



Akademien för hälsa, vård och välfärd

BARNMORSKORS ERFARENHETER AV ATT VÅRDA KVINNOR SOM GENOMGÅTT KÖNSTYMPNING

Kvalitativ intervjustudie

EVELINA ATTERSTIG

HELENA LUND

Huvudområde: Reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Nivå: Avancerad Nivå

Högskolepoäng: 15 hp

Program: Barnmorskeprogrammet

Kursnamn: Examensarbete inom reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Kurskod: VAE166

Handledare: Magdalena Mattebo

Examinator: Margareta Widarsson

Seminariedatum: 2022-01-13

Betygsdatum: 2022-01-28

SAMMANFATTNING

Syfte: Att beskriva barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor som genomgått könsstympling.

Metod: Kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Tio barnmorskor med erfarenhet av att vårda könsstympade kvinnor intervjuades med semistrukturerade intervjuer via Zoom. Intervjuerna spelades in på mobiltelefon, transkriberades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: I resultatet utvecklades fem kategorier och 12 subkategorier. Kunskapsnivån varierade efter antal år i yrket samt hur ofta barnmorskorna vårdade kvinnor som genomgått könsstympling. Det framkom avsaknad av kunskap om sociokulturell kontext och svårigheter att förstå kvinnor som valt att könsstympas. Användandet av tolk ansågs utmanande då samtal skedde via trepartskommunikation. Beroende på var barnmorskorna arbetade i Sverige uppmärksammades skillnader i hur strukturerat omhändertagandet av kvinnor var samt vilken typ av vård som kunde erbjudas.

Slutsats: Barnmorskornas erfarenheter av att vårda kvinnor som genomgått könsstympling var god. Det framkom att kunskapsnivån varierade utifrån antalet år i yrket. Samtidigt uttrycktes att det fanns kunskapsluckor och att det alltid gick att lära mer. Barnmorskeutbildningens undervisning om ämnet ansågs vara bristfällig. Patientgruppen ansågs som utmanande då det oftast fanns en språkbarriär. Det saknades tydliga riktlinjer på barnmorskornas arbetsplatser kring hur kvinnor som genomgått könsstympling skulle vårdas.

Nyckelord: Barnmorska, Information, Kunskap, Kvinnlig könsstympling

ABSTRACT

Aim: To describe midwives' experiences of caring for women who have undergone genital mutilation.

Method: Qualitative interview study with an inductive approach. Ten midwives were interviewed with semi-structured interviews via Zoom. The interviews were recorded, transcribed, and analyzed with qualitative content analysis.

Results: Five categories and 12 subcategories were developed. Knowledge varied according to years in the profession and how often midwives met the patients. There was a lack of knowledge about the socio-cultural context and difficulties in understanding the women who chose to be mutilated. The use of an interpreter was challenging as conversations took place via tripartite communication. Depending on where midwives worked in Sweden it showed differences in how structured the care of the women was and the type of care that could be offered.

Conclusion: Midwives' experience was good. Knowledge varied based on the number of years in the profession. Knowledge gaps existed and it was possible to learn more. The teaching of midwifery education on the subject was considered deficient. The patient group was considered challenging as there was usually a language barrier. There were no clear guidelines in midwives' workplaces on how women should be cared for.

Keywords: Female genital mutilation, Information, Knowledge, Midwife

INNEHÅLL

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	1
2.1	Definition	1
2.1.1	<i>Former av kvinnlig könsstympning</i>	2
2.2	Lag med förbud mot könsstympning av kvinnor	3
2.3	Förekomst	3
2.4	Traditionen	3
2.4.1	<i>Arv och miljö</i>	4
2.5	Komplikationer	4
2.5.1	<i>Omedelbara</i>	5
2.5.2	<i>Långsiktiga</i>	5
2.6	Öppning av underlivet	5
2.7	Barnmorskans kompetensområde	6
2.8	Barnmorskans internationella etiska kod	6
2.9	Kontakt med vården	7
2.10	Teoretiskt perspektiv	7
2.11	Problemformulering	8
3	SYFTE	9
4	METOD	9
4.1	Design	9
4.2	Urval	9
4.3	Datainsamlingsmetod	10
4.4	Genomförande	10
4.5	Analysmetod	10
4.6	Etiska överväganden	11
4.6.1	<i>Informationskravet</i>	11
4.6.2	<i>Samtyckeskravet</i>	11

4.6.3	<i>Konfidentialitetskravet</i>	12
4.6.4	<i>Nyttjandekravet</i>	12
5	RESULTAT	12
5.1	Den professionella rollen	13
5.1.1	<i>Att välja rätt begrepp</i>	13
5.1.2	<i>Att besitta olika nivåer av kunskap</i>	13
5.1.3	<i>Att sakna utbildning</i>	14
5.1.4	<i>Att sakna riktlinjer</i>	14
5.2	Mötet med kvinnan	14
5.2.1	<i>Att skapa förtroende</i>	14
5.2.2	<i>Att ställa frågan</i>	15
5.3	Kulturella skillnader	17
5.3.1	<i>Att förstå den kulturella kontexten</i>	17
5.3.2	<i>Att utmanas med samtal via tolk</i>	17
5.4	KÖNSSTYMPADE KVINNOR I VÅRDEN	17
5.4.1	<i>Att ha orsak till att söka vård</i>	17
5.4.2	<i>Att identifiera behov av vård</i>	18
5.5	VIKTEN AV INFORMATION	19
5.5.1	<i>Att informera om lagen</i>	19
5.5.2	<i>Att sprida information till andra instanser</i>	19
6	DISKUSSION	20
6.1	Resultatdiskussion	20
6.2	Metoddiskussion	22
6.3	Etikdiskussion	23
7	SLUTSATS	24
8	KLINISKA IMPLIKATIONER	24
9	FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING	25
	REFERENSLISTA	26

BILAGA A: INFORMATIONSBREV TILL CHEF

BILAGA B: INFORMATIONSBREV TILL DELTAGARE

BILAGA C: INTERVJUGUIDE

BILAGA D: ARTIKELMATRIS

1 INLEDNING

Författarna har valt att undersöka barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor som genomgått könsstypning. Författarnas uppfattning om kvinnlig könsstypning är att det är ett område som i allmänhet inte belyses tillräckligt och att det är ett ämne som kan beröra människor i stor utsträckning. En av författarna har arbetat som undersköterska på förlossningsavdelning och vårdat kvinnor som genomgått könsstypning. Författaren upplevde då avsaknad av kunskap hos barnmorskor gällande vården av könsstypade kvinnor och under barnmorskeutbildningen väcktes idén om ämnet. Under barnmorskeprogrammet saknas djupgående undervisning om kvinnlig könsstypning. För att öka förståelsen för kvinnor som genomgått könsstypning önskar därför författarna ta del av information från barnmorskors egna erfarenheter av att vårda kvinnor som genomgått könsstypning.

Eftersom globaliseringen samt invandringen till Sverige ökar från länder där kvinnlig könsstypning är vanligt förekommande anser författarna att mer forskning inom ämnet behövs. Författarna kommer med största sannolikhet träffa kvinnor som genomgått könsstypning i kommande arbete som barnmorskor. Information om hur kvinnor ska vårdas och tas om hand på bästa sätt är värdefullt. Många könsstypade kvinnor lider i tystnad och barnmorskor behöver verktyg för att uppmärksamma dessa kvinnor för att ha möjlighet att ge stöd och eventuell adekvat vård.

2 BAKGRUND

2.1 Definition

Kvinnlig könsstypning avser alla ingrepp som sker i underlivet för att partiellt eller totalt avlägsna klitoris och/eller blygdläppar. Ingreppet sker helt utan medicinsk indikation och medför inga hälsofördelar för den utsatta (Lane m.fl., 2019; Levy m.fl., 2020; Ormrod, 2019). Ingreppet utförs oftast när flickor är små. Åldersspannet är mellan spädbarnsåldern och cirka 14 års ålder (UNICEF, 2020). Ingreppet kan även utföras på kvinnor som snart ska ingå äktenskap eller på kvinnor som precis fött sitt första barn (Levy m.fl., 2020; Ormrod, 2019).

2.1.1 Former av kvinnlig könsstympning

Johnsdotter (2019), Lane m.fl. (2019) samt Levy m.fl. (2020) beskriver att kvinnlig könsstympning delas in i fyra klassificeringar (se bild 1):

1. *Klitoridektomi*. Innebär att klitoristoppen och/eller klitoriskappan delvis eller totalt skärs bort.
2. *Excision*. Innebär att klitoristoppen och de inre blygdläpparna delvis eller totalt skärs bort, med eller utan borttagning av de yttre blygdläpparna.
3. *Infibulation eller faraonisk könsstympning*. Innebär att den vaginala öppningen förminskas genom att antingen de inre eller yttre blygdläpparna skärs upp för att skapa sårkanter och sen sys ihop. Vanligt att även klitoristoppen skärs bort. Vid den här typen av könsstympning lämnas enbart ett litet hål för att menstruationsblod och urin ska kunna passera.
4. Innebär andra skadliga ingrepp på underlivet av icke medicinska skäl. Det kan vara att pricka klitoris och vävnaden runt omkring med ett vasst föremål, att skrapa eller bränna på andra delar av underlivet.

Levy m.fl. (2020) beskriver att uppskattningsvis 90% av utförd kvinnlig könsstympning avser typ 1, 2 eller 4. Det mest omfattande ingreppet, typ 3 sker uteslutande i norra delarna av Afrika.

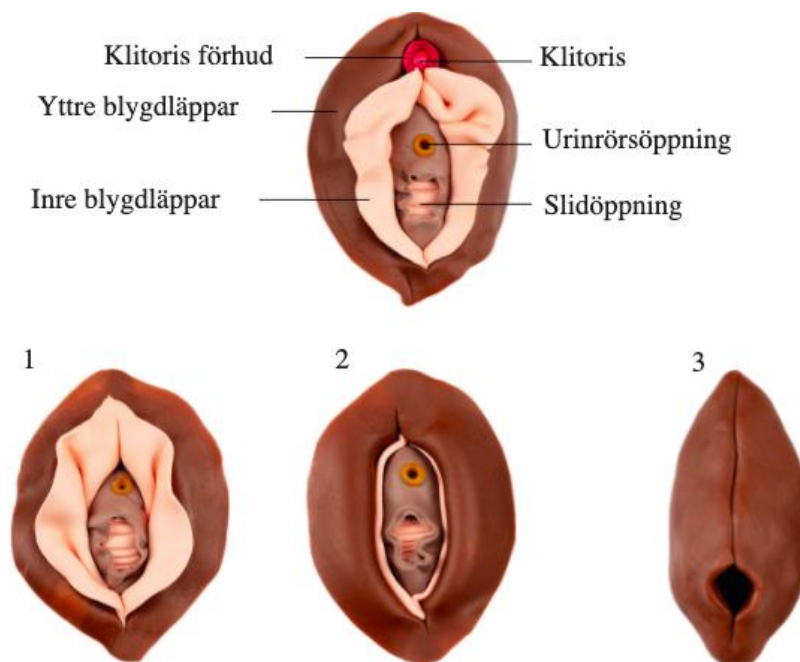


Bild 1. Former av kvinnlig könsstympning. Ovanstående bild lånad från www.1177.se

2.2 Lag med förbud mot könsstympning av kvinnor

Kvinnlig könsstympning är förbjudet enligt svensk lag sedan 1982 (SFS 1982:316). I Sverige är det förbjudet att utföra ingrepp i det kvinnliga könsorganet med syfte att stympa eller utföra andra kvarstående förändringar i underlivet oavsett samtycke. Den som bryter mot lagen riskerar att dömas till fängelse i minst två år till högst tio år (SFS 1982:316). En ny paragraf tillkom i lagen år 1999. Paragrafen innebär att det är förbjudet att utföra kvinnlig könsstympning utomlands oavsett om det är lagligt i det landet. Den svenska lagen kan användas och tillämpas i domstol (SFS 1999:267). Försök, förberedelse, stämpling och att undanhålla eller förhindra brott är också olagligt. Tre personer har dömts för brottet i Sverige sedan 1982, två 2006 och en 2018 (Regeringskansliet, 2018). I maj 2020 ändrades den del i brottsbalken som hanterar könsstympning av barn. Preskriptionstiden avskaffades för barn som könsstympats under tiden de bott i Sverige oavsett om ingreppet skett innan lagen trädde i kraft (SFS 2020:173).

Tidigare forskning visar att migranter är medvetna om att könsstympning är förbjudet i Sverige (Jordal m.fl., 2019; Strid, 2020). Däremot är migranter inte medvetna om att det är olagligt trots samtycke eller om någon skulle könsstympas i ett land där detta är tillåtet. Somaliska migranter är inte medvetna om att det är olagligt att planera eller ha kännedom om att någon ska könsstympas. Trots viss förkunskap gällande lagens innebörd saknas kunskap om de rättsliga konsekvenserna vid brytande av lagen (Strid, 2020). Migrerande kvinnors syn på könsstympning förändras desto mer kvinnor interagerar i det svenska samhället. Att få bo i Sverige ger kvinnor nya kroppsideal och annan uppfattning om den kvinnliga sexualiteten. Migrerande kvinnor upplever större chans att förverkliga egna drömmar och mål efter boende i Sverige (Jordal m.fl., 2019).

2.3 Förekomst

Kvinnlig könsstympning utförs i 31 länder som täcker över tre kontinenter världen över (Akweongo m.fl., 2021). Mer än hälften av all kvinnlig könsstympning sker i Afrika där Somalia står för cirka 97% av fallen tätt följt av Guinea med 92%, Djibouti med 88% samt Mali med 86%. Ingreppet förekommer även i Mellanöstern och i vissa delar av Asien. Till följd av ökad globalisering ökar den kvinnliga könsstympningen också i Europa, Australien och Nordamerika (UNICEF, 2020).

2.4 Traditionen

Traditionen att könsstympa unga flickor har tillämpats i mer än 2000 år (Akweongo m.fl., 2021). Globalt könsstympas årligen cirka 3,9 miljoner unga flickor. Med dagens utveckling beräknas antalet stiga till 4,6 miljoner år 2030. Cirka 200 miljoner flickor och kvinnor som lever idag beräknas ha utsatts för någon typ av könsstympning (UNICEF, 2020). En tidigare studie visar att det saknas underlag för att fastställa varför och var traditionen uppstod. Trots att det inte finns skriftligt stöd i någon religion betraktas traditionen som ett religiöst påbud.

Kvinnlig könsstympning är kulturellt djupt rotad, utförs fortfarande och kopplas samman med kvinnors status samt roll i samhället (Akweongo m.fl., 2021). Vissa menar att ingreppet bidrar till att flickors oskuld bevaras innan giftermålet och välkomnar unga flickor in i vuxenvärlden (Levy m.fl., 2020). Kvinnor som inte är oskuld i samband med giftermål anses sakna värde. Anklagelsen att inte vara oskuld i samband med giftermål kan leda till social exkludering (Chavez-Karlström m.fl., 2020).

Tidigare forskning visar att flertalet föräldrar väljer att könsstympta döttrar för att skydda döttrarnas framtid och säkerställa bortgifte. Föräldrar upplever rädsla att ingen man ska vilja ingå äktenskap med deras döttrar som inte könsstympats (Strid, 2020). I länder där könsstympning är etablerat ses traditionen mer som nödvändighet inför giftermål då kvinnors sexualitet med enkelhet kan kontrolleras. Om kvinnors sexuella njutning minskar ökar sannolikheten att de är trogna till sin man. Traditionen anses också bidra till att flickors könsorgan blir ”vackert och rent” samt att flickor omvandlas från flicka till ”en riktig kvinna” (Levy m.fl., 2020; Strid, 2020).

I en studie av Strid (2020) menar fäder att deras döttrar skulle utsättas för katastrofala hälsorisker utan könsstympning då döttrarna skulle ha svårighet att hålla god hygien. Trots det skulle fäder tillåta söner att ingå äktenskap med kvinnor som ej är könsstympade. Fäder beskriver kvinnlig könsstympning som en kvinnofråga, det är ingenting männen ska tala om och betonar vikten av att följa lagar, normer samt traditioner.

2.4.1 Arv och miljö

Flera studier visar att kvinnor och familjers utbildningsnivå, bostadsområde samt ekonomiska status påverkar handlingar som könsstympning. Föräldrar med formell utbildning, boende i en stad och med god ekonomi är mindre benägna att könsstympta döttrar. Föräldrars utbildningsnivå har inverkan på barn för att könsstympning av döttrar inte ska fortgå i generationer. Föräldrar som bor på landsbygden, har sämre ekonomi och saknar formell utbildning är i högre utsträckning benägna att könsstympta döttrar (Alemu & Haile, 2021; Ameyaw m.fl., 2020; Small m.fl., 2020). Flera menar att utbildning och informationskampanjer om kvinnlig könsstympning är viktigt för att minska och stoppa ingreppet. Det har även visat att utbildning i tidig skolålder samt inkludering av pojkar och män är värdefullt för att minska förekomsten av ingreppet (Plugge m.fl., 2019).

2.5 Komplikationer

Ingreppet medför hälsorisker för unga flickor och kvinnor globalt. Vissa flickor dör till följd av könsstympning. I Afrika och vissa delar av Mellanöstern är det vanligt att ingreppet utförs av äldre kloka kvinnor i byn som står högt upp i hierarkin eller av kvinnor som uppger sig vara barnmorskor men saknar utbildning. Vissa ingrepp utförs av barberare. Verktygen som används är oftast smutsiga och kan vara allt från en gammal glasskärva till rakblad eller kniv (UNICEF, 2020).

2.5.1 Omedelbara

Eftersom ingreppet till största del utförs utan bedövning är det en smärtsam och traumatisk upplevelse. Smärta uppstår omedelbart eller efter bedövningen slutat verka. Om ingreppet utförs utan bedövning ökar risken att flickor försöker vrida undan kroppen och snittet blir felaktigt gjort vilket bidrar till risk för en permanent skada på urinröret (Lurie m.fl., 2020).

2.5.2 Långsiktiga

Många flickor och kvinnor får men för livet och blir djupt påverkade psykiskt med bland annat diagnoser som posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), ångest och depression (Cottler-Casanova m.fl., 2020; Mbanya m.fl., 2020; Moxey & Jones, 2016). Kvinnor vittnar om traumatiska minnen från könsstympningen då de blev fasthållna av flertalet vuxna samtidigt som någon skar i underlivet vilket bidrog till extrem smärta. Efter ingreppet fick de ligga stilla i flera veckor samtidigt som benen var fastbundna för att blygdläpparna skulle ha möjlighet att växa ihop (Chavez-Karlström m.fl., 2020).

Långsiktiga komplikationer för flickor och kvinnor beror på vilken typ av könsstympning de utsätts för (Cottler-Casanova m.fl., 2020). Faraonisk könsstympning är det ingrepp som medför mest komplikationer. Då de inre eller yttre blygdläpparna sys ihop täcker det för urinrörsmynningen vilket i många fall bidrar till svårigheter att tömma urinblåsan. Många flickor och kvinnor behöver sitta längre stund på toaletten och krysta fram urin. Risk för urinvägsinfektion ökar vid kvarhållande av urin samt svårigheter att hålla god intymhygien. Vissa kvinnor upplever också delad urinstråle när den sydda vävnaden inte växer ihop på korrekt sätt (Lurie m.fl., 2020). Risk för långdragna blödningar är också en komplikation då slidmynningen kan vara så pass liten att menstruationsblod har svårt att rinna ut. Samlagssmärter, svårigheter med vaginalt omslutande samlag samt minskad sexuell lust är också vanliga komplikationer vid faraonisk könsstympning (Cottler-Casanova m.fl., 2020; Mbanya m.fl., 2020; Moxey & Jones, 2016).

Vissa flickor upplever rädsla att utöva idrott då de är rädda att det strama ihop sydda underlivet ska spricka upp (Chavez-Karlström m.fl., 2020). Det finns ökad risk för gynekologiska och graviditetsrelaterade hälsoproblem bland könsstympade (Fox & Johnson-Agbakwu, 2020). Det finns också risk för komplicerad förlossning och i vissa fall är förlossningen så pass komplicerad att den leder till död för både mor och barn (Lurie m.fl., 2020).

2.6 Öppning av underlivet

Kvinnor som är faraoniskt könsstympade kan med hjälp av operation öppna upp underlivet igen. Ingreppet benämns som defibulation och utförs i narkos eller med lokalbedövning. Vid defibulation läggs ett främre snitt vid de ihop sydda blygdläpparna som leder till att den vaginala öppningen öppnas. Där snittet läggs skapas nya yttre blygdläppar. Defibulation gör att menstruationsblod och urin kan lättare passera och samlivet underlättas. Det är också ett ingrepp som är nödvändigt när kvinnor ska föda barn (Berg m.fl., 2018).

Även om defibulation är ett litet kirurgiskt ingrepp vittnar kvinnor att beslutet är svårt att ta då de upplever rädsla att bli misshandlade eller att deras män ska begära skilsmässa (Mbanya m.fl., 2020). För kvinnor som genomgår defibulation innan giftermål kan inte oskuld garanteras vilket bidrar till att de har svårt att ta beslutet om defibulation (Johansen & Elise, 2017). Männerna vill själva töja och öppna vaginalpassagen och om kvinnor genomgår defibulation innan giftermål anses männens manlighet hotad och det ses som en kränkande handling från kvinnor. Vissa kvinnor är också rädda att ingreppet kommer förändra underlivets utseende och att underlivet då inte tilltalar mannen (Mbanya m.fl., 2020).

Eftersom många kvinnor har psykiska trauman från könsstympningen orkar inte alla genomgå ytterligare ett ingrepp i form av defibulation. Kvinnor kan då välja att bli öppnade med ett klipp i samband med förlossning (Moxey & Jones, 2016). Forskning visar att många kvinnor från Sudan väljer att bli ihop sydda efter förlossningen för att underlivet ska se ut som tidigare, detta då kvinnor upplever starka påtryckningar från omkretsen (Johansen & Elise, 2017). Att sy ihop underlivet igen efter förlossning kallas för reinfibulation och i Sverige är det förbjudet att reinfibulera (Socialstyrelsen, 2002).

2.7 Barnmorskans kompetensområde

I barnmorskans kompetensområde ingår reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa. Barnmorskor ska arbeta hälsofrämjande, förebyggande och kunna identifiera våld i nära relationer såsom hedersrelaterat våld samt förtryck. Barnmorskor ska främja sexuell hälsa och förebygga sexuell ohälsa samt kunna identifiera avvikelser i samband med gynekologisk undersökning (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018).

World Health Organization (WHO, 2019) har arbetat med sexuell hälsa sen 1974. Organisationen definierar sexuell hälsa som ett fysiskt, känslomässigt, mentalt och socialt välbefinnande i förhållande till sexualitet. Det innefattar inte bara frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. En sexuell hälsa ska innebära att individer har ett förhållningssätt som är positivt och respektfullt till sexualitet samt sexuella relationer. Sexuella upplevelser ska vara säkra och fria från tvång, diskriminering samt våld. Alla individers sexuella rättigheter måste respekteras, skyddas och uppfyllas.

2.8 Barnmorskans internationella etiska kod

Barnmorskor ska enligt den internationella etiska koden för barnmorskor utgå från evidensbaserad kunskap i arbetet för att ha möjlighet att bedriva säker vård. Barnmorskor ska ta hänsyn till kulturella olikheter i vården av kvinnor och familjer men samtidigt arbeta förebyggande för att eliminera skadliga åtgärder inom respektive kultur. Det bör finnas medvetenhet hos barnmorskor om vad våld mot etiska och mänskliga rättigheter har för konsekvenser på kvinnor och barns hälsa. Barnmorskor ska arbeta för att eliminera den typen av våld. Kvinnor ska vid behov och av respekt remitteras vidare till annan hälsoprofession då annan kompetens anses nödvändig. I ett förtroendefullt samtal med

barnmorskor ska kvinnors integritet skyddas. Det som sågs i förtroende till barnmorskor är sekretessbelagt med undantag om svensk lag påvisar annat. Syftet med koden är att förbättra vården för kvinnor, familjer och spädbarn världen över (Svenska Barnmorskeförbundet, 2014).

2.9 Kontakt med vården

Tidigare forskning visar att det finns rädsla bland migranter att möta sjukvården som könsstympad. Kvinnor upplever rädsla att bli kritiserade och att sjukvårdspersonal ska misstänka kvinnor för att föra traditionen vidare inom familjen. Kvinnor upplever att sjukvårdspersonal fokuserar mer på den kriminella aspekten än att erbjuda vård (Mbanya m.fl., 2020). En annan studie visar att kvinnor inte har något emot att tillfrågas om erfarenheter av könsstympning eller om eventuell planering att könsstympa döttrar (Moxey & Jones, 2016). Vårdsökande kvinnor som könsstympats anser att det finns brister i information om möjligheter att söka vård. Flertalet könsstympade kvinnor upplever kunskapsbrist om könsstympning hos barnmorskor på förlossningsavdelning (Mbanya m.fl., 2020). Forskning visar också att en majoritet av barnmorskor upplever brist på erfarenhet och skicklighet för att korrekt vårda könsstympade kvinnor. Barnmorskor belyser även vikten av barnmorskors egen professionella utveckling gällande kvinnlig könsstympning (Dawson m.fl., 2015).

Tidigare forskning visar att kvinnor som genomgått könsstympning är nöjda med den mödrahälsovård och förlossningsvård som bedrivs i Sverige. Däremot önskar kvinnor att barnmorskor har mer kunskap om kvinnlig könsstympning och hur barnmorskor ska stötta kvinnor på ett professionellt sätt (Lundberg & Gereziher, 2008). Det finns tacksamhet för svensk sjukvård och möjligheten att kunna få hjälp, bli tagen på allvar och få ett erkännande av vad kvinnor tidigare upplevt (Jordal m.fl., 2021). En god relation mellan kvinnor och barnmorskor är av värde och påverkar hela upplevelsen av vården. Det påverkar hur öppna kvinnor kan vara gällande egna upplevelser kring könsstympning (Moxey & Jones, 2016).

2.10 Teoretiskt perspektiv

Författarna har valt att använda Sigridur Halldorsdottir och Sigfridur Karlsdottirs (2011) teori "Den goda barnmorskan" som teoretiskt perspektiv. I teorin beskrivs att barnmorskans arbete ska grundas i evidens och teori. Barnmorskans professionalism är enligt teorin uppbyggd på fem huvudaspekter; professionell omsorg, kompetens, visdom och interpersonell kompetens tillsammans med barnmorskans självkänedom och självutveckling.

Professionell omsorg handlar om att den goda barnmorskan tar hand om och bryr sig om kvinnan samt familjen. Barnmorskan är varm, öppen, lyhörd, visar god vilja och empatisk förmåga. Barnmorskan har ett etiskt ansvar och vårdar kvinnan på ett respektfullt sätt samt besitter kunskap om kulturer. Hänsyn ska visas till kvinnans kulturella bakgrund och

barnmorskan ska inte agera dömande eller diskriminerande. Det ska kännas lätt att söka vård hos en barnmorska och barnmorskan ska vara närvarande och kunna erbjuda stöd. Den goda barnmorskans kompetens är att ge rätt vård och behandling samt kunna följa upp, utbilda och stärka kvinnan samt familjen. Barnmorskan ska vara kvinnans advokat vid behov. Professionell visdom handlar om barnmorskans kunskap och erfarenhet, tillgodose kvinnans behov för att uppnå kvinnans mål, arbeta enligt evidens och beprövad erfarenhet samt vara medveten om när annan profession behöver rådfrågas. Interpersonell kompetens innebär att barnmorskan tar initiativ till samtal, besitter kunskap om samtal, knyter an till kvinnor och ger information på ett förståeligt sätt. Barnmorskan ska kunna samverka med professioner vid behov. En god barnmorska utvecklas både på ett personligt och på ett professionellt plan genom att utveckla det egna kunskapsområdet och använda reflektion i arbetet. Vidare är det viktigt att känna till egna attityder, känslor och begränsningar inom den egna kompetensen. Att arbeta som barnmorska är ett livslångt lärande och barnmorskans utmaning är att sammanföra flera komponenter i sitt arbete till en helhet. När det lyckas drar kvinnan nytta av barnmorskans professionalism (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

Det teoretiska perspektivet ”Den goda barnmorskan” anses vara relevant för arbetet då barnmorskan i vården av kvinnor som genomgått könsstympning bör arbeta utifrån perspektivet. Barnmorskan ska besitta kunskap för att kunna ta initiativ till samtal med kvinnan med respekt till kvinnans kulturella bakgrund. Barnmorskan har eget ansvar att uppdatera det egna kunskapsområdet och att vara medveten om egna begränsningar. När den egna kompetensen inte räcker till ska barnmorskan kunna rådfråga annan profession för att ha möjlighet att utbilda och stärka kvinnan och familjen.

2.11 Problemformulering

I takt med ökad globalisering och invandring till Sverige från länder där kvinnlig könsstympning praktiseras ställs nya krav på barnmorskors kunnande. Från och med år 2030 beräknas 4,6 miljoner unga flickor i världen könsstympas varje år och några av dessa unga kvinnor kan komma att migrera till Sverige. Barnmorskor möter patientgruppen genom utövandet av yrket och kan vara en värdefull stödperson för utsatta kvinnor. För att ge kvinnor korrekt vård genom ett etiskt och kvinnocentrerat tillvägagångssätt behövs mer kunskap om kvinnlig könsstympning, både om fenomenet och om barnmorskors erfarenheter. Det finns en del forskning om erfarenheter från kvinnor som genomgått könsstympning men det saknas från barnmorskors perspektiv. Den tidigare forskning som finns menar att kvinnor som genomgått könsstympning önskar att barnmorskor besitter mer kunskap om fenomenet för att ha möjlighet att ge stöd och hänvisa kvinnor till rätt vårdinstans. Barnmorskor upplever brist på erfarenhet och skicklighet för att vårda könsstympade kvinnor på ett professionellt sätt. Förhoppningsvis kommer arbetet bidra till förståelse för vad barnmorskor besitter för kunskap samt vad som saknas i vården av könsstympade kvinnor. Vidare kan arbetet bidra till att barnmorskor har möjlighet att utveckla det egna kunskapsområdet och reflektera över sin kunskap med mål att stärka kvinnor och deras familjer. Genom att identifiera styrkor och svagheter kan vården av dessa kvinnor förbättras samt ge barnmorskor ökad kunskap om ämnet.

3 SYFTE

Syftet med arbetet var att beskriva barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor som genomgått könsstympning.

4 METOD

4.1 Design

För att beskriva barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor som genomgått könsstympning användes kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Användandet av kvalitativ metod är gynnsam när syftet är att få förståelse för visst fenomen eller fördjupa sig i människors upplevelser (Henricson & Billhult, 2017).

4.2 Urval

Arbetets inklusionskriterier var barnmorskor med erfarenheter av att vårda kvinnor som genomgått könsstympning. Exklusionskriterier var annan profession med erfarenheter av att vårda kvinnor som genomgått könsstympning. Via mejl kontaktade författarna chefer på 20 olika barnmorskemottagningar, gynekologiska mottagningar samt en ungdomsmottagning i Mellersta- och Sydsverige. I mejlet fanns informationsbrev till chef (se bilaga A) samt till tilltänkta deltagare (se bilaga B). Om chefen godtog och lämnade samtycke till att medarbetare fick delta i undersökningen vidarebefordrade chefen informationsbrevet till deltagaren. Därefter tog deltagarna kontakt med författarna och tid för intervju bokades in. Av de 20 tillfrågade cheferna var det 14 som svarade och godtog att deras medarbetare fick delta. Intervjuerna påbörjades under vecka 45, 2021. Då cheferna skötte kontakten med barnmorskorna är det svårt att veta hur många barnmorskor som valde att tacka nej. Av samtliga barnmorskor som tackade ja till att delta inkluderades alla i arbetet. Strategiskt urval användes och enligt Henricson och Billhult (2017) är det urvalet oftast bäst att använda vid kvalitativ ansats då det ger rättvis fördelning av variation gällande till exempel ålder, kön och erfarenhet. Vid strategiskt urval handplockas individer som är tilltänkta att delta i arbetet (Henricson & Billhult, 2017). Under fyra veckors tid intervjuades tio barnmorskor. Deltagarnas arbetslivserfarenhet som barnmorska varierade från fem månader till 28 år.

4.3 Datainsamlingsmetod

Författarna använde semistrukturerade intervjuer med intervjuguide vid datainsamlingen (se bilaga C). Intervjuguiden baserades på frågor som författarna arbetat fram med inspiration från andra examensarbeten om könsstympling. Vid användandet av semistrukturerad intervju med intervjuguide används öppna frågor och allt eftersom intervjun fortlöper kan intervjuaren styra genom att ställa följdfrågor. Under intervjun kan ordningen på intervjufrågorna ibland ändras (Danielson, 2012). Den första intervjun som utfördes var en pilotintervju och den utfördes på en deltagare och har inkluderats i resultatet. Efter pilotintervjun tillfrågades deltagaren om deltagaren hade några frågor att komplettera med men så var inte fallet. Därför utfördes inga ändringar i intervjuguiden. Enligt Polit och Beck (2012) kan pilotintervju vara bra att genomföra för att säkerställa att intervjuguiden är förståelig och av god kvalitet.

4.4 Genomförande

Intervjuerna genomfördes på Zoom under deltagarnas arbetstid. Författarna avsatte cirka en timme till varje intervju och intervjuerna spelades in på författarnas mobiltelefoner. Samma förhållande gällde för pilotintervjun. Den intervju som var kortast varade 17:39 minuter, den längsta varade 51:58 minuter. Under de två första intervjuerna medverkade båda författarna, sedan delades intervjuerna upp så att författarna slutligen hade intervjuat fem barnmorskor vardera. Efter varje avslutad intervju transkriberades materialet direkt och författarna transkriberade de intervjuer de själva hållit i. Varje intervju tilldelades olika kodnummer för avidentifiering.

4.5 Analysmetod

Författarna använde sig av kvalitativ innehållsanalys för att analysera och beskriva materialet som transkriberats (Graneheim & Lundman, 2004). I innehållsanalysen tillämpades manifest nivå vilket innebär att materialet tolkas sparsamt och ingen läsning mellan rader sker (Graneheim m.fl., 2017). Enskilt läste författarna flertalet gånger igenom det material de själva transkriberat. Därefter utfördes innehållsanalys enskilt på de intervjuer författarna hållit i. Varje författare analyserade fem intervjuer vardera. Vid analysen strök författarna under meningsbärande enheter med en färg för varje enskild intervju. Meningsbärande enheter lades sedan in i ett enskilt dokument för att kondensera enheterna vidare. Kondensering bidrar till enklare hantering av innehållet genom att texten kortas ned (Graneheim & Lundman, 2004). Efter kondenseringen valdes koder ut, detta då framtagna meningsbärande enheter skulle beskrivas kort (se tabell 1). Efter kodning arbetade författarna tillsammans för att sammanställa koderna till passande subkategorier som sedan bildade kategorier. I resultatet framkom fem kategorier med totalt 12 subkategorier.

Tabell 1. Exempel på innehållsanalysen.

Meningsenheter	Kondensering	Koder	Subkategorier	Kategorier
När vi föreläser använder vi alltid ordet könsstympning, men vi pratar samtidigt om att i mötet med kvinnan så använder vi det ordet som hon använder (1)	Använder alltid ordet könsstympning när vi föreläser. I mötet med kvinnan använder vi ordet som kvinnan själv använder (1)	Använda olika begrepp	Att välja rätt begrepp	Den professionella rollen
Man kan säga så här, kommer dom från Afrika då frågar jag alltid. Är det andra generationen försöker jag komma ihåg att fråga (3)	Kommer de från Afrika frågar jag alltid. Är det andra generationen försöker jag komma ihåg att fråga (3)	Frågan	Att ställa frågan	Mötet med kvinnan
Men många har i alla fall kunskap om att vi i Sverige inte gör det. Dom har ju pratat inom sin familj och så, och dom vet ju att vi inte gör det (10)	Många har kunskap om att det inte är något vi gör i Sverige. De har oftast pratat inom sin familj (10)	Kunskap om lagen	Att informera om lagen	Vikten av information

4.6 Etiska överväganden

Innan arbetet påbörjades skickade författarna in etikansökan till deras handledare och fick godkänt. Författarna har i arbetet utgått ifrån Vetenskapsrådets riktlinjer för forskningsetik och då följt fyra huvudkrav; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002).

4.6.1 Informationskravet

Informationskravet har tillgodosetts genom att chefer (se bilaga A) samt deltagare (se bilaga B) erhöll informationsbrev. I breven beskrevs all information om arbetet tydligt samt att arbetet var frivilligt att delta i (Vetenskapsrådet, 2002).

4.6.2 Samtyckeskravet

Samtyckeskravet har tillgodosetts genom att inhämta samtycke från deltagarna. Eftersom intervjuerna skedde via Zoom beskrevs det i informationsbrevet att genom att svara på mejlet och planera intervjutid, tackade även deltagarna ja till att delta i arbetet. Det fanns ingen personlig förbindelse mellan deltagarna och författarna som skulle kunnat beröra beroendeförhållandet mellan parterna. Ali och Skarsäter (2017) beskriver att

Samtyckeskravet existerar så deltagarna kan ge samtycke till att insamlat material får användas i arbetet.

4.6.3 Konfidentialitetskravet

Konfidentialitetskravet har tillgodosetts genom att författarna inte nämner i arbetet vilken arbetsplats som deltagarna kommer ifrån. All data avidentifierades och intervjuerna fick särskilda kodnummer. Information gällande vem av deltagarna som hade vilket kodnummer sparades i en mapp på författarnas datorer som ingen annan hade tillgång till. Listan kommer att raderas efter arbetets slut (Vetenskapsrådet, 2002).

4.6.4 Nyttjandekravet

Nyttjandekravet har tillgodosetts genom att allt insamlat material enbart var tänkt till arbetets resultat. Mejlkonversation som skett under arbetets gång med chefer och deltagare samt allt insamlat material kommer att raderas från författarnas mobiltelefoner och datorer efter godkänt arbete (Vetenskapsrådet, 2002).

5 RESULTAT

I resultatet framkom fem kategorier med totalt 12 subkategorier (se tabell 2).

Tabell 2. Översikt över kategorier med subkategorier.

Subkategorier	Kategorier
Att välja rätt begrepp	Den professionella rollen
Att besitta olika nivåer av kunskap	
Att sakna utbildning	
Att sakna riktlinjer	
Att skapa förtroende	Mötet med kvinnan
Att ställa frågan	Kulturella skillnader
Att förstå den kulturella kontexten	
Att utmanas med samtal via tolk	Könsstympade kvinnor i vården
Att ha orsak till att söka vård	
Att identifiera behov av vård	Vikten av information
Att informera om lagen	
Att sprida information till andra instanser	

5.1 Den professionella rollen

5.1.1 Att välja rätt begrepp

Barnmorskorna beskrev varierade erfarenheter kring vilket begrepp som användes i samtal med kvinnorna. Kvinnlig könsstymning var det vanligaste förekommande begreppet men även begrepp som klippt eller omskuren användes som förklaring. Ibland behövde barnmorskorna förklara begreppet beroende på språksvårigheter. Barnmorskorna beskrev svårigheter med valet av ord då vissa kvinnor inte förstod innebörden av ordet könsstymning eller omskuren. Barnmorskorna berättade vidare att kvinnorna inte alltid hade ett ord för det som hänt. *”Det beror lite på hur mycket dom kan om det, vilken kunskap kvinnorna har. En del kanske inte ens vet att dom är...att man har gjort någonting...att man har könsstymning dom”*. (Intervju 2). Barnmorskorna var noga med att använda det ordet som kvinnorna använde för att inte skambelägga dem. Majoriteten av samtal med kvinnor skedde genom tolk och då fanns även en osäkerhet hos barnmorskorna av vilket ord tolken använde.

5.1.2 Att besitta olika nivåer av kunskap

Det framkom att barnmorskornas kunskapsnivå varierade utifrån antal år i yrket. Goda kunskaper inom ämnet, trygghet att genomföra vaginala undersökningar samt önskan om att hjälpa kvinnorna bidrog till ökat intresse av kunskapsinhämtning. *”Ju mer jag jobbar med det, ju mer inser jag att det är otroligt mycket jag inte vet, inte förstår...det är otroligt komplext”*. (Intervju 2). Samtidigt uttryckte barnmorskorna att det fanns kunskapsluckor och att det alltid gick att lära mer. Kunskap från kollegor, interna utbildningar på arbetsplatsen, kunskap från Socialstyrelsen och arbetsplatsens PM gavs som exempel på fortbildning. Barnmorskorna berättade att vissa läkare på arbetsplatsen delgav kunskap för att öka kunskapen om ämnet.

Kunskapsnivån ansågs bero på hur ofta barnmorskorna vårdade könsstymnade kvinnor. Barnmorskorna ansåg att regelbunden vård av kvinnorna ökade tryggheten i den egna kunskapen. Vidare framkom behovet av uppdatering samt att behöva tänka till mer om barnmorskorna vårdade könsstymnade kvinnor mer sällan. Att uppdatera kunskapen och uppmärksamma ämnet ansågs vara viktigt för barnmorskorna.

”Allting som man inte gör varje dag utan som man kommer i kontakt med mer sällan behöver man ju ständigt egentligen förnya...så det här att ständigt aktualisera och föra frågan på tal, alltså kortare utbildningstillfällen, tror jag är bra...precis som man gör med HLR”. (Intervju 8).

Det framkom också exempel på arbetsplatser med utåtriktat arbete med spridning av kunskap genom föreläsningar för Socialtjänst, skolhälsa och vårdcentraler.

Barnmorskorna ansåg att sociokulturell kompetens saknades i vården av kvinnorna. Den kulturella kontexten var svår att förstå och kan skilja mellan byar i ett land. Barnmorskorna önskade mer kunskap om de olika graderingarna av könsstymning samt vad könsstymning

innebar för kvinnor som blivit utsatta. Samtidigt uttryckte barnmorskorna en avsaknad av kunskap om sexualitet kopplat till könsstympning och vilken förväntning som fanns på den kvinnliga kroppen. *"Vems är kroppen, tillhör den mig själv eller andra i min omgivning"*. (Intervju 2). Vidare beskrev barnmorskorna kunskapsbrist hos skolor och vårdcentraler och behovet av ytterligare fokusering av ämnet belystes. För att erhålla ökad förståelse kring ingreppet önskade barnmorskorna ta del av föreläsningar av kvinnor som genomgått könsstympning. *"Det finns ju inte direkt några kurser eller så...det tror jag kanske mer kvinnor från dom här kulturerna där man genomför könsstympning...jag tror dom har mycket att lära ut.* (Intervju 3). Barnmorskorna berättade att det på vissa arbetsplatser saknades informationsbroschyrer som gick att dela ut till behövande. Det framkom att barnmorskorna på egen hand fick söka information på internet och skriva ut till kvinnorna.

5.1.3 Att sakna utbildning

Barnmorskorna beskrev att undervisningen om könsstympning under barnmorskeutbildningen var bristfällig. Den undervisning som barnmorskorna fått på barnmorskeutbildningen var någon enstaka timmes föreläsning. Undervisningen gav ingen vidare kunskap och var inte uppdaterad. *"På barnmorskeprogrammet var det ju bara någon föreläsning typ om könsstympning...katastrof...det förbereder en inte för arbetet sen"*. (Intervju 7). Det framkom även exempel med särskild utbildning av specialister på området under utbildningen och tacksamhet uttrycktes för det då den kunskapen fanns kvar.

5.1.4 Att sakna riktlinjer

Det framkom att det fanns skillnader på arbetsplatser gällande tydliga riktlinjer vart könsstympade kvinnor skulle remitteras och hur kvinnor skulle vårdas. *"Här finns det inga PM för det men jag skulle ringa till gyn om kvinnan har svåra besvär med sitt underliv och inte kan menstruera ordentligt...och upprepade urinvägsinfektioner eller inte kan ha sex utan att det gör jätteont."* (Intervju 8).

Det framkom också ett exempel på PM där det bara stod fåtal rader om könsstympning och den informationen ansågs inte som tillräcklig. Beroende på var barnmorskorna arbetade i Sverige uppmärksammades också skillnader i hur strukturerat omhändertagandet var av patientgruppen samt vilken typ av vård som erbjöds.

5.2 Mötet med kvinnan

5.2.1 Att skapa förtroende

Barnmorskorna ansåg att de bemötte och vårdade könsstympade kvinnor på samma sätt som andra patienter då alla patienter ska erbjudas individanpassad vård. *"För dom behöver ju en annan typ av vård med en annan typ av genitala och en annan typ av information...dom behöver ju en individanpassad vård som alla andra"*. (Intervju 5). För att barnmorskorna

skulle skapa förtroende belystes vikten av att ta kvinnorna och eventuella bekymmer på allvar. Det ansågs vara värdefullt att se kvinnorna som hela människor och inte som offer. *”Men just nu jobbar jag ödmjukt och försöker bemöta henne utifrån den kunskap som jag har och utifrån att se henne som en hel människa och ABSOLUT inte som ett offer”*. (Intervju 1).

I vården av kvinnorna beskrev barnmorskorna att det var viktigt att hjälpa kvinnor hitta det som var bevarat av underlivet och hjälpa dem hitta deras sexualitet och bli bekant med deras underliv. Det ansågs värdefullt att låta kvinnor titta på underlivet och dess strukturer med spegel för att se att det var en del av den egna kroppen. Barnmorskorna belyste också värdet i att ge tydlig information till kvinnorna. *”Man förklarar varför man vill göra en gynundersökning, så att man inte bara tänker att hon ska kastas upp i stolen sen ska man göra gynundersökning på varje kvinna...det är ju viktigt att förklara varför”*. (Intervju 8).

Vid samtal mellan barnmorskorna och kvinnorna fanns svårigheter i att följa en samtalsmall. Kvinnorna fick oftast leda samtalet och barnmorskorna betonade att det ofta handlar om att ge stöd till kvinnor under olika skeden i livet. Barnmorskorna betonade bemötandet som en extra viktig del i vården då många kvinnor som sökt vård aldrig suttit i en stol avsedd för gynekologisk undersökning. Det ansågs värdefullt att informera kvinnor om vad en gynekologisk undersökning innebar samt att barnmorskorna hade erfarenheter av att inspektera underliv som såg olika ut. Barnmorskorna hade erfarenheter av att kvinnor blivit påmind av könsstymningen när de legat i gynstolen. Det upplevdes som en svår situation för båda parter och barnmorskorna var noga med att försöka samtala med kvinnorna om händelsen. *”Jag försöker fånga upp det men dom flesta vill nog inte prata om det för att det är för svårt, det är för smärtsamt...det är för jobbigt att bli påmind om det”*. (Intervju 2).

I vården av kvinnorna belyste barnmorskorna vikten av att möta kvinnor med respekt och inte agera dömande. Barnmorskorna ansåg att det var värdefullt att ge information om tystnadsplikt och inledningsvis skapa förtroende hos kvinnorna för att sedan utföra vaginalundersökning. Vid brist på förtroende kunde undersökningen skjutas upp till annat tillfälle för att förhindra att kvinnorna upplevde tvång. Barnmorskorna beskrev att kvinnors förtroende till dem var av värde då kvinnorna oftast gått igenom psykologiska trauman.

”Man känner ju på dom här patienterna att deras underliv är så sargade och förstörda att varje grej vi gör blir som ett nytt litet övergrepp. Det måste sitta mycket psykiska spår i deras kroppar av det dom varit med om”. (Intervju 9).

Förtroendet för barnmorskorna ansågs också vara viktigt för att ge möjlighet till att informera kvinnor om svensk lagstiftning gällande könsstymning, till exempel att kvinnorna inte kommer reinfibuleras på förlossningen efter partus.

5.2.2 Att ställa frågan

Barnmorskorna ställde frågan till kvinnorna om de var könsstympade under inskrivningssamtal i samband med graviditet. Frågan kunde också ställas senare när barnmorskorna dokumenterade en sammanfattning inför förlossningen. Barnmorskorna

tillfrågade mestadels kvinnor med ursprung från Afrika, speciellt från områden där det var vanligt med könsstympling exempelvis Somalia. Det framkom även exempel då barnmorskorna tillfrågade samtliga av kvinnor oavsett ursprung då det var en riktlinje på arbetsplatsen. Barnmorskorna med erfarenheter av förlossningsvård berättade att frågan aldrig behövde ställas eftersom det blev uppenbart vid vaginalundersökning. I vården av kvinnorna beskrev barnmorskorna det problematiskt att ställa frågan när det saknades tydliga riktlinjer om vart kvinnorna skulle hänvisas. Ibland undvek barnmorskorna att ställa frågan.

”Vi hade inget ställe dit vi kunde säga att du kan gå dit och få hjälp, det finns inte här och då blev det nästan jobbigt att fråga dom för det fanns ju ingen hjälp att få [...] det är mycket lättare att ställa frågan om man vet att...här kan du få hjälp”.

(Intervju 2).

Orsaken till att barnmorskorna kunde undvika att ställa frågan var att kvinnorna ändå skulle vaginalundersökas och då skulle könsstymplingen upptäckas. Om det upptäcktes att kvinnorna var könsstympte kunde samtal föras för att skapa förståelse gällande deras erfarenhet av könsstymplingen, om de hade minnen från händelsen samt om de upplevde besvär. Barnmorskorna ansåg det värdefullt att våga ställa frågan för att kvinnorna skulle ha möjlighet att erhålla eventuell vård i god tid inför exempelvis förlossning. *”Jag har varit med om kvinnor som kommer till förlossningen som inte fått frågan tidigare och när man undersöker så kan man undra hur dom ens har blivit gravida, man får knappt in ett finger...det är ju fruktansvärt”.* (Intervju 4).

Barnmorskornas erfarenheter av hur kvinnorna reagerade på frågan skiljde sig åt. Kvinnorna reagerade aldrig med ilska vid tillfrågan. Däremot kunde begreppet könsstympling behöva förklaras gällande innebörd som barnmorskorna kunde visa med exempelvis kroppsspråk. Att barnmorskorna använde modeller på könsstympte underliv vid samtal med kvinnor ansågs vara gynnsamt och informativt. Det framkom att vissa kvinnor inte hade vetskap om könsstymplingen vilket kunde medföra att de reagerade chockartat vid tillfrågan.

Barnmorskorna berättade att kvinnorna kunde reagera med ledsamhet när de erhöll information om att könsstympling inte var ett ingrepp som utfördes på alla kvinnor. Vid samtal kring könsstympling påtalade många av kvinnorna en önskan om att detta inte skulle föras vidare till kommande generationer. *”Det har varit flera som sitter och blir jätteledsna över vad som drabbat dom och vill verkligen inte att det här är något som ska drabba deras barn...deras flickor”.* (Intervju 8). Barnmorskorna hade erfarenheter av att kvinnorna kunde uppleva frågan som pinsam och besvärande att besvara. Det framkom att frågan uppskattades då det påvisade att barnmorskorna bryr sig.

Barnmorskorna berättade att vissa kvinnor kunde reagera på ordet könsstympling vid ställd fråga. Kvinnorna menade på att ordet lät skrämmande och laddat och att det var straff för ett begått brott jämförbart med att få handen avhuggen. *”Traditionellt till exempel, att i vissa kulturer har de huggit av en hand och då stympt någon och sagt att dom är en tjuv och så vidare...så det ordet är väldigt laddat”.* (Intervju 1).

5.3 Kulturella skillnader

5.3.1 Att förstå den kulturella kontexten

Barnmorskorna beskrev den kulturella kontexten som svår att förstå. Barnmorskorna hade erfarenheter att vissa kvinnor inte ansåg att de blivit utsatta för könsstympning och då hade barnmorskorna en betydande roll att förklara för dem vad som skett. Att vissa kvinnor önskade bli könsstympade beskrevs som svårt att förstå av barnmorskorna, trots vetskap om en djupt rotad tradition och om kvinnorna vägrade könsstympas kunde det leda till att inte bli kulturellt accepterad eller utstött av familjen. *”Så många andra processer som styr det här som mammorna och papporna inte kanske själva kan styra över...så att där gäller det ju att fånga hela kulturen i det här”*. (Intervju 8). Barnmorskorna hade också erfarenheter av kvinnor som önskade bli reinfibulerade efter klipp i samband med förlossningen, eftersom kvinnorna ville se ut som andra i hemlandet. När barnmorskorna hade visat bild på ett ostympat underliv hade vissa kvinnor fnissat och uttryckt att ett ostympat underliv var estetiskt fult. Vid dessa tillfällen var barnmorskorna noga med att ge information om underlivet, dess delar och dess funktion.

5.3.2 Att utmanas med samtal via tolk

Barnmorskorna beskrev svårigheter med samtal via tolk då samtalet skedde via treparts kommunikation. Att skapa förtroende hos kvinnorna ansågs vara en utmaning för barnmorskorna då samtalet inte skedde direkt till varandra. I vården av kvinnorna beskrevs det vara en utmaning för barnmorskorna att nå ut till könsstympade kvinnor då många lider i tysthet. Användandet av kvinnlig tolk inför samtal upplevdes värdefullt för att tolken skulle besitta förståelse om vad barnmorskorna menade med vissa begrepp. Barnmorskorna ansåg att telefontolk var mest användbart då kvinnorna inte skulle uppleva att det fanns ytterligare en person i rummet. Patientgruppen ansågs som svår att nå av barnmorskorna då det oftast fanns en språkbarriär. Barnmorskorna kom med förslag att börja använda kulturtolkar i vården av kvinnor som genomgått könsstympning. *”En tolk är en tolk men sederna skiljer sig mellan länder, byar och religioner”*. (Intervju 9). Användandet av kulturtolkar förmodades ge barnmorskorna ökad kunskap om könsstympning och dess konsekvenser.

5.4 KÖNSSTYMPADE KVINNOR I VÅRDEN

5.4.1 Att ha orsak till att söka vård

Barnmorskorna hade erfarenheter av att de flesta könsstympade kvinnor som sökte vård på grund av könsstympning gjorde det med besvär som samlagssmärta, mensvärk, infektion eller miktionsproblem. Barnmorskorna berättade att det inte var många som på egen hand sökte vård till följd av könsstympning. Barnmorskorna kunde också vårda patientgruppen vid cellprov, inskrivning av graviditet eller vid preventivmedelsrådgivning. *”Det kan ju vara*

någon som kommer på cellprovtagning till exempel som är könsstymptad och då frågar man ju alltid hur det upplevs...om dom kan vara tillsammans med sin man, ha fullbordat sex och sådana här saker". (Intervju 3).

5.4.2 Att identifiera behov av vård

I vården av kvinnorna erbjöd barnmorskorna kontakt med andra professioner och mottagningar om det fanns komplikationer relaterat till könsstymningen. Av barnmorskorna framkom det okomplicerat att remittera kvinnor vidare till annan vårdinstans. Barnmorskorna uttryckte också att samverkan mellan vårdinstanser som möter könsstymptade kvinnor saknades. Det fanns önskemål om att fler professioner deltog i samtal om kvinnlig könsstymning för att belysa ämnet och sprida kunskap.

I vården av kvinnorna erbjöd barnmorskorna alltid en gynekologisk undersökning för bedömning av grad av könsstymning och för att exempelvis undersöka möjligheten att genomgå vaginal förlossning utan defibulation. Barnmorskorna ansåg det betydelsefullt att skicka remiss för defibulation i god tid innan förlossning. Vissa kvinnor öppnas med ett klipp precis innan krystning. Barnmorskorna ansåg att fördelen med att i god tid utföra defibulation var att vävnaden hann läka ihop innan förlossning. Att förse kvinnor med information om hur klipp skulle ske framkom som värdefullt av barnmorskorna för att kvinnorna skulle uppleva lugn och vara välinformerade. Innan klipp gav barnmorskorna alltid information om att kvinnorna inte skulle reinfibuleras som tidigare. Om det fanns svårigheter att ha ett fungerande samliv behövde defibulation utföras oavsett graviditet eller ej. Barnmorskorna upplevde avsaknad av uppföljning på kvinnor som genomgått ett öppnande klipp på förlossningen.

"Man kanske lägger ett klipp men sen följer man inte upp dom efteråt och liksom tittar noggrant, hur blev det här klippet, har det läkt fint, har dom några frågor, har dom förstått vad vi gjorde under förlossningen när vi klippte". (Intervju 6).

Barnmorskorna ansåg det värdefullt att skapa trygghet genom att uppmärksamma kvinnor på att det fanns hjälp att tillgå. Barnmorskorna betonade vikten av att genomgå defibulation innan vaginal samlagsdebut.

"...då ska man absolut inte prova ha vaginala samlag innan man öppnat, det måste vara tydligt. Dom måste öppna först, det gör jättejätteont att försöka annars. Sen kan det vara bra att ge lite positiv information också, även om man har tagit bort en del av klitoris så har du väldigt mycket kvar av den...man kan jobba med vibratorer och se vad man har kvar för känsel". (Intervju 2).

5.5 VIKTEN AV INFORMATION

5.5.1 Att informera om lagen

Barnmorskorna ansåg det värdefullt att informera kvinnorna om att könsstympning är förbjudet enligt svensk lag och därmed straffbart. Många av kvinnorna var medvetna om att könsstympning var olagligt i Sverige. Barnmorskorna beskrev hur värdefullt det var att åter upplysa om lagen för att om möjligt minska risken att kvinnorna tog med deras döttrar till hemlandet i syfte att könsstympa. Om kvinnorna tog med deras partner eller anhörig på besöket ansågs det värdefullt att barnmorskorna gav öppen information till samtliga. Barnmorskorna hade uppfattningen om att kvinnor skulle förstå att könsstympa döttrar var olagligt, trots att kvinnorna inte mottagit någon information gällande det. I vården av kvinnorna upplevde barnmorskorna avsaknad av information från exempelvis Socialstyrelsen till nyanlända vid ankomst till Sverige.

”Det förvånade mig något otroligt att jag som barnmorska är den första att informera kvinnan om att könsstympning är olagligt i Sverige. Det kan mycket väl vara så att dom hinner leva här i Sverige i ett halvår innan dom får någon information om det...och under den tiden hinner dom könsstympa sina flickor utan vetskap om att det är olagligt och straffbart. Det är dåligt att informationen inte ges direkt vid ankomst till Sverige”. (Intervju 6).

Det framkom vidare svårigheter för barnmorskorna att informera om lagen *”...informera om att det är förbjudet...man känner sig som en liten polis”. (Intervju 7).*

5.5.2 Att sprida information till andra instanser

Barnmorskorna arbetade utåtriktat genom att sprida information och upplysning till nyanlända, Migrationsverket samt till skolsköterskor. Barnmorskorna ansåg det värdefullt att ge information om kvinnlig könsstympning till pojkar och flickor redan i skolåldern som en del av sexualundervisningen. Att skolsköterskor var välinformerade om vilka besvär som könsstympning kunde medföra ansågs också som värdefullt av barnmorskorna, detta för att skolsköterskorna lättare skulle kunna uppmärksamma flickor med besvär. Flickor som är könsstympade kan vara restriktiva med vätskeintag under skoltid då det kan ta lång tid att miktera. Att sitta på skoltoaletten under längre tid kan vara skamfullt för flickor och att inte tillgodose kroppen med vätska under en hel skoldag kan ge upphov till huvudvärk.

”Det är som varje gång vi pratar med skolsköterskor så nämner vi det här med huvudvärken och alla blir ju jättechockade...men det är ju ett jättevänligt problem om en tjej kommer och ska ha huvudvärkstabletter flera gånger i veckan om hon kommer från Somalia...då ska man fundera över det och den bakomliggande orsaken”. (Intervju 1).

6 DISKUSSION

6.1 Resultatdiskussion

Arbetets resultat visade att kunskapsnivån om ämnet ansågs bero på hur ofta barnmorskorna vårdade könsstympade kvinnor. Regelbunden vård av kvinnorna ökade tryggheten i den egna kunskapen och kunskapsnivån varierade även utifrån antal år i yrket. Barnmorskorna uttryckte en avsaknad av kunskap om sexualitet kopplat till könsstympning och vilken förväntning som fanns på den kvinnliga kroppen samt vem kroppen tillhörde. Det framkom vara viktigt att hjälpa kvinnorna hitta det som var bevarat av underlivet och hjälpa kvinnorna med sexualitet och bli bekanta med det egna underlivet. För att hjälpa kvinnorna att bli bekanta med det egna underlivet erbjöds kvinnorna att titta med spegel. Det ansågs vara viktigt att ge positiv information till könsstympade kvinnor genom att informera om att mycket av klitoris och dess känsel kan vara bevarat. Att arbeta med vibratorer ansågs vara gynnsamt. I kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018) beskrivs att barnmorskor ska arbeta för att främja god sexuell hälsa. Den sexuella hälsan innefattar sexuella rättigheter som exempelvis rätten att bestämma över den egna kroppen. Författarna anser att barnmorskor bör förse med mer kunskap kring könsstympning för att öka förståelsen för kvinnor samt för att ha möjlighet att främja sexuell hälsa.

I arbetets resultat framkom vikten av att barnmorskorna inte agerar dömande och ser den könsstympade kvinnan som hel människa. Att möta kvinnorna med respekt och inte behandla kvinnorna som ett offer ansågs värdefullt. Tidigare forskning belyser att kvinnor som genomgått könsstympning upplever rädsla för att möta sjukvården då de är rädda att bli dömda och kritiserade (Mbanya m.fl., 2020). Arbetets teoretiska perspektiv om den goda barnmorskan belyser värdet i att vara uppmärksam om egna attityder och känslor om ämnet (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Författarna tror att barnmorskors bemötande påverkas av vilken erfarenhet och kunskap barnmorskor besitter av att vårda kvinnor som genomgått könsstympning. Barnmorskor med mindre erfarenhet kan ha en förförståelse om ämnet och låter vården av kvinnor styras av förförståelsen medan mer erfarna barnmorskor har möjlighet att bortse från den egna förförståelsen.

Resultatet påvisade att barnmorskorna är noga med att följa den etiska koden för barnmorskor genom att visa hänsyn till kvinnors kultur. Däremot kunde den kulturella kontexten beskrivas som svår att förstå och barnmorskorna önskade därför mer djupgående kunskap om ämnet. Vidare följs den etiska koden genom att barnmorskorna informerade kvinnorna om Sveriges lag med förbud mot könsstympning av kvinnor. Enligt den internationella etiska koden för barnmorskor bör barnmorskor ta hänsyn till kulturella olikheter och arbeta förebyggande för att eliminera skadliga åtgärder inom respektive kultur (Svenska Barnmorskeförbundet, 2014). Perspektivet om den goda barnmorskan belyser också värdet i att barnmorskor besitter kunskap om kulturer och inte agerar diskriminerande eller dömande (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Författarna anser att det är viktigt att besitta kunskap om kvinnans kultur men att det däremot kan upplevas som svårt då kulturer

kan skilja sig. Utbildning om olika kulturer kan vara av värde för att förstå kvinnors erfarenheter av könsstympning. Författarna anser vidare att det är värdefullt att ge kvinnor information om den svenska lagen och att könsstympa är brottsligt i Sverige. Genom information om lagen kan möjligtvis risken minska att kvinnor könsstympar deras döttrar. Författarna tror att mer information om könsstympning och dess konsekvenser kan bidra till att ingreppet minskar i utsträckning.

Resultatet visade också att vissa av barnmorskorna undviker att ställa frågan om kvinnan är könsstympad då barnmorskorna saknade tydliga riktlinjer var kvinnor ska hänvisas. Barnmorskorna beskrev frågan som viktig att ställa för att kvinnorna skulle ha möjlighet att erbjudas adekvat vård. Samtliga av barnmorskorna var eniga om att frågan uppskattades av kvinnorna då det visade att barnmorskorna brydde sig. Arbetets resultat visade att flickorna och kvinnorna inte sökte vård på egen hand med symtom från könsstympningen. Moxey och Jones (2016) beskriver att kvinnor inte har något emot att bli tillfrågade om erfarenheter av könsstympning (Moxey & Jones, 2016). Författarna anser att det är av värde att våga ställa frågan för att uppmärksamma kvinnor som genomgått könsstympning. Författarna tror att orsaken till att flickor och kvinnor inte söker vård på egen hand kan vara upplevelse av bristande kunskap hos barnmorskor. Vissa kvinnor kanske inte har förståelsen att besvären faktiskt går att söka vård för och få hjälp med eftersom besvären kan vara så pass vanliga inom kulturen.

I resultatet framkom att beroende på var barnmorskorna arbetade i Sverige uppmärksammades skillnader i hur strukturerat omhändertagandet var av kvinnor samt vilken typ av vård som erbjöds. Vidare framkom en önskan av användandet av kulturtolkar. Barnmorskorna hade uppfattningen om att användandet av kulturtolkar förmodas bidra till ökad kunskap om könsstympning och dess konsekvenser. Socialstyrelsens (2021) kartläggning av kunskap om könsstympning ska bidra till att ge förutsättning att kvinnor erhåller jämlik vård. Vidare beskrivs att vården behöver stärkas och att det finns behov av utvecklande av system för uppföljning och remittering. Kartläggningen visar också att de flesta vårdmottagningar önskar samarbete med kulturtolkar. Författarna anser att det är värdefullt att Socialstyrelsen utfört en kartläggning gällande könsstympning för att vården ska bli mer jämlik. Vilken typ vård som kvinnor erhåller ska inte variera i Sverige utan vården ska vara jämlik.

Resultatet visade att barnmorskorna beskrev att mer kunskap behövdes till dels den egna professionen samt till skolorna. Resultatet visade att kunskap hos skolsköterskor gällande könsstympning ansågs viktigt för att uppmärksamma unga flickors besvär av exempelvis huvudvärk. Kartläggning som Socialstyrelsen (2021) utfört visar att det saknas kunskap om könsstympning hos elevhälsan samt inom vården. Socialstyrelsen (2021) beskriver vidare att 52% av skolsköterskor saknar utbildning om könsstympning. Författarna anser att det är viktigt att personal inom skolan erhåller mer kunskap om ämnet för att ha möjlighet att förbättra barns psykiska och fysiska hälsa och stärka deras välbefinnande.

I resultatet framkom delade meningar kring när kvinnor erhåller defibulation. Somliga av arbetsplatserna erbjöd defibulation vid tidig graviditet medan vissa valde att öppna med ett klipp i samband med förlossning. Barnmorskorna ansåg att bäst resultat uppnåddes när

defibulation utfördes i god tid innan förlossning för att vävnaden hann läka ihop. Författarna anser utifrån sina erfarenheter från arbetet att det är mer fördelar med att vaginal öppningen öppnas med defibulation innan förlossning. Det borde upplevas mer smidigt att defibulation redan är utfört på kvinnor som ska föda barn. Om kvinnor ska öppnas med ett klipp i samband med förlossning blir det ytterligare ett moment som ska utföras. Eftersom klippet läggs när kvinnor krystar borde det upplevas som svårt då barnmorskor vid krystfasen håller perinealskydd med den ena handen samt stöttar och hindrar huvudets framfart med den andra handen.

Resultatet påvisade att barnmorskorna hade erfarenheter av att vårda kvinnor som fått konsekvenser exempelvis infektion av könsstympningen. Tidigare forskning visar att ingreppet utförs för att flickors könsorgan ska bli vackert och rent (Levy m.fl., 2020; Strid, 2020). Författarna anser att den kulturella traditionen är motsägelsefull då ingreppet syftar till en förbättring men bidrar till ökad risk för komplikationer. Trots att ingreppet utförs för att underlivet ska anses som rent leder ingreppet till det motsatta exempelvis svårighet med att hålla god intimhygien vilket kan ge upphov till infektion.

6.2 Metoddiskussion

Författarna valde att använda kvalitativ metod för att beskriva barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor som genomgått könsstympning. Vid fördjupning av människors upplevelser är kvalitativ metod att föredra (Henricson & Billhult, 2017). Användandet av kvalitativa intervjuer gav djupare förståelse kring barnmorskors erfarenheter och författarna hade god möjlighet att ställa följdfrågor under intervjuernas gång vilket kan ses som en styrka med arbetet. De barnmorskor som intervjuades var yrkesverksamma i olika regioner i Sverige och hade god spridning i antal yrkesverksamma år. Det kan ses som en styrka då det ger ökad trovärdighet till resultatet. Barnmorskorna som intervjuades hade erfarenheter från olika arbetsplatser och det kan ses som en styrka, detta då barnmorskor möter kvinnor i olika skeden.

En svaghet med arbetet kan vara att endast barnmorskor med lång erfarenhet av yrket valde att ställa upp på intervju. Det var endast en barnmorska som hade mindre yrkeserfarenhet än 7,5 år, de flesta barnmorskor hade arbetat i över 15 år. Två av barnmorskorna som blev intervjuade hade specialiserad kunskap inom ämnet. Antalet med god yrkeserfarenhet samt de två barnmorskor med specialiserad kunskap skulle kunna bidra till att resultatet ej beskriver kunskapsläget för barnmorskor i Sverige generellt.

Författarna hade svårt att rekrytera barnmorskor som ville intervjuas. Författarna hade ej planerat att det skulle vara svårt att rekrytera barnmorskor till arbetet eller att det skulle ta fyra veckor att utföra samtliga intervjuer. Flertalet barnmorskor som blev tillfrågade att delta i arbetet tackade nej på grund av bristande erfarenhet i ämnet. Författarna informerade om att all erfarenhet var av värde för arbetet, trots det så tackade barnmorskorna nej. Författarna hade kunnat välja att utföra ett kvantitativt arbete med webbenkäter och dela enkäten på sociala medier. På så vis hade författarna kunnat nå ut till fler barnmorskor och eventuellt samlat in data snabbare. Författarna hade också kunnat välja att utföra kvalitativ

webbenkät med öppna svarsalternativ för att snabbare samla in data. Användandet av kvantitativa webbenkäter eller kvalitativa webbenkäter hade möjligtvis lockat fler barnmorskor att delta då en webbenkät skapar mer frihet när den ska besvaras och går till exempel att besvara hemifrån. Eftersom författarna ville få djupare förståelse om barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor som genomgått könsstympling samt ha möjlighet att ställa följdfrågor till barnmorskorna valdes kvalitativa intervjuer.

Författarna skrev egna frågor med inspiration från andra examensarbeten och utformade en intervjuguide som var tänkt att svara på syftet. Den första intervjun var pilotintervju där författarna undersökte om barnmorskan förstod frågorna. Barnmorskan förstod frågorna och ansåg att frågorna gav bredd för att svara på syftet. Författarna saknade erfarenhet av att intervjua och det kan ses som en svaghet då författarna kan ha missat att ställa rätt följdfrågor vilket kan ha påverkat resultatet. Båda författarna deltog vid de två första intervjuerna sedan delades intervjuerna upp. Uppdelning av intervjuerna var tidseffektivt men kan ses som en svaghet. Om båda författarna hade deltagit vid alla intervjuer hade det kunnat leda till ökad chans att ställa andra eller fler följdfrågor än de som ställdes. Under intervjuerna var författarna noga med att inte styra barnmorskorna och det kan ses som en styrka. Efter att tio barnmorskor blivit intervjuade upplevde författarna att materialet var mättat. Författarna upplever att resultatet visar på tillräcklig omfattning för att få tillförlitlighet.

Efter intervjuerna transkriberades materialet fortlöpande. Användandet av kvalitativ innehållsanalys bidrar till ökad trovärdigheten för arbetet (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna utförde innehållsanalys var för sig på de intervjuer de utfört och transkriberat. Det kan ses som en svaghet då det ökar risken för att materialet tolkas. Det var nödvändigt på grund av tidsbrist. Deltagarna gavs inte möjlighet att läsa igenom det transkriberade materialet och det kan minska trovärdigheten med arbetet. I resultatet publiceras citat från intervjuer av barnmorskorna. Det kan ses som en styrka då barnmorskors erfarenheter synliggörs. Vid förekommande av citat stärks resultatet och överförbarheten underlättas (Graneheim & Lundman, 2004).

6.3 Etikdiskussion

Författarna följde forskningsrådets fyra etiska huvudprinciper i arbetet: *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet* (Vetenskapsrådet, 2002). Hur följande krav uppnåtts finns tydligt beskrivet under rubrik 4.6 Etiska överväganden. Då författarna valde att ta hänsyn till kraven skapades troligtvis en säkerhet för deltagarna. Författarna upplevde inga svårigheter med att förhålla sig till de fyra kraven. Eftersom arbetet handlar om kvinnlig könsstympling ansåg författarna att kraven var extra viktiga att följa då könsstympling är ett känsligt ämne. Kraven finns till för att deltagarnas integritet ska skyddas och för att deltagarna inte ska utsättas för kränkning, fysisk eller psykisk skada (Vetenskapsrådet, 2002). Om inte författarna tagit hänsyn till kraven fanns risk att känslig information läckt ut till allmänheten. Vissa barnmorskor som intervjuades var noga med att säkerställa att den egna arbetsplatsen inte skulle namnges. Författarna försäkrade deltagarna

att inga arbetsplatser skulle redovisas i arbetet. Författarna upplevde också att det var av särskild vikt då antal anställda barnmorskor föreföll låg på flertalet arbetsplatser. Det kan vara mer okomplicerat att ta reda på identitet hos deltagare om antalet anställda på arbetsplatsen är få.

Det fanns en osäkerhet i vilket begrepp om kvinnlig könsstympning som skulle användas av barnmorskor. I arbetet förekommer ord som könsstympning, klippt eller omskuren. Författarna valde att använda begreppet kvinnlig könsstympning i arbetet för att det är ett vedertaget begrepp som används inom sjukvården. Begreppet kvinnlig könsstympning kan väcka starka känslor och bidra till starka reaktioner hos människor. Författarna har haft medvetenhet om det under intervjuerna när frågor ställts till deltagarna. Ingen av deltagarna reagerade på begreppet kvinnlig könsstympning.

7 SLUTSATS

Barnmorskornas erfarenheter av att vårda kvinnor som genomgått könsstympning var god. Det framkom att kunskapsnivån varierade utifrån antal år i yrket. Goda kunskaper inom ämnet, trygghet att genomföra vaginala undersökningar samt önskan om att hjälpa kvinnan bidrog till ökat intresse av kunskapsinhämtning. Samtidigt uttrycktes att det fanns kunskapsluckor och att det alltid gick att lära mer. Det framkom att undervisningen om könsstympning under barnmorskeutbildningen var bristfällig. Patientgruppen ansågs som svår att nå då det oftast fanns en språkbarriär. Att föra samtal via tolk ansågs vara en utmaning då samtalet sker via treparts kommunikation. Det ansågs vara värdefullt att se kvinnor som hel människa och inte som offer. Tydliga riktlinjer kring hur patientgruppen skulle vårdas saknades på barnmorskornas arbetsplatser. Beroende på var barnmorskorna arbetade i Sverige uppmärksammades också skillnader i hur strukturerat omhändertagandet var av patientgruppen samt vilken typ av vård som erbjöds.

8 KLINISKA IMPLIKATIONER

Arbetets resultat kan leda till ökad kunskap hur kvinnor som genomgått könsstympning ska vårdas av barnmorskor som inte möter kvinnorna i sina dagliga arbeten. Vidare kan resultatet användas som förbättringsförslag kring vad som saknas hos barnmorskor gällande kunskap och utbildning om ämnet. Barnmorskor som besitter kunskap om könsstympning kan öka medvetenhet hos drabbade vilket på sikt kan leda till att mödrar väljer bort att könsstympa deras döttrar. Det finns några få mottagningar i Sverige som är specialiserade på kvinnlig könsstympning. Om det förekom fler specialiserade mottagningar i Sverige skulle vården av dessa kvinnor förbättras.

9 FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING

Inför författarnas arbete blev det tydligt att det fanns mycket forskning om erfarenheter av kvinnor som könsstympats vilket författarna anser bör fortsätta och uppdateras. Många migranter som lever i Sverige idag har fått barn i Sverige och det vore värdefullt att följa upp dessa flickor och kvinnors syn på könsstymning. Det kan vara av värde för barnmorskor att veta var fokus ska ligga i vården av kvinnorna. För att vården ska vara likvärdig i alla Sveriges regioner behöver gemensamma riktlinjer utvecklas för vård av kvinnor som könsstympats. Alla könsstympade kvinnor förtjänar rätt till likvärdig vård oavsett bostadsort i Sverige.

REFERENSLISTA

- Akweongo, P., Jackson, E. F., Appiah-Yeboah, S., Sakeah, E., & Philips, J. F. (2021). It's a woman's thing: gender roles sustaining the practice of female genital mutilation among the Kassena-Nankana of northern Ghana. *Reproductive Health, 18*(1). doi:10.1186/s12978-021-01085-z
- Alemu, D. G., & Haile, T. Z. (2021). Association between maternal attitude towards female circumcision and daughter's circumcision status. *International journal of gynecology and obstetrics, 10*(2), 1–6. doi:10.1002/ijgo.13772
- Ali, L., & Skärsäter, I. (2017). Att använda internet vid datainsamling. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 217–232). Studentlitteratur.
- Ameyaw, K. E., Tetteh, K. J., Ansah, A. K. E., Adjer, A. K., & Iddrisu, S. A. (2020). Female genital mutilation/cutting in Sierra Leone: are educated women intending to circumcise their daughters? *BMC International health and human rights, 20*(19), 1–11. doi:10.1186/s12914-020-00240-0
- Berg, R. C., Taraldsen, S., Said, M. A., Sørbye, I. K., & Vangen, S. (2018). The effectiveness of surgical interventions for women with FMG/C: a systematic review. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 125*(3), 278–287. doi:10.1111/1471-0528.14839
- Chavez-Karlström, A., Danielsson, L., & Dahlberg, H. (2020). Medical Defibulation as a Possibility - the Experiences of Young Swedish-Somali Women. *International journal of qualitative studies on health and well-being, 15*(1). doi:10.1080/2F17482631.2020.1848026
- Cottler-Casanova, S., Horowicz, M., Gieszl, S., Johnson-Agbakwu, C., & Abdulcadir, J. (2020). Coding female genital mutilation/cutting and its complications using the International Classification of Diseases: a commentary. *An International Journal of Obstetrics and Gynecology, 127*(6). doi:10.1111/1471-0528.16086
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 163–174). Lund: Studentlitteratur AB.
- Dawson, A. J., Turkmani, S., Varol, N., Nanayakkara, N., Sullivan, S., & Homer, C. S. E. (2015). Midwives' experiences of caring for women with female genital mutilation: Insights and ways forward for practice in Australia. *Elsevier Australia, 28*(3), 207–214. doi:10.1016/j.wombi.2015.01.007
- Fox, A. K., & Johnson-Agbakwu, C. (2020). Crime Victimization, Health, and Female Genital Mutilation or Cutting Among Somali Women and Adolescent Girls in the United States, 2017. *A publication of the american public health association, 110*(1). doi:10.2105/AJPH.2019.305392

- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, *56*(2), 29–34. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U., & Lundman, H. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today* *24*(2), 105–112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, *25*(4), 806–817. doi:10,1111/j.1471–6712,2011,00886
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 111–120). Lund: Studentlitteratur AB.
- Johansen, R., & Elise, 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*(1). doi:10.1186%2Fs12978-017-0287-4
- Johnsdotter, S. (2019). Meaning well while doing harm: compulsory genital examinations in Swedish African girls. *Sexual and reproductive health matters*, *27*(2). doi:10.1080/26410397.2019.1586817
- Jordal, M., Griffin, G., & Sigurjonsson, H. (2019). I want what every other woman has: reasons for wanting clitoral reconstructive surgery after female genital cutting – a qualitative study from Sweden. *Culture, Health & Sexuality*, *21*(6), 701–716. doi:10.1080/13691058.2018.1510980
- Jordal, M., Sigurjonsson, H., Griffin, G., & Wahlberg, A. (2021). The benefits and disappointments following clitoral reconstruction after female genital cutting: A qualitative interview study from Sweden. *PloS one*, *16*(7). doi:10.1371/journal.pone.0254855
- Lane, J. L., Johnson-Agbakwu, C. E., Warren, N., Budhathoki, C., & Cole, E. C. (2019). Female Genital Cutting: Clinical knowledge, Attitudes, and Practices from a Provider survey in the US. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *21*(5). doi:10.1007/s10903-0180833-3
- Levy, A. T., Beausang, J. K., Finley, E. D., & Wold, S. M. (2020). Provider Knowledge and Attitudes About Female Genital Mutilation/Cutting in Philadelphia. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *23*(1). doi:10.1007/s10903-020-01018-1
- Lundberg, P. C., & Gereziher, A. (2008). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*, *24*(2), 123–246. doi:10.1016/j.midw.2006.10.003

- Lurie, J. M., Weidman, A., Huynh, S., Delgado, D., Easthausen, I., & Kaur, G. (2020). Painful gynecologic and obstetric complications of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis. *PLOS MEDICINE*, *17*(3). doi:10.1371/journal.pmed.1003088
- Mbanya, N. V., Terragni, L., Gele, A. A., Diaz, E., & Kumar, N. B. (2020). Barriers to access to the Norwegian healthcare system among sub-Saharan African immigrant women exposed to female genital cutting. *PLUS ONE*, *15*(3). doi:10.1371/journal.pone.0229770
- Moxey, J. M., & Jones, L. L. (2016). A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England. *Public health research*, *6*(1). doi:10.1136/bmjopen-2015-009846
- Ormrod, J. (2019). The experience of NHS care for women living with female genital mutilation. *British Journal of Nursing*, *28*(10). doi:10.12968/bjon.2019.28.10.628
- Plugge, E., Adam, S., El-Hindi, L., Gitau, J., Shodunke, N., & Mohamed-Ahmed, O. (2019). The prevention of female genital mutilation in England: what can be done? *Journal of Public Health*, *41*(3), 261–266. doi:10.1093/pubmed/fdy128
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- Regeringskansliet. (2018). *Handlingsplan mot könsstympning av flickor och kvinnor*. <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2018/06/handlingsplan-mot-konsstympning-av-flickor-och-kvinnor/>
- SFS 2020:173. *Lag om ändring i brottsbalken*. https://www.lagboken.se/Lagboken/start/straffratt/brottsbalk-1962700/d_3924045-sfs-2020_173-lag-om-andring-i-brottsbalken
- SFS 1999:267. *Lag om ändring i lagen (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor*. https://www.lagboken.se/Lagboken/start/straffratt/lag-1982316-med-forbud-mot-konsstympning-av-kvinnor/d_41084-sfs-1999_267-lag-om-andring-i-lagen-1982_316-med-forbud-mot-konsstympning-av-kvinnor
- SFS 1982:316. *Lag med förbud mot könsstympning av kvinnor*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1982316-med-forbud-mot-konsstympning-av_sfs-1982-316
- Small, E., Sharma, B. B., Nikolova, P. S., & Tonui, C. B. (2020). Hegemonic Masculinity Attitudes Toward Female Genital Mutilation/Cutting Among a Sample of College Students in Northern and Southern Sierra Leone. *Journal of transcultural nursing*, *31*(5), 468–478. doi:10.1177/1043659619875499

- Socialstyrelsen. (2021). *Inventering av vård för flickor och kvinnor som har varit utsatta för könsstympning*. Hämtad 2022-01-01, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-11-7523.pdf>
- Socialstyrelsen. (2002). *Kvinnlig könsstympning*. Hämtad 2021-11-29, från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2002-114-77_200211477.pdf
- Strid, S. (2020). Betydelser av könsstympning hos migrerade minoriteter i Sverige: En feministisk våldsforskningsanalys. *Sociologisk Forskning*, 57(2), 141–163. doi:10.37062/sf.57.19969
- Svenska Barnmorskeförbundet. (2014). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Hämtad 2021-11-20, från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2021/05/Den-internationella-etiska-koden-for-barnmorskor-ICM-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf>
- Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2021-11-20, från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>
- UNICEF. (2020). *Kvinnlig könsstympning ger flickor men för livet*. Hämtad 2021-11-15, från <https://unicef.se/fakta/kvinnlig-konsstympning>
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2021-11-16, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- World Health Organization. (2019). *Defining sexual health*. Hämtad 2021-11-18, från https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

BILAGA A: INFORMATIONSBREV TILL CHEF

Akademien för hälsa, vård och välfärd

Mälardalens Högskola Västerås

Datum: xx-xx-xx

Förfrågan om tillåtelse att genomföra undersökning ”Barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor som genomgått könsstympling”.

Hej!

Vi heter Helena Lund och Evelina Atterstig och är studenter på Barnmorskeprogrammet vid Mälardalens högskola, Västerås. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av en magisteruppsats. Syftet med vår undersökning är att beskriva barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor som genomgått könsstympling.

Vi ber därför om tillåtelse att genomföra studien vid er enhet. Rent konkret skulle det innebära att de barnmorskor som tackar ja till att delta i undersökningen blir intervjuade av oss via Zoom. Datainsamling kommer att ske på barnmorskemottagning, förlossningsavdelning samt ungdomsmottagning i Mellersta- samt Sydsverige. Vårt mål är att intervjua tio barnmorskor och vi beräknar att intervjun kommer att ta ca 30 minuter. Intervjun kommer att spelas in via ljudupptagning på mobiltelefon och det inspelade materialet kommer att förvaras på låst mobiltelefon fram tills arbetet är godkänt och publicerat på DiVA. Därefter kommer materialet kasseras.

Vid färdig intervju kommer materialet transkriberas och analyseras för att upptäcka likheter samt skillnader mellan intervjuer.

Deltagande i arbetet är frivilligt och deltagarna kan dra sig ur när som helst utan förklaring.

Hantering av data och sekretess

All insamlade data kommer att hanteras beaktande forskningsetiska krav, samt aidentifieras med respekt för konfidentialitet enligt Personuppgiftslagen (PUL 1998:204).

Eventuell risk/nytta

Riskerna med arbetet anses som låga då inga uppgifter kommer kunna härledas till de som deltar eller deras arbetsplatser.

Vår förhoppning är att arbetet kommer bidra till utveckling inom barnmorskans profession. Nyttan med arbetet kan vara stor för barnmorskor som inte besitter samma kunskap inom det utvalda området.

Information om studiens resultat

Resultaten kommer att publiceras i form av ett självständigt arbete vid Mälardalens högskola. Ni kommer också, om ni så önskar, att få ta del av det färdiga resultatet.

Ytterligare information lämnas av,

Helena Lund
Tel: 073-xxxxxx
E-post: hld21002@student.mdh.se

Magdalena Mattebo, docent/universitetslektor
Tel: 021-xxxxxx
E-post: magdalena.mattebo@mdh.se

Evelina Atterstig
Tel: 070-xxxxxx
E-post: eag21001@student.mdh.se

BILAGA B: INFORMATIONSBREV TILL DELTAGARE

Tillfrågan om deltagande i undersökning ”Barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor som genomgått könsstympling”.

Hej!

Vi heter Helena Lund och Evelina Atterstig och är studenter på Barnmorskeprogrammet vid Mälardalens högskola i Västerås. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av en magisteruppsats. Syftet med vår undersökning är att beskriva barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor som genomgått könsstympling.

Vår fråga till dig är om du vill delta i denna undersökning.

Medverkan är frivillig och vill du inte vara med kan du bortse från detta brev.

Att delta i projektet skulle för din del innebära att du blir intervjuad av oss via Zoom. Databesamling kommer att ske på barnmorskemottagning, förlossningsavdelning samt ungdomsmottagning i Mellersta- samt Sydsverige. Vårt mål är att intervjua tio barnmorskor och vi beräknar att intervjun kommer att ta ca 30 minuter. Intervjun kommer att spelas in via ljudupptagning på mobiltelefon och det inspelade materialet kommer att förvaras på låst mobiltelefon fram tills arbetet är godkänt och publicerat på DiVA. Därefter kommer materialet kasseras.

Vid färdig intervju kommer materialet transkriberas och analyseras för att upptäcka likheter samt skillnader mellan intervjuer.

Vår förhoppning är att arbetet kommer bidra till utveckling inom barnmorskans profession. Nyttan med arbetet kan vara stor för barnmorskor som inte besitter samma kunskap inom det utvalda området. Riskerna med arbetet anses som låga då inga uppgifter kommer kunna härledas till dig eller din arbetsplats.

Du kan när som helst avbryta din medverkan i undersökningen utan att du behöver ange någon orsak. Data behandlas konfidentiellt vilket innebär att alla uppgifter och data kodas och förvaras så att ingen utomstående kan ta del av insamlade uppgifter. I den färdiga uppsatsen kommer inga uppgifter att kunna härledas till dig eller din arbetsplats.

Om du tackar ja till att delta i undersökningen lämnar du även ditt samtycke till att delta i undersökningen. Därefter kommer vi kontakta dig via mejl med vidare information om arbetet samt förslag på mötestider via Zoom.

Ytterligare upplysningar kan lämnas av oss eller vår handledare, Magdalena Mattebo, se nedan.

Med vänliga hälsningar,

Helena Lund
Tel: 073-xxxxxx
E-post: hld21002@student.mdh.se

Magdalena Mattebo, docent/universitetslektor
Tel: 021-xxxxxx
E-post: magdalena.mattebo@mdh.se

Evelina Atterstig
Tel: 070-xxxxxx
E-post: eag21001@student.mdh.se

BILAGA C: INTERVJUGUIDE

Barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor som genomgått könsstympling

1. Hur länge har du arbetat som barnmorska?
2. Vi har valt att använda oss av begreppet könsstympling i vårt arbete, vad använder ni för begrepp?
3. Hur stor är din kunskap om könsstympling av kvinnor?
4. Hur har du fått din kunskap inom området?
5. Hur länge i ditt arbete som barnmorska har du kommit i kontakt med könsstympade kvinnor?
6. Hur ofta kommer du i kontakt med kvinnor som blivit könsstympade i ditt dagliga arbete som barnmorska?
7. Brukar du ställa frågan om kvinnorna blivit könsstympade?
8. Till vilka kvinnor ställer du i så fall frågan?
9. Hur brukar reaktionen vara från kvinnorna när de får frågan?
10. Hur bemöter ni dessa kvinnor? Kan du beskriva hur ett möte kan gå till?
11. Hur bygger du upp ett förtroende i mötet med kvinnan?
- Skiljer det sig från hur du bygger upp ett förtroende med andra kvinnor som du möter i ditt arbete?
12. Är det många som själva söker vård för att de blivit könsstympade?
13. Vad kan det vara som de söker vård för?
14. Vad erbjuder ni för vård?
15. Vad kan du som barnmorska göra i vården av kvinnan som könsstympats?
16. Finns det några utmaningar i arbetet med könsstympade kvinnor och om ja i så fall vilka?
17. Finns det något som du saknar i vården av dessa kvinnor?

18. Finns det något som du upplever att du saknar i kunskapen om könsstympling för att vårda kvinnor som könsstympats?

19. Kan du berätta om någon specifik situation/händelse som du varit med om?

20. Är det något som du önskar tillägga som vi ej kommit in på?

BILAGA D: ARTIKELMATRIS

Artikel-nummer	Författare Titel Tidskrift År Land	Syfte	Metod (ansats, deltagare, datainsamling, dataanalys)	Resultat
1	<p>Författare: Akweongo, P., Jackson, E. F., Appiah-Yeboah, S., Sakeah, E., & Philips, J. F.</p> <p>Titel: It's a woman's thing: gender roles sustaining the practice of female genital mutilation among the Kassena-Nankana of northern Ghana</p> <p>Tidskrift: Reproductive Health</p> <p>Publicationsår: 2021</p> <p>Land: Ghana</p>	<p>Att klargöra den könsdynamik som ligger till grund för socialt stöd för kvinnlig könsstympning i norra Ghana.</p>	<p>Metod: Kvalitativ metod</p> <p>Material: Fokusgrupper</p> <p>Urval: Kvinnor och män i åldern 20 år till över 50 år i 11 samhällen i norra Ghana.</p> <p>Antal deltagare: 22 fokusgrupper med 8–10 deltagare i varje grupp</p> <p>Design: Grounded Theory analys</p>	<p>Mäns inflytande över beslut om kvinnans könsstympning var mer framträdande i samband med giftermålet.</p> <p>Kvinnor i familjerna hade mer inflytande och var mer beslutfattande kring flickors könsstympning. Kvinnor som könsstypats hade ett mer socialt stöd. Män hade mindre inflytande och var mer öppna för förslag för att eliminera kvinnlig könsstympning.</p>

2	<p>Författare: Alemu, D. G., & Haile, T. Z.</p> <p>Titel: Association between maternal attitude towards female circumcision and daughter's circumcision status</p> <p>Tidsskrift: International journal of gynecology and obstetrics</p> <p>Publikationsår: 2021</p> <p>Land: Etiopien</p>	<p>Att undersöka sambandet mellan moderns inställning till kvinnlig omskärelse och dotterns omskärelsestatus.</p>	<p>Metod: Kvantitativ metod</p> <p>Material: Analys från ett delprov av hälsoundersökningar</p> <p>Urval: Kvinnor med döttrar 0–14 år som besvarat frågan om antal könsstympade döttrar.</p> <p>Antal deltagare: n=6948</p> <p>Design: Komplex undersökningsdesign</p>	<p>Äldre, boende mer lantligt och omskurna kvinnor var mer benägna att själva låta sina döttrar könsstympas. Att önska att könsstympling upphör, vara mer utbildad och muslim visade sig ha mer negativ påverkan på att könsstympa sina döttrar.</p>
3	<p>Författare: Ameyaw, K. E., Tetteh, K. J., Ansah, A. K. E., Adjer, A. K., & Iddrisu, S. A.</p> <p>Titel: Female genital mutilation/cutting in Sierra Leone: are educated women intending to circumcise their daughters?</p> <p>Tidsskrift: BMC International health and human rights</p> <p>Publikationsår: 2020</p> <p>Land: Sierra Leone</p>	<p>Att undersöka förhållandet mellan utbildning och kvinnors avsikt vad gäller könsstympling av deras döttrar.</p>	<p>Metod: Mixad metod</p> <p>Material: Insamlad data från hälsoundersökningar och frågeformulär</p> <p>Urval: Kvinnor i reproduktiv ålder, 15–49 år.</p> <p>Antal deltagare: n=6543</p> <p>Design: Tvärsnittsstudie</p>	<p>Kvinnor utan formell utbildning hade högre benägenhet att könsstympa sina döttrar. Yngre var mer benägna än de äldre att könsstympa sina döttrar. Fanns en ökad benägenhet hos de fattigaste än de rika att könsstympa sina döttrar.</p>

4	<p>Författare: Berg, R. C., Taraldsen, S., Said, M. A., Sørbye, I. K., & Vangen, S.</p> <p>Titel: The effectiveness of surgical interventions for women with FMG/C: a systematic review</p> <p>Tidskrift: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology</p> <p>Publikationsår: 2018</p> <p>Land: Norge</p>	<p>Att undersöka resultatet från kvantitativ forskning om interventioner för kvinnor med könsstypningskomplikationer.</p>	<p>Metod: Kvantitativ metod</p> <p>Material: Data från kvantitativa forskningsstudier</p> <p>Urval: Studier som undersökte effekten av defibulation, borttagande av cystor och klitorisåteruppbyggande operationer.</p> <p>Antal deltagare: n=5829 kvinnor</p> <p>Design: Systematisk litteraturoversikt</p>	<p>Brist på bevis gällande fördelar och nackdelar med defibulation och re-konstruktiv kirurgi på kort och lång sikt.</p>
5	<p>Författare: Chavez-Karlström, A., Danielsson, L., & Dahlberg, H.</p> <p>Titel: Medical Defibulation as a Possibility - the Experiences of Young Swedish-Somali Women</p> <p>Tidskrift: International journal of qualitative studies on health and well-being</p> <p>Publikationsår: 2020</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Att utforska unga flickor från Somalias upplevda erfarenhet och syn på att genomgå en defibulation i Sverige.</p>	<p>Metod: Kvalitativ metod</p> <p>Material: Djupintervjuer</p> <p>Urval: Svensk-somaliska unga kvinnor som har könsstypats genom infibulation.</p> <p>Antal deltagare: n=9 kvinnor (13–25 år)</p> <p>Design: Fenomenologisk livsvärlds sökning</p>	<p>Stark önskan om att anpassa sig efter den svenska synen på infibulation och även ha kvar den somaliska kulturella värderingar. Svårigheter att ta till sig den medicinska defibulationen eller kan ej ta till sig den alls.</p>

6	<p>Författare: Cottler-Casanova, S., Horowicz, M., Gieszl, S., Johnson-Agbakwu, C., & Abdulcadir, J.</p> <p>Titel: Coding female genital mutilation/cutting and its complications using the International Classification of Diseases: a commentary</p> <p>Tidskrift: An International Journal of Obstetrics and Gynecology</p> <p>Publikationsår: 2020</p> <p>Land: Schweiz och USA</p>	<p>Att ge ett förslag på en metod att dokumentera och koda hälsotillstånd relaterade till kvinnlig könsstympning med hjälp av internationella klassificeringar av sjukdomar, ICD-9 och ICD-10.</p>	<p>Metod: Kvantitativ metod</p> <p>Material: Insamlad data</p> <p>Antal deltagare: Fem författare</p> <p>Design: Experimentell design</p>	<p>För att författarnas förslag på hur klassificering kan användas behövs kunskaper i korrekt dokumentation och kodning av utbildad vårdpersonal och kodare. Kan göras i ett utbildningsprogram.</p>
7	<p>Författare: Dawson, A. J., Turkmani, S., Varol, N., Nanayakkara, N., Sullivan, S., & Homer, C. S. E.</p> <p>Titel: Midwives experiences of caring for women with female genital mutilation: Insights and ways forward for practice in Australia</p> <p>Tidskrift: Elsevier Australia</p> <p>Publikationsår: 2015</p> <p>Land: Australien</p>	<p>Att ge insikt i barnmorskors syn på erfarenhet av att arbeta med kvinnor som drabbats av kvinnlig könsstympning.</p>	<p>Metod: Kvalitativ metod</p> <p>Material: Diskussion i fokusgrupper</p> <p>Urval: Barnmorskor som arbetar på något av fyra mödravårdskliniker och tre förlossningskliniker i New South Wales.</p> <p>Antal deltagare: n=48</p> <p>Design: Tematisk analys</p>	<p>Barnmorskorna visade kunskap om att ta hand om kvinnor med kvinnlig könsstympning. Deltagarna uttryckte en rädsla och brist på erfarenhet. Upplevde en svårighet att utveckla en relation till kvinnan, arbeta med tolkar och att det blev missförstånd om kvinnokulturen. Oerfarna om det kliniska förfarandet och brist på kunskap.</p>

8	<p>Författare: Fox, A. K., & Johnson-Agbakwu, C.</p> <p>Titel: Crime Victimization, Health, and Female Genital Mutilation or Cutting Among Somali Women and Adolescent Girls in the United States, 2017</p> <p>Tidskrift: A publication of the american public health association</p> <p>Publikationsår: 2020</p> <p>Land: USA</p>	<p>Att undersöka om exponering för våld som exempelvis mord, våld, sexuella övergrepp, mordbrand och kidnappning är relaterad till hälsoproblem, tillgång till hälso- och sjukvård och hinder samt hälsobehov utöver effekterna av kvinnlig könsstympning eller skärning (FGM/C) - bland somaliska kvinnor och tonårsflickor.</p>	<p>Metod: Kvantitativ metod</p> <p>Material: Insamlat material från frågeformulär</p> <p>Urval: Tonårsflickor 15–18 år och kvinnor över 18–90 år. Ursprung från Somalia, bosatta i USA.</p> <p>Antal deltagare: n= 879</p> <p>Design: Tvärsnittsdesign statistisk analys</p>	<p>Bland de kvinnor som könsstympats löpte 15% ökad risk för graviditetsrelaterade hälsoproblem och 19% hade ökad risk för gynekologiska hälsoproblem.</p>
9	<p>Författare: Johansen, R., & Elise, B.</p> <p>Titel: Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway.</p> <p>Tidskrift: Reproductive health</p> <p>Publikationsår: 2017</p> <p>Land: Norge</p>	<p>Att undersöka uppfattningar och erfarenheter av kirurgisk defibulation bland migranter i Norge och att undersöka om kirurgisk defibulation är en accepterad metod av ett traditionellt förfarande eller i stället utmanar de kulturella grunderna för infibulation.</p>	<p>Metod: Kvalitativ metod</p> <p>Material: Intervjuer och deltagarobservationer</p> <p>Urval: Kvinnor och män med ursprung från Somalia och Sudan, bosatta i Norge. Ålder 18–65 år.</p> <p>Antal deltagare: n=36 (23 kvinnor och 13 män)</p> <p>Design: Tematisk analys</p>	<p>De flesta av deltagarna var motståndare till infibulation på grund av smärta och lidande. Motstånd var utbrett mot medicinsk defibulation på grund av att penisdefibulation var viktig för mannen för att visa sin virilitet och maskulinitet. Rädsla för att skapa en för stor vaginal öppning med defibulation fanns, skulle då vara ett hinder för manlig sexuell njutning.</p>

10	<p>Författare: Johnsdotter, S.</p> <p>Titel: Meaning well while doing harm: compulsory genital examinations in Swedish African girls</p> <p>Tidskrift: Sexual and reproductive health matters</p> <p>Publikationsår: 2019</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Att kartlägga uppgifter från polisregister inklusive brottsutredningar om misstänkta fall av könsstämpning.</p>	<p>Metod: Kvantitativ metod</p> <p>Material: Data från polisregistret och brottsutredningar</p> <p>Urval: Utredningar om könsstämpning.</p> <p>Antal deltagare: 122 polisregister och brottsutredningar</p> <p>Design: Innehållsanalys</p>	<p>Många flickor blir gynekologiskt undersökta flera gånger och ibland av flera personer samt sitter i förhör. I de flesta fall kunde inga tecken på könsstämpning ses eller att det saknades bevis på att det skulle ha skett sedan migration till Sverige. Står i en del undersökta utredningar om trauman för flickor att genomgå undersökning och förhör.</p>
11	<p>Författare: Jordal, M., Griffin, G., & Sigurjonsson, H.</p> <p>Titel: I want what every other woman has: reasons for wanting clitoral reconstructive surgery after female genital cutting – a qualitative study from Sweden</p> <p>Tidskrift: Culture, Health & Sexuality</p> <p>Publikationsår: 2019</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Att undersöka kvinnor som könsstämpats om deras uppfattning av kirurgisk klitorisrekonstruktion.</p>	<p>Metod: Kvalitativ metod</p> <p>Material: Intervjuer</p> <p>Urval: Kvinnor som könsstämpats och remitterats för kirurgisk klitorisrekonstruktion på Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm.</p> <p>Antal deltagare: n=17 (19–56 år)</p> <p>Design: Grounded Theory analys</p>	<p>Kom fram till att orsaken till att deltagarna önskade genomföra klitorisrekonstruktionen kunde vara en symbolisk upprättelse för vad de varit med om, reparera synlig skada av klitoris, förbättra sex och intimitet genom fysisk, estetisk och symbolisk återhämtning. Bli av med fysisk smärta. Ett personligt projekt som gav hopp. Orsakerna kunde vara flera och komplexa.</p>

12	<p>Författare: Jordal, M., Sigurjonsson, H., Griffin, G., & Wahlberg, A.</p> <p>Titel: The benefits and disappointments following clitoral reconstruction after female genital cutting: A qualitative interview study from Sweden</p> <p>Tidskrift: PLOS ONE</p> <p>Publikationsår: 2021</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Att undersöka hur kvinnor som genomgått en klitorisrekonstruktion i Sverige mellan 2016–2019 upplevde den kirurgiska processen och biverkningar ur ett fysiskt, sexuellt och psykosocialt perspektiv.</p>	<p>Metod: Kvalitativ metod</p> <p>Material: Intervjuer</p> <p>Urval: Kvinnor som genomgått klitorisrekonstruktion på ett universitetssjukhus i Sverige</p> <p>Antal deltagare: n=18</p> <p>Design: Tematisk analys</p>	<p>Visade på både positiva och negativa upplevelser. Flera var positiva ur ett psykosocialt, estetisk och sexuellt plan. Minskad genital smärta, kände sig mer bekväma över sin kropp och att de ägde den. Vissa visade besvikelse över estetiska, funktionella och processrelaterade orsaker. Alla var tacksamma över att ha fått genomgått rekonstruktionen.</p>
13	<p>Författare: Lane, J. L., Johnson-Agbakwu, C. E., Warren, N., Budhathoki, C., & Cole, E. C.</p> <p>Titel: Female Genital Cutting: Clinical knowledge, Attitudes, and Practices from a Provider survey in the US</p> <p>Tidskrift: Journal of Immigrant and Minority Health</p> <p>Publikationsår: 2019</p> <p>Land: USA</p>	<p>Att utforska vårdpersonal som arbetar inom kvinnosjukvårds erfarenhet av kvinnlig könsstympning, kunskap om den kulturella seden, praktisk handläggning och attityder kring olika ingrepp inklusive reinfibulation.</p>	<p>Metod: Kvantitativ metod</p> <p>Material: Enkätundersökning</p> <p>Urval: Vårdpersonal som arbetar inom kvinnosjukvård i USA.</p> <p>Antal deltagare: n=508 i 43 olika stater i USA</p> <p>Design: Statistisk analys av kategoriska data</p>	<p>Hälften av deltagarna hade ej fått någon formell utbildning om kvinnlig könsstympning men majoriteten av deltagarna hade vårdat kvinnor som könsstympats. Kirurgisk defibulation erbjöds inte rutinmässigt till kvinnorna som de vårdade. De flesta av deltagarna önskade mer kunskap på området.</p>

14	<p>Författare: Levy, A. T., Beausang, J. K., Finley, E. D., & Wold, S. M.</p> <p>Titel: Provider Knowledge and Attitudes About Female Genital Mutilation/Cutting in Philadelphia</p> <p>Tidskrift: Journal of Immigrant and Minority Health</p> <p>Publikationsår: 2020</p> <p>Land: USA</p>	<p>Att utforska sjukvårdspersonal och studenters grundläggande kunskap och attityder om kvinnlig könsstympning.</p>	<p>Metod: Kvantitativ metod</p> <p>Material: Enkätundersökning</p> <p>Urval: Vårdpersonal och studenter vid ett universitet i Philadelphia.</p> <p>Antal deltagare: n= 227</p> <p>Design: Analys genom Microsoft Excel, kvantitativ design</p>	<p>Mer än hälften hade stött på någon kvinna som könsstympats under de senaste fem åren. Det var en lägre procent som hade fått någon formell utbildning. Många kände sig obekväma och oförberedda att vårda könsstympade kvinnor. De flesta deltagare kände till både de kortsiktiga och långsiktiga konsekvenserna av kvinnlig könsstympning. Mer än hälften kände inte till lagar om kvinnlig könsstympning. Deltagarna var övertygade om den skadliga inverkan som de ansåg att traditionen kvinnlig könsstympning hade.</p>
15	<p>Författare: Lundberg, P. C., & Gerezgiher, A.</p> <p>Titel: Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden</p> <p>Tidskrift: Midwifery</p> <p>Publikationsår: 2008</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Att utforska eritreanska invandrarkvinnors erfarenhet av kvinnlig könsstympning under graviditet, förlossning och under postpartumperioden.</p>	<p>Metod: Kvalitativ metod</p> <p>Material: Intervjuer</p> <p>Urval: Invandrade eritreanska kvinnor i Uppsala.</p> <p>Antal deltagare: n=15 (31–45 år)</p> <p>Design: Innehållsanalys</p>	<p>Alla deltagare kände oro och ångest under graviditet, förlossning och under postpartumperioden. Smärtsamma gynundersökningar och samlag med sin make. Många deltagare hade upplevt postpartumperioden i sitt hemland och fick då infektioner, blödningar och smärta. Dålig erfarenhet från hemlandet av sjukvården. Många var reinfubilerade. Goda erfarenheter av svensk sjukvård från graviditet, förlossning och</p>

				postpartumperiod. Tänkte att vårdpersonalen blivit mer vana på grund av att samhället är mer mångkulturellt och vårdpersonalen möter kvinnor som könsstympats oftare. Accepterat att reinfubilation ej görs i Sverige och att det är olagligt. Deltagarna tyckte att det är mindre smärtsamt att vara "öppen".
16	<p>Författare: Lurie, J. M., Weidman, A., Huynh, S., Delgado, D., Easthausen, I., & Kaur, G.</p> <p>Titel: Painful gynecologic and obstetric complications of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis</p> <p>Tidskrift: PLOS MEDICINE</p> <p>Publikationsår: 2020</p> <p>Land: USA</p>	Att undersöka sambandet mellan kvinnlig könsstympning och smärtsamma gynekologiska och obstetriska komplikationer hos kvinnor som påverkats av det.	<p>Metod: Kvantitativ metod</p> <p>Material: Litteratursökning</p> <p>Urval: Studier som beskrev incidensen eller prevalensen av smärtsamma komplikationer i samband med kvinnlig könsstympning.</p> <p>Antal deltagare: n=116 artiklar valdes ut</p> <p>Design: Litteraturöversikt</p>	Fanns ej tillräckligt med evidens för att sätta ett samband mellan kvinnlig könsstympning och dysmenorré. Mer vanligt bland kvinnor som könsstympats med långvariga förlossningar, episiotomi och smärtsamma samlag.

<p>17</p>	<p>Författare: Mbanya, N. V., Terragni, L., Gele, A. A., Diaz, E., & Kumar, N. B.</p> <p>Titel: Barriers to access to the Norwegian healthcare system among sub-Saharan African immigrant women exposed to female genital cutting</p> <p>Tidskrift: PLUS ONE</p> <p>Publikationsår: 2020</p> <p>Land: Norge</p>	<p>Att undersöka erfarenheter och uppfattningar som hindrar tillgång till och användning av det norska sjukvårdssystemet bland invandrade kvinnor söder om Sahara (SSA) som exponeras för FGC.</p>	<p>Metod: Kvalitativ metod</p> <p>Material: Intervjuer</p> <p>Urval: Kvinnor mellan 20–50 år som migrerat till Norge från Afrika, söder om Sahara.</p> <p>Antal deltagare: N=13</p> <p>Design: Tolkningsfenomenologisk analys</p>	<p>Kvinnorna visade flera hinder att kunna nå den norska sjukvården. Hinder kunde vara brist på information, inflytande från sin man eller familj. Otillräcklig kunskap och dålig attityd hos vårdgivarna.</p>
<p>18</p>	<p>Författare: Moxey, J. M., & Jones, L. L.</p> <p>Titel: A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England.</p> <p>Tidskrift: Public health research</p> <p>Publikationsår: 2016</p> <p>Land: England</p>	<p>Att utforska hur somaliska kvinnor utsatta för kvinnlig könsstympning upplever och uppfattar mödra- intrapartumvård i England.</p>	<p>Metod: Kvalitativ deskriptiv metod</p> <p>Material: Halvstrukturerade personliga intervjuer</p> <p>Urval: Somaliskt ursprung, bosatta i England</p> <p>Antal deltagare: n=10</p> <p>Design: Tematisk analys</p>	<p>Traumatiska minnen från könsstympningen. De flesta föredrog att avvakta med defibulering under graviditeten då de ej orkade med två invasiva förfaranden. Deras relation till sin barnmorska påverkade hur öppna de kunde vara. Hade inget emot att få frågan om de blivit könsstympade eller tänker könsstympa sina döttrar.</p>

19	<p>Författare: Ormrod, J.</p> <p>Titel: The experience of NHS care for women living with female genital mutilation</p> <p>Tidskrift: British Journal of Nursing</p> <p>Publikationsår: 2019</p> <p>Land: England</p>	<p>Att utforska och analysera erfarenheter hos kvinnor som könsstympats och sökt hjälp hos vårdgivare.</p>	<p>Metod: Kvalitativ metod</p> <p>Material: Intervju</p> <p>Urval: Kvinnor över 18 år som könsstympats typ 2 och typ 3. Behärskar engelska språket i tal och skrift.</p> <p>Antal deltagare: n=9 (20 - 46 år)</p> <p>Design: Ramanalys</p>	<p>De flesta deltagare var tacksamma över den vård de fått. Deltagarna beskrev sexuella svårigheter och brist på sexuell njutning. Ett tyst lidande. Behov av sjuksköterskor som är kulturellt medvetna och har aktuell kunskap om kvinnlig könsstympning.</p>
20	<p>Författare: Plugge, E., Adam, S., El-Hindi, L., Gitau, J., Shodunke, N., & Mohamed-Ahmed, O.</p> <p>Titel: The prevention of female genital mutilation in England: what can be done?</p> <p>Tidskrift: Journal of Public Health</p> <p>Publikationsår: 2019</p> <p>Land: England</p>	<p>Att förstå hur samhället bäst förhindrar könsstympning.</p>	<p>Metod: Kvalitativ metod</p> <p>Material: Fokusgrupper och intervjuer</p> <p>Urval: Kvinnor och män som migrerat från olika afrikanska länder till England.</p> <p>Antal deltagare: n= 53</p> <p>Design: Tematisk analys</p>	<p>Viktigt med utbildning och informationskampanjer om könsstympning och dess lagstiftning. Viktigt att börja redan från skolåldern. Engagera männen. Lagen ej tillräcklig i Storbritannien.</p>

<p>21</p>	<p>Författare: Small, E., Sharma, B. B., Nikolova, P. S., & Tonui, C. B.</p> <p>Titel: Hegemonic Masculinity Attitudes Toward Female Genital Mutilation/Cutting Among a Sample of College Students in Northern and Southern Sierra Leone</p> <p>Tidskrift: Journal of transcultural nursing</p> <p>Publikationsår: 2020</p> <p>Land: Sierra Leone</p>	<p>Att bedöma utbildningens inverkan på den patriarkala maskulina attityden mellan manliga och kvinnliga studenter och hur föräldrars utbildning påverkar.</p>	<p>Metod: Kvantitativ metod</p> <p>Material: Enkät</p> <p>Urval: Kvinnliga och manliga studenter i Sierra Leone.</p> <p>Antal deltagare: n=338 medelålder 23–24 år</p> <p>Design: Tvärsnittsdesign. Analys med hjälp av Chi-Square och korrelations-tester.</p>	<p>Deltagarna kommer sannolikt följa traditionella kulturella metoder och ideologi som finns hos deltagarnas föräldrar och i samhället. Deltagarnas stöd för kvinnlig könsstympning var beroende av hur hög utbildning deltagarnas föräldrar hade. Om deltagarnas föräldrar hade utbildning sjönk stödet för könsstympning hos deltagarna.</p>
<p>22</p>	<p>Författare: Strid, S.</p> <p>Titel: Betydelsen av könsstympning hos migrerade minoriteter i Sverige – en feministisk våldsforskningsanalys</p> <p>Tidskrift: Sociologisk forskning</p> <p>Publikationsår: 2020</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Att undersöka betydelser av och attityder till könsstympning, förstått som samhälleligt och könat våld, bland migrerade män och kvinnor i Sverige utifrån ett feministiskt perspektiv på våld.</p>	<p>Metod: Mixad metod</p> <p>Material: Tidigare insamlat material från frågeformulär och fokusgruppintervjuer</p> <p>Urval: Kvinnor och män över 18 år som migrerat eller vars föräldrar migrerat, alla med ursprung från Somalia.</p> <p>Antal deltagare: n=47</p> <p>Design: Feministisk våldsforsknings-analys</p>	<p>Alla deltagare hade vissa hälsoproblem på grund av könsstympningen. Deltagarna påtalade en brist på information var de kunde vända sig inom sjukvården. Deltagarna uppgav att männen själva ville öppna vaginalpassagen.</p>



Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se