



HÖGSKOLAN VÄST

Institution för hälsovetenskap

**”När en del av mig är borta”
- upplevelser av att leva med kvinnlig könsstymning**

Frida Sandström

Jéssica Cândida de Albuquerque Johansson

**Examensarbete i omvårdnad på grundnivå
Sjuksköterskeprogrammet
Institutionen för hälsovetenskap/Högskolan Väst
Vårterminen 2018**

Titel	”När en del av mig är borta”- upplevelser av att leva med kvinnlig könsstympning ”When a part of me is gone”- experiences of living with female genital mutilation
Författare	Frida Sandström Jéssica Cândida de Albuquerque Johansson
Handledare	Berit Finnström
Examinator	Britt Hedman Ahlström
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	VT 2018
Antal sidor	25

Abstract

Background More than 200 million females worldwide live with some form of female genital mutilation [FGM]. While reinforcing social and cultural values for those, to whom the practice is normative, FGM also envelops psychological as well as physical lifelong consequences.

Aim This literature study aimed to describe women’s experiences of living with female genital mutilation from a physical, psychological, social and cultural perspective.

Method A literature study was performed through collecting and analysing ten qualitative articles. The data consisted of narratives of migrant women that had undergone FGM and lived in Western societies. The analysis was performed according to Friberg’s five-step-model.

Results Feelings of honour and shame were expressed in connection to FGM. FGM was understood to fortify belonging to cultural identities and establish social acceptance linked to cultural ideals of femininity. Emotional and physical pain made women feel incompleteness, challenging their social relationships, including sexual intimacy. Additionally, it was noted that healthcare professionals lack specific knowledge needed while caring for those women, leaving them hesitant in further seeking healthcare. Women’s perception of FGM changed after migration. They experienced larger control over their lives but also insecurity towards the discontinuation of the practice.

Conclusion FGM and its implications were complex and resulted in consequences that affect women’s life. Greater knowledge and understanding of FGM were identified as necessary on the healthcare system, strengthening and furthering the required support and information for women’s health.

Keywords Female genital mutilation, healthcare, migration, nursing care, women’s experiences.

Populärvetenskaplig sammanfattning

I takt med en ökad migration och att Sverige är ett mångkulturellt land blir det vanligare att komma i kontakt med kvinnor som har genomgått könsstympning. Kunskapen kring ämnet behöver ökas. Tidigare forskning kring kvinnlig könsstympning har till stor del fokuserat på fysiska och psykiska komplikationer till följd av könsstympningen. Det finns studier som belyser kvinnornas perspektiv och upplevelser av ingreppet, men det behövs mer forskning för att bättre kunna förstå vad dessa kvinnor har genomgått och hur upplevelsen påverkar deras liv.

Syftet med denna studie är att beskriva kvinnors upplevelser av att leva som könsstympade ur ett fysiskt, psykiskt, socialt och kulturellt perspektiv. I resultatet framkommer att kvinnorna i stor utsträckning besväras av såväl fysiska som psykiska konsekvenser på grund av följderna från könsstympningen. Framträdande i resultatet är också att det sociala livet är starkt influerat och att kulturella värderingar påverkar kvinnorna till ambivalens för kvinnlig könsstympning, som tradition, när de har migrerat till ett land där könsstympning är förbjudet. I denna studie framkommer även att kvinnorna undviker att söka vård, då tidigare möten med sjukvården inte varit positiva på grund av bristande kunskap hos vårdpersonal. Som sjuksköterska är det viktigt att vara medveten om att kulturella värderingar kan påverka den enskilde individen och att möta personen där den befinner sig för att kunna ge en god och anpassad vård. Denna studie avser att öka kunskapen kring kvinnlig könsstympning och belysa viktiga aspekter som kan förbättra omvårdnaden för kvinnorna.

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Kvinnlig könsstympning	1
Sedvänjan och tradition	2
Konsekvenser	2
Sjuksköterskans kompetensområde	3
Lagstiftning kring kvinnlig könsstympning	3
Teoretiska utgångspunkter	3
Lidande	3
Transkulturell omvårdnad	4
Problemformulering	5
Syfte	5
Metod	5
Litteratursökning	6
Urval	6
Analys	7
Resultat	8
Att vara en del av ett socialt sammanhang	8
Ära, heder och skam	8
Kulturell identitet	9
Den goda kvinnan	9
Könsstympningens följder	10
En sargad kropp	10
Ett smärtsamt minne	11
Påfrestningar i äktenskapet och andra relationer	11
Nytt land och nya förutsättningar	12
En ambivalens till FGM	12
Oro för döttrarna	13
Att uppleva kontroll över sin situation	13
Motvilja till att söka vård	14
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	17
Slutsats	20
Praktiska implikationer	20
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde	21
Referenser	22

Bilagor

- I Leiningers *sunrise*-modell
- II Översikt av systematiska artikelsökningar
- III Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod
- IV Översikt av analyserad litteratur

Inledning

Fler än 200 miljoner flickor och kvinnor i världen uppskattas leva med någon form av könsstympning och över två miljoner flickor beräknas könsstympas varje år enligt United Nations International Children Emergency Fund [UNICEF] (2018). I Sverige ligger siffran på ca 38 000 flickor och kvinnor som estimeras ha genomgått könsstympning (Socialstyrelsen, 2015). Kvinnlig könsstympning kan medföra både psykiska och fysiska konsekvenser (UNICEF, 2018).

I takt med den ökade migrationen, blir ämnet kvinnlig könsstympning alltmer av betydelse och aktuellt. Medias berättelser om kvinnlig könsstympning belyser att ämnet är förekommande och bör uppmärksammas. Ämnet beskrivs som tabubelagt bland annat eftersom det är olagligt i flertalet västerländska länder. Detta anses försvåra en öppen dialog kring kvinnlig könsstympning och bidrar till att de drabbade kvinnorna förbli relativt anonyma. Problemområdet berörs inte på sjuksköterskeutbildningen, men som grundutbildad sjuksköterska kommer kontakten med dessa kvinnor bland annat att ske i den akuta vården, hemsjukvård och på vårdcentral. Därför anses ämnet vara relevant för omvårdnaden och sjuksköterskans kompetensområde, då sjuksköterskearbetet innefattar att ge ett gott och professionellt bemötande och personcentrerad vård. Förståelsen för dessa kvinnors upplevelser skapas genom dialog med de berörda parterna. Därför anses det angeläget att studera ämnet ur könsstympade kvinnors perspektiv, vilket utgör grunden till denna uppsats.

Bakgrund

Kvinnlig könsstympning

Könsstympning är ett samlingsnamn för olika typer av procedurer som karakteriseras av skador eller förändringar i könsorganet, som görs av kulturella eller andra icke-medicinska skäl (Socialstyrelsen, 2015). Vid ingreppet används vanligtvis knivar, rakblad, glasskärvor och saxar (Mulongo, Hollins Martin & McAndrew, 2014). Kvinnlig könsstympning utförs oftast utan bedövning i tidig ålder och förekommer i hela världen, men sedvänjan är främst förekommande i Mellanöstern och i 30 olika afrikanska länder (UNICEF, 2018). Olika terminologier används för att namnge kvinnlig könsstympning. *Female genital mutilation* [FGM], *female circumcision* och *female genital cutting* [FGC] är de vanligaste. Termerna FGM och kvinnlig könsstympning används i arbetet.

World Health Organization (WHO, 2018a) definierar *female genital mutilation* (kvinnlig könsstympning) enligt följande:

"Kvinnlig könsstympning omfattar alla förfaranden som innebär partiell eller total borttagning av de externa kvinnliga könsorganen eller annan skada på de kvinnliga könsorganen av icke medicinska skäl" (egen översättning).

Ingreppets variation skiljer sig mellan geografiskt läge och olika åldersgrupper (Socialstyrelsen, 2015). Dessutom kan etniskt ursprung påverka vilken typ av könsstympning som utförs (UNICEF, 2013). Enligt Terry och Harris (2013) och WHO (2018a) rymmer kvinnlig könsstympning fyra olika typer av ingrepp:

Typ 1, även kallad clitoridectomi eller sunna, betyder att hela eller delar av clitoris avlägsnas.

Typ 2, innebär att clitoris och hela eller delar av labia minora avlägsnas.

Typ 3, även kallad infibulation, innebär att clitoris samt labia minora och labia majora avlägsnas, huden sys ihop och endast ett litet hål för urin och menstruationsblod kvarstår.

Typ 4, innefattar andra sätt att skada genitalierna på, det kan vara prickning, piercing, att bränna, skära i eller skrapa för att förändra könsorganet.

Begreppet defibulation är en medicinsk åtgärd som kan användas vid typ 3 och som innebär att vagina kirurgiskt öppnas för att minska komplikationer i samband med typ 3 av FGM (WHO, 2018b).

Sedvänja och tradition

Kvinnlig könsstympning har utövats i århundraden (Momoh, Olufade & Redman-Pinard, 2016). Anledningar till att kvinnor könsstympas varierar. Det kan handla om en rad sociokulturella faktorer inom familjen och samhället; ritualer, seder och sociala normer som ibland kan stödjas av lokala traditioner och som kan bidra till att praktiken fortsätter (WHO, 2018a). Könsstympning påverkas av sociala hierarkier, politiska övertygelser och system samt normer som inkorporeras i människors tro och beteende (Mulongo et al., 2014). Kvinnlig könsstympning kan associeras till en kulturell idealbild av kvinnors femininitet och blygsamhet. Manliga, orena eller icke-kvinnliga kroppsdelar tas bort i avsikt att flickan ska bli ren och vacker (WHO, 2018a). Det finns en tro att flickan blir till kvinna efter att ha genomgått denna procedur och anses därmed vara potentiell för äktenskap. Dessutom menar Momoh et al. (2016) att proceduren stärker tron på att kvinnans oskuld bevaras, att hennes könsdrift minskar och trohet upprätthålls. Att förhindra sexuell aktivitet som anses omoralisk är en bidragande faktor till könsstympningen i vissa samhällen (Mulongo et al., 2014). Att förhöja mäns sexuella njutning kan också föranleda kvinnlig könsstympning (Terry & Harris, 2013).

I samhällen där FGM praktiseras, accepteras det generellt i stor utsträckning. Detta för att sedvänjan anses som en del av en social och kulturell identitet och könsstympningens konsekvenser ses som en naturlig följd. Vägran att könsstympas kan anses som respektlöst mot äldre generationer (Terry & Harris, 2013) och kan resultera i att kvinnan utesluts från sitt samhälle (Mulongo et al., 2014). Kvinnlig könsstympning har inget stöd i någon religion då ingen religiös skrift föreskriver FGM men ofta tror de som utövar FGM att det har religiösa grunder (Momoh et al., 2016; WHO, 2018a). Kvinnlig könsstympning betraktas som våld och definieras som en form av tortyr (UNICEF, 2013) och kan användas som tortyrmetod (Akinsulure-Smith & Chu, 2017).

Konsekvenser

Kvinnlig könsstympning kan medföra såväl akuta som långvariga konsekvenser i kvinnornas liv (Momoh et al., 2016; Mulongo et al., 2014; Terry & Harris, 2013). De akuta konsekvenserna som kvinnorna riskerar att drabbas av i samband med ingreppet är bland annat chock, smärta, blödningar, sepsis, svårigheter att urinera och även dödsfall som inträffar till följd av könsstympningens komplikationer. Långvariga konsekvenser av fysisk, psykisk och social karaktär är vanligt förekommande (Mulongo et al., 2014; Terry & Harris, 2013). Depression, psykosexuella problem,

inkontinens med mera påverkar kvinnornas sociala liv (Terry & Harris, 2013). Dessa konsekvenser kan medföra att många kvinnor behöver psykologiskt stöd och medicinsk vård (Mulongo et al., 2014). Vidare har olika aspekter relaterade till FGM:s betydelse för kvinnans kulturella identitet lyfts fram då kvinnlig könsstympning anses direkt kopplat till kvinnors sociala och kulturella liv (Momoh et al., 2016; Terry & Harris, 2013).

Sjuksköterskans kompetensområde

Med en ökad migration blir det sannolikt att som sjuksköterska möta kvinnor med FGM i vården. Det finns dock en stor kunskapsbrist om kvinnlig könsstympning hos vårdpersonal, speciellt hos personal som inte har specialiserats inom kvinnosjukvård (Terry & Harris, 2013). Ökad förståelse om FGM och dess konsekvenser behövs (Mulongo et al., 2014; Terry & Harris, 2013).

Att främja hälsa och lindra lidande är två av sjuksköterskans ansvarsområden (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Personcentrerad vård bör ges, vilket möjliggör att personens individuella behov tillgodoses. Genom att beakta individens fysiska, psykiska, sociala och kulturella behov kan hälsa främjas, förbättras, bibehållas eller återställas (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Omvårdnad grundas i respekt för människors lika värde. Människors värderingar, tro och vanor ska tas hänsyn till i omvårdnadsarbetet. De mänskliga rättigheterna skyddas och individens integritet, värdighet och självbestämmande respekteras. Dessutom ska sjuksköterskan följa de riktlinjer, styrdokument, lagar och författningar som gäller för hälso- och sjukvård (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Socialstyrelsen (2016) har utformat ett material för hälso- och sjukvårdspersonal i syfte att öka kunskapen kring kvinnor och flickor som har könsstympats eller riskerar att utsättas för det. Materialet är en handledning som bland annat berör bemötande och förebyggande arbete kring kvinnlig könsstympning.

Lagstiftning kring kvinnlig könsstympning

Det är enligt svensk lag förbjudet att könsstympa kvinnor (SFS: 1982:316), och domen för att utföra ingreppet kan ge fängelse i minst två år. Kvinnlig könsstympning bryter mot de mänskliga rättigheterna och barns rättigheter (WHO, 2018a). Sjuksköterskan är skyldig att anmäla om barnet misstänks fara illa. Socialstyrelsen (2016) påpekar att sjuksköterskan har anmälningsplikt om ett barn eller syskon till barnet har könsstympats eller riskerar att utsättas för det. Detta stöds av 14 kap. 1c § i Socialtjänstlagen (SFS: 2001:453).

Teoretiska utgångspunkter

Lidande

Lidande, enligt Eriksson (2015), är en unik och subjektiv upplevelse som inte nödvändigtvis behöver innebära fysisk smärta men som människan måste leva med. Lidande kan orsakas av att bli kränkt, att inte känna sig välkommen och att uteslutas i sociala sammanhang. Det sker när människans värdighet hotas. Lidande saknar ett språk och i avsikt att hitta förklaring till det, reduceras lidandet oftast till ett fenomen som kan utge sig som fysiska observerbara uttryck och även som ångest. Lidandet kan

pendla mellan hopp och hopplöshet. Människan kan finna en mening med lidandet om utgången blir positiv eller försoning kan ske (Eriksson, 2015).

Lidandet kan indelas som livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande (Eriksson, 2015). Tidigare erfarenheter, upplevelser och trauman omfattas av livslidande och är till skillnad från sjukdomslidande inte bundet till någon sjukdom eller behandling. Vårdlidandet, enligt Eriksson (2015) måste inte innebära en avsiktlig eller fysisk åkomma, utan kan också vara utebliven vård. Även en bristande förmåga från sjuksköterskan att identifiera den enskildes behov kan orsaka kränkning och ett intrång i den personliga integriteten och värdigheten. Kunskap ökar möjligheten för att vårdlidande ska förhindras. Mulongo et al. (2014) påpekar att kvinnor som har genomgått könsstympning lider på varierande sätt och ger exempel på lidande som karaktäriseras som vårdlidande, livslidande samt sjukdomslidande. Lidande upplevs subjektivt och påverkas av kvinnornas sociokulturella kontext, coping, konsekvenser relaterade till FGM med flera. Det är essentiellt för vårdpersonal att få kunskap om FGM och de olika faktorerna som orsakar lidande hos kvinnor som lever med könsstympning (Momoh et al., 2016; Mulongo et al., 2014). Vårdlidande som orsakas bland annat av okunskap om FGM kan motverkas genom ökad empati och förståelse från sjuksköterskan (Terry & Harris, 2013).

Transkulturell omvårdnad

Den transkulturella omvårdnadsteorin, utvecklad av Leininger (2002), anses som en av de viktigaste teorierna för sjuksköterskan i bemötande med människor med olika kulturer. Teorin används för att ge en god och meningsfull vård genom att bemöta patienters kulturella behov. Kultur anses som en del av vårdandet och påverkar sjuksköterskans relation till patienten. Varje människa är kulturellt unik och formas i ett kulturellt sammanhang enligt Leininger (2002). Människans upplevelser, värderingar, tankesätt, inlärdade värden, trosuppfattning med mera formar henne. Dessutom är människans kulturella bakgrund av stor betydelse i omvårdnad och hennes omvårdnadsbehov anses kulturellt betingad. Därutöver är kulturell anpassad omvårdnad essentiell för hälsa och ökat välbefinnande hos den enskilda individen. Förklaring och identifiering av kulturella faktorer, dess skillnader och likheter inom vården samt dess inverkan på människors liv anses central i teorin. Omvårdnad ska enligt Leininger (2002) inkludera förståelse för kulturella olikheter för att människans specifika omsorgsbehov ska kunna tillgodoses. Faktorer som exempelvis religion, miljö, politik och utbildning behöver identifieras för att sjuksköterskan ska ge en kulturell anpassad omvårdnad.

I sin teori beskriver Leininger (2002) *Sunrise*-modellen som innehåller olika komponenter som sjuksköterskan bör ta hänsyn till i bemötande med patienten (se bilaga I). *Sunrise*-modellens olika komponenter består av bland annat livsstilar och kulturellt betingade värderingar, politiska och juridiska faktorer, teknologi, ekonomi, utbildning, religion samt sociala faktorer. I omvårdnadsarbetet och omsorg bör såväl kulturella som sociala dimensioner tas hänsyn till. Dessutom täcker kulturellt betingade värderingar och livsstilar aspekter som rör individens tro, världssyn, attityder, sexualitet, traditioner, hygien med flera. Vidare kan de sociala faktorerna handla om bland annat värderingar i familjen, social status och sociala normer (Leininger, 2002).

Sunrise-modellen vägleder sjuksköterskan att identifiera olika aspekter för en specifik kultur och att hitta vilken omvårdnadsstrategi som bäst kan tillgodose den enskildes omvårdnadsbehov. Förståelsen av hur dessa faktorer inverkar på människans liv ger förutsättningar till ett ge gott och anpassat bemötande (Leininger, 2002). Att vara medveten om sitt agerande och ha kunskap om betydelsen av olika faktorer som rör individens möjlighet till hälsa ingår i sjuksköterskekompetens område (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Hälso-och sjukvårdslagen (SFS: 1982:763) belyser att alla människors lika värde och människans värdighet bör respekteras, vilket i sin tur är grund till hur vården bör ges. *Sunrise*-modellen kan underlätta för sjuksköterskan att kartlägga olika och individuella betydande aspekter för den enskilda individen så att bemötandet kan ske med respekt till människors kulturella värderingar (Leininger, 2002).

Terry och Harris (2013) poängterar att FGM associeras bland annat till kvinnors kulturella identitet och att bristfällig kunskap om FGM i vårdandet är kopplad till avsaknad av kulturell kompetens hos vårdpersonal. Sjuksköterskan ska ha kunskap och förståelse för olika kulturer i bemötande med dessa kvinnor för att garantera omvårdnad av hög kvalitet. Att inte döma kvinnorna, att vara känslig och respektera deras kultur och värderingar är viktigt i omvårdnad (Momoh et al., 2016).

Problemformulering

Kvinnlig könsstympling är ett ingrepp som berör ca 200 miljoner kvinnor och flickor världen över. Det finns olika grader av ingreppet vilket varierar hos de utsatta kvinnorna. I Sverige uppskattas cirka 38 000 kvinnor leva med någon typ av könsstympling. Fysiska, psykiska och sociala konsekvenser kan kvarstå långt tid efter att ingreppet har skett och kan medföra behov av stöd och vård hos de utsatta kvinnorna. Idag finns det begränsad och bristfällig kunskap hos allmänsjuksköterskan om hur FGM påverkar könsstympade kvinnors vardagliga liv. Som sjuksköterska i ett land med mångkulturell befolkning, kan mötet med dessa kvinnor ske inom hela vårdkedjan. Studien syftar till att beskriva kvinnors upplevelser av att leva med könsstympling ur ett fysiskt, psykiskt, socialt och kulturellt perspektiv. Det är viktigt att beskriva dessa kvinnors upplevelser eftersom den nya kunskapen kan öka sjuksköterskans kompetens och därigenom bidra till omvårdnad som är anpassad till kvinnornas problem.

Syfte

Syftet var att beskriva kvinnors upplevelser av att leva med könsstympling ur ett fysiskt, psykiskt, socialt och kulturellt perspektiv.

Metod

Denna litteraturstudie använde metoden beskriven av Friberg (2017), att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. Kvalitativ forskning försöker förstå det fenomen som studeras genom en beskrivning av människors subjektiva upplevelser, tankesätt och hur dessa ter sig i vardagliga livet. Kvalitativ forskning syftar till att förstå och ge beskrivning till människors upplevelser och erfarenheter utifrån dess berättelser och abstrakta uttrycker. Genom att

sammanställa resultaten på olika kvalitativa artiklar, ökar förståelsen för människors upplevelser kring fenomenen som studeras samtidigt som olika perspektiv kommer till tals (Friberg, 2017).

Litteratursökning

Litteratursökningen inleddes med flera osystematiska sökningar i avsikt att kunna identifiera eventuella vetenskapliga studier inom detta problemområde. Dessa generella och övergripande sökningar skapade en bild av det beforskade problemområdet och identifierade relevanta sökord. Därefter genomfördes olika systematiska sökningar som resulterade i flertalet relevanta artiklar. Östlundh (2017) påstår att informationssökningen delas i två faser; den inledande och den egentliga fasen. Faserna kompletterar varandra då den ena skapar en bred översikt av forskningsområdet som ska studeras och den andra som handlar om ett systematiskt arbete möjliggör valet av de slutliga artiklarna. Att ha en bred kunskapsgrund inom det valda ämnet är centralt i genomförandet av arbetet (Östlundh, 2017).

Eftersom akademiska databaser är kvalitetskontrollerade ska dessa användas vid val av informationskällor för att en hög kvalitet och standard på examensarbetets texter ska garanteras (Östlundh, 2017). Det finns flera tekniker som kan användas vid sökningen i databasen för att avgränsa och optimera sökningen (Östlundh, 2017). Trunkering är en teknik som resulterar i en mer omfattande sökning när en asterisk skrivs i slutet av sökordets ordstam. Dessutom kan flera sök-operatorer som exempelvis and, or och not som är de mest vanliga, användas för att få fram ett bra litteraturval för uppsatsen (Östlundh, 2017). Vidare menar Östlundh (2017) att peer reviewed är en ytterligare avgränsning som står för artiklarna som vetenskapligt granskades och som publiceras i vetenskapliga tidskrifter. Med hjälp av olika avgränsningsfunktioner som exempelvis tid, språk och peer reviewed kan ämnet som inte tillhör studiens intresseområde sorteras bort samtidigt som materialet är färskvara (Östlundh, 2017). I denna studie gjordes de systematiska informationssökningarna i databaserna Pubmed, Cinahl och PsychInfo. I arbetet användes trunkering samt operatorerna and och or för att kombinera olika sökorden. Vidare avgränsades sökningarna till publiceringar mellan årtalen 2008-2018, peer reviewed eller abstract och english. Pubmed saknades avgränsningsfunktionen peer reviewed.

De använda sökorden var; *female circumcision, nurs*, experience*, care, women, culture, cutting*. Sökorden kombinerades i olika varianter och gav resultat på ett flertal relevanta artiklar. Ämnesordlistor användes (MESH i databasen Pubmed och MH i Cinahl). I databasen PsychInfo kan inte ämnesord användas, utan endast nyckelord. Efter sökningarna återstod det 58 artiklar i Cinahl, 125 artiklar i Pubmed och 44 artiklar i PsychInfo. Den systematiska litteratursökningen kompletterades sedan med en osystematisk sökning. Totalt nio kvalitativa artiklar och en mixad studie valdes (se bilaga II).

Urval

Artiklarna var publicerade inom de tio senaste åren och granskades avseende kvalitet enligt kvalitetsgranskningsmall för kvalitativa artiklar utformad av Högskolan Väst

utarbetat av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011), se bilaga III. I avsikt att garantera en god kvalitet på insamlad data till uppsatsen, valdes det artiklarna som fick grad I (80-100%) i kvalitetsgranskningsmallen. Till studien valdes nio kvalitativa artiklar och en mixad studie som svarade mot studiens syfte (se bilaga IV). Ett flertal artiklar som inte uppfyllde inklusionskriterierna exkluderades. Inklusionskriterier var att artiklarna berörde vuxna migrerande kvinnor (>18 år) som hade genomgått någon form av könsstympning och deras upplevelser av att leva med detta. Artiklarna bestod av berättelser av migrerande kvinnor som hade genomgått könsstympning i sina hemländer och som bodde i västerländska länder, där FGM var olagligt. Exklusionskriterier var att artiklarna inte handlade om vårdpersonals, anhörigas eller mäns upplevelser om kvinnlig könsstympning. Även artiklar om estetisk intymkirurgi exkluderades.

Analys

Artiklarna analyserades utifrån Fribergs (2017) femstegsmetod som syftar till att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. Analysmetoden delas i fem steg. En noggrann läsning av de valda artiklarna är det första steget i analysmetoden. Andra steget innebär att identifiera nyckelfynden i artiklarna som svarar mot vad studien syftar till. I tredje steget sker det en sammanställning av artiklarnas resultat. Likheter och olikheter mellan artiklarna identifieras vidare i det fjärde steget. Slutligen presenteras det i det femte steget en sammanställd beskrivning av det nya resultatet, vilket vidare indelas i teman och subteman (Friberg, 2017).

Inledningsvis numrerades artiklarna från 1-10 för att särskilja dem från varandra. Artiklarna lästes igenom enskilt för att en uppfattning och helhetsbild av innehållet skulle kunna bildas. Därefter fördes en diskussion kring innehållet för att se om artiklarna och dess resultat tolkades på liknande sätt. Vidare ”färgkodades” relevanta aspekter och delar av texter i artiklarnas resultat för att kunna identifiera nyckelfynd som svarade mot studiens syfte. De identifierade nyckelfynden skrevs senare på ett pappersark med angivna siffror utifrån tillhörighet till den ursprungliga artikeln. Därefter jämfördes dem med varandra för att identifiera likheter och olikheter. I nästa steg analyserades och diskuterades de markerade meningarnas betydelser tills konsensus uppnåddes, vilket resulterade i att meningar med liknande innebörd grupperades ihop. Därigenom skapades teman och subteman. Totalt tre teman och tio subteman skapades utifrån konsensus med de sammanfogade meningarna.

Resultat

Studiens syfte var att beskriva kvinnors upplevelser av att leva med könsstympning ur ett fysiskt, psykiskt, socialt och kulturellt perspektiv. Analysen av datamaterialet resulterade i tre teman och tio subteman (se tabell 1). Temat *att vara en del av ett socialt sammanhang* lyfter främst fram att leva med kvinnlig könsstympning ur ett socialt och kulturellt perspektiv. Fysiskt och psykiskt perspektiv beskrivs under temat *könsstympningens följder*. Temat *nytt land och nya förutsättningar* belyser kvinnors sociala och kulturella perspektiv av att leva med FGM efter migration.

Tabell 1. Översikt av teman och subteman.

Tema	Subtema
Att vara en del av ett socialt sammanhang	Ära, heder och skam Kulturell identitet Den goda kvinnan
Könsstympningens följder	En sargad kropp Ett smärtsamt minne Påfrestningar i äktenskapet och andra relationer
Nytt land och nya förutsättningar	En ambivalens till FGM Oro för döttrarna Att uppleva kontroll över sin situation Motvilja till att söka vård

Att vara en del av ett socialt sammanhang

I detta tema beskrivs kvinnornas upplevelser av att leva med FGM i relation till de olika kulturella och sociala aspekter som påverkar deras vardagliga liv. FGM är en norm i vissa länder där det praktiseras och är kopplat till sociala värderingar. Förväntningar på hur kvinnan bör vara och bete sig, kvinnans värde, känslor och kulturell identitet beskrivs i detta tema. De subteman som framkom var; *ära, heder och skam, kulturell identitet och den goda kvinnan*.

Ära, heder och skam

Upplevelsen att könsstympning bevarade familjens ära och heder beskrevs av många kvinnor. Familjens ära och heder ansågs viktigare än den enskilda individen och skyddades när kvinnans oskuld besvarades. Att upprätthålla familjens heder och att inte ge dem dåligt rykte var en av anledningarna till att FGM fortfarande praktiserades (Isman, Ekéus & Berggren, 2013). Att vara oskuld upplevdes som att vara ren och frånvaro av renhet hos kvinnan ansågs som skamlig. Renhet upplevdes i religiösa, sociala och fysiska sfärer. Att upplevas som ren innebar för kvinnorna att vara en del av samhället och kulturen och betydde att kvinnan var duglig för giftermål (Isman et al., 2013). Att blöda på bröllopsnatten ansågs som en garanti att kvinnan var oskuld. Dessutom upplevdes FGM som en form av prevention som kunde garantera kvinnans

oskuld och därigenom skulle renhet bevaras (Upvall, Mohammed & Dodge, 2009). Rykten om kvinnans sexuella liv eller eventuellt dålig beteende undveks (Isman et al., 2013).

Äktenskapet symboliserade en allians mellan olika familjer och praktiserandet av FGM sågs som en förutsättning för att familjen skulle tillhöra ett socialt sammanhang (Koukoui, Hassan & Guzder, 2017). Många könsstympade kvinnor belyste att den fysiska renheten var kopplat till kvinnlig anatomi. Därigenom behövdes att en del av det kvinnliga könsorganet avlägsnas i avsikt att kvinnan skulle bli ren. Rädslan för att clitoris skulle växa om det inte avlägsnas var en till orsak till FGM (Isman et al., 2013; Upvall et al., 2009). Vidare skulle FGM också förhindra kvinnor att leva ett promiskuöst liv (Upvall et al., 2009).

Kulturell identitet

Social acceptans uppnåddes av att genomgå FGM (Recchia & McGarry, 2017). Eftersom oskuld upplevdes som en social värdering (Johansen, 2017), valde många kvinnor med infibulation att hellre lida av könsstympningens hälsokonsekvenser, än att följa medicinsk råd och göra defibulation. De var rädda att oskulden skulle försvinna vid proceduren och att det skulle leda till social isolering, eftersom att vara könsstympad utgjorde en del av deras kulturella identitet och självbild. Vidare upplevdes att oskulden var något relativt som kunde förhandlas och falsifieras för att garantera social acceptans. En infibulerad kvinna garanterades att blöda, även om hon inte var oskuld (Johansen, 2017). FGM upplevdes som kulturellt meningsfullt. Kvinnorna upplevde en önska eller vilja att tillhöra något och förväntningarna inför FGM var glädje och ovisshet för proceduren (Koukoui et al, 2017; McNeely & Jong, 2016).

Att inte vara könsstympad ansågs som avvikande, eftersom kvinnorna trodde att FGM rekommenderades av religiösa och kulturella skäl (Upvall et al., 2009). Den sociala kontexten av att vara könsstympad upplevdes som meningsfull och positiv även om själva ingreppet var smärtsamt och ledde till trauma i kvinnornas liv (Isman et al., 2013).

Den goda kvinnan

Kvinnors identitet kopplades oftast till familjen och relaterades till sociala grupper (Koukoui et al., 2017). Kvinnors status ansågs beroende av FGM. Vilja av att bli en god kvinna ledde till acceptans av könsstympning. Den goda kvinnan betraktades som ren, vacker och anständig, en kvinna som kunde behaga en man. Dessa uppnåddes genom FGM och upplevdes som FGM:s fördelar (McNeely & Jong, 2016). Kvinnor som inte var könsstypade mobbades och stämplades som onormala, onaturliga, konstiga och fula kvinnor bland de där ingreppet utförs. De upplevdes som orena och lösaktiga (Fried, Mahmoud Warsame, Berggren, Isman & Johansson, 2013).

FGM upplevdes forma kvinnan till det kvinnliga idealet; den goda kvinnan. Genom att avlägsna clitoris, skulle en lugn och återhållsamma kvinna skapas. Att vara den goda kvinnan var att vara oskuld. Oskulden ansågs som essentiellt för en kvinna att gifta sig och bevarades genom könsstympning (Fried et al., 2013; Isman et al., 2013; Johnsdotter, Moussa, Carlbom, Aregai & Essén, 2009; Upvall et al.2009). Att inte uttrycka smärta var något kulturellt rotat och inlärt sedan barndomen. Detta levde kvar

flera år efter ingreppet (Johnsdotter et al., 2009). Kvinnor ansåg att en god kvinna borde utstå lidande och smärta och inte uttrycka dessa i samband med FGM eller barnafödande, exempelvis (Isman et al., 2013; Recchia & McGarry, 2017). Vidare upplevde en kvinna att smärtan av ingreppet skapade den goda kvinnan och önskade att hennes dotter skulle dela samma upplevelse som henne (McNeely & Jong, 2016).

Uppfattningen av innebörden av den goda kvinnan ändrades hos en stor del könsstympade kvinnor efter migration till västerländska länder. Kvinnor som inte var könsstympade upplevdes ha en högre status, vara mer prestigefyllda, som föredrogs av män och ansågs friskare än könsstympade kvinnor (Gele, Kumar, Hjelde & Sundby, 2012a).

Könsstympningens följder

Här beskrivs upplevelser av bestående konsekvenser som kvinnorna lever med. Smärtsamma minnen, psykiska och fysiska konsekvenser som ger upphov till bland annat känslan av svek och förlust är några aspekter som dagligen påminner kvinnorna om den smärtsamma proceduren. FGM förblir oförglömlig. Subteman som skapades var; *en sargad kropp* och *ett smärtsamt minne* som till följd av FGM samt *påfrestningar i äktenskapet och andra relationer* som har en association till sexuella problem.

En sargad kropp

Den svåraste typen av kvinnlig könsstympning upplevdes vara typ 3, infibulation. Det var den typ som också gav svårast komplikationer (Johansen, 2017). Kvinnornas syn på denna procedur var negativ. Den var smärtsamt och traumatiskt, både under utförandet av proceduren och lång tid efter (Fried et al., 2013; Isman et al., 2013; Johansen, 2017). Kvinnor som hade genomgått FGM upplevde ofta besvär vid menstruation, främst med smärta (Fried et al., 2013; Gele et al., 2012a; Isman et al., 2013; McNeely & Jong, 2016; Vloeberghs, van der Kwaak, Knipscheer & van den Muijsenbergh, 2012). De som hade genomgått typ 3, rekommenderades till defibulation för att smärtan skulle försvinna. Det framkom att kvinnorna inte kunde associera menstruationssmärta som en följd av FGM (Fried et al., 2013).

Det beskrevs även att kvinnorna hade problem med urinretention (Gele et al., 2012a) och även återkommande urinvägsinfektioner och inkontinens efter förlossningen (Vloeberghs et al., 2012). Komplicerade förlossningar var en svår upplevelse som kvinnorna bekräftade. Den första födseln upplevdes som mycket smärtsam och präglades av oro. Typ 3 av FGM hade sämre förutsättningar för en vaginal förlossning och resulterade i att kejsarsnitt ibland blev ett alternativ (Gele et al., 2012a; Isman et al., 2013; Recchia & McGarry, 2017). De fysiska konsekvenserna orsakade av FGM upplevdes som daglig smärta och obehag och hade en negativ inverkan på deras vardag (Isman et al., 2013; Johansen, 2017). Smärtan i könsorganet upplevdes som konstant och skärande och förekom även under samlag. Detta resulterade bland annat i minskad sexlust (McNeely & Jong, 2016).

FGM upplevdes vid flera tillfällen som ett hinder till ett normalt liv eftersom dess fysiska konsekvenser hade stor inverkan på hur de levde. Det förekom att det fanns könsstympade kvinnor som behövde mycket hjälp för att klara sin vardag. De drabbades av stor smärta och behövde ofta springa till toaletten. Några kvinnor kände avund gentemot icke könsstympade kvinnor, då de ansågs ha möjlighet till ett normalt liv

(Vloeberghs et al., 2012). FGM beskrevs som ett fysisk och psykisk förlust (Recchia & McGarry, 2017). Att leva med smärta upplevdes av många som ett hinder av fysisk, psykisk och social karaktär (Vloeberghs et al., 2012).

Ett smärtsamt minne

Även om det hade gått flera år efter att kvinnan genomgick FGM berättade flera kvinnor om hur de drabbades av psykisk ohälsa, såsom depression och ångest på grund av den kvarstående minnesbilden av utförandet av FGM (Gele et al., 2012a; McNeely & Jong, 2016; Recchia & McGarry, 2017; Vloeberghs et al., 2012). Det framkom en stor sorg hos flertalet kvinnor, att förväntningarna på FGM inte motsvarade upplevelsen. Förväntningarna på att bli kvinna och den festliga ceremonin i samband med ingreppet var välkänt, men det talades aldrig om den smärtsamma upplevelsen av ingreppet eller dess följder. Efter ingreppet omvandlades deras positiva förväntningar istället till sorg och svek mot sina mödrar, då de upplevde att de blivit lurade då de inte visste vad FGM innebar (Koukoui et al, 2017; McNeely & Jong, 2016). Besvikelsen och känslan av att de blivit lurade förföljde dem under lång tid och den smärtsamma upplevelsen beskrevs som oförlömlig och fortsatte prägla dem (Gele et al., 2012a; Johnsdotter et al., 2009; Koukoui et al., 2017; Recchia & McGarry, 2017).

Återkommande minnen av traumat som upplevdes vid FGM, påverkade kvinnornas liv (Recchia & McGarry 2017; Upvall et al., 2009; Vloeberghs et al., 2012). En kvinna beskrev att hon kände sig rädd varje dag och inte vågade vara hemma själv, som en konsekvens av FGM:s trauma. En annan kvinna beskrev återkommande mardrömmar om dagen hon genomgick FGM (Vloeberghs et al., 2012). Det framkom att ett flertal kvinnor upplevde sorg på grund av att de ständigt tänkte på smärtan och traumat som de hade genomgått (McNeely & Jong, 2016).

Känslan av att förlora en del av sig själv var återkommande, precis som känslan av förlust och ofullständighet. Det uttrycktes som ett emotionellt lidande (Recchia & McGarry, 2017). Minnen av FGM orsakade psykisk ohälsa hos kvinnorna. Dessa yttrades genom bland annat mardrömmar, spänning och rädsla. Känslan av maktlöshet och apati upplevdes i samband med FGM. Att känna ilska, skam, skuld och känna sig exkluderad var förekommande hos många kvinnor. En kvinna blev arg på sig själv, på sin kultur och tradition. Hon ansåg att FGM gjorde att hon upplevde sig handikappad på grund av FGM:s följder. En annan kvinna beskrev att när hon påmindes av ingreppet blev minnet så starkt att hon började skaka och orkade inte göra något under flera dagar än att sova (Vloeberghs et al., 2012). Att minnas proceduren provocerade fram starka känslor hos kvinnorna som påverkade deras vardagliga liv (Upvall et al., 2009).

Påfrestningar i äktenskapet och andra relationer

FGM hade en stor inverkan på kvinnornas äktenskap och andra relationer, då kvinnan ofta kände ovilja till sexuellt umgänge med sin man (Recchia & McGarry, 2017; Isman et al., 2013; McNeely & Jong, 2016). En av orsakerna till oviljan var kopplade till smärta vid samlag (Isman et al., 2013; McNeely & Jong, 2016) och att minnena av könsstympningen återkom vid sexuellt umgänge (Recchia & McGarry, 2017). Det förekom att FGM påverkade äktenskapet och den sexuella samvaron negativt och resulterade i skilsmässa (Johansen, 2017; Vloeberghs et al., 2012).

Minnen av ingreppet väcktes under samlag, ansågs som emotionellt påfrestande, då att minnas innebar att lida (Recchia & McGarry, 2017). En stor andel kvinnor önskade att sexuellt tillfredsställa sina makar, men upplevde bristande vilja för intimitet orsakad av smärtan och trauman från FGM (McNeely & Jong, 2016). Många kvinnor sörjde över att de inte hade möjlighet att uppleva en positiv sexuell relation med sin partner (Johnsdotter et al., 2009; Recchia & McGarry, 2017). Kvinnorna associerade sex med smärta och rädsla. Dessutom kunde oron för att en man inte skulle förstå och acceptera kvinnans situation och känslor orsaka att kvinnan avstod från att inleda en relation med en man (Recchia & McGarry, 2017). Några kvinnor upplevde sig förkastade av män då en fråga som oftast ställdes var om de var könsstympade. Kvinnorna trodde att kvinnor som inte könsstympades njöt mer av sex samt var mer sexuellt aktiva än könsstympade kvinnor. De trodde att män var intresserade av och föredrog kvinnor som inte var könsstympade (Gele et al., 2012a).

Några kvinnor upplevde ilska mot sina män när de ombads att bli mer aktiv under samlag. Kvinnor upplevde begränsningar i sitt sexliv orsakade av FGM; vissa sexuella positioner exempelvis ansåg som omöjliga. Känslor av förtvivlan och frustration mot män och deras sexuella önskan upplevdes som egoistiskt. Oförmågan till att följa mäns sexuella krav ledde till skilsmässa i några fall (Johansen, 2017; Vloeberghs et al., 2012).

Det fanns en undran om varför traditionen om FGM levde kvar. Flera kvinnor kände ilska över att de hade utsatts för detta. De vände sig till sina mödrar för att få svar, men mödrarna kunde inte förklara varför, utan svarade att "det bara var så" (Koukoui et al., 2017; Vloeberghs et al., 2012; Johnsdotter et al., 2009). För en kvinna blev ilskan så påtaglig när hon inte fick svar, att hon bröt kontakten med sin mor, då smärtan och traumat påverkade hennes liv i så hög grad (Johnsdotter et al., 2009). Efter migrationen upplevde kvinnor som hade genomgått FGM att de var annorlunda och skämdes över detta. Det resulterade i ensamhet. De valde att isolera sig från kvinnor som inte hade genomgått samma procedur (Vloeberghs et al., 2012).

Nytt land och nya förutsättningar

Upplevelser av sociala förändringar och nya synsätt beskrivs i detta tema. Temat beskriver förändringar i perspektiv hos kvinnor som lever med könsstympning i ett annat land samt de nya utmaningar till kvinnorna att söka vård och leva som könsstympade kvinnor i det nya landet. De skapade teman var; *en ambivalens till FGM, oro för döttrarna, att uppleva kontroll över sin situation och motvilja till att söka vård.*

En ambivalens till FGM

Det framträdde att större andel kvinnor upplevde ambivalens och ett förändrat synsätt på FGM, när de emigrerade och acklimatiserades i ett nytt land (Isman et al., 2013). Flertalet kvinnor tyckte att traditionen var onödig och helt utan fördelar, speciellt efter de upptäckte att FGM inte hade någon religiös grund. Många kvinnor upplevde ökad medvetenhet om FGM och dess konsekvenser vilket ledde till förändrat perspektiv om FGM (Gele et al., 2012a; Johnsdotter et al., 2009; Fried et al., 2013). En betydande anledning till detta var de fysiska, psykiska och sociala konsekvenserna av könsstympningen (Gele et al. 2012a; McNeely & Jong, 2016). Å andra sidan var det en tradition som ansågs positiv i den medfödda kulturen, vilket gjorde många kvinnor ambivalenta till proceduren. Även om proceduren ansågs som traumatisk och smärtsamt upplevde kvinnorna positiva känslor och samhörighet av FGM ur ett socialt

och kulturellt perspektiv i sitt hemland och inom sin familj (Isman et al., 2013). FGM upplevdes som en symbol av kvinnornas kultur och kulturella identitet, speciellt efter migration då FGM ansågs som ett sätt att tillhöra något bekant, sin kultur, trots avståndet från hemlandet (Isman et al., 2013).

En ambivalens orsakade av den svåra smärtan i samband med FGM påverkade många kvinnor till att ta ställning till att inte könsstympa sina döttrar (Fried et al., 2013; Gele et al., 2012a; Koukoui et al., 2017; Vloeberghs et al., 2012). Dock levde traditionen fortfarande kvar i hemlandet och traditionella åsikter från kvarstannande anhöriga var stor och satte press på kvinnorna att de borde genomföra FGM på sina döttrar (Gele et al., 2012a; Isman et al., 2013; Koukoui et al., 2017; McNeely & Jong, 2016). En ytterligare faktor till att döttrarna inte könsstympades var att kvinnorna var medvetna om att det var en illegal handling i landet de flyttat till (Gele et al., 2012a; Isman et al., 2013; Koukoui et al., 2017).

Oro för döttrarna

Det framkom att det fanns en oro för att döttrarna till kvinnor som genomgick FGM, skulle utsättas för samma procedur mot föräldrarnas vilja. Oron hos kvinnorna var att döttrarna skulle utsättas för FGM i hemlandet, av släktingar till familjen (Gele et al., 2012a; Isman et al., 2013; Recchia & McGarry, 2017). Det förekom att det fanns kvinnor som ljög för sina närstående om att deras döttrar hade genomgått FGM, för att inte riskera att döttrarna tvingades till proceduren (Koukoui et al., 2017; Gele et al., 2012a). Oron grundades i att kvinnorna visste att detta var förekommande och att FGM var en viktig, traditionell procedur i hemlandet, även om familjen hade migrerat (Johnsdotter et al., 2009; Isman et al., 2013). Kvinnorna var medvetna om FGM:s konsekvenser och behövde leva med dessa. De ville inte att sina döttrar skulle lida på samma sätt. Å andra sida upplevde de oro inför nya förutsättningar i ett nytt land. Det var bland annat oro för att döttrarna inte skulle förbli oskulder när FGM inte gjordes i det nya landet. Dessutom skapades en osäkerhet kring om döttrarna skulle kunna gifta sig om de inte var könsstympade (Gele et al., 2012a; Koukoui et al., 2017; McNeely & Jong, 2016; Upvall et al., 2009).

Att uppleva kontroll över sin situation

Kvinnorna pratade inte om FGM. Det var en generell uppfattning att det inte var något som diskuterades med andra, inte ens sin närmsta familj eller make, eftersom det upplevdes genant och opassande (Gele et al., 2012a; Koukoui et al., 2017). Men det framkom också att med en förändrad syn på FGM så hade också inställningen till att samtala kring ämnet underlättats (Fried et al., 2013).

Flera kvinnor var nöjda med att leva i ett land där FGM inte var en social norm. Möjligheten till en dialog kring ämnet upplevdes som en bidragande faktor till en större kontroll över sin situation. Dialog kring FGM ansågs som fundamental (Fried et al., 2013; Gele et al., 2012a; Koukoui et al., 2017; Upvall et al., 2009). Att prata om vilka konsekvenser FGM har i kvinnornas liv ansågs som ett sätt för kvinnorna att få makt över sitt eget liv. De kände sig trygga i den nya miljön och upplevde positiva känslor i att kunna prata om ämnet med sina döttrar samt dela upplevelser med andra kvinnor som också var könsstympade (Koukoui et al., 2017). Många kvinnor upplevde en minskad press och ökat socialt stöd från samhället, vilket ansågs öka deras beslutfattande. De kunde välja att inte utsätta sina döttrar för FGM och ändå vara socialt

accepterade (Gele et al., 2012a; Koukoui et al., 2017). Flera kvinnor var stolta över valet att inte könsstympa sina döttrar (Gele et al., 2012a) och påstod att döttrarna hade tur som inte utsattes för FGM då de levde i ett land som förbjöd FGM (McNeely & Jong, 2016). Eftersom många kvinnor levde med känslan att de blev lurade när de genomgick FGM upplevde de en stor makt i att bestämma en annan öde för sina döttrar, att undvika lidande orsakat av FGM hos döttrarna (Koukoui et al., 2017). Beslutfattande gjordes oftast hierarkiskt inom familjen. Detta ansågs vara förändrat efter migrationen då kvinnorna upplevde större kontroll över sina liv (Gele et al., 2012a).

Att samtala med kvinnor om sina rättigheter och ge kunskap om FGM och dess konsekvenser ansågs som en ytterligare källa till ökad kontroll över sin situation av att leva med FGM (Upvall et al., 2009). Å andra sidan upplevde en andel kvinnor att även om lagar mot FGM och möjligheten till en öppen dialog om ämnet fanns i vissa länder som Sverige, diskuterades och debatterades FGM fortfarande i liten utsträckning. Det ansågs att skolor borde prata mer om FGM eftersom många kvinnor och flickor inte vågade fråga om ämnet (Johnsdotter et al., 2009). Att stödja flickor att behålla sin oskuld under tonåren upplevdes som ett bättre alternativ än att behöva genomgå FGM (Isman et al., 2013).

Motvilja till att söka vård

Det var flertal kvinnor som upplevde en motvilja till att söka vård, då de kände sig generade av vårdpersonalens uppförande när det framkom att kvinnorna var könsstympade (Recchia & McGarry, 2017; Upvall et al., 2009; Vloeberghs et al., 2012). Vården upplevdes som oförberedd att möta och vårda könsstympade kvinnor, vilket gjorde att kvinnorna skämdes över sin situation (Fried et al., 2013; McNeely & Jong, 2016). En kvinna upplevde skam och utsatthet när en läkare gick ut och hämtade ytterligare kollegor, så att totalt sex eller sju läkare stod och tittade på henne (Vloeberghs et al., 2012). En annan kvinna upplevde stress, rädsla och övergivenhet under förlossningen då vårdpersonalen var oförberedd att vårda en kvinna som hade genomgått infibulation (Isman et al., 2013). Många kvinnor beskrev att de upplevdes som annorlunda av vårdpersonal. Det visades i form av avsky och skräck stämplade i vårdpersonals ansiktsuttryck. Detta påverkade kvinnors egenvärde. Kvinnorna kände sig ledsna och skyldiga för att de vara könsstympade (Recchia & McGarry, 2017; Vloeberghs et al., 2012). Vårdbemötandet upplevdes negativt, vilket blev ett hinder för många kvinnor att söka vård. Känslan av att inte vilja bli dömd och att behöva behålla sin integritet och värdighet i vårdmöten förekom (Recchia & McGarry, 2017). En stor misstro mot sjukvården orsakad av bland annat bristfällig information och stöd om FGM hos vårdpersonal, förekom hos många kvinnor. Det resulterade i rädsla till att vårdas (Fried et al., 2013; Vloeberghs et al., 2012).

Kvinnorna sökte inte vård för komplikationer som kunde relateras till FGM och avstod även att söka vård för andra hälsoproblem (Fried et al., 2013; Upvall et al., 2009). En ytterligare aspekt som förstärkte olusten till att söka vård var när tolk användes. Det upplevdes genant att berätta om FGM via en tolk, och bekräftades för en kvinna när tolken inte ville översätta det hon sa, då det var en skambelagd fråga (Upvall et al., 2009). Vidare försvårade manliga läkare upplevelsen för en kvinna, då hon kände obehag av att eventuellt behöva visa sina intimare delar för läkaren (Vloeberghs et al., 2012). En ytterligare faktor som orsakade motvilja för att söka vård var behovet av att förklara och prata om FGM med vårdpersonal. De återupplevde den traumatiska

situationen, vilket orsakade emotionell smärta (Recchia & McGarry, 2017). Kvinnorna var medvetna om att vårdpersonal hade mindre kunskap vid typ 3 FGM, men upplevde sig sedda och förstådda när de respekterades av vårdpersonalen (Vloeberghs et al., 2012).

Diskussion

Metoddiskussion

I denna studie användes en metod för att analysera kvalitativa studier som är beskriven av Friberg (2017). Studiens syfte var att beskriva kvinnors upplevelser av att leva med könsstympning ur ett fysiskt, psykiskt, socialt och kulturellt perspektiv. Studien bidrog till ökad förståelse av faktorer som rör FGM, dess inverkan på kvinnornas liv samt kunskap om kvinnornas omvårdnadsbehov. Resultatet presenterades i tre huvudteman och tio subteman.

Ett stort utbud av kvantitativa artiklar hittades vid sökningarna. Eftersom studiens syfte fokuserade på kvinnors personliga upplevelser uteslöts kvantitativa artiklar i resultatet. Då kvantitativa artiklar exkluderades är det möjligt att relevant information om ämnet inte framkom. Polit och Tatano Beck (2017) hävdar att kvalitativa studier ger beskrivningar av hur människor upplever världen med fokus på människors individuella berättelser. Den kvalitativa utgångspunkten svarade mot studiens syfte och berörde kvinnors upplevelser. Många av artiklarna var publicerade kring år 2010 och framåt, vilket underlättade att relatera kvinnornas upplevelser till nutid. Polit och Tatano Beck (2017) hävdar att artiklarnas publiceringsår såväl som dess innehåll är viktiga aspekter att ta hänsyn till vid vetenskapliga studier. Det fanns en risk att relevanta artiklar gick förlorade när sökningen begränsades till vissa år, vilket skulle kunna innebära påverkan på litteraturstudiens resultat. Däremot var deltagarna i de använda artiklarna från olika åldersgrupper, olika bakgrund och utbildningsnivåer. Det möjliggör att ämnet berörs utifrån olika och bredare tidsperspektiv enligt Lundman och Graneheim Hällgren (2015). Det tyder att litteraturstudiens resultat inte påverkades när äldre forskning valdes bort.

Inklusions- och exklusionskriterier i en studie ska svara mot studiens syfte (Friberg, 2017). Arbetets resultat byggdes på tio artiklar, där nio var kvalitativa och en artikel var en mixad studie. Den mixade studien valdes för att den kvalitativa delen berörde upplevelser, som framkom genom intervjuer. Dess resultat var brett och stämde väl överens med de nio andra, vilket gjorde den relevant att använda. Polit och Tatano Beck (2017) menar att den kvalitativa delen i en mixad studie ger en tydligare beskrivning och förtydligar den kvantitativa datan, som avser att mäta ett fenomen. Det är en bra metod att använda sig av vid ämnen som har begränsad forskning och är komplexa.

Att vara två i arbetet upplevdes som en styrka, då underlättade diskussioner kring ämnet och artiklarnas resultat. Att analysera texterna och hitta huvudfynd underlättades också av pararbete. Genom att läsa artiklarna enskilt och sedan diskutera kring dem, gjorde att det snabbt kunde upptäckas artiklarnas relevans och om tolkningen av texten gjordes på samma sätt. Detta gjordes i avsiktligt att öka resultatets tillförlighet, då författarna till litteraturstudien inte påverkade varandra. Lundman och Hällgren Graneheim (2015) menar att tillförlitligheten ökar om flera författare tar del av materialet och analyserar det. Granskningen ska vara objektiv utan inverkan av forskarens egna värderingar (Polit

& Tatano Beck, 2017). Författarna till litteraturstudien försökte behålla objektiviteten. Det kan ändå inte uteslutas att studien inte påverkades av författarnas förförståelse. Några valda studier hade gjorts med hjälp av tolk. Då kommunikationen mellan deltagarna och författarna kunde påverkas av missförstånd och misstolkningar, fanns det risken att artiklarnas resultat influerades. De valda artiklarna skrevs på engelska. Eftersom författarna till denna litteraturstudie inte hade engelska som modersmål, kan delar av texten ha gått förlorad i översättningen och påverkat studiens resultat. Polit och Tatano Beck (2017) hävdar att det finns en stor risk att översättningen inte sker ordagrant från ett språk till ett annat.

Trovärdighet avser att forskaren sträva efter sanningen i sina tolkningar och analyser (Polit & Tatano Beck, 2017). Studiens trovärdighet ökas genom avgränsningar som görs under datainsamlingen samt valet av akademiska databaser som är kvalitetskontrollerade (Östlundh, 2017). Denna litteraturstudies litteratursökning och urvalsprocess är tydligt redovisad och analysen följer noggrant Fribergs femstegsmodell, vilket resulterar i att trovärdigheten stärks (Lundman & Hällgren Graneheim, 2015).

Överförbarheten påverkas av i vilken utsträckning det är möjligt att överföra resultatet till andra grupper (Lundman & Hällgren Graneheim, 2015) och andra situationer eller fenomen (Polit & Tatano Beck, 2017). Studierna till denna litteraturstudie var gjorda i olika västerländska länder med kvinnor från varierande ursprung, då det fanns få studier gjorda i andra länder än västerländska. Berättelserna baserades på migrerande kvinnors upplevelser av FGM. Det kan inte förutsättas att artiklarna hade visat samma resultat om studierna hade genomförts i ett icke-västerländskt land eller med kvinnor som inte hade migrerat. Genom migrerande kvinnors berättelser, blev det lättare att applicera studiens resultat till svensk sjukvård, då könsstympade kvinnor som troligtvis skulle kunna påträffas i vården i västerländska länder är de som hade migrerat. Litteraturstudiens resultat skulle kunna överföras vid andra situationer, som berör kultur och sedvänjor då det i stor utsträckning påverkar individens livsinställning. Vidare skulle resultatet kunna appliceras inom svensk sjukvård, då resultatet borde vara överförbart till könsstympade kvinnor i de flesta västerländska samhällen.

Alla artiklar som granskades erhöll grad I, enligt kvalitetsgranskningsmall för kvalitativa artiklar utformad av Högskolan Väst utarbetad av Willman et al. (2011). Samtliga artiklar hade tillstånd från etiska kommittéer. När anonymitet inte kan garanteras bör konfidentialitet användas, och det är en extra viktig aspekt att ta hänsyn till vid kvalitativa studier för att skydda deltagarnas integritet (Polit & Tatano Beck, 2017). Detta gjordes i samtliga studier använda i resultatet, där det tydligt framkom att författarna tagit hänsyn till att ämnet var av en känslig karaktär. Det höjde artiklarnas trovärdighet och granskningspoäng genom att uppfylla kvalitetsgranskningsmallens etiska kriterier (Willman et al., 2011). Polit och Tatano Beck (2017) att det är viktigt att hitta tillvägagångssätt för att undvika obehag för deltagarna och att det är särskilt viktigt när de gäller emotionella intervjuer. Dessa aspekter beaktades i samtliga artiklar.

Resultatdiskussion

Syftet med studien är att beskriva kvinnors upplevelser av att leva med könsstympning ur ett fysiskt, psykiskt, socialt och kulturellt perspektiv. Resultatet presenteras i tre teman och tio subteman. En oväntad aspekt är att många kvinnor upplever att de sociala

och kulturella perspektiven är av större betydelse än de fysiska och psykiska konsekvenserna i sociala sammanhang. Det beskrivs tydligt hur kvinnors kulturella identitet kopplas till olika aspekter som exempelvis upplevelser av ära, heder och skam samt förväntningar om hur en kvinna bör vara, det vill säga "den goda kvinnan". Aspekter som är rotade i sociala faktorer, sociala värderingar och olika kulturella och sociala strukturer. Leininger (2002) påstår att människan är en social varelse, som formas utifrån ett socialt och kulturellt sammanhang, utifrån ett socialt samspel. Det ger förståelse för hur viktig kulturen och traditionerna är i vårdmötet. Detta framhålls också i ICN:s etiska kod att bland annat kulturella aspekter, sedvänjor och trosuppfattningar ska respekteras för den enskilde individen (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Kultur är en viktig del av vårdandet som påverkar relationen mellan sjuksköterskan och patienten (Leininger, 2002).

Resultatet visar att könsstympningens följder ur ett fysiskt och psykiskt perspektiv påverkar kvinnornas liv. Knipscheer, Vloeberghs, Van der Kwaak och Van den Muijsenbergh (2015) fann att det finns ett samband mellan ångest, depression och posttraumatiskt stressyndrom [PTSD] och kvinnlig könsstympning. Vidare menar de att typen av FGM, dess ursprung och kvinnornas copingstrategier, vilket innebär olika resurser som kvinnorna har för bearbetning av sin situation som exempelvis att ha någon att samtala med kring FGM, kan påverka graden av ångest, depression och PTSD. Detta samband kunde dock inte ses i denna litteraturstudies resultat. Dock tyder resultatet på att infibulation är den typ av könsstympning som har störst fysiska och psykiska konsekvenser. De psykiska problemen kvinnorna beskriver som kvarstår efter FGM har tidigare beskrivits i flera studier (Knipscheer et al., 2015; Andro, Cambois & Lesclingand, 2014; Rège & Champion, 2017). Vilka även belyser att PTSD är en förekommande konsekvens av FGM. PTSD är en psykiatrisk diagnos och framkommer inte som benämning i studiens resultat, men symtomen som kvinnorna beskriver påminner om detta. Det framkommer i resultatet att de psykiska konsekvenserna upplevs med stor lidande och påverkar kvinnornas självbild och självkänsla. Mentala och sociala konsekvenser i samband med FGM visas i studien av Utz-Billing och Kentenich (2008) som påstår att kvinnorna får en känsla av förlust och underlägsenhet som i sin tur påverkar dem resten av deras liv. Mardrömmar och rädsla är också förekommande. Förståelse av hur dessa konsekvenser kan hanteras är viktigt i sjuksköterskans arbete för att lindra lidandet som många gånger orsakas av smärtsamma minnen (Eriksson, 2015). Sjuksköterskan kan stödja kvinnorna att finna strategier för att återfå sin självbild och bygga upp sin självkänsla. Därmed kan psykologiska och sociala problem som kvinnorna erfar minskas. Om utgången blir positiv kan dessa kvinnor finna mening med lidandet (Eriksson, 2015).

Fysiska komplikationer som smärta, inkontinens, urinretention, återkommande urinvägsinfektioner, svåra graviditeter och förlossningar påverkar kvinnornas liv (Andro et al., 2014; Utz-Billing & Kentenich, 2008). Kroppen blir sargad då de fysiska komplikationerna påverkar kvinnornas sociala och dagliga sysslor (Andro et al., 2014). Utz-Billing och Kentenich (2008) samt Andro et al. (2014) påstår att kvinnors sexuella- och reproduktiva hälsa påverkas av FGM. Det påverkar deras relationer och leder till bland annat oro, skam, känsla av ofullständighet. Minskad sexuell lust och smärta är förekommande (Utz-Billing & Kentenich, 2008; Andro et al., 2014). Påfrestningar i äktenskap och andra relationer skapar lidande hos kvinnorna. Eftersom ämnet anses känsligt är det viktigt att sjuksköterskan identifierar hur frågor om sexuell hälsa skall ställas och diskuteras. Det kan göra att ämnet börja betraktas som mer naturligt och att

kvinnorna kan känna sig bekvämare med att prata öppet om det. Att samtala om hur dessa påfrestningar påverkar kvinnors välbefinnande och självkänsla kan kanske minska kvinnors lidande (Eriksson, 2015). Med fokus på kvinnornas upplevelser, kan sjuksköterskan identifiera eventuella svårigheter i kvinnors vardag och anpassa det efter kvinnors individuella behov.

Ett nytt land innebär nya förutsättningar och gör att inställningen till infibulation förändras efter migration och kvinnorna ser inte längre några fördelar med ingreppet (Johnsdotter & Essén, 2016) men känner ändå en ambivalens till det. Stödet till FGM minskas när kvinnorna blir medvetna om att FGM inte är religiöst betingat. Å andra sida finns det fortfarande en tro på en koppling till religion (Gele, Johansen & Sundby, 2012b). Det finns fortfarande en positiv inställning till "sunna" och att även låta döttrarna genomgå denna typ av FGM, då den anses som mild form av FGM av vissa kvinnor (Johnsdotter & Essén, 2016; Gele et al., 2012b). FGM blir till en symbol för femininitet, skönhet och kultur (Utz-Billing & Kentenich, 2008). Att FGM är illegalt i många länder är en bidragande orsak till att många kvinnor avstår från att könsstympa sina döttrar på grund av rädslan för att sociala myndigheter kan omhänderta flickor som utsätts för FGM (Johnsdotter & Essén, 2016). Oro för att döttrarna ska uppfostras utan att vara könsstympade och familjens tryck i att utföra ingreppet sätter press på kvinnorna i att fortsätta utförandet av FGM (Gele et al., 2012b; Johnsdotter & Essén, 2016). Detta belyser vikten av stödjande åtgärder från sjuksköterskan till dessa kvinnor vilket därmed kanske kan förebygga fortsatt praktisering av FGM. Med hjälp av socialstyrelsens (2016) handledningsmaterial om kvinnlig könsstympning kan sjuksköterskan vidta preventiva åtgärder.

Resultatet visar att information om kvinnlig könsstympning ger ökad medvetenhet hos kvinnorna och förändrar därigenom deras syn på ingreppet och ger dem större kontroll över sin situation (Von Rège och Campion, 2017). Kontakt och samtal om FGM med andra anses betydelsefullt. Minnen av ingreppet och FGM:s konsekvenser kvarstår lång tid efter proceduren. Detta betonar vikten av att sjuksköterskan ska skapa förutsättningar till kontakt och dialog med dessa kvinnor. Enligt svensk sjuksköterskeförening (2017) åligger det sjuksköterskan att försöka skapa en förtroendeingivande patientrelation för att kunna ge en personcentrerad omvårdnad. Det innefattar också att stödja kvinnor i sin situation, hitta strategier för att hantera det dagliga livet samt att motverka uppkomst av sjukdomar associerade till kvinnors aktuella situation. Lidande beskrivs som en subjektiv upplevelse och som bland annat orsakas när människans värdighet hotas (Eriksson, 2015). En faktor för att minska lidande enligt kvinnorna är att använda sig av rätt terminologi. Kvinnorna upplever att användandet av ordet könsstympning är mer dömande och värdeladdat, och föredrar att använda; kvinnlig omskärelse (Johnsdotter & Essén, 2016; Utz- Billing & Kentenich, 2008; von Rège & Campion, 2017).

Resultatet visar att efter kvinnorna har migrerat och funnit sig tillräta i ett land som förbjuder kvinnlig könsstympning uppkommer känslor av skam och skuld för att de har genomgått FGM. Då det i dessa länder inte anses som "normalt" uppkommer känslan av att vara annorlunda och att bli dömd, även av sjukvårdspersonal. Kvinnornas upplevelser av sjukvårdspersonals bemötande och bristfälliga kunskap för att hantera könsstympningens konsekvenser, gör att de drar sig för att söka vård. Utz-Billing och Kentenich (2008) påvisar att vårdpersonal i de västerländska samhällen oftast är oförberedda för att vårda könsstympade kvinnor, vilket leder till att många kvinnor blir

frustrerade på vården. Smärtsamma minnen av ingreppet kan väckas i samband med vårdbesöket. Detta gör att kvinnorna inte får den vård som de behöver eller avstår att söka vård.

Att visa empati och förståelse för kvinnornas situation och ha kunskap om den anses som ett värdefullt verktyg i bemötandet av dessa kvinnor (von Rège & Campion, 2017). Att vara kulturellt kompetent anses centralt i mötet med dessa kvinnor enligt den transkulturella omvårdnadsteorin beskriven av Leininger (2002). Att vårda personer från andra kulturer kräver av sjuksköterskan en stor förståelse för det som anses kulturellt värderat hos den enskilda individen. Svensk sjuksköterskeförening (2017) belyser att sjuksköterskan ska ha kunskap om det som anses relevant för omvårdnaden av den enskilda personen, det innebär att bland annat kulturella faktorer ska identifieras för att förutsättningar för att en god vård ska skapas. Leininger (2002) menar att hälsa kan upplevas olika, då varje människa värderar livet på olika sätt. Därför är det viktigt att som sjuksköterska identifiera aspekter som påverkar människans möjlighet till hälsa. Leiningers *sunrise*-modell (2002) anses därmed som ett fungerande verktyg för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete, där kvinnors omvårdnadsbehov tydligare kan kartläggas. Författarna till denna litteraturstudie anser att vården kan ges med harmoni när omvårdnad utgår från kvinnors individuella behov där deras kulturella bakgrund som exempelvis rör värderingar, tradition och upplevelser tas hänsyn till och förstås. Därför krävs det en djup förståelse för kvinnors upplevelser i att leva med könsstämpning där sociala faktorer, kultur och miljö är av stor betydelse för deras situation. *Sunrise*-modellen (Leininger, 2002) kan bidra med mer kunskap om faktorer som rör individens kultur och främja empati hos sjuksköterskan som kan ge en holistisk omvårdnad till dessa kvinnor. Mer kunskap kan minska osäkerheten hos vårdpersonal och minska risken att handla fel. Kvinnorna ska inte dömas för att deras värderingar, tankesätt eller kultur skiljer sig från andras. Förutsättningar till ett tillfredsställande liv och till att fungera i sin vardag, ges när kvinnornas upplevelser belyses, när samhället får information om könsstämpning och när sjuksköterskan och vårdpersonal blir kulturellt kompetent. Sjuksköterskan ska möta dessa kvinnor med förståelse för att kvinnlig könsstämpning är en sedvänja, som inte behöver accepteras men behöver förstås. Vårdkvalitén samt kvinnornas livskvalité kan ökas när sjuksköterskan är införstådd i de aspekter som påverkar bemötandet av dessa kvinnor och en bättre vårdupplevelse blir då möjlig.

Slutsats

FGM utförs av kulturella skäl för att vara en del av ett socialt sammanhang. Det är kopplat till en idealiserad bild av hur en kvinna ska vara. Könstymplingens fysiska och psykiska följder, som smärtsamma minnen och en sargad kropp, påverkar kvinnornas sociala och kulturella liv och orsakar påfrestningar i relationen. När kvinnorna migrerar till ett land där FGM är olagligt förändras deras syn på proceduren och de börjar ifrågasätta dess relevans och mening. Ett nytt land leder till nya förutsättningar vilket orsakar en oro för döttrarna, dels för rädslan att de ska tvingas till FGM och dels för rädslan att döttrarna ska leva ett promiskuöst liv om de inte genomgår FGM. FGM kan bli en kulturell symbol och få en större betydelse vid migration. Västerländsk syn och brist på kunskap om kvinnlig könstympling påverkar kvinnorna negativt och resulterar i en motvilja att söka vård. Många kvinnor väljer att avstå detta på grund av misstro och tidigare dåliga erfarenheter av vården. Utifrån studiens resultat dras slutsatsen att kvinnor som genomgått FGM är i behov av stöd från vårdpersonal för att minska lidandet av FGM:s konsekvenser och för att bibehålla sin hälsa. Detta kan ske genom ökad kunskap om FGM inom vården.

Praktiska implikationer

Ur ett samhällsperspektiv behöver vi eliminera onödigt lidande genom ökad kunskap kring kvinnlig könstympling. Hälsorisker relaterade till FGM är stora. FGM har flera fysiska, psykiska, sociala och kulturella konsekvenser i kvinnornas liv. Risken för uppkomst av ytterligare konsekvenser av såväl psykisk som fysisk karaktär eller försvärad nuvarande hälsosituation kan minskas genom ökad uppmärksamhet kring ämnet från samhället. Detta kan i sin tur leda till samhällsekonomisk vinst om kvinnorna får möjlighet till rätt behandling och stöd för att klara sin vardag, nya utmaningar i ett liv i ett annat land, att få eller behålla ett arbete. Sjukvårdspersonal behöver en fördjupad kunskap om kulturell anpassad vård genom exempelvis utveckling av kurser och ökad information om FGM. Studien riktar sig till sjuksköterskor men dess resultat kan också användas av andra yrkeskategorier som möter dessa kvinnor, som socionomer, skolpersonal, vårdpersonal med flera. Om sjukvårdspersonalen och andra yrkeskategorier får kunskap om könstymplingens konsekvenser, kan eventuella åtgärder göras i förebyggande syfte i ett långsiktigt perspektiv. Vidare kan studien bidra till att sjuksköterskan kan samtala med kvinnorna om hur vården kan hjälpa dem i sin vardag och därigenom motverka en försämrad livskvalité och uppkomst av eventuell psykisk ohälsa. Dessutom kan studien bidra med större kunskap för vårdpersonal om att möta, vårda och ha kontakt med personer med liknande upplevelser. Vi lever i ett mångkulturellt samhälle vilket innebär att det är viktigt att ta hänsyn till olika kulturella praktiker och dess uttryck i det dagliga livet för att vi ska leva i harmoni med andra. Omvårdnaden måste anpassas för att tillgodose och stödja kvinnornas vårdbehov. Sjuksköterskan skulle kunna skapa stödgrupper för kvinnor och deras familjer för att kunna minska påfrestningar i deras relationer.

Det är bara kvinnorna själv som kan uttrycka hur det är att leva med någon form av könstympling. Deras röster behöver bli hörda för att de ska kunna ta sig igenom svårigheterna kopplade till könstymplingen och bli bemött med respekt. Att hitta strategier som underlätta kvinnornas liv och identifiera hur könstymplingens

konsekvenser yttrar sig i samband med de vardagliga kraven är fundamental för kvinnors välbefinnande och hälsa.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

Ytterligare forskning om kvinnlig könsstympning behövs för ökad kunskap om kvinnornas omvårdnadsbehov och för att bidra till en bättre situation för de kvinnor som lever med någon form av könsstympning. Forskning som fokuserar på interventioner finns, men de säger inte så mycket om vad interventionerna leder till. Vidare finns det ett stort antal kvantitativa artiklar om ämnet, men ytterligare kvalitativ forskning behövs för att öka kunskapen om kvinnornas upplevelser. Sjuksköterskan behöver kunskap om FGM eftersom detta saknas inom grundutbildningen. Det kan bidra att hälsofrämjande insatser vidtas med hjälp av vetenskaplig information och kan underlätta kvinnornas vardag och ge god vård.

För eget intresse hade det varit intressant att forska ämnet utifrån sjuksköterskans perspektiv. Studiens resultat belyser att kvinnors identitet är kopplad till sociala normer kring hur en kvinna bör vara samt vad det innebär att vara en ”god kvinna”. Detta förändras delvis efter migration till ett annat land. Studier för att belysa hur dessa kvinnor upplever sin kulturella identitet i förhållandet till det nya landet, och forskning kring detta skulle vara givande. Ytterligare forskning inom problemområdet skulle behövas för att identifiera vilka copingstrategier som hjälper kvinnorna att hantera könsstympningens konsekvenser. Kunskap om funna copingstrategier, skulle underlätta vårdandet av kvinnorna som har genomgått könsstympning.

Referenser

Akinsulure-Smith, A. M., & Chu, T. (2017). Exploring female genital cutting among survivors of torture. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(3), 769-773. doi:10.1007/s10903-016-0419-x

Andro, A., Cambois, E., & Lesclingand, M. (2014). Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Social Science & Medicine*, 106, 177-184. doi:10.1016/j.socscimed.2014.02.003

Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (s.129-138). Lund: Studentlitteratur.

Fried, S., Mahmoud Warsame, A., Berggren, V., Isman, E., & Johansson, A. (2013). Outpatients' perspectives on problems and needs related to female genital mutilation/cutting: A qualitative study from somaliland. *Obstetrics and Gynecology International*, 2013(2013), 11. doi: 10.1155/2013/165893.

Gele, A. A., Kumar, B., Hjelde, K. H., & Sundby, J. (2012a). Attitudes toward female circumcision among Somali immigrants in Oslo: a qualitative study. *International Journal of Women's Health*, 4, 7-17
<http://doi.org.ezproxy.server.hv.se/10.2147/IJWH.S27577>

Gele, A. A., Johansen, E. B., & Sundby, J. (2012b). When female circumcision comes to the West: Attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. *BMC Public Health*, 12(1), 697-706. doi:10.1186/1471-2458-12-697

Isman, E., Ekéus, C., & Berggren, V. (2013) Perceptions and experiences of female genital mutilation after immigration to Sweden: An explorative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(3), 93-98. doi:10.1016/j.srhc.2013.04.004

Johansen, R. B. (2017). Undoing female genital cutting: perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Culture, Health & Sexuality*, 19(4), 528-542. doi:10.1080/13691058.2016.1239838

Johnsdotter, S., Moussa, K., Carlbom, A., Aregai, R., & Essén, B. (2009). "Never my daughters": a qualitative study regarding attitude change toward female genital cutting among Ethiopian and Eritrean families in Sweden. *Health Care for Women International*, 30(1-2), 114-133. doi:10.1080/07399330802523741

Johnsdotter, S., & Essén, B. (2016) Cultural change after migration: Circumcision of girls in Western migrant communities. *Baillière's Best Practice & Research*, 32, 15-25 doi:10.1016/j.bpobgyn.2015.10.012

- Knipscheer, J., Vloeberghs, E., Van der Kwaak, A., & Van den Muijsenbergh, M. (2015). Mental health problems associated with female genital mutilation. *Bjpsych Bulletin* (39), 273-277. doi:10.1192/pb.bp.114.047944
- Koukoui, S., Hassan, G., & Guzder, J. (2017). The mothering experience of women with FGM/C raising “uncut” daughters, in Ivory Coast and in Canada. *Reproductive Health*, 14(1), 51. <http://doi.org.ezproxy.server.hv.se/10.1186/s12978-017-0309-2>
- Leininger, M.M. (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2015) Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.187-201). Lund: Studentlitteratur.
- McNeely, S., & Jong, F. C. (2016). Somali refugees’ perspectives regarding FGM/C in the US. *International Journal of Migration, Health & Social Care*, 12(3), 157-169. doi:10.1108/IJMHS-09-2015-0033
- Momoh, C., Olufade, O., & Redman-Pinard, P. (2016). What nurses need to know about female genital mutilation. *British Journal of Nursing*, 25(9), 30-34. doi: 10.12968/bjon.2016.25.9.S30
- Mulongo, P., Hollins Martin, C., & McAndrew, S. (2014). The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women’s mental health: a narrative literature review. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 32(5), 469-485. doi:10.1080/02646838.2014.949641
- Polit, D. F., & Tatano Beck, C. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkin.
- Recchia, N., & McGarry, J. (2017). “Don't judge me”: narratives of living with FGM. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 10(1), 4-13.
- SFS 1982:316. *Lag med förbud mot könsstympning av kvinnor*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS: 1982:763. *Hälso-och sjukvårdslagen*. Stockholm: socialdepartementet.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2015). *Flickor och kvinnor i Sverige som kan ha varit utsatta för könsstympning- en uppskattning av antalet*. Hämtad 2018-03-14, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19677/2015-1-32.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016). *Kvinnlig könsstympning – ett stöd för hälso-och sjukvårdens arbete*. Hämtad 18-05-15, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20282/2016-6-59.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2018-01-25, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2018-01-25, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Terry, L., & Harris, K. (2013). Female genital mutilation: a literature review. *Nursing Standard*, 28(1), 41-47. doi:10.7748/ns2013.09.28.1.41.e7750

United Nations International Children Emergency Fund [UNICEF]. (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: a Statistical overview and exploration of the dynamics of change*. Hämtad 2018-03-29, från http://data.unicef.org/wpcontent/uploads/2015/12/FGMC_Lo_res_Final_26.pdf

United Nations International Children Emergency Fund [UNICEF]. (2018). *Kvinnlig könsstympning*. Hämtad 2018-03-14, från <https://unicef.se/fakta/kvinnlig-konsstympning>

Upvall, M. J., Mohammed, K., & Dodge, P. D. (2009). Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circumcision in the United States: A focus group approach. *International Journal of Nursing Studies*, 46(3) 360-368. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.04.009

Utz-Billing, I., & Kentenich, H. (2008). Female genital mutilation: An injury, physical and mental harm. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2008, 94(4), 225-229

Vloeberghs, E., van der Kwaak, A., Knipscheer, J., & van den Muijsenbergh, M. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health*, 17(6), 677-695. doi:10.1080/13557858.2013.771148

Von Rège, I., & Champion, D. (2017). Female genital mutilation: implications for clinical practice. *British Journal of Nursing*, 26(18), 22-S27. doi:10.12968/bjon.2017.26.18.S22

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization [WHO]. (2018a). *Female genital mutilation*. Hämtad 18-03-25, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

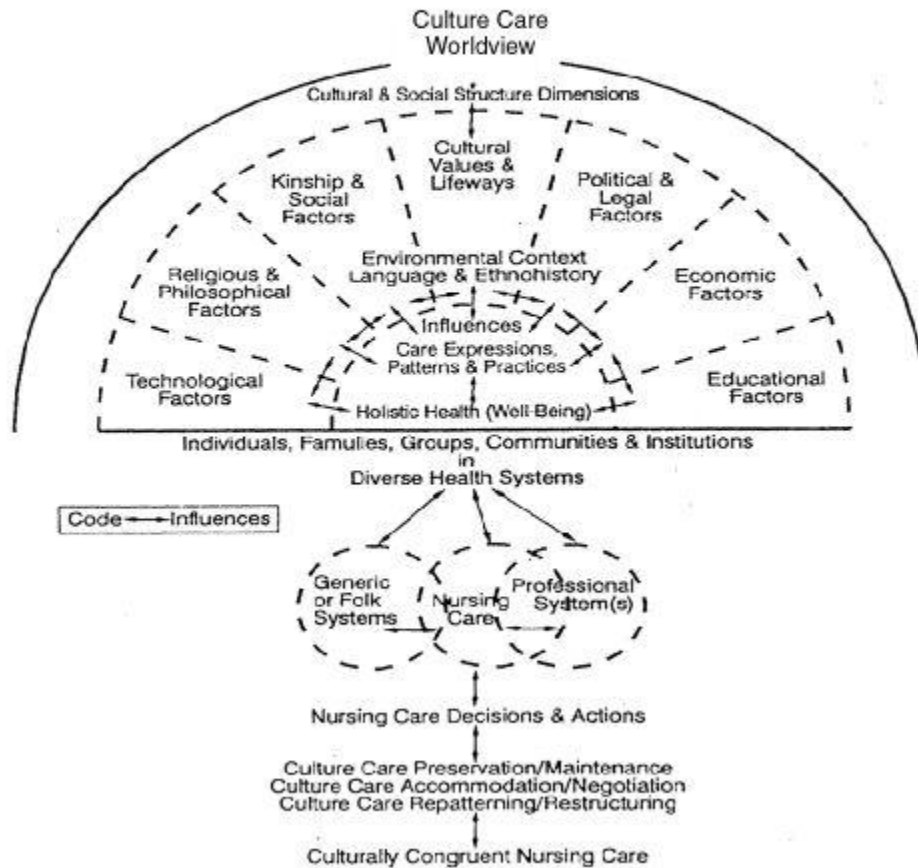
World Health Organization [WHO]. (2018b) *Female genital mutilation*. Hämtad

18-05-14, från <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 59-82). Lund: Studentlitteratur

Hämtad 18-04-27, från <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sunrise-Modell.jpg>

Leininger's Sunrise Model to Depict the Theory of Culture Care Diversity and Universality



Bilaga II

Översikt av systematiska artikelsökningar

Cinahl 20180312	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultat
1	(MH "circum- cision,fema le")	896				
2	AB experience *	183994				
3	1+2	58				
Avgränsni ngar: 2008- 2018, engelska, peer reviewed		58	58	35	20	5

Pubmed 20180312	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultat
1	circumcision , female [MeSH]	1159				
2	attitude [MeSH]	503868				
3	1+2	266				
Avgränsni ngar: 2008- 2018, engelska, abstract		125	125	50	10	2

PsycInfo 180324	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar till resultat
1	circumcision, female	634				
2	experience	541,532				
3	1 + 2	94				
Avgränsn ingar: peer reviewed, 2008- 2018, engelska,		44	44	30	5	3

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej
Informantkaraktäristika
 Antal
 Ålder
 Man/kvinna
 Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej
 Finns etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej
 - Strategiskt? Ja Nej Vet ej
 - Datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej
 - Analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt och begripligt? Ja Nej Vet ej
 - Råder datamätnad? Ja Nej Vet ej
 - Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

- Är resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej
 - Redovisas resultatet i förhållande till teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej
 Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Beskrivs vilket/-n fenomen, upplevelse/mening? Ja Nej Vet ej
 Är beskrivning/analys adekvat? Ja Nej Vet ej

Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent

Granskningspoäng; grad I (80-100%) grad II (70-79%) grad III (60-69%)

Tidskriftens bedömningssystem Double Single Ej
 Peer review blinded blinded angivet

Bilaga IV

Översikt över analyserad litteratur

Författare	Problem	Ansats	Urval	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
Fried, S., Mahmoud Warsame, A., Berggren, V., Isman, E., & Johansson, A.	Könsstympning är aktuellt och träffas inom vård. Ökad förståelse om hur det upplevs behövs.	Ansats Kvalitativ metod Metod 7 intervjuer som spelades in och skriftligt transkriberades. Data analyserades med hjälp av innehållsanalys.	7 kvinnor som sökt vård för infektioner, abdominal smärta, brusten livmoder, cyster och/eller menstruella problem. Studiegrupp 7 Kvinnor Mellan 35-40 års ålder och som har genomgått typ 3 av FGM/C.	Faktorer som underlätta eller hämma kvinnor att söka vård varierar; skam, okunskap och brist i socialstöd förekommer. Kvinnornas syn på FGM/C skiljer sig och deras attityder förändras med ökad medvetenhet och kunskap om FGM/C. Ökad socialt tryck hos kvinnor som inte är könsstympade påpekas.	Grad I
Årtal 2013	Syfte Att utforska kvinnliga patienters perspektiv på problem relaterade till FGM/C samt deras uppfattning och upplevelser av vård, information och rådgivning när det gäller FGM/C.				
Land Sverige					

Författare	Problem	Ansats	Urval	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
Gele, A. A., Kumar, B., Hjelde, K. H. & Sundby, J.	Brist på kunskap om attityd till könsstympning från somalier som lever i Oslo, och har aklimatiserat sig.	Ansats Kvalitativ metod Metod Diskussionsgrupper samt personliga intervjuer som spelades in på band och sedan transkriberades	22 personer, sedan valde varje fokusgrupp 5-6 extra deltagare, totalt 38 deltagare. >18 år Studiegrupp 38 deltagare, 17 män, 21 kvinnor, mellan 19-56 år.	Att föräldrar väljer att avstå att könsstympa sina döttrar på grund av en attitydsförändring. Det grundar sig i en ny syn på kvinnlig könsstympning efter aklimatisering i Oslo, Norge	Grad I
Årtal 2012a	Syfte Undersöka attityderna kring kvinnlig könsstympning hos somalier som bor i Oslo, Norge				
Land Norge					

<p>Författare Isman, E., Ekéus, C. & Berggren, V</p> <p>Årtal 2013</p> <p>Land Sverige</p>	<p>Problem FGM har flera konsekvenser för kvinnors liv och anses som en tradition i flera länder. Förståelse om hur kvinnor uppfattar FGM är viktigt då FGM förekommer i hela världen.</p> <p>Syfte Att utforska hur FGM upplevs och uppfattas efter immigration till Sverige.</p>	<p>Ansats Kvalitativ metod</p> <p>Metod Intervjuer med öppna frågor som spelades in och skriftligt transkriberades. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Urval 8 kvinnor från länder där FGM normativt uppfattas.</p> <p>Studiegrupp Kvinnor >18 års ålder (19-46 år) och som ursprungligt kommer från länder där FGM förekommer men som nuvarande bor i Sverige och kan svenska språket.</p>	<p>Huvudsakligt resultat Kvinnornas uppfattning av FGM är ambivalens efter immigration till Sverige. FGM har kulturella värderingar och anses som en symbol för många kvinnor. Å andra sidan dess hälsokonsekvenser upplevs negativt.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad I</p>
---	--	---	--	--	--

<p>Författare Johansen, R. B.</p> <p>Årtal 2017</p> <p>Land Norge</p>	<p>Problem FGM är universell och i många fall drabbas kvinnor av typ 3 som är den grävsta typen och leder till många komplikationer. Att genomgå defibulation är av stort behov för kvinnorna ska kunna minska lidande orsakad av FGM.</p> <p>Syfte Att undersöka uppfattningar och erfarenheter av infibulation, defibulation och oskuld hos Somali och Sudanese migranter i Norge.</p>	<p>Ansats Kvalitativ metod</p> <p>Metod 28 intervjuer gjorda mellan 2014-2015. Intervjuerna varade 20 min-4 timmar. Semi-strukturerade intervjuer som detaljerat antecknades.</p>	<p>Urval 23 kvinnor och 13 män.</p> <p>Studiegrupp 13 Män och 23 kvinnor av somaliskt och sudanesiskt ursprung. 18-65 års ålder.</p>	<p>Huvudsakligt resultat Ett starkt samband mellan oskuld och infibulation förekommer i resultatet. Artikeln tyder på att kulturella förändringar sker.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad I</p>
--	--	---	--	--	--

<p>Författare Johnsdotter, S., Moussa, K., Carlbom, A., Aregai, R & Essén, B.</p> <p>Årtal 2009</p> <p>Land Sverige</p>	<p>Problem I Sverige finns det flera tusen invånare födda i Eritrea eller Etiopien. Länder där FGM praktiseras i stor utsträckning. FGM är olaglig i Sverige.</p> <p>Syfte Att undersöka attityder om FGM ur ett migrationsperspektiv.</p>	<p>Ansats Kvalitativ metod</p> <p>Metod 33 semistrukturerade intervjuer gjordes mellan 2003-2004. Intervjuerna spelades in, transkriberades och kodades.</p>	<p>Urval män och kvinnor</p> <p>Studiegrupp Män och kvinnor från Etiopien och Eritrea som lever i Sverige. Deltagare var mellan 28-69 år.</p>	<p>Huvudsakligt resultat Förändrad syn på alla typer av FGM och frånvaro av någon anledning till utförandet av FGM.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad I</p>
--	--	--	---	--	--

<p>Författare Koukoui, S., Hassan, G., & Guzder, J.</p> <p>Årtal 2017</p> <p>Land Canada</p>	<p>Problem Studier tyder på att FGM:s utövning har minskat i vissa länder i takt med den migratoriska processen. Dessutom har många könsstympade kvinnor valt att inte könsstympa sina döttrar.</p> <p>Syfte Att belysa mödrarnas föreställningar av FGM:s mening och dess kulturella betydelser och att få en överblick om deras uppfattningar av ej könsstympade kvinnor.</p>	<p>Ansats Kvalitativ metod</p> <p>Metod 15 semistrukturerade intervjuer som spelades in och skriftligt transkriberades. Kvalitativ analys gjordes följt av tematisk analys.</p>	<p>Urval 15 kvinnor.</p> <p>Studiegrupp Deltagare var 28-62 års ålder. Mödrar med ursprung i Afrika och som genomgått någon form av könsstympning men som valde att könsstympa sina döttrar.</p>	<p>Huvudsakligt resultat Utmaningar i att uppföstra sina döttrar identifieras; Stor gruppsymp från familjen och nätverket att fortsätta FGM skapar oro hos mödrarna som är rädd att sina döttrar kommer könsstympas utan deras samtycke. Å andra sidan känner mödrarna stor empowerment i beslutfattande och i mor-dotter relation.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad I</p>
---	---	---	--	--	--

<p>Författare McNeely, S., & Jong, F. C.</p> <p>Årtal 2016</p> <p>Land Storbritannien</p>	<p>Problem FGM är stort folkhälsoproblem och leder till psykiska och fysiska konsekvenser. Migration kan påverka FGM förekomst när olika kulturer interagerar med varandra. Somalia har världens största prevalens av FGM.</p> <p>Syfte Att undersöka Somaliska flyktingars perspektiv av FGM och dess potentiella förändringar efter migration.</p>	<p>Ansats Kvalitativ metod</p> <p>Metod Semi-strukturerade intervjuer med öppna slutna frågor gjordes i somaliska och översattes med hjälp av tolk.</p>	<p>Urval 13 deltagare; 12 kvinnor och 1 man.</p> <p>Studiegrupp 13 deltagare från Somalia. Alla kvinnliga deltagare hade genomgått könsstympning.</p>	<p>Huvudsakligt resultat Förändrade perspektiv om FGM konstateras. Typ 3 accepteras fortfarande medan typ 3 avvisas. Kunskap och information om FGM ger ökad medvetenhet hos kvinnor.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad I</p>
--	--	---	---	--	--

<p>Författare Recchia, N. & McGarry, J.</p> <p>Årtal 2017</p> <p>Land Storbritannien</p>	<p>Problem FGM kan resultera i en rad psykiska och fysiska komplikationer. Det finns dock begränsad information om kvinnornas upplevelser av att leva med FGM och dess effekter på hälsa och välbefinnande.</p> <p>Syfte Att utforska kvinnors erfarenheter och effekter av FGM på kvinnornas hälsa och välbefinnande</p>	<p>Ansats Kvalitativ metod</p> <p>Metod Kreativt berättande tillvägagångssätt i form av konstbaserad workshop; skapandet av keramikmodeller och delning av artefakter som uttryck för deltagarnas upplevelser.</p> <p>Workshop spelades in som sedan transkriberades. Anonyma fotografier togs.</p>	<p>Urval 6 kvinnor som lever med könsstympning.</p> <p>Studiegrupp 6 kvinnor som har genomgått könsstympning och var mellan 25-51 års ålder.</p>	<p>Huvudsakligt resultat FGM påverkar kvinnors hälsa och välbefinnande i stor utsträckning. Känslan av att ha förlorat en del av sig själv, problem relaterat till sexuellt liv och att känna sig dömd av vårdpersonal förekommer.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad I</p>
---	---	---	--	---	--

<p>Författare Upvall, M. J., Mohammed, K. & Dodge, P. D.</p> <p>Årtal 2009</p> <p>Land USA</p>	<p>Problem Somaliska Bantu- flyktingar utgör en stor grupp i USA. FGM är vanligt förekommande hos somaliska bantu- flyktingar. Kliniska strategier kan utvecklas för att en kulturellt kompetent omvårdnad ska kunna ges.</p> <p>Syfte Att undersöka somaliska bantu-flyktingars hälsoperspektiv som könsstympade kvinnor och nyligen flyttade till USA.</p>	<p>Ansats Kvalitativ metod</p> <p>Metod Intervjuer som spelades in. Tematisk analys användes för att analysera data.</p>	<p>Urval 23 kvinnor</p> <p>Studiegrupp 23 somaliska flyktingar kvinnor >18 års ålder (19-43 års ålder).</p>	<p>Huvudsakligt resultat Kommunikation anses som ett stort hinder när de söker vård; tolk behövs men översättning är bristfällig. Tidigare dåliga erfarenhet av vårdande identifierades som ett ytterligare hinder när de behöver söka vård; stor misstro för vårdpersonal belystes.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad I</p>
---	--	--	--	---	--

<p>Författare Vloeberghs, E., van der Kwaak, A., Knipscheer, J., & van den Muijsenbergh, M.</p> <p>Årtal 2012</p> <p>Land Nederländerna</p>	<p>Problem Kunskapsbrist kring FGM/C:s psykosociala och relationella problem och konsekvenser</p> <p>Syfte Utforska sociala, mentala och/eller relationsproblem hos migrerade kvinnor som genomgått FGM/C. Samt identifiera problem, problem faktorer och copingstrategier.</p>	<p>Ansats Mixad metod av kvalitativ och kvantitativ ansats. Endast kvalitativa metoden vald och granskad.</p> <p>Metod Semi-strukturerade djupintervjuer med alla deltagare.</p>	<p>Urval Rekrytering av kvinnor gjordes med hjälp av snöbollseffekten i forskarnas bekantskapskrets, även med hjälp av en nyckelperson.</p> <p>Studiegrupp 66 kvinnor med ursprung från Afrika.</p>	<p>Huvudsakligt resultat De flesta kvinnor som genomgått FGM/C drabbas av ångest och depression. Migrationen förändrar kvinnornas syn på FGM/C och gör de medvetna om konsekvenserna. Sjukvården behöver mer kunskap om FGM:s konsekvenser då kvinnorna undviker/ skäms för att söka vård.</p>	<p>Kvalitetsgranskning Grad I</p>
--	---	--	---	---	--

Högskolan Väst
Institutionen för Hälsvetenskap
461 86 Trollhättan
Tel. 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se