



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Erfarenhet, kunskap och attityd om kvinnlig könsstympning

En integrerad litteraturöversikt

Cecilia Forsberg

Daniella Nilsson

Handledare: Camilla Allert

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1504

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona juni 2019

Erfarenhet, kunskap och attityd om kvinnlig könsstympning

En integrerad litteraturöversikt

Cecilia Forsberg
Daniella Nilsson

Sammanfattning

Bakgrund: Kvinnlig könsstympning är en tradition som har fortlevt i över tvåtusen år och är djupt rotad i kultur och religion. Varje år könsstympas omkring 3,9 miljoner flickor. Globalisering medför att dessa kvinnor kan behöva vård i länder där könsstympning inte praktiseras. Tidigare forskning visar att könsstympade kvinnor upplever en bristande kunskap i mötet med hälso- och sjukvården. Genom ett kulturkompetent förhållningssätt kan sjuksköterskan ge en bättre och ändamålsenlig omvårdnad.

Syfte: Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet, kunskap och attityd om kvinnlig könsstympning

Metod: Integrerad litteraturöversikt med induktiv ansats innehållande tolv vetenskapliga artiklar. Analysen utfördes i enlighet med Whitemore och Knafls metod.

Resultat: Ur resultatet framkom fem kategorier; erfarenheter av mötet med könsstympade kvinnor, kunskap om kvinnlig könsstympning, kunskap om följder av kvinnlig könsstympning, kunskap om varför kvinnlig könsstympning utförs samt attityder om kvinnlig könsstympning.

Slutsats: Resultatet visade varierande erfarenhet, kunskap och attityder om kvinnlig könsstympning bland sjukvårdspersonal. Det ger således en förståelse för hur komplext ämnet är och varför det är viktigt med kunskap för att kunna ge könsstympade kvinnor en kulturkompetent omvårdnad.

Nyckelord: attityd, erfarenhet, kunskap, kulturkompetent omvårdnad, kvinnlig könsstympning, sjuksköterskor

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	2
Kvinnlig könsstypning	2
Mänskliga rättigheter	2
Könsstypade kvinnors erfarenheter	3
Kulturkompetens	4
Teoretisk referensram	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	7
Design	7
Urval	7
Datainsamling	7
Kvalitetsgranskning	9
Dataanalys	10
Etiska överväganden	11
Resultat	12
Erfarenheter av mötet med könsstypade kvinnor	12
Kunskap om kvinnlig könsstypning	13
Kunskap om följder av kvinnlig könsstypning	13
Uppfattningar om varför kvinnlig könsstypning utförs	15
Attityder om kvinnlig könsstypning	16
Diskussion	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	20
Slutsats	23
Självständighet	23
Referenser	24
Bilaga 1 Databassökningar	29
Bilaga 2 Databassökning	30

Bilaga 3 Kvalitetsgranskningsprotokoll, kvantitativ metod	31
Bilaga 4 Kvalitetsgranskningsprotokoll, kvalitativ metod	32
Bilaga 5 Artikelöversikt	33
Bilaga 6 Exempel på meningsenheter och analys	35
Bilaga 7 Översikt av fördelning av artiklar i resultatet	36

Inledning

Könsstympning av flickor utförs utan någon medicinsk orsak och är en tradition som härleds två tusen år tillbaka i tiden. Ingreppet påverkar än idag flickor och kvinnor världen över och migration gör att det sprids över kulturella gränser. Idag beräknas det vara över tvåhundra miljoner flickor och kvinnor som lever med en form av könsstympning, som innebär att delar av ett friskt och fungerande underliv har skurits bort (World Health Organization [WHO], 2018). Varje år uppskattas det utföras 3,9 miljoner könsstympningar i världen, det förekommer främst i Afrika. Ingreppet är ett hot mot de mänskliga rättigheterna och kan medföra svåra komplikationer (United Nations Children's Fund [UNICEF]), 2019). I Sverige är det enligt lag förbjudet att utföra all form av könsstympning. Antalet könsstympade kvinnor i Sverige uppskattas vara 38 000 och trots lagstiftningen mot könsstympning uppskattas 19 000 flickor vara i riskzonen för att drabbas (Socialstyrelsen, 2018).

Ökad globalisering medför ett mer mångkulturellt samhälle, vilket leder till att sjuksköterskan och patienten i större utsträckning inte delar samma kulturella bakgrund och religion. Skillnaderna kan leda till olika uppfattningar om vad god omvårdnad är. Det kan leda till ett missnöje hos patienten om sjuksköterskan inte erhåller den kulturkompetens som krävs för en effektiv och ändamålsenlig omvårdnad (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Tidigare forskning visar att könsstympade kvinnor upplever ett missnöje med vården (Berggren, Bergström, & Edberg, 2006). För att kunna ge rätt omvårdnad till dessa kvinnor behövs forskning om vilken kunskap som finns bland sjuksköterskor. Det kan därför anses vara viktigt att undersöka sjuksköterskornas erfarenhet, kunskap och attityd av kvinnlig könsstympning för att kunna ge kvinnorna den omvårdnad de behöver.

Bakgrund

Kvinnlig könsstympling

Enligt WHO (2018) delas kvinnlig könsstympling in i fyra klassifikationer, vilka förtydligar vad och hur mycket av könsvävnaden som skärs bort.

Typ I Klitoridektomi: innebär att klitoris och/eller förhuden helt eller delvis avlägsnas

Typ II Excision: innebär att inre och/eller yttre blygdläppar helt eller delvis avlägsnas tillsammans med delvis eller hel borttagning av klitoris.

Typ III Infibulation: innebär skärning av inre och yttre blygdläppar för att smalna av vaginalöppningen och görs med eller utan borttagande av klitoris.

Typ IV: övriga skadliga förfaranden mot de kvinnliga könsorganen (WHO, 2018).

Könsstympling utförs av olika sociokulturella skäl och skiljer sig mellan regioner och etniska grupper. Det anses av vissa vara ett religiöst krav att könsstympla flickor trots att det inte finns stöd i varken Koranen eller Bibeln. Könsstymplingen tros göras av respekt för tradition och kan fortleva genom de äldre kvinnorna i byarna (Williams-Breault, 2018).

Könsstympling utförs främst på unga flickor och därav kan det vara missvisande att benämna det som kvinnlig könsstympling. Åldern då flickor blir könsstympade varierar mellan olika kulturer och religioner, vilket kan leda till att kvinnor i vuxen ålder inte vet om de är könsstympade (Socialstyrelsen, 2016). I många fall utförs könsstymplingen med osterila instrument utan anestesi av en person som har väldigt liten kunskap om kvinnlig anatomi (Berg, Underland, Odgaard-Jensen, Fretheim & Vist, 2014). Under ingreppet är det vanligt att flickorna blir fasthållna (Jungari, 2015).

Mänskliga rättigheter

Stympling av kvinnliga könsorgan strider mot mänskliga rättigheter och principer så som jämlikhet och icke diskriminering av kön, rätten till liv, rätten till frihet från tortyr eller omänsklig behandling och barns rättigheter (WHO, 2018). Könsstympling av flickor ses som en kränkning av de mänskliga rättigheterna. Ingreppet förstör den normala könsvävnaden och kan ge följder av fysisk, psykisk och sexuell ohälsa. Ingreppet kan medföra en känsla av skam och skuld, vilket kan leda till isolering (WHO, 2018; Williams-Breault, 2018).

Sjuksköterskan ska främja de mänskliga rättigheterna genom att miljön i vårdarbetet präglas av öppenhet till olika trosuppfattningar, sedvänjor och värderingar som patienten har. Det är även sjuksköterskans ansvar att informera och utbilda patienten på ett kulturellt anpassat sätt. Genom att ha ett professionellt förhållningssätt uppvisar sjuksköterskan respekt, medkänsla, trovärdighet och integritet mot patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Könsstympade kvinnors erfarenheter

En del kvinnor som blivit könsstympade uttrycker att det är en procedur som har haft en negativ inverkan på livet. Det finns en kluvenhet hos kvinnorna om utförandet, då kvinnorna å ena sidan är medvetna om de negativa hälsoeffekterna, å andra sidan ser det positiva värdet av att bevara kulturen. Ingreppet utförs för att bevara oskuld fram till giftermål och genom detta ära familjen, undvika skamkänslor och bevara renlighet. Många kvinnor upplever att det sociala trycket kvarstår efter migration till andra länder. Den kvinnliga könsstympningen blir en symbol för ursprungslandet och utförandet av ingreppet är ett sätt att hedra kulturen (Isman, Ekéus, & Berggren, 2013).

I länder där könsstympning förekommer kan kvinnor uppleva en skam om de inte utfört ingreppet. Efter immigrering till länder där ingreppet inte är accepterat kan kvinnorna uppleva skam över vad de har genomgått. Många kvinnor upplever en känsla av utsatthet i kontakt med vårdpersonal i Sverige och att de är i händerna på någon med bristande kunskap om deras situation. I många fall blir kvinnorna inte tillfrågade om de genomgått en könsstympning eller inte (Berggren et al., 2006). När könsstympning uppdagats vid undersökning eller vid omvårdnadsarbete, upplevde många kvinnor olika känslouttryck i ansiktsuttrycken hos sjukvårdspersonalen. Kvinnorna upplever även en känsla av att inte bli respekterade, att de blev uttittade och att vårdpersonalen uttryckte avsky. Kvinnorna upplever i vissa tillfällen att sjukvårdspersonalen inte var där för kvinnornas skull, utan för att dämpa sin egen nyfikenhet kring ämnet (Berggren et al., 2006; Thierfelder, Tanner, & Bodiang, 2005). Sjukvårdspersonalens attityder till de könsstympade kvinnorna medförde en ovilja att söka sig tillbaka. Kvinnorna upplevde även att de hade svårt att uttrycka sig, både på grund av känsligheten kring ämnet men även på grund av språkförbristningar eftersom de inte blev förstådda av sjukvårdspersonalen (Berggren et al., 2006). Trots den sociala pressen att utföra en könsstympning minskar benägenheten till utförandet efter att ha flyttat till ett land där könsstympning inte förekommer (Isman et al., 2013). Det finns många som önskar att

traditionen ändras. Genom stöd från sjukvården kan flickor och kvinnor få den kunskap som krävs för att bryta den nuvarande traditionen (Isman et al., 2013).

Kulturkompetens

Kulturkompetens innebär att sjuksköterskan ska arbeta för att skapa en medvetenhet om patientens känslor, tankar, existens och miljö utan egen värdering. Sjuksköterskan ska aktivt arbeta för att respektera och acceptera kulturella skillnader och inte anta att patienten delar samma uppfattning som sjuksköterskan själv. Det sker genom kunskap och förståelse av patientens behov av kultur, hälsa och personlig mening kopplat till hälsa och sjukdom. Begreppet kulturkompetens innefattar även att sjuksköterskan ska motstå dömande attityder (Purnell & Paulanka, 2003). Det går dock inte att frånga att de attityder en sjuksköterska har utgör en central del i omvården. Attityderna kan påverka hur sjuksköterskan behandlar patienterna (Eriksson, 2018). Genom att vara öppen för möten med kulturen patienten kommer från och anpassa omvården utifrån patientens enskilda behov kan sjuksköterskan uppnå kulturkompetens (Purnell & Paulanka, 2003). Möten mellan olika kulturer kan medföra att värderingar skiljer sig åt. Dessa möten kan framkalla emotionella reaktioner som påverkar och kräver anpassningar av praktiska aspekter såsom att kvinnorna helst vill vårdas av kvinnor eller att de är i behov av en tolk. När en kulturell förståelse och respekt inte uppnås äventyras kvaliteten på omvårdnaden (Evans, Tweheyo, McGarry, Eldridge, Albert, Nkoyo & Higginbottom, 2019).

I kontakt med hälso- och sjukvård är de könsstympade kvinnorna i behov av ett professionellt omhändertagande. En sjuksköterska bör kunna behärska sina emotionella reaktioner i mötet med könsstympade kvinnor för att upprätthålla ett professionellt förhållningssätt (Dawson et al., 2015). Ett sammanhang där problematiken kan bli synlig i omvårdnadsarbetet för den grundutbildade sjuksköterskan kan vara vid katetersättning, vilket kan vara en särskild svår situation för en kvinna som blivit utsatt könsstympning (Royal College of Nursing [RCN], 2016). Det krävs även att sjuksköterskan har en förståelse för den kulturella bakgrunden och sammanhanget kvinnan besitter för att möjliggöra en korrekt och säker omvårdnad (Dawson et al., 2015). Om sjuksköterskan har tidigare erfarenhet av könsstympade kvinnor kan det bli enklare att omvårda dem. Det leder till en erfarenhet som är anpassad till konkreta situationer och utvecklas vid mötet med dessa kvinnor (Ekebergh, 2012). Om kvinnorna upplever obehag i mötet kan det påverka deras villighet att söka hjälp, berätta om sina problem och

riskerna finns då att vårdkontakten uteblir (Abdulcadir, Margairaz, Boulvain, & Irion, 2011; Evans et al., 2019).

Kommunikationens betydelse i vårdmötet är avgörande för patientens tillfredsställelse och förmåga till samtycke i vården. Uppstår kommunikationsproblem minskar effektiviteten i mötet och relationen försämras mellan patienten och sjuksköterskan. Då finns det en risk att omvårdnaden kvinnorna får inte har den kvalitet som behövs. Det finns en tendens att som sjuksköterska se patienter från samma kultur som en homogen grupp. Risken finns att de förutfattade meningarna om en patient blir ett hinder för en personcentrerad vård samt att patienten förblir anonym och en okänd del av den etniska eller religiösa grupp personen tillhör. Individuella, kulturella och sociala faktorer formar oss som individer och påverkar hur vi möter och vill bli bemötta av andra. Risken för tvärkulturella missförstånd minskar då sjuksköterskan tar till sig särskilda kunskaper om kultur och hälsa (Ahmadi, 2008).

Kommunikationen mellan sjuksköterskan och könsstympade kvinnor har flera utmaningar, varav språkbarriärer är ett hinder för god kommunikation men det kan även vara svårt att samtala kring ämnet ur ett emotionellt och etiskt perspektiv (Smith & Stein, 2017). Det kan bli särskilt känsligt att samtala kring detta ämnet då förståelsen mellan parterna brister. Språkbarriärer blir ett hinder då sjuksköterskan inte i samma utsträckning kan ställa frågor om könsstympningen, då ett sådant känsligt ämne kräver ett gott ordförråd. Det kan leda till att ämnet undviks för att sjuksköterskan inte vill förolämpa eller stigmatisera kvinnorna (Evans, et al., 2019). Konsekvensen av kommunikationsproblem blir att frågan rörande könsstympningen inte ställs av rädslan för att kränka kvinnan samt att det finns en uppfattning om att det är ett känsligt ämne som bör undvikas (Smith & Stein, 2017). Istället finns föreställningen att kvinnorna själva ska ta upp ämnet om de anser det vara ett problem, men studier visar att kvinnorna sällan självmant tar upp samtalsämnet. Kvinnorna förklarar detta som tabuer inom deras egna samhällen samt att de skäms, är generade och rädda för att bli dömda. Kvinnorna valde att inte prata om det i första hand för att det är svårt att prata om ett ämne de själva inte riktigt kan förstå (Evans, et al., 2019).

Teoretisk referensram

Soluppgångsmodellen har utvecklats av Madeleine Leininger (2002) som en guide för att få fram olika teoretiska faktorer som påverkar mötet med patienter. Modellen kan användas som en bedömning av olika holistiska faktorer så som världsbild, miljö och sociala sammanhang

som kan påverka vårdrelationen. Teorin utgår från att olika faktorer så som utbildningsfaktorer, politiska och legala faktorer, kulturellt betingade värderingar och religiösa faktorer. Soluppgångsmodellen är ett verktyg för att uppnå kulturkompetent och kulturkongruent vård vilket uppnås genom att sjuksköterskan tar hänsyn till att bevara kulturen (Leininger, 2002) anpassa omvårdnaden till kulturen och återuppbygga kulturen i omvårdnaden. Genom att bevara kulturen stödjer, hjälper och underlättar sjuksköterskan för patienten att bibehålla meningsfulla värderingar som påverkar hur patienten kan återhämta sig från sjukdom eller enklare hantera ohälsa och dödsfall. Vid anpassning av omvårdnad etablerar sjuksköterskan kreativa handlingar och beslut som hjälper patienten från en annan kultur att anpassa sig till sin nya. Den sista punkten handlar om att sjuksköterskan arbetar för att på olika sätt förändra eller bryta upp kulturen för att anpassa patientens levnadsvanor till nya, annorlunda och förmånliga hälsoresultat (Leininger, 2002). Genom att sjuksköterskan tillgodoser Leiningers teori vid kommunikationen med de könsstympade kvinnorna kan det gå att uppnå en kulturkompetent omvårdnad. Leiningers teori kan göra det enklare för sjuksköterskan att ta del av och lära sig av kvinnans kultur samt kan sjuksköterskans attityder uppmärksammas.

Problemformulering

Den grundutbildade sjuksköterskan kan möta den könsstympade kvinnan i flera olika kontexter, såsom somatisk avdelning, hemsjukvård och primärvård. Orsaken till vårdkontakten kan vara direkt kopplad till könsstympningen men kan även upptäckas sekundärt. Sjuksköterskan är oftast den första personen de könsstympade kvinnorna kommer i kontakt med och för att undvika att de känner sig uttittade, stigmatiserade och ifrågasatta behöver sjuksköterskan arbeta kulturkompetent för att bistå med personcentrerad vård. För att förbättra omvårdnaden för de könsstympade kvinnorna kan det behövas forskning som beskriver vilken erfarenhet, kunskap och attityd sjuksköterskor har om könsstympade kvinnor.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet, kunskap och attityd om kvinnlig könsstympning

Metod

Design

En integrerad litteraturöversikt anses vara lämplig eftersom den tillåter inkludering av kvantitativ och kvalitativ forskning, vilket medför en bredare förståelse över ett fenomen. Enligt Whitemore och Knafl (2005) kräver en integrerad litteraturöversikt att det finns en specificerad klinisk fråga, en tydlig metod samt en omfattande sökning av relevant vetenskaplig litteratur. Metoden består av fyra steg: *datareduktion*, *datadisplay*, *datajämförelse* samt *slutsatsdragande och verifiering* (Whitemore & Knafl, 2005).

Urval

Vetenskapliga artiklar valdes som underlag till studien för att de innehåller den senaste forskningen inom ett specifikt område eller ämne. Inklusionskriterier för studien var att artiklarna skulle utgå från en kontext där den grundutbildade sjuksköterskan kan arbeta. I sökningarna gjordes avgränsningar mellan åren 2009–2019 för att endast inkludera aktuell forskning som är relevant för dagens samhälle. Författarna behärskar svenska och engelska, således exkluderades artiklar med andra språk. Artiklarna skulle även ha avgränsningen peer review. Det innebär att artiklar har varit utsatta för bedömning av forskare som är insatta i ämnet och som utvärderar huruvida artiklar förmedlar ny kunskap samt om det är en god forskning och om forskningen presenterar det som är avsett att presentera. Detta ska medföra att endast god forskning publiceras (Forsberg & Wengström, 2015; Segesten, 2017). Artiklarna skulle även vara godkända från en etikkommitté eller innehålla etiska resonemang. Exklusionskriterierna utesluter artiklar som beskrev erfarenheter från förlossningsavdelning eller barnavdelning eftersom arbete på dessa avdelningar kräver specialistutbildning. Enligt Whitemore & Knafl (2005) är inklusion- och exklusionskriterier en del av kvalitetssäkringen och bör vara väl dokumenterad, då det tydliggör för forskarna vilka artiklar som ska inkluderas och exkluderas i studien.

Datainsamling

För att få en överblick av det aktuella forskningsläget gjordes en fritextsökning i Google Scholar 2018-12-12 med sökorden *female circumcision, nurse och knowledge*. I sökresultatet fann författarna artiklar passande syftet och av den anledningen bedömes studien vara genomförbar. Innan sökningen påbörjades tog författarna hjälp av högskolas bibliotekarie som introducerade hur blocksökningar ska utföras i PubMed och CINAHL. Sökningen av

artiklar startade 2019-03-29 i databaserna PubMed och CINAHL och avslutades 2019-04-15. Enligt Forsberg och Wengström (2016) används databaserna PubMed och CINAHL vanligen för omvårdnadsforskning och innehåller vetenskaplig forskning (Forsberg & Wengström, 2016).

Nyckelorden i syftet var *attityd, kunskap, kvinnlig könsstymning* och *sjuksköterska* vilka översattes från svenska till engelska i svenska Medical Subject Headings (MeSH), vilket är en ämnesordlista. I databasen PubMed tillämpas MeSH-termer som ämnesord, varje ämnesord bildar ett sökträd som innehåller relaterade underrubriker till ämnesordet (Forsberg & Wengström, 2016). I databasen CINAHL finns motsvarande sökfunktion CINAHL Subject Headings i vilken författarna använde sig av samma eller liknande ämnesord och termer som i sökningen i PubMed. Termerna användes både i fritext och som MeSH-termer för att söka fram relevanta artiklar. Inledningsvis söktes termerna i separata sökningar och kombinerades sedan i olika blocksökningar. I blocksökningen kombinerades först synonyma termer med den booleska operatoren OR för att vidga sökningen. Därefter kombinerades blocksökningarna med den booleska operatoren AND för att begränsa sökningen. Forsberg och Wengström (2016) förtydligar att kombinationen av de två booleska operatorerna OR och AND är ett sätt att avancera en sökning. Databassökningarna redovisas i bilaga 1 och 2.

Blocksökningen i PubMed resulterade i 81 artiklar där samtliga lästes på titelnivå, de som tydligt inte svarade mot studiens syfte exkluderades. Återstående arton artiklar lästes på abstractnivå varvid ytterligare åtta exkluderades vilket resulterade i att tio artiklar lästes i fulltext och samtliga valdes ut till resultatet. Blocksökningen i CINAHL resulterade i 28 artiklar där samtliga lästes på titelnivå, av dessa exkluderades elva artiklar som tydligt inte svarade på studiens syfte. Sjutton artiklar lästes på abstractnivå varav ytterligare tolv exkluderades vilket slutligen resulterade i fem artiklar som lästes i fulltext och valdes till resultatet. Anledningen till exklusion berodde främst på att forskningen var inriktad på förlossningsvård eller pediatrik vård. Fyra av de utvalda artiklarna förekom i båda sökningarna. Ytterligare två artiklar hittades utanför blocksökningen och söktes fram genom manuell sökning, då de svarade på studiens syfte inkluderades även dessa. Karlsson (2017) beskriver att en manuell sökning kan medföra att relevant litteratur finnes genom att se över referenslistor i redan utvalda artiklar. I studien inkluderades slutligen tretton vetenskapliga artiklar varav en kvalitativ och tolv kvantitativa. Artiklarna valdes ut då deras resultat svarade på studiens syfte *sjukvårdspersonalens kunskaper och attityder om kvinnlig könsstymning*

samt att de tillgodosåg de angivna inklusions- och exklusionskriterierna. De inkluderade vetenskapliga artiklarna var gjorda i länder som både praktiserande och inte praktiserande kvinnlig könsstympning.

Kvalitetsgranskning

I den integrerade metoden enligt Whitemore and Knafl (2005) finns det inget specifikt tillvägagångssätt för kvalitetsgranskning och metoden har ingen golden standard för kvalitetsgranskning. Då den integrerade översikten inkluderar både kvalitativa och kvantitativa artiklar användes således två kvalitetsgranskningsprotokoll, en för kvalitativa och en för kvantitativa artiklar. Kvalitetsgranskningen utfördes enligt Willman, Stoltz & Bahtsevani (2011) protokoll för kvalitetsbedömning (bilaga 3 & 4). Författarna reviderade mallen för kvantitativ metod så att den bättre lämpade sig till valda artiklar då de ej var experimentella studier så som *Randomized Controlled Trial (RCT)* och *Controlled Clinical Trial (CCT)* varför dessa punkter valdes bort. Artiklarna innehöll heller inga kontrollgrupper varför även den punkten exkluderades. Även punkterna *randomiseringsförfarande* och *likvärdiga grupper vid start* valdes bort eftersom punkterna inte påverkade kvaliteten på de valda artiklarna och i de fall där patienter inte deltog i artiklarna uteslöts punkten *blindning av patienter*.

I kvalitetsbedömningen kryssade författarna antingen *Ja*, *Nej* eller *Vet ej* på frågorna. *Ja* gav ett poäng och *Nej* och *Vet ej* gav noll poäng. Enligt Kristensson (2014) är det viktigt att de valda artiklarna läses och granskas separat av författarna för att sedan diskutera fynden innan beslut om artikeln ska inkluderas i resultatet. De punkter där författarna svarat olika eller svarat *Vet ej* diskuterades för att sedan komma överens om ett slutgiltigt svar. De punkter som oftast diskuterades var *Bortfallsanalys*, *Bortfallsstorlek* och *Adekvat statistisk metod* då författarna hade kryssat olika i dessa rutor, det kunde bero på feltolkning av metod eller ej påträffade punkter. *Etiskt resonemang* diskuterades för att båda författarna ansåg det vara en viktig punkt. Stor vikt lades vid att varje artikel skulle innehålla ett etiskt resonemang och/eller vara etiskt granskade av en etisk kommitté. Efter genomförd diskussion var författarnas granskningsprotokoll likvärdiga, därefter räknades *Ja*-svaren samman och omvandlades till procentenheter. Artiklarna blev beroende på granskningspoäng tilldelade låg, medel eller hög kvalitet. Kvalitén på artiklarna har en avgörande inverkan på om de kan används i resultatet eller ej (Willman et al., 2011). Av de granskade artiklarna bedömdes tolv stycken till hög kvalitet (se bilaga 5).

I två vetenskapliga artiklar gick det inte att finna etiska ställningstaganden. En artikelförfattare kontaktades via e-postmeddelande, då inget svar erhöles sökte författarna sig vidare till artikelns tidskriftsjournal där tydliga etiska publiceringskrav fanns tillgängliga. Den andra vetenskapliga artikeln fick lågt betyg efter kvalitetsgranskningen och således exkluderades artikeln då den inte var lämplig för studien. Slutligen inkluderades tolv artiklar till studien var av tre var från Nigeria, två från Gambia samt en vardera från Sudan, Egypten, Spanien, Kurdistan, Australien Storbritannien och USA.

Dataanalys

Analysprocessen krävde en tydlighet för att undvika uteslutande av motstridigheter till forskarnas uppfattning. Det var därför viktigt att visa alla resultat som framkom under studiens gång. Analysprocessen avsåg att skapa struktur bland primärkällor där meningsenheter som svarade på studiens syfte plockades ut, kodades och kategoriserades. Tillsammans bildade det en enhet som formade det integrerade resultatet. Den integrerade analysprocessen bestod av fyra steg vilka var *datareduktion*, *datadisplay*, *datajämförelse* samt *slutsatsdragande och verifiering* (Whittemore & Knafl, 2005).

Det första steget i analysen var *datareduktion*, där lästes samtliga artiklar av båda författarna för att skapa en bild av innehållet. Därefter gjordes en översiktlig indelning av artiklarna som delades in i två kategorier, kvantitativa och kvalitativa. I Whittemore & Knafls (2005) metodartikel beskrevs *datareduktion* som ett upprättande av ett klassificeringssystem med undergrupper där primärkällorna i studien indelades i logiska system.

Det andra steget i analysen var *datadisplay* där författarna enskilt markerade enheter som svarade på syftet. Utvalda enheter jämfördes och diskuterades och resulterade i att en del enheter exkluderades medan andra tillkom. Valda enheter sammanställdes i ett gemensamt dokument. Varje enhet markerades med en bokstav som symboliserade vilken artikel meningsenheten kom från och en siffra motsvarande sidan i artikeln, det gjordes för att enkelt hitta tillbaka till primärkällan. Enheterna översattes sedan till svenska och de kvantitativa enheterna ombildades till textenheter och de kvalitativa texterna kodades (se bilaga 6). Dokumentet med enheterna och koderna skrevs sedan ut på ett papper och separerades med sax. Enheter och koder sorterades så att de med liknande innehåll blev placerade tillsammans, således hamnar alla primärkällorna med liknande innehåll på ett gemensamt ställe. Vidare

placerades enheterna från de olika kategorierna ut på ett bord för att ge en överblick av den insamlade data. Whittemore och Knafl (2005) skriver att *datadisplay* innebär att koderna tas ut och konverteras från enskilda källor till en överblick som samlar data med gemensam utgångspunkt för tolkning. Överblickens medförde att det blev enklare att se mönster och samband mellan de enskilda källorna och fungerar som utgångspunkt för tolkning (Whittemore & Knafl, 2005).

Det tredje steget i analysen var *datajämförelse* där författarna gjorde en överblick av de olika kategorierna. Det medförde en större möjlighet att se mönster och samband i de olika kategorierna som noggrant kontrollerades efter likheter och skillnader. Datajämförelsen medförde struktur under kategorierna. Whittemore och Knafl (2005) skriver att *datajämförelse* handlar om att identifiera mönster, teman och samband ur de olika undergrupperna.

Det fjärde steget i analysen var *slutsatsdragande och verifiering* där liknande enheter fördes samman till ett resultat. Refereringen till primärkällan upprättades kontinuerligt under utformandet av resultatet. Verifiering mellan kod och primärkälla gjordes för att säkerställa att koden tolkats korrekt. Whittemore och Knafl (2005) skriver att *slutsatsdragande och verifiering* innebär att materialet tolkar, identifierar och analyserar likheter och skillnader. Slutsatser som dras gällande mönster, teman, samband eller slutsatser kräver verifiering med primärkällorna. Slutförandet i detta steg är att göra en sammanställning av viktiga slutsatser i varje undergrupp. Detta medförde en ny integrerad skildring av studiens syfte *sjukvårdspersonalens erfarenhet av könsstympade kvinnor*.

Etiska överväganden

De grundläggande etiska principerna för ställningstagande i studien utgår från rättvis principen och göra-gott-principen. Samtliga artiklar som svarade på studiens syfte inkluderades, deras resultat värderades och behandlades lika. Rättvis principen går ut på att alla människor ska behandlas lika, därmed får inte särbehandling ske (Kjellström, 2017). Genom att kontrollera etiska resonemang i de inkluderade vetenskapliga artiklarna har författarna tillgodosett rättvis principen. Det var ett sätt att försäkra att deltagandet var frivilligt. I göra-gott-principen vägs risk mot nytta för att minimera skada och skydda deltagarnas konfidentialitet. Göra-gott-principen medför även att forskning tas fram på ett effektivt och tillförlitligt vis för att bidra till bland annat förbättrad omvårdnad. Inhämtandet

av ny kunskap får inte ske på bekostnad av deltagarna i studien. Etiska överväganden ökar säkerhet, välbefinnande och rättigheter hos deltagande i studier (Kjellström, 2017). Under litteratursökningen är det viktigt att alla primära källor som kan svara på syftet inkluderas. Primärkällor kan väljas bort eller tolkas felaktigt, det undveks genom triangulering. För att dataanalysen ska bli korrekt och komplett får inget material uteslutas även om de motsäger forskarens uppfattning eller hypotes (Whittemore och Knafl, 2005).

Resultat

Resultatet är baserat på en kvalitativ och elva kvantitativa vetenskapliga artiklar.

Samtliga artiklar svarar på studiens syfte och analysen resulterade i fem kategorier:

erfarenheter av mötet med könsstympade kvinnor, kunskap om kvinnlig könsstympning, kunskap om följder av kvinnlig könsstympning, kunskap om varför kvinnlig könsstympning utförs samt attityder om kvinnlig könsstympning. Översikt av fördelning av artiklar i resultatet presenteras i bilaga 7.

Erfarenheter av mötet med könsstympade kvinnor

Sjuksköterskors erfarenheter av kvinnlig könsstympning varierade mellan olika studier.

Majoriteten uppgav sig ha haft vårdkontakt med könsstympade kvinnor (Adekanle, Isawumi & Adeyemi, 2011; Ibrahim, Oyeyemi & Ekine, 2013; Relph, Inamdar, Singh & Yoong, 2013; Turkmani, Homer, Varol & Dawson, 2018) och över hälften uppgav att de under det senaste året hade vårdat mellan en och fem, eller fler kvinnor (Lane, Johnson-Agbakwu, Warren, Budhathoki & Cole, 2018). Medan andra studier visade att sjuksköterskor hade haft vårdkontakt med minst tio könsstympade kvinnor (Relph et al., 2013). I en studie där större delen av sjuksköterskorna hade mindre erfarenhet av mötet med dessa kvinnor, framkom det att det kunde bero på att sjuksköterskorna inte arbetade i ett land där könsstympning utförs (González-Timoneda, Ros, González-Timoneda & Sánchez, 2018). Den främsta orsaken till vårdkontakten beskrevs bero på komplikationer (Marcusán, Singla, Laye, Secka, Utzet, & Charles, 2016; Shabila, Ahmed & Safari, 2017) och smärta vid samlag (Lane et al., 2018). I en del fall hade könsstympningen upptäckts först i samband med fysisk undersökning (González-Timoneda et al., 2018).

Kunskap om kvinnlig könsstympning

Det förekom olika uppfattningar om vad som räknades till kvinnlig könsstympning (González-Timoneda et al., 2018; Relph et al., 2013). Totalt borttagande av klitoris uppgavs vara en form av könsstympning (González-Timoneda et al., 2018), likaså andra ingrepp som piercing eller prickning av klitoris (Relph et al., 2013) vilka är beskrivningar på klassifikationerna I och IV av kvinnlig könsstympning. Ur studierna framgick det att sjuksköterskors kunskap om klassifikationerna varierade. Å ena sidan visades stor kunskap hos delar av sjuksköterskorna om kvinnlig könsstympning, vilket kunde bero på att de var bekanta med ämnet (Ashimi, Aliyu, Shittu, & Amole, 2014; Ibrahim et al., 2013; Relph et al., 2013; Turkmani et al., 2018). Det framkom även en medvetenhet om de fyra klassifikationerna (Relph et al., 2013), där hälften av sjuksköterskorna korrekt kunde identifiera dessa (Turkmani et al., 2018). Klassifikationen sjuksköterskorna visade sig ha mest kännedom om var typ I, vilken även uppskattades vara den vanligaste typen av könsstympning (Adekanle et al., 2011; Ali, 2012; Ibrahim et al., 2013; Lane et al., 2018). Å andra sidan visades kunskapen om klassifikationerna i en annan del av sjuksköterskorna vara mindre (Ali, 2012; Ashimi et al., 2014; González-Timoneda et al., 2018; Relph et al., 2013; Shabila et al., 2017; Turkmani et al., 2018), där det framkom att omkring hälften av sjuksköterskorna inte kunde ange klassifikationerna av könsstympning (Turkmani et al., 2018). Sjuksköterskorna visade en svårighet att identifiera typ II (Lane et al., 2018; Relph et al., 2013), vilket även gäller identifikationen av typ III, som samtidigt uppskattades vara den mest allvarliga typen (Lane et al., 2018). I studierna framkom det att sjuksköterskorna främst hade en bristande kännedom om typ II, III och IV (Ali, 2012; Ashimi et al., 2014).

Kunskapen om vilka länder könsstympning förekommer i framkom det skiftande uppgifter om. I en studie kunde en betydande del av sjuksköterskorna nämna vilka länder som utför ingreppet (Lane et al., 2018), men det motsäger sig i en annan studie där sjuksköterskorna visade en ytterst liten kännedom om var ingreppet utförs (González-Timoneda et al., 2018). Ett fåtal förknippade kvinnlig könsstympning till enbart muslimska länder och hade ingen kännedom om att det utövas över hela den afrikanska kontinenten (González-Timoneda et al., 2018).

Kunskap om följder av kvinnlig könsstympning

Sjuksköterskorna visade kunskap om komplikationer och dess negativa inverkan på hälsan (Marcusán et al., 2016; Relph et al., 2013) och en stor andel uppgav att de hade iakttagit och

identifierat de negativa konsekvenserna som är relaterade till kvinnlig könsstympning (Kaplan et al., 2013). Samtidigt konstaterades det även att det inte fanns några fördelar med könsstympning (Shabila et al., 2017). Den vanligaste komplikationen som angavs var blödning (Ibrahim et al., 2013; Kaplan et al., 2013; Lane et al., 2018; Marcusán et al., 2016; Relph et al., 2013). Det framgick även att cystbildning i huden eller på klitoris var en risk (Ashimi et al., 2014; Ibrahim et al., 2013) samt ärr, ärrsvult, bristning i perineum (Ibrahim et al., 2013) och fistlar i underlivet (Relph et al., 2013). I en studie påtalades även att sjuksköterskorna mött kvinnor som genomgått en könsstympning utanför ramarna av klassifikationer, där det var tydligt att för stora delar av könsvävnaden blivit bortskuren (Shabila et al., 2017). Av den delen av sjuksköterskorna som inte kunde nämna några komplikationer uppgavs informationsbrist som orsak (Rasheed, Abd-Ellah & Yousef, 2011). En bidragande orsak till okunskap om komplikationer relaterade till könsstympning var att sjuksköterskorna inte fått någon information eller utbildning om ämnet.

Sjuksköterskorna uppgav att alla former av könsstympning är skadligt (Ibrahim et al., 2013) och att flickor och kvinnor blir utsatta för onödigt smärta och lidande (Shabila et al., 2017). Faktumet att könsstympning medför smärta motsägs i en annan studie där över hälften av sjuksköterskorna uppgav att smärta inte var en komplikation (Ali, 2012). Huruvida psykisk påverkan efter könsstympning förekommer fanns det en delad uppfattning om, sjuksköterskorna uppskattade att risken för psykiska problem var stor (Relph et al., 2013; Shabila et al., 2017) medan sjuksköterskorna från en annan studie uppskattade de psykiska besvären som låga (Lane et al., 2018). Däremot påtalades det att en tänkbar komplikation kan vara att flickorna avled i samband med ingreppet (Ibrahim et al., 2013).

Infektionssjukdomar kan förekomma i samband med könsstympning och var den komplikation som var mest rapporterad bland sjuksköterskorna (Kaplan et al., 2013; Marcusán et al., 2016; Shabila et al., 2017). Det visade sig dock vara skilda uppfattningar i den punkten då en tredjedel av sjuksköterskorna menade att så inte var fallet (Ali, 2012). Risken för överföring av humant immunbristvirus (HIV) och hepatit skattades som hög (Ashimi et al., 2014; Ibrahim et al., 2013; Marcusán et al., 2016), i en annan studie uppskattade dock endast en tredjedel av sjuksköterskorna detta som en tänkbar komplikation (Ali, 2012; Relph et al., 2013). En stor andel svarade att risken för urinvägsinfektion var hög (Relph et al., 2013). Vidare uppgavs stelkramp var en komplikation (Ashimi et al., 2014; Ibrahim et al., 2013).

Sjuksköterskorna ansåg att en minskning av sexuell njutning och lust förekommer efter ingreppet (Ali, 2012; Ibrahim et al., 2013; Shabila et al., 2017), där förmågan att uppnå vällustkänsla vid sexuell utlösning försvårades (Lane et al., 2018). Samtidigt fanns det andra uppfattningar som tyder på att könsstympningen inte hade en negativ inverkan på kvinnans sexualitet (Marcusán et al., 2016). Svårigheter vid penetration uppskattades vara låg (Marcusán et al., 2016) däremot uppskattades smärta vid samlag vara hög (Relph et al., 2013). Vidare ansåg hälften av sjuksköterskorna att det kunde leda till en svår förlossning (Ibrahim et al., 2013; Relph et al., 2013), där risken för fosterskador var en tänkbar komplikation (Relph et al., 2013). Det framkom skiftande uppgifter huruvida könsstympning kunde leda till infertilitet. I en studie ansåg flertalet att det var en tänkbar komplikation (Ali, 2012) och i en annan ansågs det inte vara en komplikation (Ibrahim et al., 2013; Relph et al., 2013).

Kunskap om varför kvinnlig könsstympning utförs

Den främsta orsaken till varför könsstympning utförs ansågs vara kulturellt- (Ali, 2012; González-Timoneda et al., 2018; Ibrahim et al., 2013; Marcusán et al., 2016; Relph et al., 2013; Shabila et al., 2017) eller religiöst betingad (González-Timoneda et al., 2018; Shabila et al., 2017). Däremot ansågs inte könsstympning vara obligatoriskt av religiösa skäl (Ali, 2012; González-Timoneda et al., 2018; Ibrahim et al., 2013; Kaplan, Hechavarría, Bernal & Bonhoure 2013; Marcusán et al., 2016). En studie påpekade dock att ingreppet kunde vara både kulturellt och religiöst betingat (Relph et al., 2013).

Sjuksköterskorna menade att en avgörande orsak till varför könsstympning förekom beror på att samhället har en förväntning på att flickorna ska ta del av traditionen (Marcusán et al., 2016). Det ansågs även vara nödvändigt för att undvika stigmatisering och diskriminering för kvinnan (Ashimi et al., 2014; Kaplan et al., 2013; Marcusán et al., 2016; Shabila et al., 2017). Nästan hälften av sjuksköterskorna uppgav att könsstympning var en övergång för flickan att bli en fullvärdig kvinna (Kaplan et al., 2013; Marcusán et al., 2016). Könsstympningen sågs som en effektiv åtgärd för att minska den sexuella lusten hos kvinnan (Kaplan et al., 2013). Kvinnans möjlighet till giftermål ansågs öka (González-Timoneda et al., 2018) då flickans oskuld förmodades bli bevarad till framtida man och giftermål (Ashimi et al., 2014; Kaplan et al., 2013; Shabila et al., 2017). Samtidigt ansågs könsstympning medföra en ökad sexuell njutning för mannen (Ashimi et al., 2014). Omkring hälften av sjuksköterskorna påtalade att

den främsta anledningen till könsstympning var att minska kvinnans promiskuitet (Ashimi et al., 2014; Ibrahim et al., 2013; Kaplan et al., 2013; Shabila et al., 2017). Det framkom även uppgifter om att ingreppet kunde vara nödvändigt i varmare klimat eftersom värme ansågs orsaka en tidig sexuell mognad och längtan hos flickor (Shabila et al., 2017). De flesta i sjuksköterskorna var överens om att könsstympningen inte gör könsorganet attraktivt (Ibrahim et al., 2013). En del ansåg att en kvinna måste vara könsstympad för att den mat som lagas och serveras ska anses vara ren (Shabila et al., 2017).

Attityder om kvinnlig könsstympning

Det fanns en uppfattning om att könsstympning var fördelaktigt för kvinnan att genomgå (Ashimi et al., 2014; Kaplan et al., 2013; Marcusán et al., 2016). Därför uppmuntrade en del av sjuksköterskorna ingreppet och ville se en fortsättning av traditionen (Ibrahim et al., 2013; Marcusán et al., 2016). En orsak till villighet att utföra ingreppet förklarades av en liten andel som ansåg att det var säkrare om ingreppet utförs av sjuksköterskorna (Kaplan et al., 2013; Marcusán et al., 2016). En del av de som inte längre utförde ingreppet var fortfarande för att traditionen skulle kvarstå (Rasheed et al., 2011). De som erhöll en bristfällig kunskap om könsstympning visade även en benägenhet att utföra ingreppet samt att upprätthålla traditionen genom utförande (Kaplan et al., 2013). Liknande uppgifter presenterades där en liten del av sjuksköterskorna visade stöd för ingreppet och var villiga att utföra det i framtiden (Ali, 2012; Ashimi et al., 2014). Vidare framkom det i andra studier att sjuksköterskorna blivit tillfrågade att utföra en könsstympning, men avstått. Det framkom att anledningen till att inte utföra könsstympning var att sjuksköterskorna mött kvinnor med komplikationer till följd av ingreppet (Adekanle et al., 2011; Lane et al., 2018; Shabila et al., 2017; Turkmani et al., 2018).

Uppfattningen att kvinnlig könsstympning kränker mänskliga rättigheter var stor (Kaplan et al., 2013; Marcusán et al., 2016), men en liten del ansåg inte att de mänskliga rättigheterna kränktes (Shabila et al., 2017). Det fanns en förhoppning hos sjuksköterskorna att könsstympning borde bli olaglig (Ibrahim et al., 2013) och att de lagar som fanns blev tydligare (González-Timoneda et al., 2018; Lane et al., 2018; Marcusán et al., 2016). Otydligheter i gällande lagar medförde att sjuksköterskorna kände sig osäkra. En större del uppgav att de skulle meddela socialtjänsten om det fanns risk för att ett barn tvingades genomgå en könsstympning. Samtidigt uppgav en liten del att ett barns förmyndare, enligt lag, kunde ge samtycke till könsstympning (Relph et al., 2013). Det finns en antydning bland

sjuksköterskorna att religiösa ledare hade en stor roll i att avskaffa sedvänjan (Shabila et al., 2017). Även sjuksköterskorna ansågs ha en stor roll i att avskaffa traditionen av kvinnlig könsstympning (Kaplan et al., 2013; Marcusán et al., 2016). Det fanns även åsikter om att kvinnlig könsstympning borde stoppas och förbjudas på alla nivåer (Kaplan et al., 2013; Marcusán et al., 2016; Shabila et al., 2017). En orsak till detta kan vara att det är olagligt och medför komplikationer för kvinnan (Ali, 2012).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet, kunskap och attityd om kvinnlig könsstympning. Syftet var formulerat på ett sådant vis att det kunde besvaras utifrån olika perspektiv, därför ansågs en integrerad översikt vara lämplig. Genom en integrering av både kvalitativ och kvantitativ forskning menar Whitemore och Knafl (2005) att det går att uppnå en detaljerad kunskapsbild av ett särskilt fenomen eller problem. Genom den kvalitativa forskningen framkom en förklaring på de erfarenheter sjuksköterskor besatt. Den kvalitativa forskningen skapade en förståelse över den kunskap och attityd som sjuksköterskorna hade om kvinnlig könsstympning. Kristensson (2014) förklarar att kvantitativ forskning objektivt undersöker ett fenomen eller problem och därigenom skapar en förklaring. Vidare beskriver Kristensson (2014) att kvalitativ forskning fokuserar på deltagarnas egna perspektiv av ett fenomen eller problem. Då det insamlade materialet nästan uteslutande bestod av kvantitativ forskning hade en metaanalys också kunnat besvara studiens syfte. Kristensson (2014) förklarar att en metaanalys är en systematisk översikt av kvantitativ forskning. Enligt Rosén och Anttila (2017) rekommenderas dock inte metaanalys som metod för studenter inom ramen för kandidatnivå eftersom metoden är för omfattande.

Avgrensningen mellan åren 2009–2019 gjordes för att endast tillgå ny och aktuell forskning. Östlund (2017) klargör att forskning är en färskvara. Det uppmärksammades dock att äldre forskning som kunde besvara syftet fanns tillgänglig och var utförd i Norden under tidigt 2000-tal. Ett ökat intresse för kvinnlig könsstympning kan bero på en hög invandring från bland annat Somalia under 1990-talet (Essén, 2008). Att inkludera dessa artiklarna hade medfört en större andel kvalitativ forskning i studien, men det hade även bidragit till en svaghet i studien eftersom erfarenheten av kvinnlig könsstympning kan ha förändrats över

tiden. Genom att endast inkludera artiklar som är peer reviewed medförde det att trovärdigheten i studien ökade. Det kan även ses som en kvalitetssäkring då studien endast inkluderar forskning som är granskad och godkänd (Henricson, 2017).

Bibliotekarien på högskolan kontaktades för att ge handledning i hur en databassökning kan genomföras. Karlsson (2017) beskriver att studenter på kandidatnivå oftast inte har kunskaper som behövs för att genomföra en systematisk databassökning. Det kan då vara till studiens fördel att be en bibliotekarie om hjälp. Två olika databaser användes för att få en mer omfattande sökning. Henricson (2017) menar att användandet av fler databaser än en ökar tillförlitligheten i studien (Henricson, 2017). För att undvika feltolkningar användes svenska MeSH där nyckelorden översattes till engelska. Brister av språkliga färdigheter kan ses som en svaghet, då det fanns risker för feltolkning (Kjellström, 2017). För att öka precisionen gjordes en kombination av ämnesordssökning och fritextsökning. Henricson (2017) förklarar att vetenskapliga artiklar som inte är indexerade blir inkluderade i sökresultatet. För studien kunde det medföra att relevant forskning inte inkluderats, således är fritextsökning ett sätt att stärka resultatet. Likvärdiga sökningar gjordes i båda databaserna, fränsett ämnesordet "Nursing" som inte erhåller träffar i CINAHL. Genom att göra en likvärdig sökning i båda databaserna menar Henricson (2017) att validiteten stärks. Fritextsökning av termen "Attitude" gjordes då attityder kan speglas i erfarenheter och ansågs därför nödvändig att inkludera i sökningen. Fyra vetenskapliga artiklar återfanns i båda databassökningarna, vilket bekräftade precisionen i sökningen. Vidare framkom det att flertalet av föreliggande studies inkluderade artiklar gick att finna i referenslistan i reviewartiklar med liknades syfte, det kan anses öka studiens tillförlitlighet.

Efter genomförd databassökning konstaterades det att endast en av tretton artiklar var kvalitativ, vilket medförde att fördelningen av kvalitativa och kvantitativa artiklar blev ojämn. Den ojämn fördelningen mellan kvalitativ och kvantitativ forskning kan därför ses som problematiskt för studien. Den kvalitativa artikeln bidrog i stor utsträckning till resultatet då den återfinns i samtliga kategorier. Resultatet består av artiklar som är utformade i såväl länder som utför kvinnlig könsstympning och de länder som inte utför traditionen. Valet att inte dela upp dem i två olika kategorier, praktiserande och icke-praktiserande länder, gjordes för att det inte fanns tydliga samband på kunskapen och attityden som gick att jämföra.

Ur resultatet framgår att praktiserande länder inte behöver ha mer kunskap om kvinnlig könsstympning än ett icke-praktiserande land. För studien hade en kategorisering medfört att förförståelsen hade begränsat ett giltigt resultat. Hade det gjorts en jämförelse som skilde praktiserande och icke-praktiserande länder åt hade det varit möjligt att skildra likheter och skillnader. Det hade kunnat möjliggöra en överförbarhet till antingen praktiserande eller icke-praktiserande länder. Eftersom hälso- och sjukvårdssystemen kan skilja sig mellan de olika länderna kan det bli svårt att jämföra sjuksköterskors kunskaper och attityder från olika kontinenter, vilket kan ses som en svaghet i studien. Det kan ifrågasätta studiens allmängiltighet eftersom resultatet inte blev giltigt i alla situationer, tider och för alla människor (Priebe & Landström, 2017). En ökad globalisering medför ett mer mångkulturellt samhälle där olika kulturer möts. Världen har således blivit mindre men mer komplex, eftersom sjuksköterskor ger omvårdnad till patienter från olika kulturer och livsstilar (Leininger, 2002). På grund av den variation av kunskaper och attityder sjuksköterskorna hade om könsstypade kvinnor kan överförbarheten i studien uppskattas som låg.

Två kvalitetsgranskningsmallar användes, en för den kvalitativa artikeln och en för de kvantitativa artiklarna. Genom modifiering av kvantitativa granskningsprotokollet anpassades den till inkluderade artiklar. Kvalitetsgranskningen varierade enligt Whitemore och Knafl (2005) beroende på urvalet i en integrerad studie. Enligt Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström (2016) är det nödvändigt att modifiera granskningsprotokollet inför varje litteratursammanställning för att artiklarna ska värderas korrekt. Konsekvensen av att inte modifiera granskningsprotokollet hade medfört att artiklar med annars hög kvalitet bedömts till medel eller låg kvalitet, vilket hade medfört eventuell exkludering av viktig forskning för resultatet. Genom triangulering granskades och kvalitetsbedömdes samtliga vetenskapliga artiklar. Det medförde att författarna kunde bilda sig en egen uppfattning om innehållets innebörd innan de jämfördes, vilket gjordes för att öka trovärdigheten i studien. Enligt Henricson (2017) är det ett sätt att stärka trovärdighet i studien om materialet läses och granskas separat.

Författarna försökte under studiens gång vara medvetna om den förförståelse de hade om kvinnlig könsstympning och försökte arbeta med att bortse från dessa i analysprocessen. Genom en gemensam analysering och tolkning minimerades risken att resultatet skulle färgats av en persons förförståelse. Enligt Birkler (2008) är personer oftast omedvetna om sina fördomar. Inledningsvis valdes enheter ut som båda författarna ansåg svarade på studiens

syfte, att enheter valdes ut genom triangulering kan ses som en styrka i analysprocessen. Valda enheter jämförades mellan författarna, för att kontrollera att meningsenheten svarade på syftet. Vidare markerades valda enheter med en bokstav som symboliserade artikeln och en siffra som symboliserade vilken sida meningen hämtades från. Det ansågs öka möjligheten till verifiering och därigenom trovärdigheten i resultatet, då det underlättade att återfinna primärkällan vid utformning av resultatet. För att synliggöra analysprocessen utformades en bilaga som exemplifierar hur meningsenheter översattes. Kristensson (2014) påtalade att synliggöra analysprocessen stärker studien. Genom kodningen gick det att verifiera primärkällan, vilket styrker verifierbarheten. För att åskådliggöra hur artiklarna är fördelade i resultatet upprättades en matris. För studien kan det innebära en ökad trovärdighet eftersom det går att se hur väl artiklarna är representerade i resultatet. Enligt Kristensson (2014) ökar verifierbarheten genom åskådliggöring av hur det insamlade materialet är representerat i resultatet.

Resultatdiskussion

Föreliggande studies syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet, kunskap och attityd om kvinnlig könsstympning. Det framkom tre centrala fynd i studien: *kunskap om kvinnlig könsstympning, erfarenheter av mötet med könsstympade kvinnor samt attityder om kvinnlig könsstympning.*

Resultatet visade att en stor del av sjuksköterskorna mött och vårdat könsstympade kvinnor. Ingen av inkluderade studier kommer från Sverige. Tidigare forskning från Sverige visar dock liknade uppgifter och bekräftas av Tamaddon, Johnsdotter, Liljestrand och Essén (2006), där det framkom uppgifter om att en stor del av sjuksköterskorna hade vårdat könsstympade kvinnor. Detta visar att en ökad kunskap om kvinnlig könsstympning är väsentlig även i Sverige. Vidare framkom det att erfarenheten sjuksköterskorna har av identifikation, komplikation och orsaker var varierande. I många fall var sjuksköterskorna bekanta med begreppet kvinnlig könsstympning, men kunde inte redogöra för de olika klassifikationerna. Orsakerna till den bristande kunskapen uppgavs bero på att sjuksköterskorna inte erhållit någon information om ämnet samt att ingreppet inte förekom i deras kultur. Därför uppskattades inte deras kunskap som tillräcklig för att bistå med en tillfredsställande vård för de könsstympade kvinnorna. I studien av Berggren et al. (2006) framkom det att vården som kvinnorna erhåller inte är tillfredsställande och därmed finns det ett behov av utbildning.

Globalisering medför att människor som inte delar samma kulturella värderingar kan mötas i olika vårdkontexter, därför är det viktigt som sjuksköterska att arbeta för att främja kulturkompetensen genom att vilja lära sig om olika människors kulturella bakgrunder. Genom att öka kunskapen om kvinnlig könsstympling skulle det kunna medföra en större säkerhet i sjuksköterskornas arbete. Det kan leda till att sjuksköterskorna dels känner en större säkerhet och stolthet i den vård som ges till kvinnorna. Otillräcklig kunskap kan leda till att kvinnorna känner sig obekväma i mötet med sjukvården. Enligt Jordal & Wahlberg (2018) upplevde kvinnorna en okunskap hos sjukvårdspersonalen. Det kan medföra en ökad risk för kvinnors hälsa eftersom vården kan bli fördröjd eller helt utebli (Berggren, Bergström, & Edberg, 2006).

Vidare kan denna kunskapsbrist medföra att patientsäkerheten brister. *Patientsäkerhetslagen* (PSL, SFS 2010:659) beskriver sjuksköterskans skyldighet att bistå med adekvata åtgärder som minskar risken för att patienten ska drabbas av lidande, kroppslig eller psykisk skada. Enligt Leiningers (2002) soluppgångsmodell ska vårdkontakten mellan sjuksköterskan och patienten präglas av att gemensamt anpassa vårdbeslut för att tillgodose en tillfredsställande vård för patienten. Ett sätt att uppnå det är att ta hänsyn till den könsstympade kvinnans syn på vad hälsa och god omvårdnad är. Genom att sjuksköterskan vågar ställa frågor om könsstympling utan att lägga någon värdering eller (Almroth, 2008) döma kvinnan sker en anpassning av vården (Almroth, 2008). En sådan anpassning skulle innebära ett mer kulturkompetent förhållningssätt hos sjuksköterskan. Om sjuksköterskan vågar ställa frågor om könsstympling skulle kvinnor som varit utsatta få en effektiv och ändamålsenlig vård. Degni, Suominen, Essén, Ansari och Vehviläinen-Julkunen (2012) skriver att det inte går att komma från att språkförbristningar förekommer i mötet med kvinnorna, vilket blir ett hinder för god kommunikation. För att underlätta kommunikationen anser Degni et al. (2012) att en kvalificerad tolk var nödvändig. För en patientsäker vård måste sjuksköterskan se kommunikationens betydelse i mötet. Först då kan sjuksköterskan få väsentlig information om kvinnan samtidigt som kvinnan kan uppleva en mer tillfredsställande vård. Konsekvensen av en bristande kommunikation leder till att en anpassning av vården till kvinnorna blir bristfällig. Enligt Leiningers (2002) teori innebär detta att sjuksköterskorna inte arbetar kulturkompetent.

Resultat visar att sjuksköterskorna anser att rådande lagar om kvinnlig könsstympning är otydliga. Det framkom även att sjuksköterskorna hade en förhoppning om att det ska upprättas lagar som förbjuder kvinnlig könsstympning på alla nivåer och att de lagar som finns blir tydligare och ska erhålla en bättre handlingsberedskap. Vid otydligheter vid gällande lagstiftningar ökar risken för sjuksköterskorna att handla fel. Sjuksköterskorna uppgav att ingen typ av kvinnlig könsstympning ska vara tillåtet och lösningen är inte att sjukvårdspersonalen tar över utförandet. Enligt Tamaddon et al. (2006) förekommer frågan om det finns en möjlighet att utföra kvinnlig könsstympning i Sverige. Därför är det viktigt att de lagar som finns är tydligt utformade, så att det inte råder någon tvetydighet i hur sjukvårdspersonalen ska ställa sig till frågan om den ställs. I relation till Leiningers (2002) soluppgångsmodell innebär detta att sjuksköterskan upptäcker juridiska och politiska faktorer som på olika sätt påverkar kvinnans hälsa. Då kvinnlig könsstympning enligt lag inte får utföras, leder det till att kulturen måste omstruktureras.

Resultat visar att det finns sjuksköterskor som både visar stöd för traditionen samt är villiga att utföra en kvinnlig könsstympning. Uppfattningen finns att om sjuksköterskor utför ingreppet skulle det medföra mindre komplikationer och att det bli säkrare för flickan. Dawson et al. (2015) förklarar att det finns sjuksköterskor som anser att om ingreppet inte utförs av dem kommer det utföras hos någon som är än mindre kvalificerad. Vidare förklarar Serour (2012) att andelen komplikationer relaterade till kvinnlig könsstympning skulle minska i samband med att sjuksköterskor övertar traditionen, dock medför det inte ett riskfritt ingrepp. Uppfattningen finns att kvinnlig könsstympning är en tradition som inte går att stoppa och det är bättre om sjukvården utförde ingreppet (Khosla, Banerjee, Chou, Say & Fried, 2017). Då traditionen är djupt rotad i kultur och religion kan det leda till att sjuksköterskor är en del av traditionen. Det kan innebära att den egna uppfattningen om vad som är rätt kan speglas i den vård som ges. Därför kan det upplevas som ett bättre alternativ att själv utföra könsstympningen på en kvinna istället för att någon okvalificerad gör det. Vidare påstår Essén (2008) att sjukvårdspersonal som utför könsstympning inte ifrågasätter huruvida det är farligt för flickorna. Sjukvårdspersonal som väljer att utföra könsstympning har ingen rädsla för att straffas eller åtals, därför ser de inget hinder att utföra ingreppet (Dawson et al., 2015). Enligt Leininger (2002) bör sjuksköterskor arbeta för att bevara kulturen genom att ta del av kvinnans kulturella eller religiösa värderingar. Genom att sjuksköterskor utför kvinnlig könsstympning kan det ses som ett sätt att bevara traditionen. Att bevara kulturen innebär inte alltid en fördel, i detta fall strider det mot de mänskliga

rättigheterna och skulle dessutom medföra att traditionen fortlever. Vilket skulle bli en fortsättning på onödigt lidande för flickor och kvinnor.

Slutsats

Ur resultatet framgick en varierande erfarenhet, kunskap och attityd om kvinnlig könsstympning bland sjuksköterskor, i såväl praktiserande som icke-praktiserande länder. Det påvisar komplexiteten och svårigheten som råder i ämnet. Studien medför en ökad förståelse av hur sjuksköterskors kunskaper och attityder kan påverka omvårdnaden till könsstympade kvinnor. Genom att åskådliggöra tillgänglig forskning inom området hos sjuksköterskor kan det bidra till en uppfattning om var kunskapsutvecklingen borde ske. Sjuksköterskan har en viktig uppgift i att identifiera de som har en risk att drabbas men även att omvårda de som redan är drabbade. Om sjuksköterskan arbetar med att ge en kulturkompetent omvårdnad kan missnöjet minska hos kvinnorna. Genom en kunskapsökning inom området skulle det kunna medföra att färre kvinnor drabbas och att drabbade kvinnor erhåller den vård de är i behov av.

En kunskapslucka av aktuell kvalitativ forskning om sjuksköterskors kunskap om kvinnlig könsstympning. Således kan det vara nödvändigt att utföra intervjustudier i Sverige för att få en indikation på hur kunskapen är. Därigenom hade det framgått hur kunskapsläget faktiskt ser ut och därefter undersöka var kompetensutvecklingen bör ske.

Självständighet

Föreliggande studie har upprättats i ett klimat som främjar dialog och båda författarna har aktivt arbetat fram resultatet. De delar av studien som gjorts självständigt var inläsning av vetenskapliga artiklar, kvalitetsgranskning och val av meningsenheter. Samtliga delar jämfördes sedan gemensamt. Exklusive det självständiga arbetet har resterande delar av studien upprättats tillsammans. Således har samarbetet mellan Cecilia och Daniella varit excellent.

Referenser

Artiklar med * framför, är de artiklar som används i resultatet.

Abdulcadir, J., Margairaz, C., Boulvain, M., & Irion, O., (2011). Care of women with female genital mutilation/cutting. *Swiss Med. Wkly.* 140, w13137. doi: 10.4412010.13137.

*Adekanle, A. D., Isawumi, A. I., & Adeyemi, A. S. (2011). Health Workers' Knowledge of and Experience with Female Genital Cutting in Southwestern, Nigeria. *Sierra Leone Journal of Biomedical Research*, 3(2), 84-88–88. <https://doi.org/10.4314/sljb.v3i2.71808>

Ahmadi., F (2008). Kultur och hälsa (uppl. 1:3). Lund: Studentlitteratur.

*Ali, A. A. A. (2012). Knowledge and attitudes of female genital mutilation among midwives in Eastern Sudan. *Reproductive Health*, 9(1), 23. doi: 10.1186/1742-4755-9-23

Almroth, L., (2008). Komplikationer vid könsstympning. I.A. Berggren, V., & Franck, M. (Red.), *Kvinnlig könsstympning*. (uppl., 1:1, s. 87-97). Lund: Studentlitteratur.

*Ashimi, A., Aliyu, L., Shittu, M., & Amole, T. (2014). A multicentre study on knowledge and attitude of nurses in northern Nigeria concerning female genital mutilation. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 19(2), 134–140. doi: 10.3109/13625187.2014.885940

Berg, RC., Underland, V., Odgaard- Jensen. J., Fretheim, A., & GE., Vist. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* doi: 10.1136

Berggren, V., Bergström, S., & Edberg, A.-K. (2006). Being Different and Vulnerable: Experiences of Immigrant African Women Who Have Been Circumcised and Sought Maternity Care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(1), 50–57. doi:10.1177/1043659605281981

Dawson, A., Turkmani, S., Fray, S., Nanayakkara, S., Varol, N., & Homer, C. (2015). Evidence to inform education, training and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: A review of global experience. *Midwifery*, 31(1), 229–238. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.08.012>

Degni, F., Suominen, S., Essén, B., Ansari, W., och Vehviläinen-Julkunen, K., (2012). Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland. *J Immigrant Minority Health*, (14), 330–343. DOI: 10.1007/s10903-011-9465-6

Ekebergh, M. (2012). Tillämpning av vårdvetenskapliga begrepp i vårdandet. I A. Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I. (red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (1. uppl., s. 487-501) Lund: Studentlitteratur.

- Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: vetenskapen om vårdandet: om det tidlösa i tiden*. (1). Stockholm: Liber.
- Essén, B. (2008). Vårdsektorns möte med patienter från länder som praktiserar omskärelse. I. A. Berggren, V., & Franck, M. (Red.), *Kvinnlig könsstympning*. (uppl., 1:1, s. 105-115). Lund: Studentlitteratur.
- Evans, C., Tweheyo, R., McGarry, J., Eldridge, J., Albert, J., V, Nkoyo., & G., Higginbottom. (2019) Crossing cultural divides: A qualitative systematic review of factors influencing the provision of healthcare related to female genital mutilation from the perspective of health professionals. *14*(3) doi: 10.13710211829
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (4. rev. utg.) Stockholm: Natur & kultur
- Gebru, K. (2003). Soluppgångsmodellen [Bild]. Malmö: Malmö stad
- *González-Timoneda, A., Ros, V. R., González-Timoneda, M., & Sánchez, A. C. (2018). Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge? *BMC Health Services Research, 18*(1), 1–13.
- Henricson, M. (2017). Forskningsprocessen. I A. Henricson, M (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (2:3 s. 43-53). Lund: Studentlitteratur.
- *Ibrahim, I. A., Oyeyemi, A. S., & Ekine, A. A. (2013). Knowledge, attitude and practice of female genital mutilation among doctors and nurses in Bayelsa state, Niger-Delta of Nigeria. *International Journal of Medicine and Biomedical Research, 2*(1), 40-47–47.
- International Council of Nurses, & Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Isman, E., Ekéus, C., & Berggren, V. (2013). Perceptions and experiences of female genital mutilation after immigration to Sweden: an explorative study. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives, 4*(3), 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.04.004>
- Jungari, S-B., (2015). Female Genital Mutilation Is a Violation of Reproductive Rights of Women: Implications for Health Workers. *Health & Social Work, 41*(1), 25–31. doi:10.1093/hsw/hlv090
- *Kaplan, A., Hechavarría, S., Bernal, M., & Bonhoure, I. (2013). Knowledge, attitudes and practices of female genital mutilation/cutting among health care professionals in The Gambia: a multiethnic study. *BMC Public Health, 13*(1), 851. doi:10.1186/1471-2458-13851
- Karlsson, E-A. (2017). Informationssökning. I A. Henricson, M (Red.) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (2:3 s. 81-96). Lund: Studentlitteratur.
- Kjällström, S. (2017). Forskningsetik. I. A. Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (upplaga 2 s. 57-77). Lund: Studentlitteratur AB.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1). Stockholm: Natur och kultur.

*Lane, J. L., Johnson-Agbakwu, C. E., Warren, N., Budhathoki, C., & Cole, E. C. (2018). Female Genital Cutting: Clinical knowledge, Attitudes, and Practices from a Provider survey in the US. *Journal of Immigrant and Minority Health*. doi:10.1007/s10903-0180833-3

Leininger, M.M. (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*. (3. ed.) New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division.

Jordal, M., & Wahlberg, A. (2018). Challenges in providing quality care for women with female genital cutting in Sweden – A literature review. *Sexual & Reproductive Healthcare(17)*, s. 91-96. doi: 10.1016/j.srhc.2018.07.002

*Marcusán, A. K., Singla, L. R., Laye, M., Secka, D. M., Utzet, M., & Charles, M.-A. L. (2016). Female genital mutilation/cutting: changes and trends in knowledge, attitudes, and practices among health care professionals in The Gambia. doi:10.2147/IJWH.S102201

Momoh, C., Olufade, O., & Redman-Pinard, P. (2016). What nurses need to know about female genital mutilation. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 25(9), S30-34. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.9.S30>

Purnell, L. D., & Paulanka, B. J. (2003). *Transcultural health care: a culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. Davis.

Priebe & Landström, (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I A. Henricson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (uppl. 2:1. s. 25–40). Lund: Studentlitteratur.

*Rasheed, S. M., Abd-Ellah, A. H., & Yousef, F. M. (2011). Female genital mutilation in Upper Egypt in the new millennium. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 114(1), 47–50. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.02.003

*Relph, S., Inamdar, R., Singh, H., & Yoong, W. (2013). Female genital mutilation/cutting: knowledge, attitude and training of health professionals in inner city London. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 168(2), 195–198. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.01.004

Reig-Alcaraz, M., Siles-Gonzalez, J., & Solano-Ruiz, C., (2015). A mixed-method synthesis of knowledge, experiences and attitudes of health professionals to Female Genital Mutilation. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), 245–260. doi: 10.1111/jan.12823

Rosberg, S. (2012). Fenomenologi. I A. Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2:1 s. 95-107). Lund: Studentlitteratur.

Rosén, M., & Anttila, S. (2017). Metaanalys. I Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (uppl. 2:3 s. 391-397). Lund: Studentlitteratur.

Royal College of Nursing [RCN] (2016). *Female Genital Mutilation - An RCN resource of nursing and midwifery practice (3)*. London: Royal College of Nursing

Statistiska centralbyrån [SCB]. (2008). *Integration - en beskrivning av läget i Sverige*, (Rapport 1). Stockholm: Statistiska centralbyrån.

Segesten, K., (2017). Användbara texter. I Friberg., F (Red.) *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 49-58). Lund: Studentlitteratur.

Serour, G.I., (2012). Medicalization of female genital mutilation/cutting. *African Journal of Urology*, (19), 145-149. Doi: 10.1016/j.afju.2013.02.004

* Shabila, NP., Ahmed, HM., Safari, K. (2017). Knowledge, attitude, and experience of health professionals of female genital mutilation (FGM): A qualitative study in Iraqi Kurdistan Region. *Health Care for Women International*, 38(11),1202–1218. Doi: 10.1080/07399332.2017.1365867

Socialstyrelsen. (2016). *Kvinnlig könsstympning – ett stöd för hälso- och sjukvårdens arbete*. Hämtad 2019-05-26 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20282/2016-6-59.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Underlag till handlingsplan mot könsstympning av flickor och kvinnor - Förslag inom områdena socialtjänst, evelhälsa och hälso- och sjukvård*. Hämtad 2019-04-03 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20912/2018-3-32.pdf>

Smith, H., & Stein, K. (2017). Health information interventions for female genital mutilation. *Int J Gynecol Obstet*; 136 (1): 79–82. DOI: 10.1002/ijgo.12052

Tamaddon, L., Johnsdotter, S., Liljestrand, J., & Essén, B. (2006). Swedish Health Care Providers' Experience and Knowledge of Female Genital Cutting. *Health Care for Women International*; (27): 709–722. DOI: 10.1080/07399330600817741

Thierfelder, C., Tanner, M., & Bodiang, C. M. K. (2005). Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health*, 15(1), 86–90. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki120>

*Turkmani, S., Homer, C., Varol, N., & Dawson, A. (2018). A survey of Australian midwives' knowledge, experience, and training needs in relation to female genital mutilation. *Womenand Birth*,31(1), 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.009>

UNICEF. (2019). *Kvinnlig könsstympning ger flickor men för livet*. Hämtad 2019-04-03 från <https://unicef.se/fakta/kvinnlig-konsstympning>

Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & kultur.

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

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

Williams-Breault, B. D. (2018). Eradicating Female Genital Mutilation/Cutting: Human Rights Based Approaches of Legislation, Education, and Community Empowerment. *Health and Human Rights*, 20(2), 223–233.

World Health Organization. (2018). *Care of girls & women living with female genital mutilation*. Hämtad 2019-04-03 från <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?ua=1>

Östlund, L., (2017). Informationssökning. I Frberg, F. (Red.). *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (uppl.3 s. 59–82)*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1 Databassökningar

Sökningar i PubMed

PubMed 2019-04-24 Avgränsningar: 2009–2019, English language					
Sökning/sökord	Antal artiklar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
# 1 "circumcision female" [Mesh]	1251				
# 2 circumcision female	3086				
# 3 female genital mutilation	3462				
# 4 female genital cutting	626				
# 5 (#1 OR #2 OR #3 OR #4)	3700				
# 6 "knowledge" [Mesh]	10467				
# 7 knowledge	700769				
# 8 attitude	561729				
# 9 cultural competence	9951				
# 10 experience	608264				
# 11 (#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10)	1660726				
# 12 "nurses" [Mesh]	84709				
# 13 nurses	241667				
# 14 healthcare professionals	617004				
# 15 healthcare providers	619693				
# 16 healthcare workers	605324				
# 17 (#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16)	751066				
# 18 (#5 AND #11 AND #17)	106	106	19	11	10 (4)

Bilaga 2 Databassökning

Sökning i CINAHL

CINAHL 2019-04-24 Avgränsningar: 2009–2019, Peer review, English language					
Sökning/sökord	Antal artiklar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
# 1 (MH "circumcision female")	1322				
# 2 circumcision female	1386				
# 3 female genital mutilation	775				
# 4 female genital cutting	203				
# 5 S1 OR S2 OR S3 OR S4	1501				
# 6 (MH "knowledge")	10320				
# 7 knowledge	193203				
# 8 attitude	279948				
# 9 cultural competence	279948				
# 10 experience	285630				
# 11 S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	647731				
# 12 Nurses	440572				
#13 Healthcare professionals	29461				
#14 healthcare providers	32649				
#15 healthcare workers	11583				
#16 S12 OR S13 OR S14 OR S13	495940				
#17 S5 AND S11 AND S16	57	57	21	11	5 (4)

Bilaga 3 Kvalitetsgranskningsprotokoll, kvantitativ metod

Artikels författare/titel.....

Tidskriftens bedömningssystem Peer review

Double blinded Singel blinded Ej angivet

Beskrivning av studien

Patientkaraktäristika multicenter, antal center
Antal
Ålder
Man/kvinna

Kriterier för inkludering/exkludering

Adekvat Ja Nej
inkludering/exklusion

Vad avsåg studien att studera? (syftet)

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått.....

Urvalsförfarandet beskrivet? Ja Nej
Representativt urval? Ja Nej
Randomiseringsförfarandet Ja Nej Vet ej
beskrivet?
Blindning av vårdare? Ja Nej Vet ej
Blindning av forskare? Ja Nej Vet ej

Bortfallsanalysen beskriven? Ja Nej Vet ej
Bortfallsstorleken beskriven? Ja Nej Vet ej
Adekvat statistisk metod? Ja Nej Vet ej
Är instrumenten valida? Ja Nej Vet ej
Är instrumenten reliabla? Ja Nej Vet ej
Är resultatet generaliserbart? Ja Nej Vet ej
Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög Medel Låg

Bilaga 4 Kvalitetsgranskningsprotokoll, kvalitativ metod

Artikeln författare/titel

Tidskriftens bedömningssystem Peer review

Double blinded Singel blinded Ej angivet

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Framkom ej

Karaktäristika för Ålder

informant

Antal

Man/kvinna

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Finns etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej

- Strategiskt? (om tillämpligt) Ja Nej Vet ej

Metod för

- urvalsförfarande tydligt Ja Nej Vet ej
beskriven?

-datainsamling tydligt Ja Nej Vet ej
beskriven?

- analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt och Ja Nej Vet ej
begripligt?

- Råder datamätnad? (om Ja Nej Vet ej
tillämpligt)

- Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

-Redovisas resultatet klart Ja Nej Vet ej
och tydligt?

-Redovisas resultatet i Ja Nej Vet ej
förhållande till en teoretisk
referensram?

-Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög Medel Låg

Kommentar till bedömning

Bilaga 5 Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval (bortfall)	Kvalitet
Adekanle et al., 2011 Nigeria	Health Workers' Knowledge of and Experience with Female Genital Cutting in Southwestern, Nigeria	Kvantitativ tvärsnittsstudie	250	Hög
Ali, 2012 Sudan	Knowledge and attitudes of female genital mutilation among midwives in Eastern Sudan	Kvantitativ tvärsnittsstudie	160	Hög
Ashimi et al., 2014 Nigeria	A multicentre study on knowledge and attitude of nurses in northern Nigeria concerning female genital mutilation	Kvantitativ tvärsnittsstudie.	350 (67)	Hög
González Timoneda et al., 2018 Spanien	Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge?	Kvantitativ tvärsnittsstudie.	321 (81)	Hög
Ibrahim et al., 2013 Nigeria	Knowledge, attitude and practice of female genital mutilation among doctors and nurses in Bayelsa state, Niger-Delta of Nigeria	Kvantitativ tvärsnittsstudie	197 (79)	Hög
Kaplan et al., 2013 Gambia	Knowledge, attitudes and practices of female genital mutilation/cutting among health care professionals in The Gambia: a multiethnic study	Kvantitativ tvärsnittsstudie.	468	Hög
Lane et al., 2018 USA	Female Genital Cutting: Clinical knowledge, Attitudes, and Practices from a Provider survey in the US	Kvantitativ tvärsnittsstudie	508 (208)	Hög

Marcusán et al., 2016 Gambia	Female genital mutilation/cutting: changes and trends in knowledge, attitudes, and practices among health care professionals in The Gambia.	Kvantitativ tvärsnittsstudie	1288	Hög
Rasheed et al., 2011 Egypten	Female genital mutilation in Upper Egypt in the new millennium	Kvantitativ tvärsnittsstudie.	271 (8)	Hög
Relph et al., 2013 Storbritannien	Female genital mutilation/cutting: knowledge, attitude and training of health professionals in inner city London	Kvantitativ observationsstudie.	79 (6)	Hög
Shabila et al., 2017 Irak	Knowledge, attitude and experience of health professionals of female genital mutilation (FGM): A qualitative study in Iraqi Kurdistan Region	Kvalitativ intervjustudie	21 (0)	Hög
Turkmani et al., 2017 Australien	A survey of Australian midwives' knowledge, experience, and training needs in relation to female genital mutilation	Kvantitativ tvärsnittsstudie.	198 (3)	Hög

Bilaga 6 Exempel på meningsenheter och analys

Meningsenhet	Översättning	Omformulering från statistik till text	Kategori
K. 4. Approximately 60% (n = 191) of respondents reported caring for one or more FGC-affected women in the past year.	K. 4. Ungefär 60% av de svarande rapporterade att de vårdat en eller flera könsstympade kvinnor under det senaste året.	K. 4. Över hälften uppgav att de under det senaste året vårdat en eller flera könsstympade kvinnor.	Erfarenhet av vårdkontakt
B. 196. All 100% of respondents were aware of the practice of FGM/C.	B. 196. Alla 100% av de svarande var medvetna om kvinnlig könsstympning.	B. 196. Alla var medvetna om kvinnlig könsstympning.	Kunskap om kvinnlig könsstympning
J. 1208. They thought that the practice is more common in areas with warmer climate as people believe that warmer climate causes early sexual maturation of girls and increases sexual desire.	J. 1208. De trodde att ingreppet är mer vanligt i områden med varmare klimat då personer tror att värmen orsakar tidig sexuell mognad hos flickor och ökar deras sexuella längtan.		Orsaker till varför kvinnlig könsstympning utförs
I. 110. FGM/C affects the health and welfare of women and girls 7.2% (based on yes answers)	I. 110. Könsstympning påverkar hälsa och välbefinnande hos kvinnor och flickor 7,2% (baserat på ja-svar)	I. 110. En liten del anser att kvinnlig könsstympning påverkar hälsa och välbefinnande hos flickor och kvinnor.	Erfarenheter av följder av kvinnlig könsstympning
F. 44. Yes, it should be criminalized 76.3 %	F. 44. Ja, det borde bli olagligt 76,3%	F. 44. En stor del tycker att kvinnlig könsstympning borde bli olagligt.	Synen på rättssystemet kring kvinnlig könsstympning

Bilaga 7 Översikt av fördelning av artiklar i resultatet

Författare/land	<i>Erfarenhet av mötet med könsstympade kvinnor</i>	<i>Kunskap om kvinnlig könsstympning</i>	<i>Kunskaper om följder av kvinnlig könsstympning</i>	<i>Uppfattningar om varför kvinnlig könsstympning utförs</i>	<i>Attityder om kvinnlig könsstympning</i>
Adekanle et al., 2011 Nigeria	x	x			x
Ali, 2012 Sudan		x	x	x	x
Ashimi et al., 2014 Nigeria		x	x	x	x
González-Timoneda et al., 2018 Spanien	x	x		x	x
Ibrahim et al., 2013 Nigeria	x	x	x	x	x
Kaplan et al., 2013 Gambia	x		x	x	x
Lane et al. 2018 USA	x	x	x		x
Marcusán et al., 2016 Gambia	x		x	x	x
Rasheed et al., 2011			x		x
Relph et al., 2013 Storbritannien	x	x	x	x	x
Shabila et al., 2017 Irak	x	x	x	x	x
Turkmani et al., 2017 Australien	x	x			x