



Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa

MÖTET MED EUROPEISK VÅRDPERSONAL OCH KVINNOR SOM BLIVIT KÖNSSTYMPADE

LITTERATURSTUDIE

ANNA BERNTSSON

Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp
Kursbeteckning: VO 1309
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
20091028

Examinator: Ylva Hellström
Handledare: Birgitta Fridström
Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa
371 79 Karlskrona

MÖTET MED EUROPEISK VÅRDPERSONAL OCH KVINNOR SOM BLIVIT KÖNSSTYMPADE

LITTERATURSTUDIE

ANNA BERNTSSON

Berntsson, A. Mötet med europeisk vårdpersonal och kvinnor som blivit könsstympade. Litteraturstudie. *Examensarbete i vårdvetenskap 15 högskolepoäng*. Blekinge Tekniska Högskola: Sektionen för hälsa, 2009.

Bakgrund: Könsstympning utav kvinnor är en sedvänja som sträcker sig tusentals år tillbaka i tiden. Det beräknas finnas omkring 100-140 miljoner kvinnor i världen som genomgått könsstympning. Runt 500,000 av kvinnorna är bosatta i Europa. Könsstympning är inte riskfritt och för ofta med sig kortsiktiga så väl som långsiktiga komplikationer. Fler och fler kvinnor som blivit könsstympade migrerar idag ifrån sina hemländer till Europa, vilket leder till nya och obekanta vårdsituationer. **Syfte:** Belysa hur kvinnor som blivit könsstympade upplevde mötet med europeisk vårdpersonal. **Metod:** En litteraturstudie med kvalitativ ansats på sju vetenskapliga studier har utförts. Innehållet analyserades enligt Graneheim och Lundmans tolkning av innehållsanalys. **Resultat:** Skildrar hur kvinnorna ofta upplevde att de träffade vårdpersonal som inte hade tillräckligt med kunskap om könsstympning. De uttryckte att de många gånger kände rädsla inför ett vårdbesök och att de flera gånger stött på kommunikationshinder som gjorde att de kände osäkerhet. Kvinnorna beskrev hur de känt sig kränkta och utlämnade i åtskilliga situationer. Trots att majoriteten av upplevelserna var negativa fanns det dock ett mindre antal som berättade hur de känt sig trygga i mötet. **Slutsats:** Kunskap om könsstympning finns inte i tillräcklig utsträckning. För att utveckla vårdarbetet och få kvinnorna att känna trygghet behövs det kunskap. Om båda parterna ger och tar skulle resultatet blir allra bäst.

Nyckelord: könsstympning, möte, upplevelser, vårdpersonal

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Prevalens	1
Historia och traditioner	1
Könsstympling	2
Lagstiftning	2
Vårdpersonal	3
Mötet	3
Teoretisk referensram	3
SYFTE	4
METOD	4
Datainsamling och urval	4
Analys	5
RESULTAT	5
Brist på kunskap	5
Kände rädsla	6
Kommunikationshinder	6
Kände sig utlämnade och kränkta	7
Kände trygghet	9
DISKUSSION	9
Metod	9
Resultat	10
SLUTSATS	11
REFERENSLISTA	13
BILAGOR	
Bilaga 1 – Sökvägar	
Bilaga 2 – Artikelöversikt	
Bilaga 3 – Analysförfarande	

INLEDNING

Dirie och Milborn (2005) skriver att könsstympade kvinnor migrerar idag i allt större utsträckning ifrån sina hemländer till ett flertal av Europas länder, vilket gör att dessa länder kommer att ställas inför nya och obekanta vårdsituationer. Detta för i sin tur med sig att det krävs en ökad kunskap hos vårdpersonalen om hur de ska möta kvinnorna ifråga på bästa sätt.

I flera studier som gjorts har undersökningssyftet varit att ta reda på vårdpersonalens upplevelser i mötet med könsstympade kvinnor (Dirie och Milborn, 2005). Det är enligt Hanssen (2007) viktigt att betrakta patientens perspektiv för att få bra individanpassad vård. Med tanke på detta känns det intressant att istället få ta del av hur kvinnorna uppfattar mötet parterna emellan.

BAKGRUND

Prevalens

Enligt Dirie och Milborn (2005) finns det idag 100 – 140 miljoner kvinnor som genomgått könsstympling i sina hemländer. Berggren och Franck (2008) skriver att könsstympling utav kvinnor utförs i bred utsträckning i flera afrikanska länder, det sker också ibland den muslimska delen av befolkningen i Indien, Malaysia, Sri Lanka och Indonesien, samt delar av Latinamerika och Mellanöstern. Vidare skriver Dirie och Milborn (2005) att utav det totala antalet könsstympade kvinnor är cirka 500,000 bosatta i Europa. Frankrike har det största antalet och Sverige det näst största antalet, vilket leder till att europeisk sjukvård möter dessa kvinnor i relativt stor omfattning (Dirie och Milborn, 2005).

Historia och traditioner

Hejll (2001) beskriver hur kvinnlig könsstympling är en sed sedan tusentals år tillbaka i tiden som forskare hittills ej kunnat fastställa hur den uppstått. Troligt är att seden har sin grund i Egypten och sedan spridits vidare med vandrande folkgrupper. Fortsatt skriver Hejll (2001) hur forskare, i gamla egyptiska gravar ifrån 600-talet f. Kr. funnit mumifierade kvinnor som visat sig vara omskurna i olika utsträckningar. I Egypten har även väggmålningar påträffats där det i detalj beskrivs hur ingreppet går till.

Talle (2007) menar att det finns många skäl till varför kvinnor könsstymplas, emellertid framhålls ofta tradition som ett av de främsta skälen. Traditionen kan innebära att kvinnan ska vara oskuld då hon gifts bort så mannen traditionsenligt kan öppna henne vid deras första samlag. Leonard (2000) skriver att i flera länder finns en tradition där mannen betalar för att kvinnan ska tillhöra honom, han betalar ett så kallat brudpris. Då könsstympling samtidigt praktiseras i dessa länder sägs det vara ett bevis på att kvinnan är värd sitt pris. Leonard (2000) beskriver också hur nyfödda barn i ett flertal kulturer betraktas vara försedda med både manliga och kvinnliga drag. Hos små flickebarn representerar klitoris det manliga och förhuden det kvinnliga hos gossebarn. Klitoris måste hos flickorna avlägnas så att de kan bli en riktig kvinna (Azadeh, 1997).

Könsstympning

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) (1996), syftar benämningen ”kvinnlig könsstympning” inte endast till ett ingrepp utan infattar fyra olika former av ingrepp.

Typ 1 även kallad sunna, innebär att delar av eller hela klitoris prickas och ibland även att förhuden på klitoris skärs bort.

Typ 2 kallas klitoridektomi och innebär att klitoris skärs bort tillsammans med hela eller delar av de inre blygdläpparna. Klitoridektomi är den vanligaste formen och står för ca 80% av fallen.

Typ 3 benämns som infibulation eller faraonisk omskärelse. Ingreppet innebär att klitoris så väl som både de inre och yttre blygdläpparna skärs bort. Därefter sys huden ihop så att slidöppningen täcks nästan helt, det lämnas endast en millimeterstor öppning längst ner mot anus där urin och menstruationsblod kan passera. Infibulation räknas som den grävsta formen utav könsstympning och utförs på ca.15% av kvinnorna.

Typ 4 utgör alla andra icke medicinska och skadliga ingrepp på kvinnans könsorgan t.ex. prickning, bränning och skärande på klitoris och/eller blygdläpparna och dess omgivande vävnad (WHO, 1996).

WHO (1996) påpekar samtidigt att det är svårt att avgränsa de olika ingreppen ifrån varandra vilket leder till att ett flertal mellanliggande former uppstår.

Att utföra könsstympning är inte riskfritt och konsekvenserna kommer att bero på vilken typ som utförts. Det finns en rad komplikationer som kan uppkomma omedelbart såsom blödning, chock, skärskador i underlivet, infektioner på grund av att smutsiga redskap använts, blodförgiftning, skador på urinrör och urinblåsa och skador på ändtarmsmyningen (Dorkenoo och Elworthy, 1996). Widmark, Tishelman och Ahlberg (2002) redogör för hur en del flickor fått psykiskt sammanbrott på grund av oväntad stark smärta. På lång sikt kan ännu fler komplikationer tillstå t.ex. problem att föda på ett normalt sätt vilket kan utsätta både mamman och bebisen för fara (Johansen, 2006).

Elgaali, Strevens och Mardh (2005) beskriver hur smärta vid samlag och andra sexuella problem blir bekymmer för könsstympade kvinnor, även kroniska infektioner i vaginan är vanligt på grund av att den i många fall blivit hopsydd. Ismail (1999) rapporterar att klåda, cystor, infertilitet, ärrbildning, infektioner och problem med urinering i allra högsta grad tillhör långsiktiga komplikationer.

Lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) behandlar de grundläggande reglerna för all hälso- och sjukvård. Lagen innefattar bestämmelser angående vården och kvaliteten på vården. Den innehåller också bestämmelser för hur vården ska byggas på respekt för patientens självbestämmande.

Enligt WHO (1996) finns förbud mot misshandel som lagstiftning i alla europeiska länder. Hanssen (2007) beskriver den intensiva debatt som pågick i Sverige under många år angående könsstympning ibland invandrarkvinnor. Skulle det betraktas som något som borde respekteras för det var en del utav deras

kultur? Eller skulle det betraktas som otillåtet ingrepp på unga flickors liv? Debatten ledde till att en strängare lagstiftning uppstod och gjorde all kvinnlig könsstympning förbjuden enligt svensk lag. Lag med förbud mot könsstympning av kvinnor (SFS 1982:316). Liknande lagstiftningar finns även i sju andra länder i Europa; Norge, Danmark, Österrike, Belgien, Spanien, Italien och Storbritannien (Hanssen, 2007). Berggren och Franck (2008) beskriver i sin bok hur den svenska lagen förändrats genom åren och blivit strängare.

I Sverige används ordet könsstympning, ordet stympning är dock ett väldigt laddat ord och i kontakt med patienter som genomgått detta bör i vissa fall ändå benämningen omskärelse användas, av den orsaken kommer båda begreppen att användas i denna litteraturstudie.

Vårdpersonal

I studien används ordet vårdpersonal ganska genomgående. Definitionen vårdpersonal kommer att innefatta, undersköterskor, sjuksköterskor, barnmorskor och läkare. Anledningen till att använda definitionen vårdpersonal är dels för att det inte framgår i alla artiklar som använts exakt vilken vårdpersonal kvinnorna talar om. Dels för att underlätta språkbruket i texten.

Mötet

Begreppet möte är inte enkelt att definiera skildrar Angel och Hjern (2004). Vidare beskrivs flera faktorer som inverkar på mötet så som kulturella skillnader i bakgrunden, kommunikation, attityder och bemötande. Ett möte mellan personer ifrån två skilda kulturer kan innebära att det uppstår konflikter, missförstånd och oförståelse, samtidigt bör man komma ihåg att långt ifrån alla möten är problematiska. Ett möte är aldrig det andra likt oavsett förutsättningar (Angel och Hjern, 2004).

Hanssen (2007) skriver att både vårdpersonal och patient har redan sedan barndomen lärt sig vad sjukdom är. De vet vem de ska anlita vid sjukdom, vilken kan variera betydligt emellan kulturer – det kan vara präster, schamaner, lokala healare eller universitetsutbildade läkare och de vet vilken behandlig personen i fråga kommer att genomföra. Mötet mellan ett och samma kultursystem blir därav många gånger enklare för man förstår varandras tankesätt. Över kulturgränserna uppstår missförstånd och feltolkningar i större omfattning. Det är viktigt att tänka på att båda parterna betraktar behandlings formen från sin kultur som den rätta. Möter man då, speciellt i utsatta situationer, personer som lever med andra tankesätt och förväntningar, kan det uppstå en känsla av osäkerhet (Hanssen, 2007).

En realistisk målsättning är enligt Angel och Hjern (2004) att skapa utgångspunkter för ett så bra möte som möjligt som kan läggas till grund för ännu bättre möten i framtiden. Förutsättningar för detta är tillräckligt med tid och kontinuitet. Angel och Hjern (2004) menar också att oavsett vilken kultur en person kommer ifrån söker sig denna inte till vårdpersonal för att berätta om sitt eventuellt annorlunda tankesätt utan för att få hjälp med problem de lider av.

Teoretiskreferensram

Jag har valt att använda mig av omvårdnadsteoretikern Madeleine Leininger och den begreppsmodell hon har utvecklat om hon kallar ”Sunrise” – modellen (Leininger och McFarland, 2002). ”Sunrise” - modellen känns relevant då den är menad som hjälp för sjuksköterskor att få en översikt av de områden som kan påverka på mänsklig omsorg. Genom modellen ska sjuksköterskan kunna se framför sig en värld av olika faktorer som kommer att påverka människan. Modellen visar hur olika begrepp som kulturellt betingade värderingar, teologiska faktorer, släktband, politiska och juridiska faktorer, språk, ekonomi, utbildning och religiösa och filosofiska faktorer har inflytande på människors hälsa och välbefinnande. Modellen fungerar därför som en vägledning i kunskap som leder sjuksköterskan fram till att se en helhetssyn som i sin tur leder fram till ett slutmål. Ett slutmål som är att utöva en kulturbestämmande omvårdnad (Leininger och McFarland, 2002).

Syftet med ”Sunrise” – modellen är att utöka kunskapen och utvecklingen av omvårdnad gällande patienter med en annan kulturell bakgrund. Målet är att omvårdnaden ska vara kulturspecifik, alltså skraddarsys patientens egna kulturella värderingar och livsstil. Detta hjälper sjuksköterskan till att få kulturell kunskap (Leininger och McFarland, 2002)

SYFTE

Belysa hur kvinnor som blivit könsstympade upplevde mötet med europeisk vårdpersonal.

METOD

Metoden som valdes var litteraturstudie som grundades på kvalitativa studier. Valet att använda kvalitativa studier gjordes då Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2006) beskriver hur kvalitativa ansatser ger djupare förståelse för mänskliga upplevelser och uppfattningar. Följaktligen ansågs detta stämma bäst ihop med studiens syfte. Fördelen med kvalitativa studier är att upplevelser och uppfattningar blir tydligare (Willman et al. 2006). På detta vis kan en djupare förståelse för hur kvinnor känner sig i mötet med vårdpersonalen infinna sig.

Datansamling och urval

Till och börja med gjordes en generell sökning för att kontrollera vilket utbud av vetenskapliga artiklar som fanns att tillgå angående könsstympade kvinnors möte med europeisk sjukvård. Därefter gjordes mer ingående sökningar på databaserna ELIN, Cinahl och PubMed för att finna relevanta vetenskapliga artiklar, varav 9 artiklar valdes ut.

Sökorden som användes översattes från svenska till engelska med hjälp av Medical Subject Headings (MeSH), orden användes var för sig och i kombination; female circumcision, female genital mutilation, european immigrants, nursing, attitudes (Se Bilaga 1).

Inklusionskriterier var att studierna skulle vara utav kvalitativansats, de samma skulle även vara europeiska. Exklusionskriterierna var artiklar publicerade före år

1999 och de som endast byggde på vårdpersonalens upplevelser. Efter kvalitetsbedömning med hjälp av Willm et al. (2006) anvisningar plockades 7 ut för användning till resultatet (Se Bilaga 2). Av de som plockades bort var en publicerad före 1999 och den andra saknade etisk granskning.

Analys

De utvalda artiklarna analyseras med hjälp utav Graneheim och Lundmans (2004) sammanställning och beskrivning av innehållsanalys. Till och börja med lästes artiklarna igenom för att kunna skapa sig en tydlig helhetsbild. Därpå plockades meningar eller fraser ut som motsvarade studiens syfte. I nästa steg översattes meningarna till svenska och kondenserades till meningsbärande enheter för att få fram huvudinnehållet i texterna. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är kondensering ett utförande som avser att göra texten kortare och mer lätthanterlig, samtidigt som det centrala och väsentliga innehållet bibehålls. Efter kondenseringen kodades materialet. En kod kan liknas vid ett samlingsord som koncist beskriver meningsenhetens innehåll. Koder med samma innebörd sattes ihop till en kategori i enlighet med Graneheim och Lundman (2008), (Se Bilaga 3).

RESULTAT

Brist på kunskap

Flera kvinnor vittnade om svårigheten de fann i att föda barn och samtidigt instruera barnmorskan om hur hon skulle klippa så det utfördes på bästa sätt och tillfogar minsta möjliga skada (Berggren, Bergström, & Edberg, 2006)

“I remember the delivery as a long fight from my side. I mean not only fighting with the delivering of my baby but fighting in order to get the staff to understand how I would like it. In Somalia, the midwives know how to deal with us. We need to have helped because we are sutured.

(Berggren et al. 2006. S.54)

Bristen på kunskap ledde i vissa fall till att underökningar inte utfördes på ett korrekt sätt vilket kvinnorna beskrev att de tyckte ledde till att undersökningarna blev smärtsammare och mera utdragna än nödvändigt (Thierfelder, Tanner och Kessler, 2005). Ett ytterligare exempel på bristande kunskap berättar en kvinna om, då hennes barnmorska inte visste hur hon skulle handla och gick för att söka upp läkare. Innan de hann tillbaka kom barnet ut och orsakade obefogat stor blödning (Wiklund, Aden, Högberg, Wikman och Dahlgren, 2000).

På en del sjukhus fick göras både akuta och planerade kejsarsnitt på grund av att det saknades kunskap om hur kvinnan skulle förlösas på vaginalt sätt (Vangen, Johansen, Sundby, Træn och Stray-Pedersen, 2004) På mindre sjukhus använde man kejsarsnitt som standard metod vid förlossning då annan nödvändig kunskap helt saknades (Thierfelder et al. 2005).

Mer än hälften av kvinnorna litade inte på att deras läkare besatt tillräcklig kunskap för att ta hand om dem, och sjuksköterskornas kompetens var enligt kvinnorna ännu lägre. Deras känsla var att de var i händerna på vårdpersonal som inte hade färdigheten att ge dem adekvat vård på grund av allt för bristande

kunskaper om sedvänjan (Berggren et al. 2006). Kvinnorna underströk även problemet de fann i att deras önskan om deinfibulation efter giftermål eller vid förlossning inte kunde uppfyllas av barnmorskan. (Berggren et al. 2006)

En kvinna beskrev ett obehagligt möte med en läkare. Det var första gången läkaren undersökte henne. Att tala om könsstympning för kvinnan var inte ok, det var emot hennes principer, men hon trotsade detta och berättade för läkaren om ingreppet varpå läkaren frågar varför hon valt att göra ett sådant ingrepp (Wiklund et al. 2000).

”It was a bit strange. I met this doctor for the first time, during the first pregnancy here in Sweden. He was going to examine. He saw and he wondered. He had never seen such a thing before, he said ‘What is this? Is it an injury or what? Why do you do this?’ ... I felt odd”
(Wiklund et al. 2000 s. 108)

När hon gick därifrån skildrar hon hur hon kände sig onormal och väldigt illa till mods efter läkarens kommentarer om hennes underliv och att hon blivit tvungen att tala om sedvänjan med en man (Wiklund et al. 2000).

Kände rädsla

Rädsla för den europeiska vården upplevdes av många kvinnor då de var osäkra på huruvida personalen hade tillräckligt med kunskap för att utföra undersökningar på rätt sätt (Essén et al. 2000; Vangen et al. 2004). De kände rädsla för att vårdpersonalens okunskap skulle leda till onödig smärta och komplikationer till följd av felbehandling (Berggren et al. 2006). Det var vanligt förekommande att dessa kvinnor upplevde ensamhet och rädsla för att bli övergivna utav vårdpersonalen (Vangen et al. 2004).

Särskilt i samband med graviditet och förlossning stärktes ensamhetskänslorna och rädslan ytterligare. Största skrällen de kunde tänka sig var att förlösas med kejsarsnitt (Berggren et al. 2006; Essén et al. 2000; Vangen et al. 2004; Lundberg och Gereziher, 2008). Vangen et al. (2004) beskriver vidare hur ett flertal kvinnor vägrade förlösas med kejsarsnitt trots att de kunde gälla hennes eller hennes barns liv.

”First I was shocked, I will not survive I thought immediately. Then the doctor talked to me, telling me that it was not dangerous and that I would survive. I did not understand everything and I felt that I had no choice. I was thinking of women in Somalia who did not survive”
(Essén et al. 2000 s. 1509-1510)

Kommunikationshinder

Det största hindret till en fungerande kommunikation för kvinnorna var problemet att förstå det i landet talade språket där de befann sig (Ahlberg, Krantz, Lindmark och Warsame, 2004; Thierfelder et al. 2005; Berggren et al. 2006; Lundberg et al. 2008; Wiklund et al. 2000; Vangen et al. 2004). Flera av kvinnorna tog upp bekymret de fann i bristen på tillgängliga tolkar. De förmodade att personalen ansåg att de bött i landet tillräckligt länge för att behärska språket (Berggren et al. 2006).

Ytterligare ett hinder i kommunikationen var det som berörde känslighet omkring sedvänjan (Berggren et al. 2006; Vangen et al. 2004; Thierfelder et al. 2005; Lundberg et al. 2008; Wiklund et al. 2000). I kvinnornas hemländer ansågs sedvänjan vara ett tabu belagt ämne, därför ville de inte tala om det. Även om de ville så vågade de inte ta upp ämnet till diskussion då det fick dem att känna skam eller på grund av att de inte vågade tala med en man om det (Berggren et al. 2006 & Thierfelder et al. 2005). En kvinna ifrån Lundberg et al. (2008) berättar då hon gick för att träffa sin gynekolog som visade sig vara en man. Språkproblem gjorde att hon hade svårt att förklara att hon inte ville att en man undersökte henne och undersökningen utfördes. Kvinnan blev blyg och skämdes för sina språksvårigheter och situationen det ledde till; gynekologen kallade till sig fyra utav sina kollegor vilket gjorde att kvinnan trodde att de var något allvarligt fel på henne. Hon säger också hur hon fick ångest av besöket, i hennes hemland accepterades det inte att bli undersök av en man och räknades i vissa fall som sexuelltövergrepp. Hon var mycket besviken då hon inte blivit förstådd.

En kvinna skildrar hur hennes besök slutade med att hon gick hem tre timmar efter sin förlossning. Personalen förstod inte något av vad hon sa och hon förstod inte vad personalen sa. Hon berättade i intervjun att hon kände det som om hon satt i fängelse (Berggren et al. 2006). Flera kvinnor från Berggren et al. (2006) beskriver hur de, inte bara under förlossningen, utan under hela graviditeten och mötet med mödravården kände sig isolerade och bortkomna på grund av språk problem och missförstånd.

Information delades i vissa fall ut skriftligt efter besök med sjukvården vilket ledde till att det var få som verkligen tog del utav den. Flera kvinnor beskrev att de hade svårt att ta till sig den sortens information, dels på grund av att de hade problem med att förstå den, dels att de hade svårt att relatera den till sin egen situation (Vangen et al. 2004)

Ofta togs ämnet upp om hur kvinnorna upplevde graviditet och förlossning då de tvingats migrera. Största antalet av kvinnorna som intervjuades vittnade om hur de upplevde stor ensamhet och oro. De talade inte samma språk som vårdpersonalen vilket förstärkte ensamhetskänslan väldigt och en del tyckte att de blev bemötta på ett mycket kyligt sätt (Essén et al. 2000). Vidare berättar en kvinna att personalen fick henne att känna sig mycket ensam och hjälplös. Före förlossningen talade hon om för personalen att hon absolut inte ville genomgå kejsarsnitt trots detta slutade förlossningen med ett kejsarsnitt och kvinnan säger sig inte veta varför och heller inte om det verkligen var nödvändigt (Essen et al. 2000).

Kände sig utlämnade och kränkta

Kvinnorna menar att de ideligen fick vara med om att mycket vårdpersonal samlades omkring dem vid undersökningar. Denna sorts händelser gjorde att de kände sig uttittade och väldigt utlämnade (Berggren et al. 2006; Thierfelder et al. 2005). Majoriteten av kvinnorna kände att vårdpersonalen de träffade uppvisade alltför uppenbar förvåning i mötet och i flera fall ställdes frågan om huruvida det vore okej att studenter kunde få komma och titta. Detta fick kvinnorna att känna sig utlämnade, de upplevde att deras vagina blev utav medicinskt intresse och fokus försvann från det ursprungliga problemet vilket i sin tur provocerade fram

känslor som skam och ängslan hos dem (Thierfelder et al. 2005). Omkring hälften av kvinnorna hade upplevt att vårdpersonal kallat in en eller flera kollegor för att titta, och runt en tredjedel berättade att de aldrig blivit tillfrågade om de fick kalla in någon (Essén et al. 2000). Då personalen stod och stirrade och samtidigt diskuterade kvinnans genitalier väcktes starka känslor av att vara annorlunda (Berggren et al. 2006; Vangen et al. 2004). Flera kvinnor berättar om hur de fann situationen väldigt obekvämt då de blev tillfrågade om det var okej att studenter deltog i undersökningen. De kände sig blyga, besvärade och de tappade förtroendet för personalen eftersom de upplevde att deras underliv blev av medicinskt intresse som det skyltades med (Thierfelder et al. 2005)

"I came for an abortion. It's a terrible memory. I remember I wondered how it came that I was surrendered by so many people in white clothes and why there came more and more of them. I had just arrived from Eritrea, and I didn't understand Swedish. I had an interpreter beside me, but she didn't explain and I didn't dare to ask and I didn't dare to say that I didn't feel well in the situation. All of them just wanted to look at me. I didn't understand why nobody asked me, but I thought they found it exciting to see when I cut open."

(Berggren et al. 2006 s. 52)

I mötet med den europeiska sjukvården upplevde kvinnorna stundtals att de blev okänsligt bemötta ifrån vårdpersonalen. Detta kunde ta sig form i ovarsamt genomförda undersökningar och kränkande uttryck och kommentarer (Berggren et al. 2006; Vangen et al. 2004; Thierfelder et al. 2005). Ignorans ifrån vårdpersonal upplevdes utav många kvinnor. Kvinnorna kände att personalen snabbt uppmärksammade att de såg annorlunda ut, förvåningen var uppenbar i deras ansikten och i bästa fall nämndes inget ytterligare. I värsta fall lade de märke till hur uppenbart chockade och till och med äcklade personalen såg ut när de fick se deras omskurna underliv (Berggren et al. (2006); Vangen et al. 2004; Thierfelder et al. 2005; Essén et al. 2000; Lundberg et al. 2008). Kvinnorna kände sig kränkta och besvikna på sjukvården, de ansåg att de inte fick rätt stöd vilket ledde till ett flertal obesvarade frågor och växande osäkerhet hos övervägande antal av kvinnorna. Dock menade ett mindre antal av kvinnorna att det var utav positiv mening de gånger då personalen inte nämnde något ytterligare om omskärelsen då de själva helst inte ville tala om det (Vangen et al. 2004)

Flera kvinnor vittnar om hur de frekvent kände att de blev behandlade på ett sätt som upplevdes nedvärderande och stötande gentemot deras kulturella värderingar (Essén et al. 2000; Vangen et al. 2004; Berggren et al. 2006). Skamkänslor i dubbel bemärkelse berättar ett stort antal av kvinnorna om. De beskrev det som en märklig situation, i sitt hemland hade de känt sig annorlunda och det vore skamligt om de inte varit omskurna medan de i Europa var annorlunda just på grund av ingreppet. Deras kvinnoroll ifrågasattes, i hemlandet var omskärelse en självklarhet för att bli betraktad som en "riktig" kvinna och de kände sig förvirrade då de nu befann sig i ett samhälle med fullständigt annan kvinnoosyn (Berggren et al. 2006; Lundberg et al. 2008).

Ett mindre antal kvinnor ansåg att de fick sämre vård då de valde att föda flera barn. De upplevde att vårdpersonalen inte ansåg att de var kapabla till att själva besluta över sin familjeplanering. Detta fick dem att känna sig underlägsna i

vårdmötet. En kvinna vittnade om hur hon ansåg att vården vid tredje graviditeten var obehagligare (Berggren et al. 2006).

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

(Berggren et al. 2006 s. 54)

Kände trygghet

Trots ett flertal hinder var det dock relativt vanligt att kvinnorna med könsstympning var tillfredsställda med vården de fick (Essén et al. 2000; Berggren et al 2006; Vangen et al; 2004; Wiklund et al. 2000). Kvinnorna beskrev hur barnmorskorna i deras hemland var kända för att vara brutala och hårdhänta och jämförde sedan detta med vården de fick i Europa. De var tacksamma över att vara i ett land där vården var utav hög standard (Berggren et al. 2006).

Gravida kvinnor ifrån Somalia som migrerat och kom i kontakt med europeisk vård på detta sätt kommenterade att vården var mer utvecklad här (Essén et al. 2000). Återkommande var också att barnmorskorna informerade bra om hur de skulle sköta underlivet efter förlossningen för att undvika infektioner som inte är ovanligt efter förlossning hos könsstympade kvinnor. Kvinnorna berättade att i hemlandet var det vanligt att ha mycket familj omkring sig efter att barnet var fött, detta var inte möjligt när de immigrerat och de flesta familjemedlemmarna var kvar i Somalia. Därför fann de stort värde i att sjukvårdspersonalen var medvetna om det och mycket ofta var hos dem, pratade och förklarade vilket gav dem en känsla av säkerhet trots att familjen var långt borta (Essén et al. 2000; Lundberg et al. 2008).

Flera av kvinnorna tyckte att de befann sig i ett mångkulturellt land och att där fanns en kunskap om könsstympning tack vare detta. Speciellt en kvinna var väldigt nöjd och berättar att hon vårdades av en barnmorska som tidigare arbetat i Afrika och kände till könsstympning av kvinnor och alla problem som kunde uppstå (Berggren et al. 2006).

DISKUSSION

Metod

Syftet med uppsatsen var att beskriva hur könsstympade kvinnor upplevde mötet med europeisk vårdpersonal. Sökningarna som gjordes visade att det generellt sett fanns ganska lite forskning gjort om hur kvinnor upplevde mötet. Största delen av forskningen var gjord i Sverige, om detta berodde på att Sverige är ledande inom forskningsområdet eller att utländsk forskning ej var tillgänglig genom de använda sökstrategierna är svårt att säga. Möjligtvis hade det varit en idé att öppna upp syftet till ’mötet med västerländsk sjukvård’, då detta blivit bredare sökning och möjligen gett större urval av studier. Av förståliga skäl fanns samtliga av de studier som hittades publicerade i barnmorsketidningar.

Könsstympling är ett väldigt inriktat ämne till just gynekologi och mycket troligt skälet till varför relevanta studier hittades endast i barnmorsketidningar.

I och med att det endast användes studier utav kvalitativ ansats blir antalet begränsat till ett mindre antal personer. Negativt med att enbart använda sig utav kvalitativa studier kan vara att dessa studier endast innefattar få deltagare, vilket kan göra resultatet mindre generaliserbart (Willman et al. 2006). Därför var det värdefullt då flera utav studierna sinsemellan hade överensstämmande resultat, detta höjde trovärdigheten.

Tyvärr fanns det inte så många studier att tillgå ur ett omvårdnadsperspektiv, detta kan möjligen bero på att för få empiriska studier om kvinnlig könsstympling utförts. Även studier om psykiskt lidande från kvinnornas egna upplevelser är tunt. Ett skäl till detta kan vara att sedvänjan inte är ett ämne det talas om i den kultur kvinnorna kommer ifrån.

Helhetsbilden utav hur könsstympade kvinnor upplever mötet med europeisk sjukvård beskrivs i arbetet med hjälp av fem olika kategorier; brist på kunskap, rädsla, kommunikationshinder, utlämnad och kränkt och känna trygghet. I analysförfarandet var det svårt att begränsa kategorierna på grund av att i flera fall ledde en känsla till en annan och samma situation kunde förmedla flera känslor. Kategorierna formulerades dock efter känslan som starkast uttrycktes.

Resultat

I resultatet framkommer det tydligt att kvinnorna ofta fann att det brast i kommunikation och integritet. Vid flera tillfällen var det språkproblem som ledde till brister i integriteten. Kvinnorna var inte bekväma med att bli undersökta utav män, men på grund av språkproblem så kunde de inte framföra detta. Leininger och McFarland (2002) menar att då vårdpersonal uppmärksammar brister så är det deras skyldighet att lösa problemet och förebygga att dessa bekymmer uppstår. Det ligger på vårdpersonalens ansvar att se till så kommunikationen blir en tvåvägskommunikation. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) säger att alla patienter har rätt till lika vård, trygghet och medbestämmanderätt samt att sjukvården ska främja goda kontakter mellan patient och vårdpersonal. Då det så uppenbart brister i kommunikation mellan parterna kan inte medbestämmanderätten fullföljas vilket leder till att kvinnorna i flera fall inte känner sig trygga då de kommer i kontakt med vårdpersonalen (Widmark et al. 2002). Ytterligare ett återkommande problem som kvinnorna tog upp då det gällde kommunikationen var bristen på tillgängliga tolkar. Sjuksköterskan måste ta reda på om det förekommer språkliga hinder och om det möjligen behövs hjälp i form av en tolk till ett samtal. Vilket eller vilka språk behärskar patienten? Det är även viktigt för sjuksköterskan att veta vilket sätt som är bäst att hantera patientens språkliga förmåga (Leininger och McFarland, 2002).

Flera kvinnor menade att de upplevde identitetskris då de nu befann sig i ett samhälle som såg väldigt annorlunda på sedvänjan. Ifrågasättande utav djupt rotade könsidentiteter och könsroller kan med största sannolikhet upplevas som främmande och otäckt. I det här fallet kan det säkert hänga samman med hur annorlunda lagstiftningarna i Europa ser ut gentemot i kvinnornas hemländer. I kvinnornas hemländer utförs könsstympling för att kvinnan ska få en identitet, hon blir en ”riktigt” kvinna (Talle, 2007) och i Europa är det totalt förbjudet (WHO, 1996). I

Sverige finns Lagen om förbud mot kvinnlig könsstympling (SFS 1982:316) och liknande lagstiftningar finns i flera europeiska länder (Berggren och Franck, 2008). Dessa lagar förbjuder alla sorters ingrepp som bestående förändrar de kvinnliga genitalierna, oavsett om flickan eller kvinnan lämnar samtycke eller inte (Berggren och Franck, 2008). Kvinnorna fann det som smärtsamt och förbryllande, att de befann sig i en kultur som så starkt tog avstånd till något som för dem var en självklarhet för att bli sedd som "riktig" kvinna. Lagen om förbud mot kvinnlig könsstympling (SFS 1982:316) inkluderar allt ifrån den allra grävsta typen utav sedvänjan ända ner till den mildaste formen av sunna. Den mildaste formen av sunna innebär att man sticker i klitoris för att framkalla en droppe blod och är inte en bestående förändring utan symbolisk (WHO, 1996).

Kvinnorna uttryckte tydligt i flera fall känsla av osäkerhet att möta sjukvården som för dem hade brisfällig kunskap om deras situation. De trodde inte att vårdpersonalen hade erfarenhet av könsstympling och de kände sig ibland osäkra till att söka vård på grund av dåliga erfarenheter. Könsstympling är inte bara ett mycket intimt ämne utan även som Leonard (2000) skriver, ett ingrepp som det talas tyst om i länderna där det utförs (Leonard, 2000). Problem måste ses för att kunna lösas (Azadeh, 1997). Om sjukvårdspersonalen uppvisar en känsla av säkerhet, trygghet och kunskap i mötet med patienten men samtidigt visar ödmjukhet och samtalar med patienten om det framkommer något de inte har kunskap om kan ett bra samarbete utföras (Angel och Hjern, 2004). Kvinnorna beskrev att de vid flera tillfällen känt sig illa till mods efter vårdbesöket. Ofta på grund av personalens okunskap och konsekvenserna de kände att det förde med sig. Till exempel framkom det hur de blivit undersökta utav män trots att detta var helt emot deras kultur vilket ledde till rädsla för att återkomma. Mötet mellan patient och personal spelar oerhört stor roll (Azadeh, 1997). Det krävs att sjuksköterskan känner till patientens kulturella värderingar, vilka övertygelser patienten har och hur dennes livssituation ser ut. Det fodras även att sjuksköterskan vet vad som är viktigt för patienten för att denna ska må så bra som möjligt (Leininger & McFarland, 2002).

Enorm uppskattning gentemot kunskap om könsstympling uttrycktes tydligt av kvinnorna. De kvinnor som i sina vårdmöten kommit i kontakt med personal som hade erfarenhet utav sedvänjan hade en helt annan uppfattning omkring mötet. Angel och Hjern (2004) menar att vetskap hjälper till att arbeta på ett icke fördömande sätt i mötet, negativa attityder kan slås bort och adekvat vård kan ges. Enligt Leininger och McFarland (2002) måste vårdpersonalen hela tiden sträva efter kulturell kunskap och att vården ska grundas på människans verklighetsuppfattning.

SLUTSATS

Könsstympling är en urgammal tradition som i kvinnornas hemländer i flera fall styr hennes rättigheter. En kvinna som ej genomgått könsstympling är ingenting värd. I takt med att invandringen till Europa ökar kommer dessa kvinnor i allt större utsträckning i kontakt med europeisk vårdpersonal. Kvinnorna upplevde ofta stora kulturskillnader i mötet med vårdpersonalen. I nuläget var det negativa upplevelser som speglade majoriteten av mötena, så som kommunikations hinder och okunskap som ledde vidare till missförstånd och rädsla. Alltså borde vårdpersonal försöka sätta sig in i kvinnans situation och ej handla på ett fördömande sätt. Kvinnorna ska inte behöva vara rädda att söka vård på grund av brist på kommunikation eller kunskap. Det kvävs en utökad kunskap angående sedvänjan. Könsstympling är ett känsligt

ämne och ingenting kvinnorna talar högt om, men det handlar om att ge och ta. Kunskap kommer inte utav sig själv, de enda som kan ge en rättvis bild utav sedvänjan är kvinnorna som själva genomgått den. Kräver de utav vårdpersonalen att de ska ha kunskap om ingreppet måste de själva vara villiga att tala om det för att kunskap ska kunna grundas. Empiriska studier vore guld värt då det gäller information och fortsatt forskning om könsstympning.

REFERENSLISTA

- Ahlberg, B.M., Krantz, I., Lindmark, G., & Warsame, M. (2004). "It's only a Tradition": Making Sense of Eradication Interventions and Persistence of Female "Circumcision" within a Swedish Context. *Critical Social Policy*, 24, 50-78.
- Angel, B., & Hjern, A. (2004). *Att möta flyktingar*. Lund: Studentlitteratur.
- Azadeh, H. (1997). Female circumcision genital mutilation and childbirth – a mother child tragedy. *British Journal of Theatre Nursing*, 7, 5-10.
- 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*, 1, 50-57.
- Berggren, V., & Franck M. (2008). *Kvinnlig könsstympning*. Lund: Studentlitteratur.
- Dirie, W., & Milborn, C. (2005). *Smärtans barn*. Malmö: Bra Böcker AB.
- Dorkenoo, E., & Elsworthy, S. (1995). *Female Genital Mutilation: Proposal for change*. London: Minority Rights Group International.
- Elgaali, M., Strevens, H., & Mardh, P-A. (2005). Female Genital Mutilation – an exported medical hazard. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 10, 93-97.
- Essén, B., Johndotter, S., Hovelius, B., Gudmunsson, S., Sjöberg, N-O., Friedman, J., & Östergren, P-O. (2000). Qualitativ study of pregnancy and childbirth experiences in Somalian women resident in Sweden. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, 1507-1512.
- Graneheim, U-H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 105-112.
- Hanssen, I. (2006). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.
- Hejll, A. (2001). *Fakta om kvinnlig könsstympning*. Stockholm: Rädda Barnen.
- Ismail, N-A. (1999). *Urinary leakage and other complications of female genital mutilation (FGM) among Somali girls in Sweden*. Uppsala universitet. Institutionen för kvinnor och barns hälsa.
- Johansen, R-B. (2006). *Experiences and perceptions of pain, sexuality and childbirth. A study of Female Genital Cutting among Somalis in Norwegian Exile, and their health care providers*. Oslo: University of Oslo.

- Leininger, M., & McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, Theories, Research & Practice*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Leonard, L. (2000). *We did it for pleasure only: Hearing Alternative Tales of Female Circumcision*. Boulder: Lynne Rienner Publisher.
- Lundberg, C-P., & Gereziher, A. (2006). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*, 24, 214-225.
- SFS 1982:316. *Lag med förbud mot könsstympning av kvinnor*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1982: 763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Talle, A. (2007). *Female Circumcision in Africa and Beyond: The Anthropology of difficult issue*. London: Rutgers University Press.
- Thierfelder, C., Tanner, M., & Kessler Bodiang, CM. (2005). Female genital mutilation in a context of migration: Experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health*, 15, 86-90.
- Vangen, S., Johansen, E., Sundby, J., Træen, B., & Stray-Pedersen, B. (2004). Qualitative Study of Perinatal Care Experiences among Somali Women and Local Health Care Professionals in Norway. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology*, 112, 29-35.
- World Health Organization. (1996). *Female genital mutilation: an overview*. Geneva: WHO.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Widmark, C., Tishelman, C., & Ahlberg, B M. (2002). A Study of Swedish Midwives' Encounters with Infibulated African Women in Sweden. *Midwifery*, 18, 113-125.
- Wiklund, H., Aden, A S., Högberg, U., Wikman, M., & Dahlgren, L. (2000). Somalis Giving Birth in Sweden: A Challenge to Culture and Gender Specific Values and Behaviours. *Midwifery*, 16, 105-115.

Bilaga 1. Sökvägar

Sökmotor: ELIN	Sökord	Antal träffar	Urval	Granskade och godkända
# 1	Female circumcision	575	0	0
# 2	Female circumcision AND female genital mutilation	207	4	3
# 3	Female circumcision AND nursing	19	1	1
# 4	Female circumcision AND european immigrants	0	0	0
# 5	Female circumcision AND attitudes	7	0	0

Sökmotor: PubMed	Sökord	Antal träffar	Urval	Granskade och godkända
# 1	Female circumcision	212	0	0
# 2	Female circumcision AND female genital mutilation	112	3	2
# 3	Female circumcision AND nursing	3	0	0
# 4	Female circumcision AND european	1	0	0

	immigrants			
# 5	Female circumcision AND attitudes	26	0	0

Sökmotor: Cinahl	Sökord	Antal träffar	Urval	Granskade och godkända
# 1	Female circumcision	181	0	0
# 2	Female circumcision AND female genital mutilation	19	1	1
# 3	Female circumcision AND nursing	34	0	0
# 4	Female circumcision AND european immigrants	0	0	0
# 5	Female circumcision AND attitudes	2	0	0

Bilaga 2 – Artikelöversikt och kvalitetsbedömning

Författare	Syfte med studien	Metod	Resultat
<p>År</p> <p>Land</p> <p>Tidsskrift</p> <p>Titel</p>			<p>Kvalitetsbedömning</p>
<p>Ahlberg, BM., Krantz, I., Lindmark, G., & Warsame, M.</p> <p>2004</p> <p>Sverige</p> <p>Critical Social Policy</p> <p>”It’s only a Tradition”: Making Sense of Eradication Interventions and Persistence of Female ”Circumcision” within a Swedish Context.</p>	<p>Undersöka varför kvinnlig könsstympning fortfarande praktiseras trots att insatser gjorts för att utrota sedvänjan. Även att studera somaliska kvinnors tankar om ämnet.</p>	<p>Kvalitativ studie. Metoden är grundad på interjuver och fokusgruppsdiskussioner med 50 kvinnor, 30 män, 10 flickor, 5 pojkar som på olika sätt kommer i kontakt med könsstympning. Ett återkopplingsförlopp användes där observationer lade grunden för diskussioner som efterföljde.</p> <p>Analysen gjordes genom att intervjuerna spelades in på band för att sedan transkriberas. Texterna översattes till engelska varpå de sågs igenom för att manuellt understryka olika kategorier som ledde till teman.</p>	<p>De flesta av kvinnorna med könsstympning ville inte tala om sedvänjan med forskare. Bland annat uttryckte de att de tyckte att det svenska samhället gjorde för stor affär utav det. Studien visar på tydliga brister i kommunikation och attityder hos vårdpersonalen i mötet med den svenska sjukvården.</p> <p>Medel</p>
<p>Berggren, V., Bergström, S., & Edberg, A-K.</p> <p>2006</p> <p>Sverige</p>	<p>Undersöka hur kvinnor, nu bosatta i Sverige, men migrerade ifrån Eritrea, Somalia och Sudan, upplever mötet med den svenska förlossningsvården.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Till att börja med gjordes en pilotstudie för att komma fram till teman och frågor för studien.</p> <p>Med hjälp utav snöbollsteknik valdes 22 kvinnor ifrån Eritrea, Somalia och Sudan ut som utsatts för könsstympning och fött barn. Kvinnorna intervjuades och fick berätta om sina erfarenheter.</p>	<p>Resultatet uppvisade ett lidande hos kvinnorna efter att de blivit övergivna och könsstympade. Även en känsla av sårbarhet i mötet med vårdpersonalen och svårighet att anpassa sig till en ny kultur uttrycktes. Det som vägde tyngst var dock känslan av att vara annorlunda. Flera av kvinnorna drog sig för att söka vård på grund av att de kände</p>

<p>Journal of transcultural nursing</p> <p>Being different and vulnerable: Experiences of immigrant women African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden.</p>		<p>Analysen genomfördes med "latent kontenta analys". Intervjuerna transkriberades och lästes individuellt. Teman som bildade kategorier utformades.</p>	<p>det som att vårdpersonalen såg ned på dem. Ett fåtal kände stor tacksamhet till vården de fått i Sverige.</p> <p>Bra</p>
<p>Essén, B., Johnsdotter, S., Hoveliuss, B., Gudmunsson, S., Sjöberg, N-O., Friedman, J., & Östergren P-O</p> <p>2000</p> <p>Sverige</p> <p>Brittish Journal of Obstetrics and Gynaecology</p> <p>Qualitative Study of pregnancy and childbirth experiences in Somalian women resident in Sweden</p>	<p>Öka förståelsen för hur kulturella faktorer kan påverka den perinatale utgången hos somaliska invandrarkvinnor i samband med graviditet.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Djupintervjuer med 15 somaliska kvinnor bosatta i Sverige med erfarenheter av att fött barn både i hemland och i Sverige.</p> <p>Ett forskningsteam gjorde en textanalys utav intervjumaterialet. Två personer gjorde var för sig kodning av teman och jämförde därefter med varandra.</p>	<p>Majoriteten var nöjda med svenska sjukvården. För att minska risken för att behöva förlösas med kejsarsnitt så minskade kvinnorna matintaget under graviditeten i hopp om att barnet inte skulle bli så stort. Detta på grund av att de var mycket rädda för kejsarsnitt och associerade det med komplikationer. De beskriver hur de känner sig ensamma.</p> <p>Bra</p>
<p>Lundberg, C-P., & Gereziher, A.</p> <p>2006</p>	<p>Beskrivning utav upplevelser av könsstympning under graviditeten, förlossningen och tiden efter, från</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>15 immigrerade kvinnor som fött barn både i hemlandet och i Sverige intervjuades med bandspelare. Intervjuerna spelades</p>	<p>Kvinnorna kände rädsla och oro eftersom de inte litade på den svenska vårdpersonalen hade tillräcklig kompetens. Majoriteten av kvinnorna var emot omskärelse och ville inte</p>

<p>Sverige</p> <p>Midwifery</p> <p>Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden</p>	<p>kvinnor som immigrerat från Eritrea.</p>	<p>in, transkriberades och analyserades.</p>	<p>utsätta sina egna döttrar för det. Komplikationer och smärta var något kvinnorna tydligt uttryckte stark rädsla för.</p> <p>Bra</p>
<p>Thierfelder, C., Tanner, M., & Kessler Boading, C-M.</p> <p>2005</p> <p>Schweiz</p> <p>European Journal of Public Health</p> <p>Female genital mutilation in a context of migration: Experiences of African women with the Swiss health care system.</p>	<p>Undersöka hur könsstympade kvinnor som invandrat till Schweiz upplever obstetrisk och gynekologisk vård i Schweiz. Klargöra huruvida läkare och barnmorskor ger råd och behandlar komplikationer relaterade till könsstymning på ett adekvat sätt.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Beskriver både patientens och vårdpersonalens perspektiv.</p> <p>Metoden var folkgruppsdiskussioner med 29 kvinnor från Eritrea och Somalia och telefonintervjuer med 37 stycken vårdpersonal.</p> <p>Intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades med hjälp av ett dataprogram, MAXQDA.</p>	<p>Omkring 6000 flickor och kvinnor är könsstympade i Schweiz. Missförstånd uppstår ofta då riktlinjer för hur vården ska skötas saknas. Kommunikationen och rådgivningen är ofta bristfällig. Då det efterfrågas av patienten utför personalen reinfibulation.</p> <p>Bra</p>
<p>Vangen, S., Johansen, E., Sundby, J., Træen, B., & Stray-Pedersen, B.</p>	<p>Ta reda på hur hur utförandet av perinatal vård kan påverka fölossningen hos kvinnor med könsstymning.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Djupintervjuer innehållande erfarenheter från mödravård och förlossning samt hantering av könsstymning med 23 somaliska</p>	<p>Kommunikation mellan sjukhus och öppenvårdskliniker fungerade inte bra, ofta uppstod missförstånd dessa emellan. Vårdpersonal önskade mer</p>

<p>2004</p> <p>Norge</p> <p>European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology</p> <p>Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway.</p>		<p>kvinnor och 36 vårdpersonal.</p> <p>Materialet analyserades av tre forskningsteam. De gick detaljerat igenom intervjuerna och plockade ut huvudteman.</p>	<p>kunskap om könsstympning t.ex. utfördes ibland kejsarsnitt istället för deinfibulering på grund av bristande kunskap. Kvinnorna med könsstympning var ofta mycket rädda att söka vård då de var osäkra på vårdpersonalens kunskaper.</p> <p>Bra</p>
<p>Wiklund, H., Aden, A-S., Högberg, U., Wikman, M., & Dahlgren, L.</p> <p>2000</p> <p>Sverige</p> <p>Midwifery</p> <p>Somalis giving birth in Sweden: A challenge to culture and gender specific values and behaviors.</p>	<p>Studera upplevelsen omkring barnafödande hos män och kvinnor från Somalia.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>9 kvinnor 7 män intervjuades genom semistrukturerade intervjuer med kompletterande uppföljningsfrågor.</p> <p>Analysen gjordes med hjälp utav grounded theory.</p>	<p>Då mannen deltar underförlossningen bryts en djupt rotat somalisk tradition kring uppdelningen av manligt och kvinnligt. Detta får både positiv och negativ påverkan på relationen. Problem angående kommunikation och okunskap var återkommande hos både männen och kvinnorna.</p> <p>Medel</p>

Bilaga 3 – Analysförfarande

Meningsbärande enhet	Översättning	Kondensering	Kod	Kategori
<p>”Many women recalled the reaction of the doctors treating them as one of shock or surprise”.</p> <p>(Thierfelder et al. s. 88)</p>	<p>Flera kvinnor kunde minnas den doktors reaktion som behandlade dem som chockartad eller överraskad.</p>	<p>Förvåning på grund av okunskap.</p>	<p>Okunskap</p>	<p>Brist på kunskap</p>
<p>“He saw and he wondered. He had never seen such thing before. He said ‘What is this? Is it an injury or what? Why do you do this?’”</p> <p>(Wiklund et al. 2000 s. 108)</p>	<p>Han såg och han undrade. Han hade aldrig förut sett något liknande. Han sa ‘Vad är detta? Är det en skada? Varför gör du så här?’</p>	<p>Frågor på grund av okunnighet</p>	<p>Okunnighet</p>	<p>Brist på kunskap</p>
<p>“Caesarean section is a nightmare. I know a woman who did not survive. If you survive, it gives your other problems.”</p> <p>(Essén et al. 2000 s.1510)</p>	<p>Kejsarsnitt är en mardröm. Jag vet en kvinna som inte överlevde. Om du överlever får du andra problem.</p>	<p>Dåliga erfarenheter utav kejsarsnitt.</p>	<p>Ängslan</p>	<p>Rädsla</p>
<p>“They had heard people talk about women who died together with</p>	<p>De hade folk tala om kvinnor som dog tillsammans</p>	<p>Hemska historier om förlossning.</p>	<p>Förfäran</p>	<p>Rädsla</p>

<p>their babies when giving birth because of bleeding and infection” (Pranee et al. 2008 s. 221)</p>	<p>med sina bebisar vid förlossning på grund av blödning och infektion.</p>			
<p>The women found that biggest obstacle to a good communication was the problem of understanding the language spoken in the country they were in. (Vangen et al. 2006 s. 31)</p>	<p>Kvinnorna fann att det största hindret för en bra kommunikation var att förstå det i landet talade språket där de befann sig.</p>	<p>Olika talade språk</p>	<p>Svårigheter</p>	<p>Kommunikationshinder</p>
<p>”Due to languages difficulties and misunderstanding they felt isolated and lost during their whole pregnancy and when they met with their midwives.” (Berggren et al. 2006 s. 55)</p>	<p>På grund av språksvårigheter och missförstånd kände de sig isolerade och bortkomna under hela graviditeten och i mötet med deras barnmorska.</p>	<p>Språksvårigheter och missförstånd.</p>	<p>Missuppfattningar</p>	<p>Kommunikationshinder</p>
<p>“Others had been asked whether students could observe the examination, as their genitalia were seen as</p>	<p>Andra blev tillfrågade om studenter fick lov att delta vid undersökningen, då deras genitalier var</p>	<p>Studenter deltog vid undersökning.</p>	<p>Blottad</p>	<p>Utlämnad och kränkt</p>

<p>something of medical interest.”</p> <p>(Thierfelder et al. s.88)</p>	<p>utav medicinsk intresse.</p>			
---	---------------------------------	--	--	--

<p>“Each time I see my doctor there is a crowd of other people watching around the examining table. They are always talking with each other and I can see them laughing at my genitals.”</p> <p>(Vangen et al. 2004 s. 33)</p>	<p>Varje gång jag träffar min doktor är det en samlig människor runtomkring undersökningsbordet som tittar på mig. De talar alltid med varandra och jag kan se hur de skrattar åt mitt underliv.</p>	<p>Nedlåtande bemötande från en grupp människor.</p>	<p>Såra</p>	<p>Utlämnad och kränkt</p>
<p>”They were delighted and felt happy to meet such healthcare professionals who were able to inform and help them in their critical situation.”</p> <p>(Berggren et al. 2006 s. 55)</p>	<p>De var nöjda och glada att få träffa vårdpersonal som kapabla till att hjälpa och informera dem i deras kritiska situation.</p>	<p>Vårdpersonal med bra kompetens.</p>	<p>Säkerhet</p>	<p>Känna trygghet</p>