical background and made recommendations about practice and further education for health care professionals who care for women who have been circumcised. Health care professionals need more education about female circumcision, a professional approach, the usage of an interpreter and intercultural caring. The silence around female circumcision must end and common guidelines about the care of circumcised women are required.

Language: Swedish Key words: female circumcision, female genital mutilation, intercultural caring, scoping review

Innehållsförteckning

1	Introduktion	1
2	Syfte och frågeställningar	2
3	Teoretisk bakgrund	3
3.1	Olika typer av omskärelse.....	3
3.2	Orsaker till kvinnlig omskärelse.....	4
3.3	Kvinnlig omskärelse ur ett globalt perspektiv.....	5
3.4	Kvinnlig omskärelse i Finland	5
3.5	Förebyggande av kvinnlig omskärelse.....	6
3.6	Kvinnliga omskärelsens inverkan på hälsan	7
4	Teoretiska utgångspunkter	9
5	Metod	12
5.1	Kvalitativ forskningsmetod	12
5.2	Scoping review	12
5.3	Urval, datainsamling och analys.....	13
5.4	Etiska överväganden.....	17
6	Resultat	18
7	Diskussion.....	33
7.1	Metoddiskussion.....	33
7.2	Speglning till tidigare forskning och till teorin om interkulturellt vårdande inom mödravårdskontext	34
7.3	Rekommendationer.....	38
7.3.1	Utbildning och fortbildning för vårdpersonal	38
7.3.2	Vårdrekommendationer	39
7.3.3	Framtida forskning	39
7.4	Slutsats	40
	Referenser	41
	Bilaga 1 PRISMA Flödesschema	
	Bilaga 2 Artikelmatris	

1 Introduktion

Kvinnlig omskärelse, som även kallas kvinnlig könsstympling och på engelska "female genital mutilation", "female genital cutting" och "female circumcision", har i vissa regioner varit en tradition sedan 5000 år tillbaka och finns som en del av samhället än idag. Kvinnlig omskärelse innebär borttagande eller ändring av det kvinnliga könsorganet på grund av andra än medicinska orsaker. Det utförs ofta p.g.a. kulturella skäl och förorsakar flickor och kvinnor livslångt fysiskt, psykisk och socialt lidande. (Terry 2013).

På grund av immigrationen till Finland från länder där kvinnlig omskärelse är en tradition, behöver finländsk vårdpersonal kunskap om det. Varje vecka föder omskurna kvinnor barn i Finland (Salminen 2017), men ännu kan barnmorskan känna sig förvånad och vilsen då det kommer fram att mamman som ska föda är omskuren. I vissa fall har det hänt att man upptäckt att den blivande modern är omskuren först i samband med förlossningen (Salonen 2017).

Kvinnlig omskärelse kan leda till problem i förlossningen, och omskurna kvinnor har ökad risk för t.ex. blödning och infektioner. En del omskurna kvinnor har endast ett litet hål för urin och menstruationsblod kvar, och deras könsorgan måste således skäras upp innan förlossningen så att barnet kan komma ut. Den bästa tidpunkten för detta ingrepp är ännu omtvistat; vissa rekommenderar ingreppet redan före graviditeten eller efter tredje graviditetsmånaden medan andra rekommenderar att det görs i samband med förlossningen. (Gayle & Rymer 2016). I Finland rekommenderas det att ingreppet görs redan före kvinnan blir gravid (Tiilikainen 2011).

För att kunna ge omskurna kvinnor god vård, måste vårdpersonalen ha tillräckligt med kunskap om kvinnlig omskärelse. Syftet med denna studie är att skapa mera kunskap och öka vårdpersonalens beredskap gällande utmaningar med kvinnlig omskärelse.

2 Syfte och frågeställningar

Syfte

Syftet med studien är att undersöka vilka utmaningar vårdpersonalen ställs inför i samband med vården av omskurna kvinnor. Arbetet görs för att öka kunskapen och beredskapen hos vårdpersonal som arbetar med omskurna kvinnor.

Frågeställningar

Vilka utmaningar möter vårdpersonalen i vården av omskurna kvinnor?

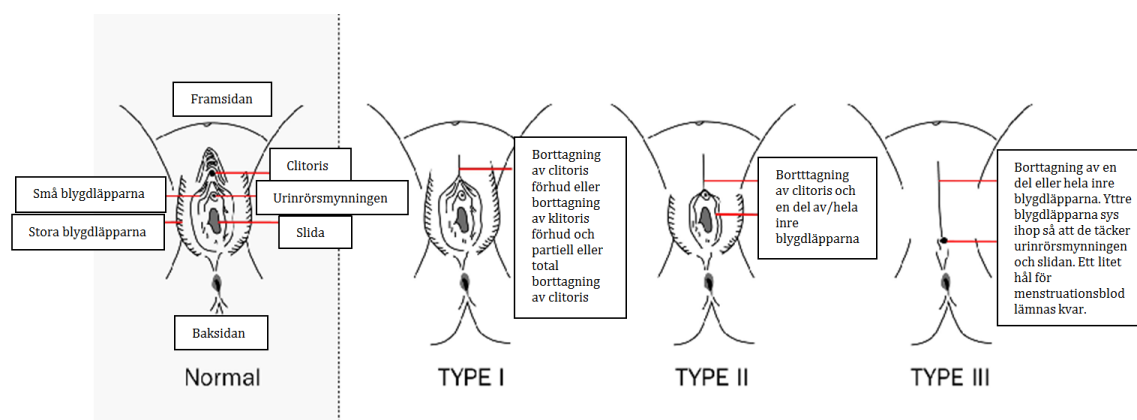
Vilka utmaningar möter vårdpersonalen i bemötandet av omskurna kvinnor?

3 Teoretisk bakgrund

I detta kapitel behandlas teoretisk bakgrund om kvinnlig omskärelse som ska ge läsaren en djupare förståelse över ämnet. Den teoretiska bakgrunden behandlar kunskap som krävs för att vårdpersonalen ska kunna ge god vård åt kvinnor som blivit omskurna.

3.1 Olika typer av omskärelse

Världshälsoorganisationen har delat in kvinnlig omskärelse i fyra huvudtyper beroende på hur omskärelsen gjorts. Typ 1 innebär att förhuden på klitoris, hela klitoris eller delar av klitoris avlägsnas (WHO 2017). Det traditionella namnet för omskärelse av typ 1 är sunna, men benämningen sunna används även ofta för att beskriva andra typer av omskärelse, inte endast för typ 1 (Elmusharaf et al. 2006). Typ 2 innebär att hela eller delar av klitoris och de inre blygdläpparna avlägsnas, med eller utan borttagande av de yttre blygdläpparna. Det kallas ofta excision. Typ 3 är den mest drastiska typen av könsstympling och kallas infibulation eller faraonisk omskärelse. Det går ut på att man minskar öppningen till slidan genom att forma blygdläpparna så att de täcker både urinröret och slidöppningen. Detta görs genom att skära bort de yttre och inre blygdläpparna samt klitoris och sedan sy ihop det som blir kvar, så att bara ett litet hål för urin och menstruationsblod blir kvar (Tiilikainen 2011). Typ 4 innebär alla typer av skada som görs åt det kvinnliga könsorganet för andra än medicinska orsaker, bl.a. skrapande, stickande, uttänjning eller brännande (WHO 2017). En stor del (80%) av alla könsstymplingar är av typ 1 eller 2 och 15% är av typ 3 (Tiilikainen 2011).



Figur 1 Olika typer av omskärelse enligt WHO (Jungari 2016)

3.2 Orsaker till kvinnlig omskärelse

Det finns många orsaker till att kvinnlig omskärelse utförs. Det är vanligt att det görs på grund av religiösa, kulturella, moraliska, hygieniska, sociala, ekonomiska, sexuella eller estetiska orsaker. Omskärelsen kan utföras vid födseln, spädbarnsåldern, tonåren, före äktenskap, under första graviditeten eller efter den, men oftast görs den då flickorna är 4–10 år gamla. Vilken typ av omskärelse som görs kan bero på t.ex. vad som är tradition där man bor, släktingars önskemål, familjens sociala klass eller på utövarens rutin. (Pietiläinen et al. 2017).

År 2016 utfördes en studie som undersökte vilka övertygelser som bidrar till att kvinnlig omskärelse fortfarande utförs i vårt samhälle. Studien visade att religion, sexualitet, äktenskap och socialisation påverkade valet att utöva omskärelse. De flesta religiösa övertygelser var kopplade till islam, men även kristna och personer som utövade traditionella afrikanska religioner förespråkade kvinnlig omskärelse. (Alhassan et al. 2016; Terry 2013).

En vanlig övertygelse bland deltagarna i studien var att kvinnor bör omskäras för att bli tillräckligt rena för att utöva islam eftersom omskärelse anses förstärka kvinnornas tro. Kvinnlig omskärelse utövades även för att minska kvinnans sexlust och för att säkerställa flickans oskuld före äktenskap, vilket ansågs skydda flickorna samt ge dem en större chans att hitta en man åt sig i framtiden. Att bli omskuren beskrivs även som en ritual där en flicka blir en kvinna, och anses vara en viktig del av den kulturella identiteten. (Alhassan et al. 2016).

Vanliga övertygelsen om kvinnlig omskärelse är att det ökar mannens sexuella njutning, skyddar mot sjukdomar och ökar kvinnans fertilitet. Ibland kan kvinnor från t.ex. Sudan som bor i Europa åka tillbaka till sitt hemland för att sys ihop igen efter att de t.ex. fött barn. Efter ingreppet, som heter reinfibulation, anser många att kvinnorna fått tillbaka sin oskuld. (Tiilikainen 2011)

Flertal av kvinnorna som blivit omskurna är muslimer, men i verkligheten nämns kvinnlig omskärelse inte i Koranen, och har utövats redan före islam. Det finns många muslimer som inte är omskurna, och omskärelse nämns mest i muntlig tradition. Lärda inom islam har olika åsikter om omskärelse och vissa motsätter sig t.ex. omskärelse av typ 3 medan de accepterar lindrigare typer av omskärelse. (Tiilikainen 2011).

3.3 Kvinnlig omskärelse ur ett globalt perspektiv

Kvinnlig omskärelse är ett ämne som berör flickor och kvinnor i hela världen, eftersom åtminstone 200 miljoner flickor och kvinnor som lever idag i 30 olika länder har blivit omskurna. Unicef har gjort många undersökningar om i vilka länder och i vilken grad omskärelse av flickor görs. Enligt deras undersökningar görs kvinnlig omskärelse mest i länder i Afrika, Mellanöstern och Asien. I t.ex. Somalia, Guinea, Egypten och Djibouti är till och med 90% av kvinnorna omskurna (UNICEF 2016). Omskärelse av kvinnor har också spridit sig till Europa, Nordamerika och Australien, eftersom immigrationen till dessa områden ökat (UNICEF 2013).

3.4 Kvinnlig omskärelse i Finland

På grund av den ökade invandringen till Finland möter personal inom social- och hälsovården mer omskurna kvinnor än någonsin förut. År 2007 publicerade Förbundet för mänskliga rättigheter i Finland rekommendationer för personal inom social- och hälsovård angående kvinnlig omskärelse. Rekommendationerna bygger på projektet KokoNainen som också drivits av Förbundet för mänskliga rättigheter i Finland.

I Finland är kvinnlig omskärelse ett brott. Även reinfibulation, som betyder att man syr ihop blygdläpparna igen, är straffbart med upp till 10 år i fängelse. Man får inte heller föra en finländsk medborgare eller någon som varaktigt bor i Finland utomlands för att bli omskuren. Personal inom social- och hälsovården är även anmälningspliktiga enligt § 40 i barnskyddslagen ifall det uppstår misstanke om att omskärelse har skett eller kommer att ske. (Tiilikainen 2011).

I augusti 2002 inleddes ett projekt vid namn KokoNainen, som förverkligas av Förbundet för mänskliga rättigheter och finansieras av Penningautomatföreningen. Projektet har gjort undersökningar bland social- och hälsovårdspersonalen och bland invandrare i huvudstadsregionen, och har bl.a. publicerat rekommendationer för vårdpersonal om hur man bäst går till väga då man kommer i kontakt med flickor och kvinnor som blivit omskurna. De beskriver också hur man kan arbeta förebyggande mot kvinnlig omskärelse. (Tiilikainen 2011).

3.5 Förebyggande av kvinnlig omskärelse

Kvinnlig omskärelse strider mot de mänskliga rättigheterna. Vården av kvinnor som blivit omskurna kräver kunskap, och för att få slut på traditionen krävs ett multiprofessionellt samarbete mellan vårdpersonal. I Finland har det publicerats en nationell verksamhetsplan för att förebygga kvinnlig omskärelse under åren 2012–2016. Verksamhetsplanens mål var att hindra kvinnlig omskärelse i Finland och att öka hälsan och livskvaliteten hos kvinnor som redan blivit omskurna. I verksamhetsplanen ingick även att säkra sig om vårdpersonalens kunskap om ämnet samt upprätthålla och utveckla den. Forskning, utveckling av samarbete och information var även centrala punkter i verksamhetsplanen. (Pietiläinen et al. 2017).

Kvinnlig omskärelse har även tagits upp i verksamhetsplanen år 2014–2020 av seksuaalija lisääntymisterveys i Finland. De för fram skyldigheten att göra en barnskyddsanmälan i fall där man misstänker att en flicka kan bli utsatt för omskärelse. Även andra sätt att förebygga kvinnlig omskärelse tas upp, som t.ex. lagstiftning, bra undervisningsmaterial samt vårdpersonalens fortbildning och kunnande. (Pietiläinen et al. 2017).

För att förebygga kvinnlig omskärelse är det viktigt att ta reda på om en kvinna blivit omskuren antingen genom att diskutera med henne eller genom att göra en vaginal undersökning. Om flickan eller kvinnan blivit omskuren bör det dokumenteras på korrekt sätt. Ifall en flicka inte blivit omskuren bör man ta reda på hennes mammas och pappas åsikt om omskärelse, och berätta för dem att omskärelse är olagligt i Finland. Även omskärelsens inverkan på hälsan bör tas upp. Det är viktigt att ta upp ämnet om kvinnlig omskärelse, även om det kan kännas svårt. Man bör dock hitta en balans i hur ofta och när man tar upp ämnet, så att föräldrarna inte upplever möten med hälsovårdspersonalen som negativa. (Pietiläinen et al. 2017).

Det förebyggande arbetet mot kvinnlig omskärelse börjar redan då en kvinna är gravid med en flicka. Ifall minst en av föräldrarna kommer från ett land där omskärelse görs bör ämnet tas upp redan i mödrarådgivningen, och igen efter att flickan är född. Efter det följs det upp i barnrådgivningen och skolhälsovården. Det kan även vara bra ifall daghemspersonal och annan skolpersonal känner till traditionen av omskärelse av flickor och riktlinjerna till förebyggande arbetet, så att det multiprofessionella samarbetet kan fungera. (Pietiläinen et al. 2017).

3.6 Kvinnliga omskärelsens inverkan på hälsan

Förbundet för mänskliga rättigheter beskriver hur följderna av kvinnlig omskärelse kan vara olika beroende på ingreppets omfattning, vilka redskap som används samt av utövarens rutin och skicklighet. På landsbygden är det vanligt att kvinnlig omskärelse görs med hjälp av redskap som knivar, saxar, glasskärvor eller rakblad. En omskärelse som är gjord på ett traditionellt sätt innebär oftast att ingreppet görs utan bedövning, sterila redskap eller antibiotika. Ingreppet räcker ca 15 minuter, och flickan som blir omskuren hålls fast av andra personer. För att stoppa blödningen kan en örtblandning, gröt eller aska användas (Pietiläinen et al. 2017; Momoh 2004) Risken för komplikationer ökar då ingreppet utförs i ohygieniska förhållanden eller om kvinnan upprepade gånger reinfibuleras (Tiilikainen 2011). Mer förmögna familjer som bor i staden kan ha sina döttrar omskurna av utbildade barnmorskor eller läkare på ett sjukhus (Pietiläinen et al. 2017).

Följderna för kvinnlig omskärelse har delats in i olika kategorier; omedelbara följder, långsiktiga följder och följder inför förlossningen. Omedelbara följder av omskärelse kan vara t.ex. smärta, blödning, infektion, skador på urinröret samt skador på närliggande vävnad. (Pietiläinen et al. 2017) Långsiktiga följder kan vara urinvägsinfektioner, smärtsam urinering, bakteriell vaginos, samlagssmärta, problem i samband med menstruation, utsöndring från underlivet samt klåda i underlivet (Berg & Underland 2014). Även ärrvävnad kan bildas, vilket kan leda till t.ex. cystor och fistelgångar. Det kan vara omöjligt att utföra en gynekologisk undersökning eller att sätta in en urinkateter. Kvinnlig omskärelse kan inverka på kvinnans sexualitet och fertilitet, förorsaka psykologiska problem och kroniska virusinfektioner (Pietiläinen et al. 2017). Ett samband mellan primär infertilitet och kvinnlig omskärelse har även påvisats (Almroth et al. 2005).

Förutom problem i vardagen kan kvinnlig omskärelse förorsaka en hel del förlossningsrelaterade problem. Förlossningsrädsla, rupturer, förlängt utdrivningsskede, blödning och ökad risk för infektioner sammankopplas ofta med omskurna kvinnors förlossningar (Tiilikainen 2011). Omskurna kvinnor föder oftare genom kejsarsnitt, i jämförelse med icke-omskurna kvinnor. Omskurna kvinnors barn har även större risk för perinatal död än icke-omskurna kvinnors barn, och upp till 22% av omskurna kvinnors barns perinatale död kan sägas vara orsakade av moderns omskärelse (Banks et al. 2006).

Banks et al. (2006) publicerade en studie i samarbete med WHO, där syftet var att undersöka vad olika typer av omskärelse har för följder för förlossningar. Studien gjordes som en kvantitativ forskning och jämförelse av statistik. 18 393 kvinnor som var gravida och skulle föda mellan november 2001 och mars 2003 i Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Sudan och Senegal deltog i forskningen. De undersöktes och delades in i grupper beroende på om de inte var omskurna eller om de var omskurna enligt typ 1, typ 2 eller typ 3. De följdes upp under graviditeten tills de blev hemskickade efter förlossningen och deras förlossningar jämfördes med varandra. Enligt resultaten hade kvinnor som blivit omskurna enligt typ 1, 2 eller 3 betydligt större risk för komplikationer i samband med förlossningen än kvinnor som inte blivit omskurna. De hade större risk för kejsarsnitt, blödning efter förlossning, episiotomi, längre vårdtid, att babyn måste återupplivas och barnet hade större risk för perinatal död.

Kirurgisk deinfibulation

Kirurgisk deinfibulation betyder att ärrvävnaden i könsorganet som sytts fast öppnas, man tar fram öppningen till vagina och rekonstruerar nya yttre blygdläppar. Deinfibulation kan göras till kvinnor som genomgått omskärelse av typ 3 (Pietiläinen et al. 2017). Det finns två olika kirurgiska sätt att utföra deinfibulation och båda kan utföras under lokal eller generell anestesi. Det vanligaste sättet är att operera med sax eller skalpell. Operation med sax eller skalpell är bästa sättet att gå till väga då infibulationsärret är tunt och då det finns möjlighet att sy ihop underlivet på ett lämpligt sätt. Då ärret är tjockt, det finns cystor eller då det inte finns tillräckligt med vävnad för att rekonstruera blygdläppar, kan det vara bättre att operera med laser. (Abdulcadir et al 2011).

Enligt Förbundet för mänskliga rättigheter i Finlands rekommendationer bör deinfibulation helst göras redan innan kvinnan blir gravid (Tiilikainen 2011). Däremot publicerade Gayle och Rymer år 2016 en artikel som behandlar kvinnlig omskärelse och dess följder för graviditeten, där de hänvisar till The American College of Obstetrics and Gynecology som rekommenderar deinfibulation i andra trimestern, och till Rouzi et al. (2012) som däremot hävdar att deinfibulation i samband med förlossning är det bästa sättet att gå till väga (Gayle & Rymer 2016).

Albert et al. (2015) utförde en studie vars syfte var att undersöka om tidpunkten för deinfibulation spelar någon roll för en typ 3 omskuren kvinnas förlossning. Undersökningens var en retrospektiv kvantitativ observationsstudie med 94 kvinnor som genomgått omskärelse av typ 3. I studien deltog 62 kvinnor undergått deinfibulation före

förlossningen och 32 kvinnor som inte hade genomgått deinfibulation före förlossningen. Resultatet visade att kvinnor som inte genomgått deinfibulation före förlossningen hade mycket högre risk för episiotomi, högre risk för blödningar, förlängt utdrivningsskede och vårdades i medeltal två fler dagar på sjukhus än de kvinnor som genomgått deinfibulation före förlossningen. Båda grupperna hade högre risk för kejsarsnitt än en kvinna som inte är omskuren har.

4 Teoretiska utgångspunkter

Som teoretisk utgångspunkt har skribenten valt att använda sig av Wikbergs vårdteori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis för att få en stark grund för sin studie. Wikberg har skapat sin teori genom att syntetisera tre studier hon utfört; en innehållsanalys av 19 texter, en metasyntes av 40 studier om interkulturellt vårdande i mödravård och en fokuserad etnografi där 17 invandarmödrar intervjuats och observerats. Dessa studier har genom en hermeneutisk syntes utvecklats till en teori om interkulturellt vårdande. Syntesen av studierna med mödravårdskontext ledde till fem meningsbärande tolkningsmönster, som tillsammans med teorin om interkulturell vård bildade en kontextuell teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis. (Wikberg 2014)

En kontextuell teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis

Den kontextuella teorin om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis ser på vårdandet ur fyra dimensioner; universellt, kulturellt, kontextuellt och unikt vårdande samtidigt. Universellt vårdande är likadant över allt oberoende av tid, vilken kultur man tillhör eller i vilken kontext vårdandet sker. Kulturellt vårdande handlar om en viss etnisk grupps kultur. Kontextuellt vårdande handlar om i vilket sammanhang vårdandet sker, t.ex. i mödravårdskontext. Det unika vårdandet handlar om den enskilda patientens behov och önskemål i en vårdssituation. Alla dessa dimensioner ingår i interkulturellt vårdande, och ifall de tas i beaktande kan vårdandet främja hälsa och liv samt lindra lidande. (Wikberg 2014)

I interkulturellt vårdande är vårdandet mellan vårdare och patienter det viktiga, och i denna teori vill man se på vårdandet ur patienternas perspektiv. Teorin visar hur mödrar anser att vårdare kan vårda dem bättre. Teorin strävar till att alla kulturer ska behandlas jämlikt och att ingen kultur ska vara mer dominant än den andra. (Wikberg 2014)

För att kunna erbjuda interkulturellt vårdande måste vårdaren ha kulturell kompetens och kulturell säkerhet. Kulturell kompetens kan man öka genom utbildning, fortbildning och genom erfarenhet av att jobba med olika människor från olika kulturer. Vårdaren bör vara medveten om sin egna kulturella bakgrund, om organisationen, om vårdkulturen och samhället hen arbetar i, för att förstå hur de påverkar vårdandet. Även historiska och politiska maktrelationer i samhället samt ackulturation kan påverka vårdrelationen, och vårdaren bör känna till detta. (Wikberg 2014)

För ett bra interkulturellt vårdande krävs god kommunikation, och vårdaren bör förstå hur viktigt det är att använda professionella tolkar, speciellt då man inte har ett gemensamt språk. Vårdaren bör lyssna på modern, ha kunskap om eller fråga om hennes kulturella bakgrund samt respektera hennes behov och önskemål. Det är viktigt att vårdaren frågar om patientens nuvarande livssituation och bakgrund samt eventuella tidigare negativa händelser som patienten varit med om. Vårdaren bör även känna till och ta i beaktande vilken påverkan yttre omständigheter som t.ex. juridiska, ekonomiska, politiska och sociala förhållanden kan ha på vårdandet. (Wikberg 2014)

Vård där interkulturellt vårdande inte ingår som t.ex. rasism, fördomar och diskriminering har många negativa konsekvenser för patienten. Patienten kan uppleva att hen blivit kränkt och nedvärderad, vilket orsakar lidande. Om en konflikt uppstår och patienten upplever vården som förnedrande kan det få patienten att avbryta vårdrelationen. En konflikt kan dock även leda till att vårdaren tar patienten på allvar och lyssnar och diskuterar med patienten, och använder sin makt samt olika medel för att hjälpa patienten. (Wikberg 2014)

För att främja universellt vårdande kan vårdorganisationer föra fram att de följer de mänskliga rättigheterna och etiska principer som respekterar människors värdighet för att lindra lidande och främja hälsa. Eftersom universellt vårdande inte är beroende av tid och rum påverkas det inte heller av konflikter mellan folkgrupper och landsgränser, utan är likadant överallt. (Wikberg 2014)

För att nå kulturellt vårdande måste vårdutbildningarna lägga tonvikten på kulturell kompetens, kulturell säkerhet och kulturellt vårdande. Vårdarna måste ha kunskap om hur deras egna kulturella bakgrund, samhälle och vårdorganisation kan påverka patientrelationen. Vårdarna bör ha ett intresse att lära sig om olika kulturer, och de bör vara medvetna om hur hälsa, andlighet, vårdande, lidande och smärta kan tolkas och uttryckas på olika sätt i olika kulturer. (Wikberg 2014)

Kontextuellt vårdande främjas genom att vårdaren lär sig om den egna och patientens kulturella skillnader och speciella drag inom den specifika vårdkontexten. I mödravårdskontext bör vårdaren t.ex. vara medveten om olika traditioner och tabun som kan finnas i olika kulturer under graviditet, förlossning och tiden efter förlossningen. Man bör kunna anpassa vården till olika patienter, beroende på deras förväntningar om förlossningen, och känna till ritualer som hör till utvecklingen från kvinna till mor, som t.ex. omskärelse, sexualitet, amningsvanor och dieter. Det måste tas i beaktande att kvinnor kan ha traumatiska minnen som relaterar till förlossningen som de inte berättar om frivilligt. Även sedlighet bör tas i beaktande. (Wikberg 2014)

För att nå ett unikt vårdande måste vårdaren lyssna till den unika kvinnan, hennes bakgrund, hennes behov och förhoppningar. Det är viktigt att man frågar ifall det är något man inte känner till, eftersom det visar kvinnan att man är intresserad och vill hennes bästa. Patienten bör uppleva att hon bemöts med respekt och hon bör känna sig trygg. Detta nås genom att vårdaren försöker anpassa vården till varje unika kvinnas behov, och erbjuder även patienten stöd av doula, professionell tolk och socialarbetare. Patientens familj bör inkluderas i vårdandet ifall kvinnan så önskar. (Wikberg 2014)

Då patienten respekteras, man tar kulturella och kontextuella drag i beaktande och då modern får berätta om sina behov och förväntningar lindras lidande. Kontinuitet i vården och möjlighet att alltid ha samma vårdare ger modern tillit till vårdaren. Vårdaren bör lyssna, vara närvarande och visa intresse för hennes kultur för att bilda en god relation till patienten. (Wikberg 2014)

Yttre omständigheter som påverkar vårdandet är familjen, arbetskamrater, attityder, värderingar, politik, ekonomi, lagar och förordningar. Dessa saker kan påverka patientens rättighet att få vård, sociala förmåner och anhörigas möjlighet att vara närvarande. Det är viktigt för vårdaren att vara medveten om detta, eftersom vårdaren delvis kan påverka även dessa. Genom utbildning, fortbildning och ledarskap kan rasism och stereotyper motarbetas, vilket minskar patienternas lidande. Man kan även utarbeta olika strategier för att motverka diskriminering och rasism. (Wikberg 2014)

Teorin ger ett utmärkt exempel på hur vårdare kan erbjuda interkulturellt vårdande. Den beskriver hur man kan erbjuda interkulturellt vårdande, hur viktigt det är att erbjuda det och beskriver dess effekter på patienterna. Nyttan med teorin är att vårdaren kan påverka mödrarnas upplevelse av mödravården och hjälpa dem att uppleva vården som positiv. Teorin hjälper att minska lidande hos patienterna.

Det är ytterst viktigt att vårdarna har kulturell kompetens då de vårdar kvinnor med annan kulturell bakgrund, och eftersom kvinnlig omskärelse är ett känsligt ämne krävs det att vårdpersonalen vet vilka behov kvinnan har och vågar fråga om hennes bakgrund. Vårdaren bör kunna diskutera omskärelsen på ett respektfullt sätt samt kunna bemöta kvinnan på rätt sätt. Att kunna erbjuda interkulturellt vårdande är väldigt viktigt för en positiv förlossningsupplevelse.

5 Metod

Som metod för studien har skribenten valt att använda sig av en kvalitativ forskningsmetod som kallas ”scoping review” (sv. översiktsstudie). En scoping review kan användas till att undersöka omfattningen av forskning inom ett område, till att identifiera parametrar till en systematisk litteraturstudie eller bidra till att definiera ett syfte och frågeställningar till en systematisk litteraturstudie (Forsberg & Wengström 2015).

5.1 Kvalitativ forskningsmetod

Syftet med att göra forskningar med kvalitativ metod är att skapa en djupare kunskap än den man får genom kvantitativa studier. Forskare som använder sig av kvalitativ forskningsmetod kan göra datainsamling och analys samtidigt. Detta betyder att även frågeställningarna man haft i början kan utvecklas och nya frågor kan uppstå under forskningens lopp (Forsberg & Wengström 2013). Inom forskningen är det vanligt att man tolkar kvalitativ metod på olika sätt, och man kan forma egna varianter av den enligt det som passar studien bäst (Patel & Davidson 2011). Skribenten kommer i sin studie att undersöka vilka utmaningar kvinnlig omskärelse ger upphov till för vårdpersonalen och studien kommer att vara en ”scoping review”.

5.2 Scoping review

Scoping review är en metod vars mål är att snabbt få en överblick på de mest relevanta och viktigaste fakta inom ett forskningsområde (Dijkers 2015). Scoping review kan användas för att identifiera områden som inte blivit noggrant studerade förut (Forsberg & Wengström 2015), men även för att kartlägga det mest relevanta i forskningen om ett specifikt område eller för att identifiera ett problemområde eller olika typer av bevis och luckor som finns i forskningen relaterad till ett specifikt område (Daudt et al 2013). Genom

att göra detta kan man besluta om det i framtiden är möjligt att göra en systematisk litteraturstudie om det specifika ämnet. I en scoping review kan skribenten inkludera flera olika publicerade vetenskapliga artiklar och opublicerad litteratur som t.ex. rapporter, avhandlingar och kliniska riktlinjer (Forsberg 2015). Det finns ännu ingen egentlig definition av hur en scoping review ska göras, men t.ex. Arksey och O'Malley har publicerat en modell för hur man ska gå till väga då man vill använda sig av scoping review i sin studie, och skribenten har använt sig av den i sin studie.

De olika stegen i scoping review enligt Arksey och O'Malley är:

1. Att beskriva syftet med undersökningen, forma frågeställningar
2. Hitta relevanta studier, artiklar eller webbsidor
3. Välj vilka studier, artiklar eller webbsidor du vill använda
4. Sätt ihop och sammanfatta data från de olika studierna till en helhet
5. Analysera insamlade data
6. Vid behov konsultera en expert som kan belysa ämnen som forskningen inte gett svar till eller för att samla mer bevis (valfritt steg)

(Arksey & O'Malley 2005).

5.3 Urval, datainsamling och analys

Skribenten har använt sig av "scoping review" för att få tillräckligt bred förståelse om utmaningarna med kvinnlig omskärelse. Skribenten har följt stegen 1–5 i scoping review, och börjat med att samla artiklar och studier, valt vilka som kommer användas och sammanställt data. I scoping review görs urvalet oftast utan kvalitetsbedömning och utifrån breda kriterier. Lättillgängliga studier prioriteras ofta, och meningen är inte att alla studier inom ett specifikt område ska inkluderas. Urvalsprocessen inkluderar sökning av data, utveckling av sökstrategi och granskning av data (Forsberg & Wengström 2015).

Steg 1: Att beskriva syftet med undersökningen, forma frågeställningar

Ett viktigt steg i processen i en scoping review är att identifiera syftet och frågeställningarna i studien för att sedan kunna bygga upp en strategi för att hitta relevant material (Arksey & O'Malley 2005). Syftet med denna studie är att undersöka vilka

utmaningar vårdpersonalen ställs inför i samband med vården av omskurna kvinnor. Skribenten vill göra studien för att öka kunskapen och beredskapen hos vårdpersonal som arbetar med omskurna kvinnor. Skribenten bildade två frågeställningar; "vilka utmaningar möter vårdpersonalen i vården av omskurna kvinnor?" och "vilka utmaningar möter vårdpersonalen i bemötandet av omskurna kvinnor?". Utmaningar i vården tänkte skribenten att skulle kunna vara t.ex. anatomiska avvikelser, problem med diagnostisering, andra fysiska och psykiska problem och vårdpersonalens okunskap om kvinnlig omskärelse. Utmaningar i bemötandet tänkte skribenten att skulle kunna vara vårdpersonalens fördomar och okunskap, rasism och kulturella skillnader. Både vårdpersonal, kvinnor som blivit omskurna och människor som bor i ett land där omskärelse är normen var av intresse i studien.

Steg 2: Hitta relevanta studier, artiklar eller webbsidor

Skribenten har gjort datainsamlingen enligt Arksey och O'Malleys modell för scoping review. Arksey och O'Malley rekommenderar att söka material från elektroniska databaser, referenser i artiklar och olika organisationers webbsidor. Att för hand söka artiklar i relevanta tidskrifter rekommenderas också (Arksey & O'Malley 2005). Skribenten har även följt Forsberg & Wengströms exempel om scoping review i sin litteratursökning (Forsberg & Wengström 2015). Skribenten har börjat med att hitta relevanta sökord. Detta har skribenten gjort genom att göra en sökning med orden "female genital mutilation" och "female circumcision" i relevanta databaser och genom att analysera vilka ord och begrepp som använts mest i titlarna och i abstraktet. Skribenten identifierade sökord som t.ex. female genital mutilation, fgm, female circumcision, female genital cutting, problems, issues, challenges och prevention. Skribentens kriterier för artikelsökningen var att artiklarna ska finnas i full text och vara skrivna på engelska, finska eller svenska. Artiklarna som inkluderas ska besvara syftet eller frågeställningarna.

Steg 3: Välj vilka studier, artiklar eller webbsidor du vill använda

Efter att skribenten gjort en sökning och identifierat relevanta sökord gjordes en andra sökning. I andra sökningen, som var mera begränsad och genomfördes i databaserna EBSCO, CINAHL och PubMed, använde skribenten de identifierade sökorden och identifierade relevanta artiklar. Skribenten identifierade sammanlagt 562 artiklar i databassökningarna, varav 79 var dubletter som exkluderades. Skribenten granskade 488 artiklar, varav 450 exkluderades. Vissa artiklar kunde exkluderas redan efter att skribenten läst titeln, medan de flesta krävde att skribenten läste abstraktet före artikeln exkluderades.

Skribenten valde att exkludera artiklar som t.ex. inte svarade på frågeställningarna, beskrev manlig omskärelse, var litteraturstudier, var skrivna på ett annat språk än finska, svenska och engelska, handlade om skönhetsoperationer eller genitalpiercingar och artiklar om den kvinnliga omskärelsens utbredning i världen. Inklusions- och exklusionskriterierna finns beskrivna närmare i Tabell 1. Skribenten granskade 38 fulltextartiklar och exkluderade ytterligare 32 artiklar som inte besvarade frågeställningarna eller endast berättade allmänt om kvinnlig omskärelse. Tredje steget för skribenten var att gå igenom referenslistorna för alla identifierade studier och inkludera relevanta artiklar. Skribenten inkluderade 3 artiklar från referenslistorna. Skribenten inkluderade även 2 artiklar som upptäckts genom personlig kommunikation med handledare. Skribenten har även letat artiklar genom att göra sökningar i tidningar, t.ex. British Journal of Midwifery. Skribenten har valt vilka studier som kommer att användas genom att inkludera de som bäst svarar på studiens syfte och frågeställningar. Skribenten valde slutligen att inkludera 10 artiklar och en rapport i sin studie, alltså totalt har skribenten inkluderat 11 artiklar. Alla artiklar är gjorda enligt en kvalitativ metod och en är gjord med blandad metod. Skribenten har gjort ett PRISMA flödesschema som beskriver hur datainsamlingen har gjorts och hur många artiklar som inkluderats och exkluderats (Bilaga 1).

Tabell 1: Inklusions och exklusionskriterier

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Skrivna på finska, svenska, engelska	Inte skrivna på finska, svenska eller engelska
Full text (lättillgängliga)	Allmänt om kvinnlig omskärelse
Erfarenheter om kvinnlig omskärelse	Genitalpiercingar, skönhetsoperationer
Attityder om kvinnlig omskärelse	Manlig omskärelse
Erfarenheter om att vårda kvinnor som blivit omskurna	Litteraturstudier
Alla artiklar oberoende av vilket årtal de blivit publicerade	Kvinnlig omskärelsens utbredning i världen
Studier som besvarar syftet eller frågeställningarna	
Både publicerad och icke-publicerad litteratur	

Steg 4: Sätt ihop och sammanfatta data från de olika studierna till en helhet

I en scoping review kan resultaten presenteras antingen i diagram, tabeller eller i text (Arksey & O'Malley 2005). Skribenten har valt att presentera resultaten i en artikelmatris samt i text. I artikelmatrisen har skribenten inkluderat artiklarnas författare, årtal, titel, syfte, metod och resultat (Bilaga 2). Sedan har skribenten gått igenom den insamlade litteraturen och gjort en kvalitativ tematisk analys för att identifiera sammanhängande teman och för att sammanfatta studiernas resultat.

Steg 5: Analysera insamlade data

Skribenten har valt att göra en kvalitativ tematisk analys av sitt material. Tematisk analys är en metod som kan användas för att identifiera, analysera och presentera olika mönster eller teman ur kvalitativa data. Ett tema fångar något viktigt ur materialet, är relevant för forskningsfrågan och bevisar ett mönster eller en mening i materialet (Braun & Clarke 2006).

Den kvalitativa tematiska analysen kan vara antingen induktiv eller deduktiv. Då man gör en kvalitativ tematisk analys med induktiv ansats läser man igenom materialet, kodar det och sätter ihop det till kategorier som sedan kan analyseras djupare. Kvalitativ tematisk analys med deduktiv ansats går ut på att man har färdiga kategorier och kodar materialet så att det passar in i en viss kategori. Skribenten har valt att göra en kvalitativ tematisk analys med induktiv ansats (Braun & Clarke 2006).

Enligt Braun och Clarke (2006) finns det fem steg i en tematisk analys. Steg 1 är att bekanta sig med materialet. Skribenten har följt stegen i tematisk analys och läst de inkluderade artiklarna flera gånger för att bekanta sig bättre med materialet. Skribenten valde att använda artiklarnas resultat och diskussion som analysmaterial. Steg 2 är att koda materialet. Skribenten använde sig av färgkodning för att koda olika mönster och meningsenheter i materialet. Skribenten valde att ge namn för koderna. Grön färg var t.ex. utmaningar med språk och användningen av tolk. Steg 3 är att leta efter teman. Skribenten granskade artiklarnas resultat och diskussion, identifierade olika mönster och började leta teman utifrån innehållet. Steg 4 är att granska teman. Skribenten granskade teman, exkluderade teman som inte var relevanta och slog ihop teman som liknade varandra. Steg 5 är att beskriva och namnge teman. Skribenten beskrev och namngav teman och utifrån vissa teman bildades även kategorier som ger en mer detaljerad helhetsbild av resultatet.

Steg 6 är sammanställning av resultatet. Skribenten sammanställde teman och kategorierna till en helhet som är relevant i förhållande till studiens syfte och frågeställningar.

5.4 Etiska överväganden

Målet för forskningsarbete är att få fram trovärdig kunskap som är viktig för både individer och samhällets utveckling (Patel & Davidson 2011), och att få fram fakta som kan användas för problemlösning och som leder till ny kunskap. Ingen forskning är etiskt neutral, och det är viktigt att skydda alla individer mot kränkningar och att arbeta enligt god vetenskaplig praxis (Olsson & Sörensen 2011).

Skribentens arbete kommer att skrivas i form av en ”scoping review”, och skribenten kommer således inte ha någon kontakt med några informanter. Alla vetenskapliga studier kommer att vara utförda av andra forskare och kommer att användas som studiens forskningsobjekt. Det är viktigt att vara objektiv och presentera alla resultat som stöder eller inte stöder forskarens eventuella hypotes (Forsberg & Wengström 2013).

Eftersom forskningen utförs som en ”scoping review” är källkritik och hederlighet viktiga teman. Vetenskapsrådets grupp för etik har i sitt arbete urskilt fem grupper av vetenskaplig oredlighet, och de är: oredlighet i samband med hantering av data eller källmaterial och vetenskaplig metod, plagiering, oredlighet i samband med publicering, oredlighet i samband med intressekonflikter och bristande omdöme och olämpligt beteende (Olsson & Sörensen 2011). Skribenten har i sin studie använt artiklar som datamaterial utan lov av författarna. Skribenten har därför noggrant hänvisat till de studier hon refererar till. Det är ytterst viktigt att man är ärlig då man använder någon annans forskningsresultat, eftersom det är oetiskt att använda någon annans studie, hypotes eller metod som sin egen (Forskningsetiska delegationen 2012)

Skribenten har valt att inte kvalitetsgranska artiklarna som använts i studien, eftersom det inte krävs i en ”scoping review”. Skribenten har varit noggrann med tolkningar av studierna och med presentation av resultaten, så att forskningens resultat blir så sanningsenligt som möjligt. För att undvika misstankar om fusk är det bra att dokumentera forskningsprocessen noggrant. Skribenten kommer att följa Novias skrivanvisningar och arbeta enligt god vetenskaplig praxis (Forskningsetiska delegationen 2012.).

6 Resultat

Skribenten hittade 10 relevanta artiklar och en rapport som svarade på studiens frågeställningar. I sex artiklar har man intervjuat kvinnor som blivit omskurna, i två artiklar har man intervjuat kvinnor och män från länder där omskärelse ofta förekommer och i tre artiklar har man intervjuat barnmorskor som arbetat med kvinnor som blivit omskurna. Sammanlagt har ca 400 personer deltagit i studierna. Studierna har gjorts i Finland, Sverige, Australien, Frankrike, Norge, Egypten, Somalia, Elfenbenskusten, Canada och Nederländerna under åren 2002–2017. Resultatet av analysen av de 11 artiklarna ledde till 7 teman och 14 kategorier. Resultatet presenteras på nästa sida i Tabell 2 där teman är märkta med stora bokstäver, medan kategorierna är skrivna med tjock text.

VÅRDARNAS KUNSKAPSMÄSSIGA UTMANINGAR I VÅRDEN AV KVINNOR SOM BLIVIT OMSKURNA

Utmaningar relaterade till vårdpersonalens kunskap om vården av kvinnor som blivit omskurna nämns i fyra av artiklarna. Kvinnor som blivit omskurna upplevde att vårdpersonalen saknade erfarenhet av att vårda omskurna kvinnor (Dawson et al. 2015). Barnmorskorna hade lite kunskap om kvinnlig omskärelse, de visste inte hur de skulle utföra deinfibulation, kunde inte identifiera rätt typ av omskärelse och visste inte hur eller var de skulle dokumentera att en kvinna var omskuren (Berggren et al. 2006; Dawson et al. 2015). Barnmorskorna upplevde att de träffade så få omskurna kvinnor att det var svårt att få tillräckligt mycket erfarenhet av att vårda dem. Vissa hade inte några gemensamma riktlinjer om kvinnlig omskärelse på sin avdelning eller så var de osäkra på vilka de existerande riktlinjerna var (Widmark et al. 2002; Dawson et al. 2015).

Även tidpunkten för när deinfibulation skulle göras var omtalad. Kvinnorna som blivit omskurna ville gärna att deinfibulationen skulle ske i en tidig fas av förlossningen, medan barnmorskorna inte kände sig bekväma med att göra det för tidigt. Vårdpersonalens okunskap förorsakar kvinnorna onödigt lidande. En kvinna som blivit omskuren och senare fött barn i Sverige beskriver det såhär;

“I and other women who have not been opened before delivery suffer most. We need to be opened at delivery, but the midwives don’t know how to cut. They wait until the head of the baby is down and then they cut in a hurry in all directions, often several cuttings. They are not careful. I think that they see us as already being destroyed.” (Berggren et al. 2006, 54)

Det kom även fram att det är möjligt för en omskuren kvinna att gå igenom en graviditet utan att någon märker, undersöker eller dokumenterar hennes omskärelse, vilket kan ha negativa konsekvenser för förlossningen (Widmark et al. 2002, Berggren et al. 2006).

Tabell 2: Teman och kategorier

Teman	Kategorier
VÅRDARNAS KUNSKAPSMÄSSIGA UTMANINGAR OM VÅRDEN AV KVINNOR SOM BLIVIT OMSKURNA	
UTMANINGAR RELATERADE TILL KVINNORNAS ÖVERTYGELSER, KUNSKAP OCH DET SOCIALA TRYCKET	<p>Tron att omskärelse är en del av religionen, inte kulturen</p> <p>Tron om att omskärelse praktiseras överallt i världen</p> <p>Deinfibulation och reinfibulation</p> <p>Socialt tryck</p> <p>Missuppfattningar kring omskärelse, kvinnans sexualitet och anatomi</p>
UTMANINGAR RELATERADE TILL KOMMUNIKATIONEN MELLAN VÅRDPERSONALEN OCH KVINNOR SOM BLIVIT OMSKURNA	<p>Vårdpersonalen tar inte upp ämnet</p> <p>Tabu</p> <p>Känsligt ämne</p> <p>Tolk</p>
UTMANINGAR RELATERADE TILL BEMÖTANDET AV KVINNOR SOM BLIVIT OMSKURNA	<p>Bemötandet av kvinnor som blivit omskurna</p> <p>Ett professionellt förhållningssätt</p> <p>Familjernas olika roller</p>
UTMANINGAR RELATERADE TILL PSYKISKA KONSEKVENSER AV OMSKÄRELSEN AV KVINNOR	<p>Skam</p> <p>Trauma</p>
UTMANINGAR RELATERADE TILL FYSISKA KONSEKVENSER AV OMSKÄRELSEN AV KVINNOR	
ETISKA UTMANINGAR I VÅRDEN AV KVINNOR SOM BLIVIT OMSKURNA	

UTMANINGAR RELATERADE TILL KVINNORNAS ÖVERTYGELSER, KUNSKAP OCH DET SOCIALA TRYCKET

De omskurna kvinnornas övertygelser och kunskap om omskärelse samt det sociala tryck de upplever nämns i 9 artiklar och är en utmaning, eftersom de är en bakomliggande orsak till att kvinnlig omskärelse ännu utövas idag. De är även en utmaning för vårdpersonalens förebyggande arbete mot kvinnlig omskärelse. För att vårdpersonalen ska kunna ge god vård åt kvinnor som blivit omskurna måste de vara medvetna om olika uppfattningar om kvinnlig omskärelse och orsaker till att det utövas, hur de hindrar kvinnorna från att söka vård samt hur det sociala trycket påverkar föräldrarnas val att omskära sina döttrar.

Tron att omskärelse är en del av religionen, inte kulturen

Barnmorskorna anser att en stor utmaning i deras jobb i rådgivningen är de omskurna kvinnornas ”övernaturliga tro” om kvinnlig omskärelse (Isman et al. 2013). Många människor har fått uppfattningen att omskärelse av kvinnor är en religiös tradition och att det står i antingen Koranen eller i Bibeln att det bör utövas. När de får veta att så inte är fallet, utan att omskärelse är en kulturell tradition, tycker många att omskärelse ska utrotas (Ahmed & Ylispangar 2017; Vloeberghs et al. 2012). De som anser att kvinnlig omskärelse är en del av religionen kan dock tycka att övergivandet av kvinnlig omskärelse leder till att Allah blir arg. Omskärelse symboliserar renhet, och flickor som inte blir omskurna anses ha det svårt i framtiden att hitta någon att gifta sig med, vilket innebär att mödrar gärna ser att deras döttrar blir omskurna (Ahmed & Ylispangar 2017; Koukoui et al. 2017; Dawson et al. 2015).

Även om mängden människor som stöder omskärelse av typ 3, infibulation, blir färre och färre varje år, har människor visat en positiv attityd mot sunna, en lindrigare typ av omskärelse. Sunna förespråkas för både fysiska och religiösa orsaker och anses vara ett mindre farligt alternativ jämfört med omskärelse av typ 3. Man tror att sunna omskärelse krävs för att kvinnan ska ha god hälsa, eftersom klitoris anses vara smutsig. Många religiösa ledare som slutat förespråka omskärelse av 3:e graden har börjat förespråka sunna istället. (Fried et al. 2013)

“When I was circumcised in the old way (typ 3), most people thought it was good and I did not see any problems myself. But today things have changed and people are doing the sunna type. Sunna is better and has no health related problems and our religion has told us to do it...” (Fried et al. 2013, 5)

Tron om att omskärelse praktiseras överallt i världen

Omskurna kvinnor är inte alltid medvetna om att kvinnlig omskärelse inte är en norm i en stor del av världen. Då kvinnorna får veta att omskärelse inte görs överallt i världen kan de känna ilska mot sina traditioner, sin kultur och sitt tankesätt. Vetskapen om att de är annorlunda kan förorsaka skam och lidande. (Berggren et al. 2006; Dawson et al. 2015; Vloeberghs et al. 2012)

“Women ask: ‘why me, why us? We are all women. We all have the same organs, the same bodies don’t we?’ Then when you start asking more questions, you find out why. And the response is anger. Angry with your traditions, your culture and mindset. Until I came to live here, I had no objection to the circumcision of young females. “... “I now realize that something was taken from me. That I am disabled. That’s not a good feeling. Even when the pain is gone, there is the awareness. And that makes you angry with yourself.” (Vloeberghs et al. 2012, 684)

Deinfibulation och reinfibulation

Trots att människor i kulturer där kvinnlig omskärelse är en norm blir mer och mer emot infibulation, motsätter sig vissa ändå kirurgisk deinfibulation. Orsakerna till att man motsätter sig kirurgisk deinfibulation är för att den anses utmana den kulturella värdegrunden för kvinnlig omskärelse, dvs kvinnornas oskuld och männens virilitet och sexuella njutning. En heltäckande kirurgisk deinfibulation anses bilda en för stor vaginal öppning som anses som ett hinder för manlig sexuell njutning. Denna värdegrund begränsar godkännandet av kirurgisk deinfibulation och är en utmaning för kvinnorna att söka vård t.ex. då de får komplikationer av en infibulation. (Elise & Johansen 2017)

Trots att både kvinnor och män ofta kopplar samman deinfibulation med hjälp av en penis med långvarig smärta och lidande, väljer de flesta par ändå att utföra deinfibulationen på det sättet istället för att genomgå en kirurgisk deinfibulation. Vissa par försöker deinfibulera kvinnan med hjälp av mannens könsorgan i flera månader innan samlag är möjligt, vilket kan förorsaka öppna sår och extrem smärta. Detta anses som normalt, och att kvinnan har smärta anses vara självklart, och ibland kan paren inte ännu efter flera månader eller till och med år ha samlag. (Elise & Johansen 2017)

“My husband pushed on. He did not want me to have an opening operation. He said he felt pressure from his friends that he had to prove that he could make it.” (Elise & Johansen 2017, 7)

Många omskurna kvinnor som väljer att genomgå kirurgisk deinfibulation vill inte bli deinfibulerade under graviditeten, utan föredrar att vänta till förlossningen. Äldre kvinnliga släktingar som t.ex. mammor eller mosttrar kan ha stor påverkan på beslutet att kvinnan inte ska bli deinfibulerad före förlossningen (Dawson et al. 2015). Många anser även att reinfibulation är nödvändigt efter förlossningen för att mannen ska kunna känna sexuell njutning även efter att kvinnan fött barn. Både mannen och kvinnans familj kan pressa kvinnan att reinfibuleras. I länder där reinfibulation är olagligt väljer kvinnorna ibland att åka utomlands för att reinfibuleras (Elise & Johansen 2017).

“All men want tight women. We are so scared that if we are not tight enough, the man will find a new woman to marry or take a younger lover. So, they do some reinfibulation in Somalia also. It is important that the vagina is not a gaping hole. It has to be tight for the man.” (Elise & Johansen 2017, 8)

Socialt tryck

I länder där omskärelse är normen förväntas alla omskäras och omskurna kvinnor beskriver att omskärelsen ger dem en känsla av gemenskap och samhörighet, då de får bli som alla andra (Koukoui et al. 2017). Icke-omskurna döttrar och mödrar till barn som inte är omskurna blir hånade och utskrattade av andra kvinnor i sin gemenskap. Att ha kvar klitoris anses som onaturligt, fult och smutsigt (Fried et al. 2013). Flickor som inte blivit omskurna och deras mödrar blir ofta utfrysta från gemenskapen och får t.ex. inte delta i olika traditionella ceremonier eller möten (Koukoui et al. 2017).

“The perception they have back home, if the girls are not circumcised, they will be very active sexually, and they will lose their virginity. And that’s a shame. Back home if you don’t have your virginity when you are married, that’s a shame to you, that’s a shame to your family, a shame to your neighbor, a shame to everybody!” (Koukoui et al. 2017, 5)

Släktingar kan pressa kvinnorna att utföra omskärelse på sina döttrar. Även släktingar som bor kvar i mödrarnas hemland kan försöka övertala mödrarna att omskära sina döttrar. Många väljer att inte föra sina döttrar på semester till sitt hemland för att de inte ska bli omskurna (Berggren et al. 2006; Koukoui et al. 2017). Det sociala trycket spelar en stor roll i valet att omskära sina döttrar, och mödrarna behöver stöd för att skydda sina döttrar från omskärelse (Koukoui et al. 2017).

Missuppfattningar kring omskärelse, kvinnans sexualitet och anatomi

Vanliga uppfattningar kring kvinnlig omskärelse är att klitoris är kärnan för kvinnans sexuella begär, och ifall man låter den vara kvar blir det svårt för kvinnor att motstå männens sexuella förslag. Att kvarhålla klitoris anses sätta kvinnan i risk av att förlora sin oskuld innan hon är gift. Många anser att kvinnlig omskärelse behövs för att minska och kontrollera flickors och kvinnors sexuella drivkraft. Vissa tror även att icke-omskurna kvinnor får orgasmer medan de promenerar eller då någon håller dem i handen (Fahmy et al. 2010). Ett vanligt tankesätt är att kvinnor som är omskurna kan vänta med att ha sex tills de är gifta, medan de som inte är omskurna inte kan det (Koukoui et al. 2017). Männen kan även vara rädda att ifall deras fruar inte skulle vara omskurna skulle deras sexuella begär vara så stort att männen inte skulle kunna tillfredsställa dem (Fahmy et al. 2010).

Vissa mödrar tänker att omskärelse hindrar flickorna från att gå ut med pojkar. I länder där ungdomarna har mera frihet kan föräldrarna oroa sig över hur de kan överföra sina kulturella värderingar om kvinnans kyskhet till sina döttrar om de inte omskär dem, speciellt om de bor i ett land där olika kön kan umgås fritt med varandra. De kan känna oro över att deras döttrar inte förblir oskulder tills de gifter sig eller över att deras döttrar har en så stark sexuell drivkraft att de skulle vara otrogna mot sina blivande män. (Koukoui et al. 2017).

Religiösa ledare har sagt att kvinnlig omskärelse minskar sexuellt begär, men inte sexuell njutning. Även kvinnor och män som intervjuats om ämnet höll med de religiösa ledarna och ansåg inte att kvinnlig omskärelse hade en negativ effekt på deras sexuella njutning. Även om kvinnorna ofta sade att de inte kände njutning av sex eller att de kände smärta, tyckte de inte att det störde dem. De ansåg att samlag var en äktenskaplig skyldighet, och vissa berättade även att deras män skulle ta en annan fru ifall de inte hade samlag med dem. (Fahmy et al. 2010).

Kvinnor som blivit omskurna kan vara tveksamma över att söka vård för sina problem relaterade till omskärelsen, och kan ibland lida länge innan de söker hjälp. Bristande information och kunskap angående omskärelsens innebörd och dess konsekvenser för hälsan samt ovetskap om var man kan söka hjälp kan vara orsaker till att kvinnorna var tveksamma över att söka sig till vård. Fattigdom och skam kan även vara orsaker till att kvinnorna väntar så länge för att söka hjälp. (Fried et al. 2013).

UTMANINGAR RELATERADE TILL KOMMUNIKATIONEN MELLAN VÅRDPERSONALEN OCH KVINNOR SOM BLIVIT OMSKURNA

Utmaningar relaterade till kommunikationen mellan vårdpersonalen och kvinnor som blivit omskurna nämndes i 8 artiklar och visade sig vara ett problem. Vårdpersonalen kände sig osäkra över hur de skulle ta upp omskärelse med patienterna då det är ett känsligt och tabubelagt ämne. Även samarbetet med tolkar upplevdes som en utmaning.

Vårdpersonalen tar inte upp ämnet

Kvinnor som blivit omskurna har i mötet med vårdpersonalen upplevt att vårdpersonalen inte vet hur de ska tala om deras omskärelse och inte frågar om de blivit omskurna fast de tydligt kan se det. Kvinnorna upplever att vårdpersonalen inte tar upp det för diskussion och ifall de gör det tar de ofta upp det för sent. (Ahmed & Ylispangar 2017). Vårdpersonalen talar inte om omskärelse och dess risker för kvinnan p.g.a. okunnighet, skam eller rädsla (D'Entremont et al. 2014). En kvinna som blivit omskuren säger så här;

“The midwives can talk about it during the pregnancy. You can easily see it when you examine. You need to talk to the woman, ask her her opinion, explain the bad parts to her so that she won't do it to her daughter. During the labor, they spoke to me about my circumcision and I was happy. I was more comfortable. We have a tendency to hide the situation. But if you talk about it, you need to be gentle...” (D'Entremont 2014, 312)

På vissa avdelningar finns det inte några klara gemensamma riktlinjer för hur man ska ta upp ämnet, och vårdpersonalen kan känna sig obekväma med ämnet (Ahmed & Ylispangar 2017). Då inga gemensamma riktlinjer finns måste barnmorskorna själv bestämma hur de tar upp ämnet för diskussion. Vissa väljer att ta upp ämnet rakt och vissa väljer att inte alls ta upp ämnet eftersom de vill behandla alla kvinnor likadant och tänker att kvinnan känner sig annorlunda ifall barnmorskan tar upp ämnet genast. Vissa barnmorskor anser att ifall man direkt i första mötet tar upp ämnet kan man tappa den första viktiga kontakten man då ska forma med kvinnan. (Widmark et al. 2002).

Det kan vara svårt för omskurna kvinnor att prata om sin upplevelse, och att förvänta att kvinnorna själv tar upp ämnet för diskussion är orealistiskt. Ansvar för att ta upp ämnet på ett professionellt och respektfullt sätt ligger hos vårdpersonalen. Om vårdpersonalen undviker att tala om ämnet får kvinnorna inte all den information de behöver och den bristfälliga kommunikationen gör vården osäker. Vårdpersonalen måste vara medvetna om

riskerna med omskärelse för kvinnor och barnen samt förmedla denna information utan att kritisera kvinnan, så att kvinnan känner sig trygg och känner att hon kan dela med sig av sina behov och det som oroar henne. (D'Entremont et al. 2014)

Om vårdpersonalen misslyckas med att identifiera eller dokumentera omskärelsen i ett tidigt skede kan det påverka vården och stödet vårdpersonalen kan ge den omskurna kvinnan och hennes familj. Om vårdpersonalen inte är villiga att diskutera ämnet kan kvinnan bli utan både praktiskt och emotionellt stöd. Om omskärelse identifieras och diskuteras i ett tidigt skede finns det tid för att förbereda, informera och diskutera relevanta problem med kvinnan. Då kan man diskutera problem relaterade till förlossningen, men även ge information om omskärelse. I detta skedet kan man även berätta om lagstiftningen angående omskärelse i det land man befinner sig i, och även i ett tidigt skede berätta vad lagen säger om reinfibulation. (Widmark et al. 2002).

Tabu

I vissa kulturer är sex ett tabubelagt ämne och kvinnor vill inte alltid prata om det med vårdpersonalen (Dawson et al. 2015). Även kvinnlig omskärelse kan vara tabu, och barn blir redan som små lärda att de inte ska prata om det (Ahmed & Ylispangar 2017; Koukoui et al. 2017). Tabun och tystnaden kring kvinnlig omskärelse leder till att vissa kvinnor går igenom hela graviditeten utan att vara medvetna om riskerna omskärelsen kan ha (D'Entremont et al. 2014). Vissa kvinnor har även allvarliga psykiska konsekvenser som härstammar från deras omskärelse, men ofta kan de känna sig hindrade från att söka vård och diskutera ämnet med vårdpersonal (Vloeberghs et al. 2012). Vissa kvinnor kan uppleva det som positivt att bryta tabun och prata om omskärelse och dess konsekvenser, medan andra anser att det endast leder till skada att tala om ämnet och tycker att man ska leva vidare med sitt liv och blicka framåt (Koukoui et al 2017; Vloeberghs et al. 2012).

Känsligt ämne

Kvinnor som blivit omskurna kan ha svårigheter att uttrycka sig i diskussioner om omskärelse med vårdpersonal eftersom de upplever ämnet som känsligt. Kvinnorna kan känna sig blyga att tala om omskärelse, vilket kan påverka kommunikationen. (Berggren et al. 2006).

De flesta omskurna kvinnor går länge med sina problem och gömmer sina hälsokomplikationer under en lång tid. Orsaker till detta kan vara t.ex. fattigdom, dålig kunskap, blyghet att prata om sina problem och skam. Vissa kvinnor undviker att söka sig

till vård för att de inte vill att ryktet om att de har problem ska spridas. Barnmorskor har beskrivit hur långa diskussioner och rådgivning om kvinnlig omskärelse och dess konsekvenser för hälsan ofta behövs innan kvinnan fritt kan tala om sina problem. (Isman et al. 2013).

Vårdpersonalen måste förstå kvinnornas perspektiv för att bygga tillit till dem, samt använda rätt terminologi då de diskuterar känsliga ämnen. Det finns ett stort behov av rådgivning före förlossningen för att förbereda kvinnan psykiskt för en eventuell episiotomi samt för rådgivning efter förlossningen för att diskutera med kvinnan om t.ex. fysiska förändringar i underlivet. (Dawson et al. 2015)

Tolk

Vårdpersonal och personer från andra kulturer kan ofta ha kommunikationssvårigheter på grund av att de inte talar samma språk. Det kan ibland vara svårt att få tag på en tolk som är kulturellt acceptabel, speciellt då man diskuterar känsliga ämnen som omskärelse. Kvinnor kan t.ex. känna skam inför att diskutera ämnen som omskärelse inför manliga tolkar (Dawson et al. 2015; D'Entremont et al. 2014). Kvinnor som blivit omskurna kan behöva tolk då man diskuterar ämnen som gör dem obekväma, och det har kommit fram att kvinnor upplevt att tolk skulle ha behövts men att vårdpersonalen inte varit villiga att skaffa en (Berggren et al. 2006).

UTMANINGAR RELATERADE TILL BEMÖTANDET AV KVINNOR SOM BLIVIT OMSKURNA

Utmaningar relaterade till bemötandet av kvinnor nämns i sex artiklar, och är en utmaning eftersom vårdpersonalen inte vet hur de ska bemöta patienter från andra kulturer. Ett dåligt bemötande kan leda till att patienterna inte söker sig till vård även om de behöver det. Familjer från andra kulturer kan även ha andra roller än de roller man har i det landet där de bor, och vårdpersonalen måste kunna komma överens med hela familjen och bemöta alla med respekt. Möten med kvinnor som blivit omskurna är en utmaning eftersom de kan väcka starka känslor hos vårdpersonalen.

Bemötandet av kvinnor som blivit omskurna

En utmaning för vårdpersonalen har varit att bemöta kvinnor som blivit omskurna på rätt sätt. Många vårdare har även demonstrerat kulturella stereotypier och har inte bekräftat behovet att reflektera över och besvara omskurna kvinnors kulturella förväntningar. Att

bemöta patienten på rätt sätt krävs för att kvinnorna ska känna sig bekväma och så att de inte ska känna skam. (Dawson et al. 2015).

Kvinnor som blivit omskurna har upplevt att vårdpersonalen bemöter dem annorlunda än icke-omskurna kvinnor (D'Entremont et al. 2014). Att vara en icke-omskuren kvinna anses som skamligt i deras hemland, medan att vara omskuren anses som skamlig i mötet med vårdpersonalen i en annan kultur (Berggren et al. 2006). Vårdpersonal som har sagt att de vill bemöta alla kvinnor på samma sätt har berättat att de ändå vill förstå den omskurna kvinnan bättre och vill vara snällare, försiktigare, mer empatiska och mer närvarande. Vårdpersonalen uttrycker även sorg och medlidande för kvinnorna och deras situation. En barnmorska beskrev sina känslor så här;

“As a woman yourself, you kind of feel that a part of you has been cut off ... that one's sexuality has been so totally changed. I feel a sorrow and I feel such an overwhelming ... it is such a tragic and such a totally unnecessary operation, and it is so irreversible.”
(Widmark et al. 2002, 117)

Kvinnor som blivit omskurna kan även uppleva det som svårt att vårdpersonalen frågar dem personliga frågor eller utför undersökningar. De vill inte alltid svara då vårdpersonalen frågar om de blivit omskurna, eftersom de inte vill berätta om omskärelsen om och om igen och måste bli påmind om själva upplevelsen och smärtan. (Vloeberghs et al. 2012). Vårdpersonalen bör vara respektfull, bekräfta tidigare trauma och bör vara speciellt noggranna med att hela tiden be om tillåtelse under t.ex. en vaginal undersökning eftersom en sådan undersökning kan påminna kvinnan om tidigare upplevelser. (Widmark et al. 2002).

Omskurna kvinnor som fött flera barn kände att de inte blivit lika gott bemötta efter att de redan fött två barn. Kvinnorna ansåg att detta berodde på att normen i landet de var bosatta i var att få högst två barn. Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen inte såg dem som kapabla att bestämma över sin egna familjeplanering. Vårdpersonalens attityder fick dem att inte vilja gå på kontrollerna under graviditeten, utan de valde att stanna hemma trots problem med hälsan för att slippa vårdpersonalens dömande attityder. (Berggren et al. 2006).

“Before and after my first two deliveries the health personnel were very nice, but then there was like a change in attitudes. I remember when I came for my third delivery and the midwife said, “Are you here again already? We’ll probably see you here next year and next year again.” Then when I came back, I didn’t feel good.” (Berggren et al. 2006, 54)

Även språksvårigheter, oviljan att tala om privata ärenden, t.ex. sexualitet, till personer som inte är familjemedlemmar och vårdpersonalens okunskap om kvinnlig omskärelse var orsaker till att kvinnorna inte kom på graviditetsuppföljningar (Vloeberghs et al. 2012). Trots att vårdpersonalen antagligen har goda avsikter då de ger rådgivning kan patienterna uppleva det som att vårdpersonalen inkräktar på deras privatliv och integritet. Då kvinnorna inte dyker upp på graviditetskontrollerna är de mindre förberedda inför förlossningen, vilket kan leda till att de kommer till förlossningen med obehandlade sjukdomar eller indikationer för kejsarsnitt. (Berggren et al. 2006).

Ett professionellt förhållningssätt

Att förhålla sig professionellt till kvinnlig omskärelse är en utmaning för vårdpersonalen. Kvinnor som blivit omskurna och som varit i kontakt med vårdpersonal som gjort gynekologiska undersökningar har beskrivit att vårdpersonalen har stirrat på dem, sett ner på dem och flera har kommit och tittat på deras underliv utan att tilltala dem. Trots att vårdpersonalen försöker dölja sin förvåning över att kvinnan är omskuren har många inte lyckats. Kvinnorna har beskrivit att vårdpersonalen inte dolt sin chock över omskärelsen och att de hade visat miner som tyder på att de var äcklade, vilket fått kvinnorna att känna skam och att de inte var respekterade. (Berggren et al. 2006; Vloeberghs et al. 2012, D’Entremont et al. 2014).

“When she examined me she said, “Ah, here’s one!” That means, “Here’s someone who is excised.” I don’t know if she was surprised to see that I was an excised woman, maybe she supposed that I was an illiterate woman, that I didn’t understand. She got me settled and she left. I suppose that she went to speak with her colleagues because afterwards, there was a little parade. A second one passed, then two more. Me, I was installed with my legs spread apart...” ...” All those people who came, who entered into my intimacy without my authorization, who didn’t ask me if it bothered me... I felt that it was an aggression. Maybe they are used to seeing women, but the look was different. They came and then, afterwards, they whispered. I took it badly.” (D’Entremont 2014, 308)

Det är viktigt att vårdpersonalen tänker på att kvinnan som är framför dem är ”en kvinna som blivit omskuren” och inte ”en omskuren kvinna”. Kvinnan bör inte definieras av sin omskärelse, utan har samma rättigheter och bör få samma respekt som kvinnor som inte blivit omskurna (D’Entremont et al. 2014). Även vårdpersonalen har uttryckt att ”det är vi som ser dem som stympade”, vilket påverkar hur omskurna kvinnor agerar med vårdpersonalen. Vårdpersonalen berättar att de ofta behöver extra tid för att på ett känsligt sätt kunna förstå kvinnans behov i en viss vårdkontext. De beskriver hur man inte bör visa sin chock då man ser att kvinnan blivit omskuren, att man inte ska döma eller kritisera kvinnorna för att de blivit omskurna och att man inte bör förolämpa någon genom att säga sin åsikt. (Dawson et al. 2015).

Vårdpersonalen beskriver möten med omskurna kvinnor som komplexa och stressande, delvis p.g.a. språkproblem, kulturella skillnader och ämnets känslighet, men även på grund av att mötet väckte starka känslor hos dem. Vårdpersonalen kunde identifiera sig med de omskurna kvinnorna och deras kropp, integritet och sexualitet. Vårdpersonalen kunde även känna känslor som hat och aggression. Känslorna var dock inte riktade mot kvinnan, utan mot tradition, religion och ibland mot kvinnornas män (Widmark et al. 2002). Vårdpersonal som själv blivit omskurna kände sig accepterade av patienterna, eftersom de delade samma upplevelse och hade personliga erfarenheter av problem relaterade till omskärelsen, vilket kan vara till nytta i t.ex. rådgivningskontext (Isman et al. 2013).

Familjernas olika roller

En utmaning för vårdpersonalen kan vara att familjer från andra länder har olika roller inom familjen (Ahmed & Ylispangar 2017). Ibland kan mannen kräva att en omskuren kvinna ska reinfibuleras efter förlossningen, vilket kan väcka aggressiva känslor hos vårdpersonalen ifall det strider mot lagen eller mot deras tro. Även andra familjemedlemmar kan ofta vara närvarande vid förlossningen, och vårdpersonalen kan känna att de måste förhandla om olika beslut med dem, t.ex. när och hur man skall utföra deinfibulation och ifall kvinnan ska reinfibuleras efteråt. Ifall kvinnan inte behärskar landets språk bra, kan det hända att mannen tolkar för kvinnan. Då kan det känsliga ämnet eller vårdpersonalens aggressiva känslor mot mannen komma i väg för tolkningen, vilket gör vården osäker. (Widmark et al. 2002)

“And then he stands there and demands ‘sew it back together again’ and he was, to be honest, he was terrible and I got so angry with him. I couldn’t help feeling so much for her then. And her eyes, she... He knew Swedish, but she didn’t. And the only thing she could... like secretly shaking her head like ‘don’t sew it back up’... And it feels so horrible, and I think one is poorly prepared also – we asked him to leave the room for a while so he could calm down.” (Widmark et al. 2002, 118)

UTMANINGAR RELATERADE TILL PSYKISKA KONSEKVENSER AV OMSKÄRELSEN AV KVINNOR

Utmaningar relaterade till psykiska konsekvenser av omskärelsen av kvinnor nämns i sju artiklar. Psykiska konsekvenser är en utmaning eftersom kvinnorna ständigt känner skam över omskärelsen, och lever med ett livslångt trauma. Kvinnorna kan bli påmind om omskärelsen under ingrepp eller undersökningar, vilket får dem att känna sig illa till mods.

Skam

Omskurna kvinnor som flyttar till ett land där omskärelse inte är normen kan känna sig utanför och börja isolera sig från människor som inte varit med om omskärelse (Ahmed & Ylispaangar 2017; Vloeberghs et al. 2012). Kvinnorna erkänner inte alltid att de är omskurna p.g.a. de inte vill att människor tycker synd om dem, eftersom det får dem att känna skam och för att det är ett så känsligt ämne att prata om (Dawson et al. 2015; Vloeberghs et al. 2012). Att få ett slut på okunnigheten, skammen och förnedringen, som hindrar omskurna kvinnor att söka vård och hjälp, är en stor utmaning för vårdpersonalen (Fried et al. 2013).

“Because this is about feelings and more than that; it is about sex. You cannot share that with other people. You feel terribly embarrassed. That is why circumcised women become isolated, mentally ill or mad. Either that or she stops talking; she keeps her mouth firmly shut. And nobody understands why. It sounds shallow, but it goes really deep. The difference is that a woman who has been circumcised will blame any pain she feels on the circumcision. That is all we know. And because we feel ashamed, we stay home with our problems.” (Vloeberghs et al. 2012, 685)

Trauma

Omskärelsen kan ge kvinnor ett livslångt trauma som påverkar deras vardagliga liv och även graviditeten och förlossningen (D’Entremont et al. 2014). Kvinnorna kan vara

traumatiserade både fysiskt och psykiskt, och som följer kan kvinnor ha mardrömmar, smärta, spänningar, rädsla samt apati (Dawson et al. 2015; Vloeberghs et al. 2012). Många kvinnor upplever även ilska, skam, skuld och en känsla av att vara utanför. Vissa kvinnor visar även symtom av posttraumatiskt stressyndrom, ångest och depression som följd av omskärelsen. (Vloeberghs et al. 2012)

“My family doctor is a man, and I don’t feel like showing him my private parts. That means having to explain everything all over again, and that is something I absolutely don’t feel like. I don’t want to be reminded of the pain.” (Vloeberghs et al. 2012, 686)

Gynekologiska undersökningar och förlossningen kan väcka minnen hos kvinnan om själva omskärelsen, t.ex. kan det vara svårt för kvinnor som blivit omskurna att ligga bredbent i undersökningsstolar utan att spänna sig (Berggren et al. 2006; Widmark et al. 2002). Ifall en deinfibulation blir gjord kan även det påminna kvinnorna om då de blev omskurna, och vissa ser det som att bli omskuren för andra gången (D’Entremont et al. 2014). Omskurna kvinnor som vill bli reinfibulerade efter förlossningen, men som inte får det, eftersom det är olagligt i landet de befinner sig i, kan känna lidande då de måste leva med att vara deinfibulerade och tycka att lagen är orättvis (Berggren et al. 2006).

UTMANINGAR RELATERADE TILL FYSISKA KONSEKVENSER AV OMSKÄRELSEN AV KVINNOR

Utmaningar relaterade till fysiska konsekvenser av omskärelsen av kvinnor nämns i tre artiklar. Många kvinnor lider av fysiska komplikationer till följd av omskärelsen, och de kan hamna leva med dem livet ut. Fysiska konsekvenserna utmanar vårdpersonalen då det kommer till diagnostisering, sexualrådgivning, förlossningsvården och utförandet av undersökningar.

Fysiska komplikationer som kvinnor kan uppleva som följd av omskärelsen kan vara t.ex. fysisk smärta i form av inflammationer i omskärelesåret, kraftigare menstruationssmärter, återkommande urinvägsinfektioner, inkontinens samt smärter och svårigheter under samlag. (Berggren et al. 2006; Vloeberghs et al. 2012). Omskärelsen kan även förorsaka anatomiska avvikelser, som kan komma fram så sent som under kvinnans första förlossning. En omskuren kvinna kan t.ex. ha mycket ärrvävnad, vilket kan leda till att det kan vara svårt att se om kvinnan har sprickor i underlivet efter förlossningen. Vävnaderna kan även vara väldigt känsliga, vilket kan försvåra olika undersökningar och ingrepp. Alla

typer av kvinnlig omskärelse är inte heller lätta att känna igen eller märka, vilket är en utmaning för vårdpersonalen. (Widmark et al. 2002).

ETISKA UTMANINGAR I VÅRDEN AV KVINNOR SOM BLIVIT OMSKURNA

Etiska utmaningar i samband med vården av kvinnor som blivit omskurna nämns i två artiklar. Etiska utmaningar som kom fram handlande om att blanda sig i patientens personliga ärenden, lagstiftningen och konflikter mellan patientens och vårdpersonalens etiska preferenser. Dessa etiska problem är en utmaning för vårdpersonalen eftersom vårdpersonalen måste ge råd åt patienten enligt sitt professionella kunnande, men även respektera patientens önskan då det är möjligt. (Berggren et al. 2006; Isman et al. 2013).

Vårdpersonalen kan hamna i etiska problemsituationer i samband med vården av kvinnor som blivit omskurna och deras familjer. Eftersom kvinnlig omskärelse är en viktig kulturell tradition, kan barnmorskorna anses blanda sig i familjens personliga ärenden och deras kultur då de försöker ge familjen rådgivning om ämnet. Detta kan vara en utmaning för vårdpersonalen då de på ett respektfullt sätt måste möta patienten och diskutera dessa ämnen. (Isman et al. 2013).

Vissa omskurna kvinnor vill gärna bli reinfibulerade efter förlossningen. Om det är olagligt i landet som de bor i, kan det leda till en konflikt där patientens preferens och landets lagstiftning strider mot varandra. Vårdpersonalen kan hamna mitt i denna konflikt, och bör ta stöd av lagen då de förklarar åt patienten varför ingreppet inte kan utföras. (Berggren et al. 2006; Widmark et al. 2002).

“I believe he sort of tried to show that he was the one who decided. No, it was terrible in there. But it is the only time I noticed it so clearly... and then I became, I was furious... We told him, a colleague and I, we told him that ‘we are not allowed to and that we don’t want to either’, we said that too, ‘we are not permitted because of the law here in Sweden and that ... that we are not allowed’.” (Widmark et al. 2002)

Vårdpersonal som är emot omskärelsen men som arbetar i länder där det är lagligt kan hamna i en situation där deras egna tro strider mot vad alla andra gör och tror. Vårdpersonalen kan känna sig pressade att utföra saker som strider mot deras egen tro. Vårdpersonalen kan uppleva press från patienter men även från kvinnliga släktingar som ber dem att omskära dem. Vårdpersonalen behöver stöd och information om hur de på bästa sätt kan motstå denna press att utföra omskärrelser. (Isman et al. 2013).

7 Diskussion

I metoddiskussionen granskar skribenten kvaliteten i arbetet. I diskussionen granskas studiens trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. Detta kan göras genom att skribenten granskar hur väl studien svarat på syftet och frågeställningarna, genom att ta fram styrkor och svagheter i studien samt analysens pålitlighet. Genom att granska studien i diskussionen ökar studiens trovärdighet. Utifrån studiens trovärdighet och pålitlighet kan skribenten eventuellt generalisera resultatet i studien och överföra det till andra kontexter (Henricson 2014). Skribenten kommer i diskussionen att ta upp datainsamlingsmetoden, analysmetoden, spegla resultatet till teorin i bakgrunden och till tidigare forskning. Därtill beskriver skribenten rekommendationer om utbildning och fortbildning samt vårdrekommendationer för vårdpersonal som arbetar i mödravårdskontext och vårdar kvinnor som blivit omskurna. Även rekommendationer om framtida forskning presenteras.

7.1 Metoddiskussion

Som metod har skribenten använt sig av ”scoping review”. Det som särskilt skiljer ”scoping review” från andra översiktsmetoder är att man kan använda sig av alla typer av studier och även grå litteratur, dvs litteratur som inte är vetenskaplig eller kvalitetsgranskad. Skribenten kom i sin datainsamling fram till att det mest var kvalitativa studier som svarade på frågeställningarna som var grunden för studien. Datainsamlingen gjordes i databaserna EBSCO, CINAHL och PubMed eftersom de är relevanta databaser inom vården. Sökning i andra databaser skulle eventuellt ha kunnat ge flera resultat. Skribenten skulle ha haft möjlighet att inkludera även grå litteratur i studien, men valde att inte göra det eftersom ingen grå litteratur som svarade på frågeställningarna i studien kunde hittas. Artiklarna som skribenten valde att inkludera är skrivna mellan 2002 och 2017. Trots att vissa artiklar var äldre än andra fann skribenten samma utmaningar i nyligen publicerade artiklar som i artiklar publicerade 15 år sedan.

Som metod fungerade scoping review bra, och skribenten fick svar på sitt syfte och sina frågeställningar. Scoping review som metod har både positiva och negativa sidor. Delvis ger den skribenten väldigt fria händer i både datainsamlingen och dataanalysen, men eftersom skribenten i detta fall utförde sin första studie skulle tydliga riktlinjer för hur man ska gå till väga ha kunnat vara en fördel. Alternativt skulle skribenten ha kunnat utföra studien som en systematisk litteraturstudie istället för en ”scoping review”, eftersom

metoden har flera regler och kanske på det sättet är lättare att följa. Eftersom ”scoping review” inte kräver att materialet som används ska kvalitetsgranskas, har skribenten inte gjort det. Detta kan göra resultatet mindre pålitlig än om skribenten skulle ha kvalitetsgranskat artiklarna. Skribenten har dock använt sig av vetenskapliga artiklar som material, och de flesta studier har publicerats i vetenskapliga tidskrifter, vilket ökar trovärdigheten på resultatet.

Att ha tematisk analys som analysmetod fungerade bra för skribenten, men den var inte heller lika bra beskriven i litteratur som t.ex. kvalitativ innehållsanalys skulle ha varit. Detta ledde till att skribenten upplevde det svårt att i detalj beskriva hur dataanalysen hade gått till, eftersom skribenten igen hade ganska fria händer i utförandet av den. Skribenten använde sig av kvalitativa artiklar som beskriver personers upplevelser om kvinnlig omskärelse som datamaterial, vilka sedan tolkades. Dessa artiklar har blivit tolkade tre gånger. Första gången har de blivit tolkade då personer som deltog i studierna har tolkat sina upplevelser, sedan har författarna av artiklarna tolkat det en gång till då de skrivit artikeln, och till slut har de blivit tolkade av skribenten. Att olika personer tolkar ett material flera gånger kan leda till att materialet tolkas fel, vilket i sin tur leder till att resultatet kan bli mindre pålitligt. Skribenten har använt sig av citat i sin resultatredovisning för att stärka trovärdigheten i sin studie. Citaten har inte blivit tolkade, utan är tagna rakt ur intervjuerna, vilket ökar trovärdigheten i studien.

Skribenten har gjort studien på egen hand, vilket är både positivt och negativt. Positivt med att göra studien på egen hand är att skribenten varit med i alla skeden av arbetet, har skrivit allt själv, har sökt och analyserat datamaterialet själv. Det negativa är att eftersom skribenten är den enda som gjort analysen, kan det hända att skribenten inte märkt något relevant som skulle ha kunnat inkluderas i resultatet. Om man skulle ha varit flera som tolkade materialet, skulle man eventuellt ha kunnat hitta flera teman och kategorier i analysen. Att ha någon att utbyta idéer med förutom handledaren skulle också ha kunnat varit av nytta för att få nya idéer och för att se på analysen ur ett större perspektiv.

7.2 Spegling till tidigare forskning och till teorin om interkulturellt vårdande inom mödravårdskontext

I denna ”scoping review” har utmaningar i vårdpersonalens bemötande och utmaningar i vården av kvinnor som blivit omskurna beskrivits. Resultatet visar att utmaningar i vården är bl.a. vårdpersonalens bristande kunskap, omskurna kvinnors övertygelser, det sociala

trycket, trauma samt fysiska och psykiska problem. Utmaningar med bemötandet är bl.a. kommunikationssvårigheter, tabu och skam. Som teori använde skribenten sig av Wikbergs teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis. Skribenten hittade många samband med teorin och resultatet i studien. Behovet av unikt, kontextuellt, kulturellt och universellt vårdande blev tydligt under analysen av studierna.

I resultatet av analysen av artiklarna kommer det fram att både kvinnor och barnmorskor upplever att barnmorskorna saknar kunskap om och erfarenhet av att vårda omskurna kvinnor (Dawson et al. 2015; Berggren et al. 2006). I studierna kommer det fram att gemensamma riktlinjer på avdelningarna om vården av kvinnor som blivit omskurna saknas eller så känner personalen inte till dem (Widmark et al. 2002). Det kom även fram att kvinnor som blivit omskurna ofta lider av omskärelsen och dess konsekvenser under tystnad. Kvinnorna undviker att söka sig till vård t.ex. på grund av tabu och för att de inte vill att ryktet om deras problem skulle spridas (Isman et al. 2013). Resultatet i denna studie tyder på att vårdpersonalen ofta saknar kulturell kompetens och kulturell säkerhet, och inte således kan ha kulturellt vårdande. Resultatet om barnmorskornas kunskapsmässiga utmaningar och tabun kring omskärelse i skribentens studie kan jämföras med kulturellt vårdande i Wikbergs teori. I sin teori skriver Wikberg att för att nå ett kulturellt vårdande måste vårdpersonalen ha kulturell kompetens och kulturell säkerhet i vården. Vårdaren bör ha kunskap om kvinnans kulturella bakgrund och vikten av att fråga patienten om möjliga tidiga negativa händelser som patienten varit med om poängteras i teorin om interkulturellt vårdande. Man bör även respektera kvinnans behov och önskemål. I kulturellt vårdande ingår att vårdpersonalen har kunskap om hur deras egna kulturella bakgrund, samhälle och vårdorganisation kan påverka patientrelationen. Vårdpersonalen ska även ha ett intresse att lära sig om olika kulturer, de bör vara medvetna om hur hälsa, andlighet, vårdande, lidande och smärta kan tolkas och uttryckas på olika sätt i olika kulturer (Wikberg 2014). Även Dawson et al. (2014) kom i sin globala studie om barnmorskors utmaningar i vården av omskurna kvinnor fram till att barnmorskor saknar kunskap om själva vården av kvinnor som blivit omskurna, men att även deras kulturella kompetens var bristfällig. De kom även fram till att undervisningen om kvinnlig omskärelse inte var tillräcklig.

Ett återkommande problem i studierna var kommunikationssvårigheter mellan vårdpersonalen och kvinnorna. Problemet är både vårdpersonalens ovillighet att arbeta med tolk och att hitta en tolk som var kulturellt acceptabel för kvinnan, dvs en kvinnlig tolk (Dawson et al. 2015; D'Entremont et al. 2014; Berggren et al. 2006). I de fall där kvinnan inte behärskar landets språk, kan hennes man tolka för henne. Det känsliga ämnet

kan dock vara ett hinder för tolkningen, och vården utan en professionell tolk kan bli osäker (Widmark et al. 2002). Wikberg beskriver i sin teori hur det för ett bra interkulturellt vårdande krävs god kommunikation och betonar hur viktigt det är att använda sig av professionell tolk (Wikberg 2014). Ahmed et al. (2015) beskriver i sin studie, som handlar om barriärer för immigranter för att nå sjukvården i Canada, hur vårdpersonal inte är bekväma med att använda tolk samt hur det ofta går dåligt då vänner eller familjemedlemmar översätter åt patienten då de t.ex. inte känner till rätt terminologi.

I studierna kommer det fram att kvinnor som blivit omskurna upplever att vårdpersonalen har fördomar om dem t.ex. i samband med deras förmåga att sköta sin egen familjeplanering. Patienterna upplever det som att vårdpersonalen blandar sig i deras privatliv, och undviker att gå på graviditetskontrollerna (Berggren et al. 2006). Även i teorin om interkulturellt vårdande beskrivs det att rasism, fördomar och diskriminering har många negativa konsekvenser för patienten. Patienten kan uppleva att hen blivit kränkt och nedvärderad vilket förorsakar lidande, och konflikter kan leda till att patienten avbryter vårdrelationen (Wikberg 2014).

Kvinnlig omskärelse upplevs av många som ett tabubelagt ämne, och i mödravårdscontext kan det leda till att gravida kvinnor går igenom hela graviditeten och förlossningen utan att veta vad omskärelsen kan ha för risker i samband med dem. I vissa fall upplever kvinnorna det som en lättnad att bryta tabun, medan andra tycker att det inte skulle pratas om. Vårdpersonalen bör vara medveten om ämnen som är tabu, och ge kvinnorna en möjlighet att diskutera känsliga ämnen om de vill (Dawson et al. 2015; Ahmed & Ylispaangar 2017; Koukoui et al. 2017; D'Entremont et al. 2014). I artiklarna kom det fram att många kvinnor hade traumatiska minnen och andra psykiska konsekvenser från sin omskärelse. Dessa minnen påverkar vården och förorsakar kvinnorna lidande. I mödravårdscontext påverkar det vården då kvinnorna t.ex. inte kan ligga i undersökningsstolar utan att spänna sig. Många kvinnor lider även psykiskt av att ha blivit omskurna (Berggren et al. 2006; Widmark et al. 2002; D'Entremont et al. 2014; Dawson et al. 2015; Vloeberghs et al. 2012). Även Mulongo et al. (2015) och Knipscheer et al. (2015) har i sina studier kommit fram till att kvinnor som blivit omskurna ofta kan lida av posttraumatiskt stressyndrom eller ångestsyndrom som konsekvens av omskärelsen.

Kulturella vårdandet inom mödravårdscontext som kommer fram i studierna är t.ex. att kvinnorna ofta har flera familjemedlemmar närvarande under förlossningen, och barnmorskan får förhandla med dem om olika beslut. Det skiljer sig från en förlossning i

ett nordiskt land, där kvinnan ofta har med sig en eller högst två stödpersoner i förlossningen. Efter förlossningen kan det även vara tradition att reinfibulera kvinnan, vilket leder till konflikter mellan vårdpersonal, kvinnan och kvinnans familj då detta inte praktiseras i alla länder (Ahmed & Ylispangar 2017; Widmark et al. 2002). Detta kan jämföras med kontextuellt vårdande i Wikbergs teori. Wikberg beskriver att i kontextuellt vårdande ska vårdaren lära sig om den egna och patientens kulturella skillnader och speciella drag inom den aktuella vårdkontexten. Vårdaren bör vara medveten om traditioner och tabun som kan finnas i olika kulturer under graviditet, förlossning och barnsängstiden. Wikberg beskriver även att kvinnorna kan ha traumatiska minnen de inte berättar om frivilligt (Wikberg 2014).

Flera kvinnor i studierna beskriver hur vårdpersonal har kommit in i undersökningsrummen och tittat på deras genitalier utan att tilltala dem eller be om lov, vilket upplevs som kränkande och får kvinnorna att känna sig otrygga. För att få kvinnan att känna sig trygg t.ex. under en vaginal undersökning är det viktigt att hela tiden be om tillåtelse och kommunicera med kvinnan (Widmark et al. Vloeberghs et al. 2012; D'Entremont et al. 2014). PLISSIT (Annon 2015) är en modell för hur man ska ta upp ämnet sexualitet på ett bra sätt. PLISSIT står för att ge tillåtelse (eng. Permission), begränsad information (eng. Limited Information), specifik rådgivning (eng. Specific Suggestions) och intensiv terapi (eng. Intensive Therapy). Med modellen vill man ge lov åt patienten att ta upp och diskutera känsliga och intima sexuella ämnen med vårdpersonal. Målet med PLISSIT är att betona hur sexualitet är en normal del av livet för alla människor i alla livssituationer. Vårdpersonalen bör ge patienten rätt information genom psykoedukation, så att patienten får svar på sina frågor, och anpassa behandlingen till varje unika patients behov. Allvarliga sexologiska problem som t.ex. relationsskador eller övergrepp ska behandlas med intensiv terapi med en expert i sexologi. PLISSIT och andra modeller skulle kunna användas av vårdpersonal i större grad då känsliga ämnen som t.ex. omskärelse diskuteras.

Kommunikationssvårigheter, kulturella skillnader, tabu och vårdpersonalens personliga åsikter och känslor upplevs som utmanande för vårdpersonalen. Vårdpersonalen identifierar sig med kvinnorna och känner hat mot tradition, religion och även kvinnornas män. Vårdpersonalens starka känslor av hat och aggression som ibland är riktade mot kvinnornas män gör vården osäker (Dawson et al. 2015; Widmark et al. 2002; D'Entremont et al. 2014). Detta kan jämföras med unikt vårdande i Wikbergs teori. Unikt vårdande består av vårdande av den unika kvinnan, hennes bakgrund, behov och

förhoppningar. Vården bör vara anpassad till varje kvinnas enskilda behov och syftet är att få kvinnan att känna sig trygg och respekterad. Vårdpersonalen bör fråga om det är något de inte känner till, visa intresse och visa kvinnan att man vill henne väl. I unikt vårdande ingår att kvinnans familj ska inkluderas och alla parter bör respekteras (Wikberg 2014), och resultatet i denna studie visar att vårdpersonalen försöker sträva till unikt vårdande, men att det inte alltid lyckas.

I studierna kommer det fram att vårdpersonalen vill vara mer närvarande för kvinnor som blivit omskurna samt visa dem mer empati. Denna känsla av närvaro kan förmedlas i alla vårdkontexter och är oberoende av tid (Berggren et al. 2006). Detta kan jämföras med vad Wikberg beskriver om universellt vårdande. Enligt Wikberg ingår det i universellt vårdande, som är oberoende av tid och rum, att man följer de mänskliga rättigheterna och att man respekterar människors värdighet för att lindra lidande och främja hälsa (Wikberg 2014).

Sammanfattningsvis tyder resultatet på att det finns ett behov av mer interkulturellt vårdande i mödravårdskontexten. Resultatet visar att med hjälp av interkulturellt vårdande skulle man kunna lindra lidande och främja hälsa, välmående och liv. Både patienter och vårdpersonal skulle kunna ha nytta av interkulturellt vårdande.

7.3 Rekommendationer

Utifrån den teoretiska bakgrunden och resultatet i studien presenterar skribenten rekommendationer om utbildning och fortbildning samt vårdrekommendationer för vårdpersonal som arbetar i mödravårdskontext och vårdar kvinnor som blivit omskurna.

7.3.1 Utbildning och fortbildning för vårdpersonal

Utifrån resultatet och den teoretiska bakgrunden har skribenten kommit fram till följande rekommendationer. Vårdpersonalen behöver mera utbildning eller fortbildning om kvinnlig omskärelse, kulturell kompetens och kulturell säkerhet för att kunna erbjuda interkulturellt vårdande. Speciellt utbildning om diagnostisering, dokumentering och kommunikationen kring kvinnlig omskärelse skulle göra vården mer säker. Modeller för diskussioner kring sexualitet skulle kunna användas i undervisningen och i praktiken.

Vårdpersonalen bör få mer kunskap om kvinnlig omskärelses psykiska konsekvenser, eftersom kvinnorna ofta lider tysta och ensamma. Utbildning skulle ge vårdpersonalen

beredskap i hur de ska ta upp omskärelsen på rätt sätt. Det är viktigt att vårdpersonalen skulle se på vårdandet ur alla dimensioner; universellt, kulturellt, kontextuellt och unikt, medan de även tar i beaktande de yttre omständigheterna som kan påverka vårdandet.

7.3.2 Vårdrekommendationer

Rekommendationer för vårdpersonalen om vården och bemötandet av kvinnor som blivit omskurna handlar om ett professionellt förhållningssätt, att bryta tabun, gemensamma riktlinjer samt användningen av tolk. För att förebygga omskärelse bör vårdpersonalen ta upp ämnet i ett tidigt skede. Det förebyggande arbetet mot omskärelse ska börja redan då en flicka föds och vårdpersonalen bör informera kvinnorna och deras familjer om kvinnliga omskärelsens konsekvenser. För att omskärelse ska utrotas krävs att tabun och tystnaden kring kvinnlig omskärelse bryts. Kvinnor ska inte behöva lida av omskärelsens konsekvenser under tystnad, utan omskärelsen kan tas upp i redan i skolhälsovården, på preventivrådgivningen eller senast under graviditeten då kvinnorna besöker mödrarådgivningen. Genom att vårdpersonalen tar upp ämnet i ett tidigt skede och diskuterar det med kvinnan samt dokumenterar det på korrekt sätt, behöver man inte ta upp ämnet i onödan varje gång kvinnan får vård.

Då man diskuterar kvinnlig omskärelse bör vårdpersonalen vara medvetna om att kvinnan kan ha traumatiska minnen sammankopplade med omskärelsen, och inte pressa kvinnan att prata om det mer än nödvändigt om hon inte vill. Viktiga saker att betona är att samtalen är konfidentiella och att berätta vilken hjälp som kan fås mot psykiska och fysiska konsekvenser av omskärelsen. Vårdpersonalen bör ha ett professionellt förhållningssätt till omskärelsen och vara medvetna om och respektera kulturskillnader som kan framkomma. Vikten av att använda professionell tolk lika som ett professionellt bemötande av kvinnor som blivit omskurna måste betonas för att kvinnorna ska behandlas jämlikt och med respekt. För att alla ska få lika god vård krävs att avdelningar där kvinnor vårdas har gemensamma nationella eller internationella riktlinjer gällande vården av kvinnor som blivit omskurna.

7.3.3 Framtida forskning

Skribenten har rekommendationer för framtida forskning på basis av resultatet i studien. I framtiden skulle man kunna undersöka hur olika typer av omskärelse, graden av omskärelse, omständigheterna kring omskärelsen och minnen från omskärelsen påverkar omskurna kvinnornas psykiska välbefinnande. Skribenten anser att det även finns ett behov

av en interkulturell modell för vårdpersonal om hur man ska ha diskussioner kring omskärelse, och att det skulle kunna utvecklas i framtiden.

7.4 Slutsats

Sammanfattningsvis har studien kommit fram till att vårdpersonalen möter många utmaningar i vården och i bemötandet av omskurna kvinnor. Utmaningarna är relaterade till vårdpersonalens bristande kunskap om omskärelse, omskurna kvinnors övertygelser, det sociala trycket, kommunikationen mellan vårdpersonal och kvinnor som blivit omskurna, familjernas olika roller, psykiska och fysiska konsekvenser av omskärelsen samt till etiska utmaningar i vården. Vårdpersonalen behöver mer utbildning och fortbildning om kvinnlig omskärelse, ett professionellt förhållningssätt, användning av tolk och interkulturellt vårdande. Tabun kring kvinnlig omskärelse måste brytas och gemensamma riktlinjer för vården av kvinnor som blivit omskurna behövs.

Referenser

Abdulcadir, J., Margairaz C., Boulvain M. & Irion O. 2011. Care of women with female genital mutilation/cutting. *Swiss Medical Weekly*. 140 s. 1–8.

Ahmed S., Shommu, N., Rumana N., Barron G., Sonja Wicklum S. & Turin T. Barriers to Access of Primary Healthcare by Immigrant Populations in Canada: A Literature Review. *Journal of Immigrant Minority Health*. 2015.

Ahmed, U & Ylispangar, E., 2017. Selvitys Suomessa syntyneiden tyttöjen ympärileikkauksesta. (Online) <http://www.fenixhelsinki.com/l/selvitys-suomessa-syntyneiden-tyttojen-ymparileikkauksesta/> [Hämtat: 25.11.2017]

Albert, J., Bailey, E. & Duaso, M 2015. Does the timing of deinfibulation for women with type 3 female genital mutilation affect labour outcomes? *British Journal of Midwifery*, 23(6) s. 430–437.

Alhassan Y.N., Barrett H., Brown K.E. & Kwah K., (2016) Belief systems enforcing female genital mutilation in Europe, *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 9(1) s. 29–40

Almroth L., Elmusharaf S., El Hadi N., Obeid A., A El Sheikh M., Elfadil S. & Bergström S. 2005. Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *Lancet*. 366 s. 385–91

Annon, J. (2015) The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy*. 2(1) s.1–15.

Arksey, H., & O'Malley, L. 2005. Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*, 8(1), s. 19–32

Banks, E, Meirik, O, Farley, T, Akande, O, Bathija, H, & Ali, M 2006, Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*, 367(9525) s. 1835–1841.

Berg, R.C. & Underland V., 2014. Gynecological consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C). Report from Kunnskapssenteret no. 11–2014. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.

- Berggren V., Bergström S. & Edberg A-K., 2006. Being Different and Vulnerable: Experiences of Immigrant African Women Who Have Been Circumcised and Sought Maternity Care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*. 17(1) s. 50–57.
- Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2). s. 77–101.
- Daudt, H., van Mossel C. & Scott, S. 2013. Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Medical Research Methodology*. 13(48), s. 1–9.
- Dawson A., Turkmani S., Varol N., Nanayakkara S., Sullivan E. & Homer C., 2015. Midwives' experiences of caring for women with female genital mutilation: Insights and ways forward for practice in Australia. *Women and Birth*.
- Dawson A., Turkmani S., Fray S., Nanayakkara S., Varol N. & Homer C. Evidence to inform education, training and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: A review of global experience. *Midwifery*. 31, s. 229–238.
- D'Entremont M., Smythe L. & McAra-Couper J., 2014. The Sounds of Silence – A hermeneutic Interpretation of Childbirth Post Excision. *Health Care for Women International*. 35, s. 300–319.
- Dijkers, M. 2015. What is a scoping review? *KT Update*, 4(1), s. 1–5.
- Elise R. & Johansen B., 2017. Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Reproductive Health*, 14(25).
- Elmusharaf, S., Elhadi, N. & Almroth, L., 2006. Reliability of self-reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. *British Medical Journal*, 333(124), s. 1–5
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.
- Fahmy A., El-Mouelhy M.T. & Ragab A.R. 2010. Female genital mutilation/cutting and issues of sexuality in Egypt. *Reproductive Health Matters*, 18(36), s. 181–190.

Fried S., Warsame A.M., Berggren V., Isman E. & Johansson A. Outpatients' Perspectives on Problems and Needs Related to Female Genital Mutilation/Cutting: A Qualitative Study from Somaliland. *Obstetrics and Gynecology International*, 2013.

Forsberg, C. & Wengström, Y. 2013 *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur

Forsberg, C. & Wengström, Y. 2015. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur

Forskningsetiska delegationen. 2012. God vetenskaplig praxis. (Online) [Hämtat 22.11.2017] <http://www.tenk.fi/sv/god-vetenskaplig-praxis>

Gayle C & Rymer J. 2016. Female genital mutilation and pregnancy: associated risks. *British Journal of Nursing*. 25(17), s. 978–983

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB

Isman E., Warsame A.M., Johansson A., Fried S. & Berggren V., 2013. Midwives' Experiences in Providing Care and Counselling to Women with Female Genital Mutilation (FGM) Related Problems. *Obstetrics and Gynecology International*.

Jungari S. 2016. Female Genital Mutilation Is a Violation of Reproductive Rights of Women: Implications for Health Workers. *Health & Social Work*, 41(1).

Knipscheer J., Vloeberghs E., van der Kwaak A. & van den Muijsenbergh M. 2015. Mental health problems associated with female genital mutilation. *BJPsych Bulletin*, 39, s. 273–277.

Koukoui S., Hassan G. & Guzder J. 2017. The mothering experience of women with FGM/C raising 'uncut' daughters, in Ivory Coast and in Canada. *Reproductive Health*, 14(51).

Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D.G. & The PRISMA Group. 2009. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(7).

Momoh C (2004) Attitudes to female genital mutilation. *British Journal of Midwifery*. 12(10), s. 631–635.

Mulongo, P., Hollins Martin, C. & McAndrew S. 2014. The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 32(5), s. 469–485.

Olsson, H. & Sörensen, S. 2011. *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.

Patel, R. & Davidson, B. 2011. *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Pietiläinen, S., Tiilikainen M. & Johansson, J. 2017. Ympärileikatun naisen raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. I A-M. Äimälä, toim. *Kätilötyö 6-7*, s. 511–524. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Salminen, S. 2017. HS: Suomessa synnyttää viikoittain naisia, joiden sukuelimet on silvottu kiinni - THL haluaa aikaisempia korjausleikkauksia. *Iltalehti 28.3.2017*. (Online) [Hämtat 3.5.2017] http://www.iltalehti.fi/uutiset/201703282200093257_uu.shtml

Salonen, H. 2017. Ympärileikattu äiti voi olla suomalaiselle kätilölle suuri yllätys. *Iltalehti 3.2.2017*. (Online) [Hämtat 3.5.2017] http://www.iltalehti.fi/terveys/201702012200062727_tr.shtml

Terry L & Harris K. 2013 Female genital mutilation: a literature review. *Nursing Standard* [serial online]. 28(1), s. 41–47.

Tiilikainen, M. red. 2011. Kvinnlig omskärelse i Finland. Rekommendationer för personal inom social- och hälsovården. Helsingfors: Kainuun sanomat. (Online) [Hämtat 3.12.2017] https://ihmisoikeusliitto.fi/wp-content/uploads/2014/05/Kvinnlig_omskaelse_i_Finland_IOL_2011.pdf

Tiilikainen, M. toim. 2011. Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus suomessa. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. (Online) [Hämtat 3.12.2017] https://ihmisoikeusliitto.fi/wp-content/uploads/2014/05/Tyttojen_ja_naisten_ymparileikkaus_Suomessa_Suositus_sosiaal_i_ja_terveydenhuollon_henkilostolle_IOL_2011.pdf

UNICEF, 2013. United Nations Children's Fund, Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change, (Online) [Hämtat 29.4.2017] https://www.unicef.org/media/files/UNICEF_FGM_report_July_2013_Hi_res.pdf

UNICEF, 2016. At least 200 million girls and women alive today living in 30 countries have undergone FGM/C. (Online) [Hämtat 29.4.2017]
<https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation-and-cutting/>

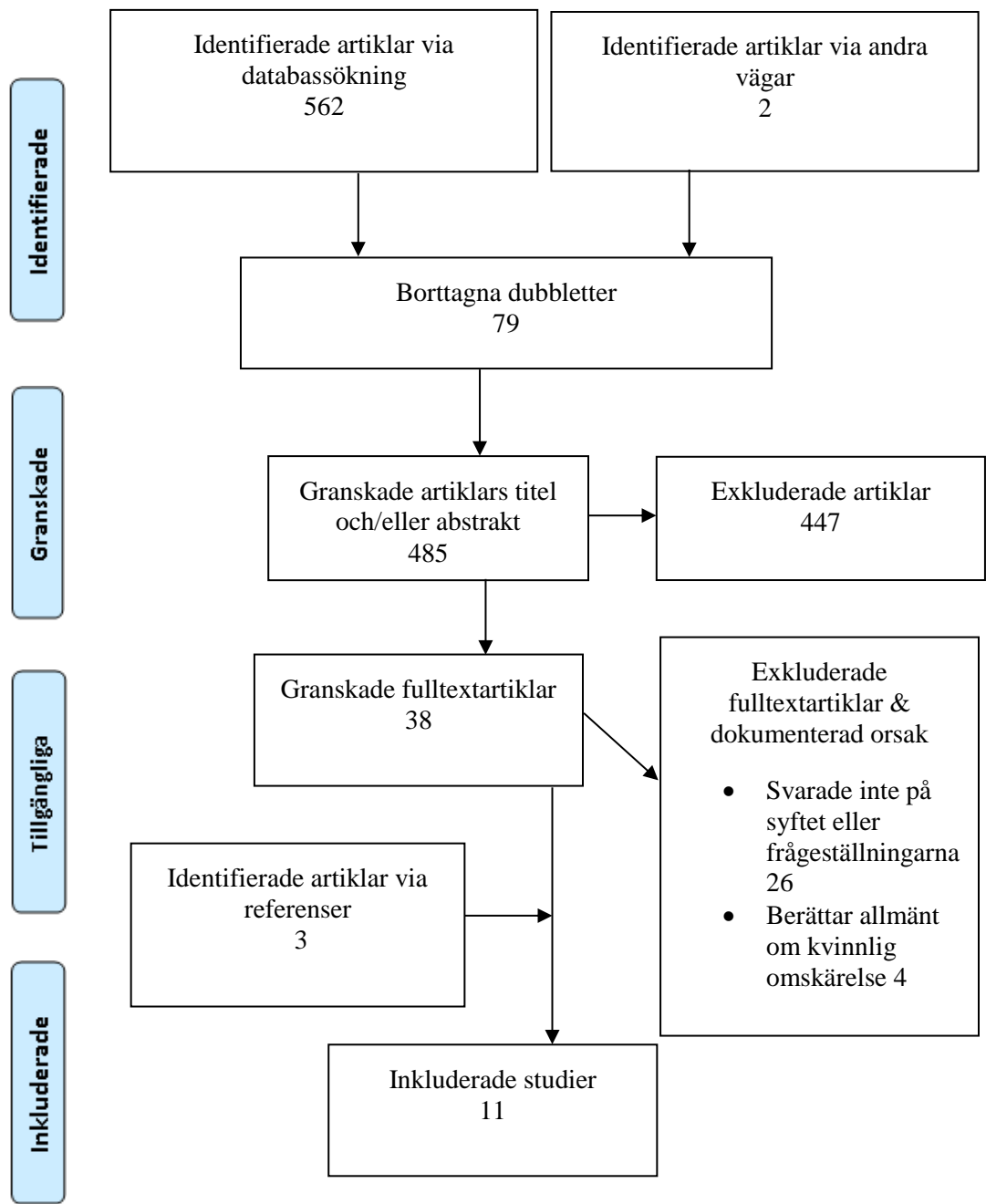
WHO, 2017. Female genital mutilation, (Online) [Hämtat 29.4.2017]
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

Vloeberghs E., van der Kwaakb A., Knipscheerc J. & van den Mujisenbergh, M., 2012. Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health*, 17(6), s. 677–695.

Widmark C., Tishelman C & Maina Ahlberg B., 2002. A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*, 18, s. 113–125.

Wikberg, A. 2014. *En vårdvetenskaplig teori om interkulturellt vårdande – att föda barn i en annan kultur*. Doktorsavhandling. Åbo Akademi. Socialvetenskapliga institutionen, Vårdvetenskap.

Moher et al. 2009



Författare, årtal, land	Titel	Syfte	Metoder	Resultat
1. Ahmed, U & Ylispangar, E., 2017, Finland	Selvitys Suomessa syntyneiden tytöiden ympärileikkauksesta.	Att intervjua flickor som föts i Finland men blivit omskurna, ta reda på hur myndigheter diskuterat ämnet omskärelse och hur de finländska myndigheterna konkret försökt förebygga kvinnlig omskärelse.	Kvalitativ metod. Elva intervjuer och diskussioner med flickor som blivit omskurna, med kulturförklar och med mödrar som har växt upp i ett land med omskärelsekultur.	Flickorna blir förda utomlands för att bli omskurna och ofta vet de inte om att det kommer hända i förväg, ämnet diskuteras inte hemma hos flickorna och flickorna har inte någon att diskutera med efter att omskärelsen gjorts. Omskärelse anses ännu som positivt av många kvinnor som deltog i studien, och enligt rapporten bör man då inte inom förebyggande arbetet kring omskärelse diskutera ämnet på ett för kulturellt sensitivt sätt. Det är viktigt att tala om hur allvarligt kvinnlig omskärelse är, för att minska missuppfattningar kring dess följder för flickornas fysiska och psykiska hälsa.
2. Bergren V., Bergström S. & Edberg, A-K. 2006. <i>Journal of transcultural nursing</i> , Sverige.	Being Different and Vulnerable: Experiences of Immigrant African Women Who Have Been Circumcised and Sought Maternity Care in Sweden.	Att undersöka hur omskurna kvinnor från Somalia, Eritrea and Sudan har upplevt den svenska hälsovården.	En kvalitativ intervjustudie där 22 kvinnor från Somalia, Sudan och Eritrea som nu är bosatta i Sverige intervjuas. Analysmetod: latent innehållsanalys.	Kvinnorna upplevde att de var annorlunda och kände sig sårbara. De led av att ha blivit övergivna och omskurna och de kände sig exponerade i mötet med den svenska hälsovården och personalen. Studien kom fram till att det finns ett behov för individualiserat och kulturellt vårdande och stöd. Vårdpersonalen behöver mer undervisning om kvinnlig omskärelse.

Författare, årtal, land	Titel	Syfte	Metoder	Resultat
3. Dawson A.J., Turkmani S., Varol N., Nanayakkara S., Sullivan E. & Homer C.S.E., 2015. <i>Women and Birth</i> . Australien.	Midwives' experiences of caring for women with female genital mutilation: Insights and ways forward for practice in Australia.	Att ge en inblick i barnmorskors syn på och upplevelser av att vårda omskurra kvinnor.	En deskriptiv kvalitativ studie där man använde sig av fokusgrupper med barnmorskor. Analysmetod: tematisk analys.	Barnmorskorna visade kunskap i att vårda omskurra kvinnor, men de saknade förtroende för sig själva inom detta område. Deltagarna visade rädsla och hade få upplevelser av att vårda omskurra kvinnor. Arbetet med tolkar upplevdes som svårt och barnmorskorna saknade kunskap om olika typer av omskärelse. Även missuppfattningar om patienternas kultur beskrevs. Studien visar att barnmorskorna behöver skoling, träning och stöd för att förbättra sina kunskaper och sitt självförtroende gällande vården av omskurra kvinnor.
4. D'Entremont M., Smythe L. & McAra-Couper J., 2014. <i>Health Care for Women International</i> . Frankrike.	The Sounds of Silence – A hermeneutic Interpretation of Post Childbirth Excision.	Att få en djupare förståelse av vilken påverkan omskärelse har på förlossningen.	Semistrukturerade öppna intervjuer av fyra kvinnor som fött barn i Frankrike. Analysmetod: hermeneutisk fenomenologisk analys.	Alla kvinnor upplevde tystnad kring ämnet omskärelse och många led ensamma. Kvinnorna upplevde dålig kommunikation mellan dem och vårdpersonalen. Vårdpersonalen frågade inte om omskärelsen och berättade inte heller om följderna eller om riskerna.

Författare, årtal, land	Titel	Syfte	Metoder	Resultat
5. Elise R. & Johansen B, 2017., <i>Reproductive Health</i> . Norge.	Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway.	Att undersöka uppfattningar och erfarenheter av kirurgisk defibulation bland immigranter i Norge och att undersöka om kirurgisk defibulation är en accepterad version av ett traditionellt ingrepp eller om det istället utmanar de kulturella grunderna för infibulation.	En kvalitativ studie med 36 deltagare där både intervjuer och observationer använts. Analysmetod: tematisk analys.	Trots att de flesta deltagarna har negativa åsikter om infibulation, ställer dess kulturella betydelse i samband med manlighet och sexuell njutning ett hinder för acceptandet av kirurgisk defibulation. Då vårdgivare diskuterar behandlingsalternativ för komplikationer av infibulation bör de fokusera på kvinnornas och deras partners oro inför framtida sexuella problem som defibulation tros medföra.
6. Fahmy A., El-Mouelhy M.T. & Ragab A.R. 2010., <i>Reproductive Health Matters</i> , 18(36). Egypten.	Female genital mutilation/cutting and issues of sexuality in Egypt.	Att undersöka vilken roll kvinnlig sexualitet spelar i kvinnors och mäns fortsatta stöd för kvinnlig omskärelse och deras uppfattningar om sexuella konsekvenser av kvinnlig omskärelse.	En kvalitativ studie som använt sig av intervjuer och fokusgrupper och hade 201 deltagare. Analysmetod: kvalitativ analys.	Klitoris anses vara källan för sexuell lust istället för sexuell njutning. Kvinnlig omskärelse anses göras för att minska på kvinnornas sexlust och öka kyskhet, men ansågs generellt inte minska kvinnans sexuella njutning. Sexuella problem som t.ex. brist på sexuell njutning i sexuellt umgänge och sexuellt missnöje var utbrett. Politiskt engagemang behövs för att motarbeta kvinnlig omskärelse. Även utbildning inom sexualitet behövs för att minska på missuppfattningar om kvinnlig omskärelse.

Författare, årtal, land	Titel	Syfte	Metoder	Resultat
<p>7. Fried S., Warsame A.M., Bergren V., Isman E. & Johansson A., 2013. <i>Obstetrics and Gynecology International</i>. Somaliland.</p>	<p>Outpatients' Perspectives on Problems and Needs Related to Female Genital Mutilation/Cutting: A Qualitative Study from Somaliland.</p>	<p>Att undersöka öppenvårdspatienternas åsikter om problem och behov relaterat till kvinnlig omskärelse samt deras åsikter om information, vård och rådgivning.</p>	<p>En kvalitativ deskriptiv studie med 7 semistrukturerade intervjuer av kvinnliga öppenvårdspatienter. Analysmetod: kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Alla deltagare hade varit omedvetna om sambandet mellan sina hälsoproblem och sin omskärelse men ville inte helst söka sig till vård. Ingen av deltagarna ville låta sina döttrar infibuleras trots att de själva var infibulerade. De hade på senaste tiden hört att infibulation inte accepterades av Islam. Omskärelse av typen "sunna" var mer accepterad, men få kunde definiera vad det betydde. I deras samhälle dömde man icke-omskurna kvinnor och hånade dem.</p> <p>Religion visade sig ha en stor roll i tron om och utövandet av kvinnlig omskärelse. Information om vilka konsekvenser omskärelse har för hälsan och vart man kan söka sig om man får komplikationer behövs. Religiösa ledares aktivitet behövs i arbetet mot kvinnlig omskärelse.</p>
<p>8. Isman E., Warsame A.M., Johansson A., Fried S. & Bergren V., 2013. <i>Obstetrics and Gynecology International</i>. Somaliland.</p>	<p>Midwives' Experiences in Providing Care and Counselling to Women with Female Genital Mutilation (FGM) Related Problems.</p>	<p>Att beskriva barnmorskornas upplevelser av att vårda och rådgiva kvinnor med problem relaterade till omskärelse.</p>	<p>En kvalitativ induktiv studie där man intervjuade 8 barnmorskor bosatta i Somaliland. Intervjuerna hade semistrukturerade frågor. Analysmetod: kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Barnmorskorna är utmanade av kultur och religion då de ger rådgivning om kvinnlig omskärelse.</p> <p>En stor utmaning var att omskärelse är en kulturell tradition och barnmorskans arbete emot kvinnlig omskärelse således ses som ett försök att ingripa i den somaliska kulturen. Att ha personliga erfarenheter om kvinnlig omskärelse visade sig vara en fördel i rådgivningen av kvinnor.</p>

Författare, årtal, land	Titel	Syfte	Metoder	Resultat
9. Koukoui S., Hassan G. & Guzder J., 2017. <i>Reproductive Health</i> , Ellenbenskusten och Canada.	The mothering experience of women with FGM/C raising 'uncut' daughters, in Ivory Coast and in Canada.	Att undersöka hur mammor upplever meningen och kulturella betydelsen av kvinnlig omskärelse och att få en inblick i upplevelsen att fostra icke-omskurna döttrar.	En kvalitativ studie där 15 personer blev intervjuade. Analysmetod: Kvalitativ analys.	Mödrarna upplevde att fostra icke-omskurna döttrar hade stor betydelse i hur de upplevde sin modersroll. Mödrarna ställdes inför utmaningar speciellt då de var emot att ha sina döttrar omskurna även om deras närsamhälle och familj pressade dem att omskära dem. Mödrarna oroade sig över sina icke- omskurna döttrars sexualitet men kände även stolthet och hopp för sina döttrar.
10. Vloeberghs E., van der Kwakb A., Knipscheerc J. & van den Mujisenbergh, M., 2012. <i>Ethnicity & Health</i> , Nederländerna.	Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands.	Att undersöka vilka psykosociala problem omskurna afrikanska immigrerande kvinnor i Nederländerna upplever, vad de anser att är orsaken till dessa problem och deras åsikt om sambandet mellan dessa problem och deras omskärelse samt hur de hanterar dessa hälsoproblem.	Blandad metod, både standardiserade frågeformulär och intervjuer av 66 kvinnor användes. Analysmetod: Kvalitativa data analyserades med hjälp av ett datorprogram och kvantitativa data analyserades i SPSS.	En sjättedel av kvinnorna led av posttraumatiskt stressyndrom och en tredjedel visade symptom på depression eller ångest. Negativa känslorna om omskärelse blev starkare kring barnafödande eller då man hade fysiska problem. Immigrationen till Nederländerna fick kvinnorna att bli mer medvetna av negativa konsekvenserna av kvinnlig omskärelse. Många kvinnor kände skam över att bli undersökta av en läkare och undvek att besöka läkare som inte försökte dölja hur förvånade de var över omskärelsen.

Författare, årtal, land	Titel	Syfte	Metoder	Resultat
11. Widmark C., Tishelman C & Maina Ahlberg B., 2002. <i>Midwifery</i> . Sverige.	A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden.	Att undersöka hur svenska barnmorskors åsikt och uppfattning mot infibulation och infibulerade kvinnor, deras upplevelser av vårdandet och vilken utbildning de fått som stöder vårdandet av infibulerade kvinnor.	Intervjuer och fokusgrupper med 26 deltagare. Analysmetod: kvalitativ analys.	Vårdpersonalen upplevde utmaningar i kunskap och färdigheter som behövs för vården av infibulerade kvinnor. Utmaningar med kommunikationen mellan vårdpersonalen och patienterna uppstår ofta och vårdpersonalens känslor kommer i vägen för vården av infibulerade kvinnor. Barnmorskorna hänvisade till den svenska lagstiftningen då de mötte problem eller hade olika åsikter än patienterna och deras familjer.