



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

KANDIDATUPPSATS

Omvårdnad- vetenskapligt arbete 15hp



Transkulturell omvårdnad av könsstympade kvinnor i västerländsk sjukvård

Emma Christensen och Nathalie Fingren

Omvårdnad 15hp

Varberg 2017-04-26

**Transkulturell omvårdnad av
könsstympade kvinnor i västerländsk
sjukvård**

Författare: Emma Christensen
Nathalie Fingren

Ämne Omvårdnad
Högskolepoäng 15hp
Stad och datum Varberg 2017-04-26

Titel	Transkulturell omvårdnad av könsstympade kvinnor i västerländsk sjukvård.
Författare	Emma Christensen och Nathalie Fingren
Akademi	Sektionen för hälsa och välfärd
Handledare	Eva Persson, Universitetsadjunkt, Fil. Mag.
Examinator	Stefanie Obermuller, Universitetslektor, PhD.
Tid	Vårterminen 2017
Sidantal	21
Nyckelord	Erfarenhet, Kultur, Kvinnlig könsstympning, Omvårdnad.

Sammanfattning

Bakgrund: Kvinnlig könsstympning är en sedvänja som utförs av traditionella, kulturella eller religiösa skäl. Ökad invandring till västvärlden har inneburit att vårdpersonal kommer att möta kvinnor som könsstympats och brist på kunskap och praktiska färdigheter hos vårdpersonal kan få konsekvenser för vårdandet. **Syfte:** Att belysa könsstympade kvinnors erfarenheter av kulturella påverkansfaktorer i omvårdnaden. **Metod:** Litteraturstudie med en deduktiv riktad innehållsanalys. Det utfördes en litteratursökning i vårdvetenskapliga databaser. **Resultat:** Resultatet från elva vetenskapliga artiklar placerades in i de förutbestämde kategorierna vilka var; *Erfarenheter av religiösa och kulturella värderingar, Erfarenheter av kommunikation och språk, Erfarenheter av teknologi, Erfarenheter av utbildning, Erfarenheter av släktskap och sociala band och Erfarenheter av lagar och politik.* **Slutsats:** Mötet mellan könsstympade kvinnor och den västerländska sjukvården präglas ofta av kommunikationssvårigheter och kulturella skillnader. Sjuksköterskors bristande kunskap om att vårda könsstympade kvinnor kan medföra att kvinnorna känner sig osäkra och oprofessionellt bemötta vilket kan orsaka onödigt lidande. Framtida forskning bör fokusera på hur dessa kvinnor vill bli vårdade vilket kan vara till nytta för alla verksamma sjuksköterskor.

Title	Transcultural nursing of women with female genital mutilation in western healthcare
Author	Emma Christensen and Nathalie Fingren
Department	Health and Welfare
Supervisor	Eva Persson, Lecturer, MSC.
Examiner	Stefanie Obermuller, Senior Lecturer, PhD
Period	Spring 2017
Pages	21
Key words	Culture, Experience, Female genital mutilation, Nursing

Abstract

Background: Female genital mutilation (FGM) is a custom that is performed for traditional, cultural or religious reasons. The increase of immigration to the western world has caused that nursing staff will meet and care for females that have undergone FGM. Lack of knowledge and practical skills amongst the hospital personnel treating the patients may lead to implications for the caring procedures.

Purpose: To highlight genitally mutilated women's experiences of cultural factors in nursing care. **Method:** A literature study with a directed content analysis. A literature research was performed in health scientific databases. **Results:** The findings from eleven scientific articles were placed in the predetermined categories which were: *experiences of religious and cultural beliefs, experiences of language and communication, experiences of technology, experiences of education, experiences of kinship and social ties and experience of politics.* **Conclusion:** The meeting between genitally mutilated women and western healthcare is often characterized by communication problems and cultural differences. Nurses' lack of knowledge in caring for women with FGM causes the women to feel insecure, badly threatened and may cause unnecessary suffering. Future research should focus on how these women wants to be cared for which can be of benefit to all active nurses.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Kvinnlig könsstympning	1
Definition.....	1
Lagstiftning	2
Kulturella orsaker till kvinnlig könsstympning.....	2
Komplikationer för hälsan	3
Omvårdnad	4
Transkulturell omvårdnad	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Datainsamling	6
Sökningar i Cinahl.....	7
Sökningar i PubMed	7
Sökningar i PsycINFO	7
Manuell sökning.....	7
Kvalitetsgranskning.....	8
Databearbetning	8
Forskningsetiska överväganden	8
Resultat	9
Erfarenheter av religiösa och kulturella värderingar	9
Erfarenheter av kommunikation och språk.....	11
Erfarenheter av teknologi	12
Erfarenheter av utbildning.....	13
Erfarenheter av släktskap och sociala band.....	14
Erfarenheter av lagar och politik.....	14
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	17
Konklusion och implikation	20

Referenser

Bilagor

Bilaga A: Sökordsöversikt
Bilaga B: Sökhistorik
Bilaga C: Artikelöversikt
Bilaga D: Kategoriöversikt

Inledning

Kvinnlig könsstympning är en 2000 år gammal sedvänja som sker av traditionella, kulturella eller religiösa skäl men har inget skriftligt stöd i religionerna. Hur och var sedvänjan uppstod finns det olika teorier om men inget har kunnat fastställas med säkerhet.

Sedvänjan utövas fortfarande då den är rotad i den traditionella tron om kvinnans roll och status (UNICEF, 2016b).

Runt 200 miljoner flickor och kvinnor har utsatts för någon form av könsstympning i Mellanöstern och Afrika där sedvänjan är främst förekommande. Varje år könsstympas drygt två miljoner flickor i världen i åldrarna fyra till elva år (UNICEF, 2016b).

Invandringen till Sverige från länder där kvinnlig könsstympning utförs har ökat tiofaldigt de senaste femton åren vilket har skapat ett mångkulturellt samhälle (Migrationsverket, 2016). I Sverige finns runt 31 000 kvinnor och 7000 flickor under 18 år som utsatts för någon form av könsstympning. Majoriteten av dessa kvinnor och flickor är födda i Somalia, Eritrea, Etiopien, Egypten och Gambia där könsstympningen är utförd innan de kom till Sverige. Invandringen innebär att vårdpersonal från västvärlden kommer att möta kvinnor som blivit könsstympade och är i behov av vård (Socialstyrelsen, 2015). Brist på kunskap och praktiska färdigheter om kvinnlig könsstympning kan få negativa konsekvenser för vårdandet (Widmark, Tishelman & Ahlberg, 2002). För att omvårdnaden skall bli så professionell som möjligt är det avgörande att personal inom hälso- och sjukvården har kunskap och kompetens om kvinnlig könsstympning (Socialstyrelsen, 2016b).

Bakgrund

Kvinnlig könsstympning

Definition

Den internationella benämningen för kvinnlig könsstympning är *Female Genital Mutilation* (FGM) och *female circumcision* (FC) för kvinnlig omskärelse (Mulongo, Martin & McAndrew 2014). *Female Genital Mutilation* anses vara den term som bäst beskriver omfattningen av ingreppet och är den term som används av Världshälsoorganisationen (WHO). *Female genital cutting* (FGC) har på senare tid börjat användas som benämning på ingreppet då det anses vara mer värdeneutralt, dock har begreppet ingen svensk motsvarighet (Almroth, 2008b). Begreppet kvinnlig omskärelse har varit omdebatterat i Sverige och 1998 blev begreppet kvinnlig könsstympning praxis (Socialstyrelsen, 2016a). Problematiken som uppstår vid användning av kvinnlig omskärelse är att det drar paralleller till manlig omskärelse

vilket är felaktigt ur ett religiöst- och anatomiskt perspektiv (Almroth, 2008b). I denna litteraturstudie kommer begreppet könsstympling och förkortningen FGM att användas som benämning av kvinnlig könsstympling.

WHO (2017) definierar kvinnlig könsstympling som ”Female genital mutilation (FGM) comprises all procedures that involve partial or total removal of the external female genitalia, or other injury to the female genital organs for non-medical reasons.”

WHO (2017) klassificerar kvinnlig könsstympling i fyra kategorier:

- I. Helt eller delvis borttagande av klitoris och dess förhud. I ovanliga fall avlägsnas endast klitoris förhud.
- II. Helt eller delvis borttagande av klitoris och inre blygdläppar, med eller utan borttagande av de yttre blygdläpparna.
- III. Benämns även som infibulation, vilket innebär förminskning av vaginalöppningen genom att inre blygdläppar och/eller yttre blygdläppar sys samman, med eller utan borttagande av klitoris.
- IV. Alla skadliga ingrepp av icke-medicinska skäl i det kvinnliga könsorganet, exempelvis prickning, piercing, skärande, brännande och skrapning.

Lagstiftning

I Sverige är kvinnlig könsstympling olagligt (SFS 1982:316). Könsstympling får inte utföras oavsett om samtycke har givits till ingreppet eller ej. Växande politiskt stöd för avskaffandet av FGM har givit upphov till lagar som förbjuder sedvänjan i flera länder i Afrika och Mellanöstern (WHO, 2017). En del av de lagskärpningar som inträffat har skett med stöd i FN:s barnkonvention som säger att ”konventionsstaterna skall vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa” (UNICEF, 2016a).

Kulturella orsaker till kvinnlig könsstympling

Orsaken till FGM är i många kulturer synen på sedvänjan som en norm (Berg & Denison, 2013). Flickor och kvinnor utsätts ofta för press från familj, vänner och från samhället att genomföra ingreppet. De familjer som väljer att inte könsstympa sina döttrar riskerar att bli utstötta och uteslutna från samhället (Mulongo, Martin & McAndrew, 2014). Ett stympat könsorgan symboliserar att flickan fått en god uppväxt och kommer från en respektabel familj (Talle, 2008). Synen på FGM som en meningsfull och värderad kulturell tradition är en av de bidragande faktorerna till att sedvänjan praktiseras. En kvinna uttrycker att ”This is our tradition, it’s something we should do.” (Berg & Denison, 2013, s.845). Kravet att genomgå FGM är inbäddat i

traditionella föreställningar och normer. De kvinnor som ser FGM som en naturlig del i deras sociala- och kulturella kontext har vanligtvis lättare att hantera de problem som ingreppet medför då de representerar normen (Mulongo et al., 2014). FGM kan även vara en källa för känslor som stolthet och tillhörighet för många kvinnor som finner en gruppidentitet i sedvänjan, då FGM starkt sammankopplas med ära och heder (Goldenstein, 2014).

Sedvänjan utövas i flera religioner som kristendomen, judendomen och islam (El Sharwarby, 2008). Trots att FGM inte har något skriftligt stöd i religionerna är sedvänjan ofta uttryckt som en plikt till exempel inom den islamska religionen. Att inte utföra sedvänjan anses som att inte handla i enlighet med religionen och koranen (Berg & Denison, 2013). Trots att FGM innebär svåra kort- och långsiktiga komplikationer anser religiösa ledare att skydda flickornas renhet och moral överväger riskerna (Terry & Harris, 2013).

FGM har länge uppfattats som ett sätt att kontrollera den kvinnliga sexualiteten (Terry & Harris, 2013). Genom könsstympling skall kvinnan skyddas från sin sexuella lust för att bevara kyskheten före äktenskap (Berg & Denison, 2013). Den allmänna uppfattningen är att en kvinna som inte är könsstympad inte kan kontrollera sina lustar. FGM, främst infibulation, verkar då som en barriär genom att göra kvinnan oförmögen att genomföra samlag eller förorsaka smärta (Terry & Harrison, 2013). En annan aspekt av FGM är att göra flickan redo för äktenskap. Det är genom ingreppet som flickan går från barn till vuxen kvinna (Berg & Denison, 2013). Uppfattningen hos många kvinnor är att FGM ökar deras sexuella åtråvärdhet hos män och kan öka mannens sexuella njutning (Terry & Harris, 2013; Berg & Denison, 2013).

Komplikationer för hälsan

För att genomföra ingreppet används instrument som knivar, saxar, skalpeller, glasbitar eller rakblad vilka kan ha använts tidigare och inte rengjorts (Chalmers & Hashi, 2000). På landsbygden sker ofta ingreppet i hemmet med avsaknad av bedövning. Akuta komplikationer efter ingreppet kan vara blodförlust, intensiv smärta och chock (Almroth, 2008a). Komplikationer som kan uppstå efter tid är abscesser, svåra ärrbildningar, cystformationer och infektioner (El Sharwarby, 2008; Terry & Harrison, 2013). Under ingreppet är det vanligt att oavsiktliga skador uppstår på urinrör och tarm vilket kan leda till urinvägsinfektioner, urinretention, dysuri och inkontinens. Även svår smärta vid menstruation och samlag, minskad sexuell lust och infertilitet är vanligt förekommande långsiktiga komplikationer (Terry & Harrison, 2013).

Kvinnlig könsstympling utförs i tron om positiva effekter vilket skiljer sig från andra sexuella övergrepp. Barn som utsatts för sexuella övergrepp kan få kvarstående

psykologiska men som de bär med sig in i vuxenlivet (Almroth, 2008a). Trots att flickan efteråt kan uppleva dessa positiva effekter finns det risk för allvarliga komplikationer, inte bara fysiska utan även psykologiska och utvecklingsmässiga. Då flickan upplever intensiv smärta under ingreppet kan hon komma att påverkas i en senare fas i livet (Almroth, 2008a). Irrationellt eller märkligt beteende kan uppstå i samband med samlag, graviditet och förlossning då dessa händelser omedvetet kopplas samman med könsstympningen. Post traumatiskt stressyndrom (PTSD) är en vanlig reaktion efter en traumatisk upplevelse där flickor och kvinnor som erfarit en könsstympning har ökad risk att drabbas. Andra vanliga psykologiska komplikationer är depression, oro, sömnsvårigheter och ångest (Almroth, 2008a; Terry & Harris, 2013).

Omvårdnad

Omvårdnad kan beskrivas i relation till begreppen patient, sjukdom, lidande och hälsa (Söderlund, 2012). Omvårdnad (caring) är något mer än bara vård ur ett botande perspektiv (curing) och kan inte enbart kopplas till medicinsk behandling-, metod- och teknik. Det är i mötet mellan människor som omvårdnad sker, detta som något omedelbart och naturligt mänskligt. Möten mellan människor lämnar avtryck och får en betydelsefull innebörd i omvårdnaden. Sjuksköterskans omvårdnad präglas av ansvar, samarbete, mod och kompetens. Omvårdnad handlar om en djup respekt och en önskan att lindra lidande. Sjuksköterskan vill visa patienter att trots sjukdom och lidande finns en mening med livet. Sjuksköterskan skall ha respekt för patienten och bemöta henne som en unik individ. Genom god omvårdnad känner patienter tillit och förtroende till vården vilket förmedlar hopp och framtidstro. Vårdteoretiker har genom åren publicerat sina olika teorier om vårdande. Leininger är en av nutidens omvårdteoretiker som beskriver vårdande (care) som kärnan i ”nursing and health” (Söderlund, 2012).

Omvårdnad av könsstympade kvinnor väcker ofta många känslor hos den som vårdar (Widmark et al., 2002). Att identifiera sig med kvinnan väcker känslor som empati och medlidande för kvinnans situation vilket skapar en situation där sjuksköterskan vill vara mer varsam och vänlig. Det är även vanligt att känslor som ilska uppstår, inte mot kvinnan utan mot religionen, traditionen och mot mannen. De känslor som väcks kan vara svåra att dölja och sjuksköterskan är ofta medveten om att kroppsspråket speglar känslorna (Widmark et al., 2002). Trots att omvårdnad av kvinnor som utsatts för FGM kan väcka känslor skall sjuksköterskan ha ett professionellt förhållningssätt och fokusera på omvårdnaden och inte könsstympningen (Tilley, 2015).

I omvårdnad av könsstympade kvinnor bör sjuksköterskan ge omvårdnad som präglas av kulturell medvetenhet (Tilley, 2015). Det är angeläget att skapa en miljö som

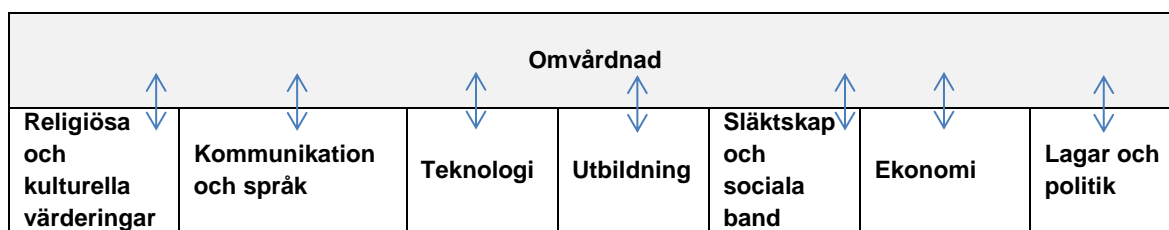
präglas av trygghet och förtroende för att stödja den könsstympade kvinnan. Kvinnor med komplikationer relaterade till könsstympningen söker ofta för andra symptom eller problem då FGM anses som tabubelagt ämne. Då vårdpersonal i västvärlden har liten- eller ingen erfarenhet av könsstympade kvinnor är det vanligt att fel diagnos ställs, eller att orsak till symptomen inte relateras till FGM. För att kunna ge dessa kvinnor korrekt omvårdnad och behandling är det viktigt att vara lyhörd efter specifika symptom och tecken som kan vara relaterade till FGM (Almroth, 2008a).

En vanlig upplevelse bland sjuksköterskor är att de har bristande kunskap om FGM vilket relateras till otillräcklig undervisning i grundutbildningen (Widmark et al., 2002). Det är därför viktigt att belysa könsstympade kvinnors erfarenheter av omvårdnaden för att kunna förbättra situationen och utveckla ett professionellt förhållningsätt.

Transkulturell omvårdnad

Madeleine Leininger är grundare av begreppet transkulturell omvårdnad (Leininger, 2002c). Leiningers teori *Theory of Culture Care Diversity & Universality* beskrivs som omfattande och holistisk och är den enda teorin som uttalat fokuserar på omvårdnad av människor med olika kulturella bakgrunder. Syftet med teorin är att upptäcka, tolka och förutse faktorer som påverkar omvårdnaden, både från ett sjuksköterskeperspektiv och ett patientperspektiv. Målet är att erbjuda patienter kulturellt kongruent vård som kan bidra till hälsa och välbefinnande men även hjälpa patienter att möta sjukdom och död. Teorin kan hjälpa vårdpersonal att hitta likheter och skillnader i hur vårdandet sker i olika kulturer och därmed åstadkomma mer kulturellt kompetent, säker-, och meningsfull vård (Leininger, 2002c). Teorin om transkulturell omvårdnad har försett omvårdnadsvetenskapen med värdefull kunskap och gett nytt perspektiv på vårdande av invandrare och flyktingar från andra kulturer (Leininger, 2002b).

I Leiningers teorin förekommer tolv faktorer vilka kommer att påverka- och påverkas av omvårdnaden (Leininger, 2002a). I denna litteraturstudie valdes de faktorer som förväntades att patienter hade erfarenheter av, vilka var: religion, kulturella värderingar, språk och kommunikation, teknologi, utbildning, släktskap och sociala band, politik och lagar och ekonomi. Utifrån dessa faktorer skapades en modifierad modell som användes i databearbetningen. Teorin är viktig för att få kunskap som behövs i ett mångkulturellt samhälle (Leininger, 2002c).



Figur 1: Modifierad modell av Leiningers teori

Problemformulering

De senaste decennierna har inneburit en ökad invandring från länder som praktiserar könsstympning till länder i västvärlden. Invandringen innebär att sjuksköterskor från västvärlden kommer att möta kvinnor som blivit könsstympade och är i behov av vård. Då könsstympning traditionellt inte utförs i västvärlden har mötet mellan dessa kvinnor och svensk sjukvård kommit att bli en av de kulturkrockar som uppstår. För att kunna erbjuda en fördomsfri- och kulturellt kompetent vård är det av vikt att belysa vad denna patientgrupp har för erfarenhet av västerländsk sjukvård.

Syfte

Syftet var att belysa könsstympade kvinnors erfarenheter av påverkansfaktorer i omvårdnaden.

Metod

Studien genomfördes som en litteraturstudie enligt Forsberg och Wengström (2015) och Friberg (2012) med en deduktiv riktad innehållsanalys (Hsieh & Shannon, 2005).

Datainsamling

Informationssökning utfördes i databaserna PubMed, Cinahl och PsycINFO då dessa databaser innehåller vetenskapliga artiklar som täcker forskningsområdet omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2015). Före den egentliga litteratursökningen, genomfördes en inledande sökning för att få en överblick över forskningsområdet och kunna formulera syftet. Sökord identifierats sedan utifrån syftet, se tabell 1 (bilaga A). Sökorden *female circumcision*, *female cutting*, *female genital mutilation*, *fgc*, *fgm* och *fc* användes tillsammans med den booleska operatoren OR då det finns flertal benämningar för kvinnlig könsstympning. Benämningarna för kvinnlig könsstympning kombinerades med sökorden *care*, *caring*, *cultur**, *experience** och *nurs** genom användning av den booleska operatoren AND. Trunkering användes vid flertal av sökorden för att inte exkludera artiklar som innehöll böjningar. Inklusionskriterier var att artiklar skulle vara etiskt godkända och/eller beröra etiska aspekter, vara på engelska, ha abstrakt tillgängliga samt vara genomförda i ett västerländskt land. Inledningsvis söktes artiklar från år 2007 och framåt men resultatet

var begränsat vilket gjorde att tidsintervallet ökades från år 2004 och framåt. Artiklar av vetenskaplig grad III (låg vetenskaplig kvalitet) exkluderades liksom även artiklar som inte berörde kvinnors perspektiv.

Sökningar i Cinahl

Sökningar med Cinahl Headings gav få träffar varpå fritextsökning tillämpades då antalet träffar var hanterbart. Sökorden som användes i de sökningar som gav resultatartiklar var: "female circumcision", "female cutting", "female genital mutilation", fgm, fgc, fc, cultur*, nurs*, care och caring. Sökningarna genererade totalt 144 artiklar där samtliga titlar lästes igenom. Från de titlar som ansågs relevanta lästes 31 abstrakt. Sjutton artiklar lästes i fulltext där åtta artiklar sedan kvalitetsgranskades utifrån Carlsson och Eimans (2003) granskningsmall för kvalitativa studier. Fyra av artiklarna bedömdes ha vetenskaplig grad I och en artikel bedömdes ha vetenskaplig grad II vilket gjorde att de sedan kom att inkluderas i resultatet. Resterande granskade artiklar ansågs inte ha tillräckligt god vetenskaplig kvalitet och avfärdades därmed. För detaljerad sökhistorik se tabell 2 (bilaga b).

Sökningar i PubMed

I PubMed gjordes inledningsvis en fritextsökning med identifierade sökord vilka var "female circumcision", "female cutting", "female genital mutilation", fgm, fgc, fc och cultur*. Sökkombinationerna resulterade i en stor mängd artiklar som inte svarade på syftet då förkortningarna för könsstympning fgm, fgc och fc har andra betydelser i databasen. Sökningar med kvinnlig könsstympning som en MeSh-term gav färre träffar men artiklar som svarade på syftet varpå MeSh-termer fortsättningsvis användes i databasen. Sökningen som genererade resultatartiklar gav 190 träffar där samtliga titlar lästes igenom. Från de titlar som ansågs relevanta lästes 37 abstrakt. Fjorton artiklar lästes i fulltext där fyra artiklar sedan kvalitetsgranskades. De fyra artiklarna bedömdes ha vetenskaplig grad I vilket gjorde att de sedan kom att inkluderas i resultatet.

Sökningar i PsycINFO

Sökningarna genererade endast dubletter och artiklar som inte svarade på syftet. Inga artiklar valdes därför ut från denna databas.

Manuell sökning

Genom sekundärsökning i referenser från två artiklar identifierades ytterligare två studier. Dessa två artiklar kvalitetsgranskades och bedömdes ha vetenskaplig grad I och II vilket gjorde att de sedan kom att inkluderas i resultatet.

Kvalitetsgranskning

Fjorton artiklar granskades utifrån Carlsson & Eimans (2003) granskningsmall för kvalitativa studier och elva stycken kom att bli resultatartiklar. Granskningsmallen bedömer kvaliteten på artikeln genom att poängsätta olika delar av artikeln där totalpoängen sedan räknas om till procent. Procenten beskriver graden av kvalitén på artikeln där grad I motsvarar 80%, Grad II 70 % och Grad III 60%. De artiklar som valts till resultatet har fått grad I eller II vilket innebär att de är av mycket god eller god vetenskaplig kvalitet.

Databearbetning

Dataanalysen gjordes enligt Hsiehs och Shannons (2005) modell för deduktivt riktad innehållsanalys. Dataanalysen initierades utifrån de angivna kulturella påverkansfaktorerna i teorin om transkulturell omvårdnad (Leininger, 2002a) som därmed utgjorde kategorierna (Hsieh & Shannon, 2005). De förutbestämda kategorierna baserades på de angivna påverkansfaktorerna vilka var religiösa- och kulturella värderingar, kommunikation och språk, teknologi, utbildning, släktskap och sociala band, ekonomi samt lagar och politik (Leininger, 2002a). Inledningsvis djuplästes och bearbetades artiklarnas resultat enskilt. Den text som motsvarade syftet och frågeställningarna markerades och placerades in i kategorier från Leiningers teori. De markeringar som svarade på syftet men som inte initialt kunde placeras in i en kategori analyserades och omprövades gemensamt för att sedan placeras i en slutgiltig kategori (Hsieh & Shannon, 2005).

Forskningsetiska överväganden

Enligt Forsberg och Wengström (2015) och Kjellström (2012) bör etiska överväganden göras vid ett vetenskapligt arbete. Av studiens elva resultatartiklar var nio stycken etiskt godkända. I de två andra artiklarna framgick det inte tydligt att studien var etiskt godkänd men de hade noggranna etiska överväganden. Det framgick tydligt i de valda studierna att deltagarna hade behandlats på ett etiskt korrekt sätt enligt Belmontrapportens tre principer; respekt för personer, göra gott samt rättvis principen (Kjellström, 2012). Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor har som syfte att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning. Deltagare i en studie skall informeras om syftet med forskningen, att deltagandet är frivilligt samt att de har rätt att när som helst avbryta sin medverkan. I de valda resultatartiklarna framgick att deltagarna hade behandlats enligt Lag (2003:460). Föreliggande litteraturstudie kan medföra bättre förståelse för denna patientgrupp och bidra till att vårdpersonal kan erbjuda mer kulturellt kompetent vård vilket resulterar i förbättrad hälsa och välbefinnande.

Resultat

Resultatet från artiklarna har placerats i kategorier utifrån den modifierade modellen av Leiningers teori. I resultatartiklarna fanns inte kvinnors erfarenheter av ekonomi som påverkansfaktor i omvårdnaden representerad, för utförlig kategoriöversikt, se tabell 4 (bilaga d). Varje kategori inleds med en beskrivning av vad Leiningers menar med respektive faktor.

Erfarenheter av religiösa och kulturella värderingar

Vid sjukdom, lidande, hälsa och död vänder sig ofta patienter till sin tro eller spirituella övertygelse. Det är därför viktigt för sjuksköterskan att införskaffa information kring patientens tro för att förstå vad den har för betydelse för patienten för att hantera sin situation. Patientens kulturella värderingar, uppfattningar och livsstilar är viktiga att förstå för att kunna ge god omvårdnad. Vad patienten uppfattar som god omvårdnad baseras på dessa kulturella värderingar.

Könsstympade kvinnor hade föreställningar om FGM som en globalt förekommande sedvänja och i möte med västerländsk hälso- och sjukvård upplevde de ofta skam över att vara annorlunda (Berggren, Bergström & Edberg, 2006; Upvall, Mohammed & Dodge, 2009). I de forna hemländerna ansågs det skamligt att inte vara könsstympad medan de i det nuvarande hemlandet kände skam över att ha utsatts för könsstympning (Berggren et al., 2006). Det fanns även exempel på att känna stolthet över att vara könsstympad i mötet med västerländsk sjukvård. Att i sjukvården känna skam över att vara könsstympad kunde innebära att aktivt välja att inte söka hjälp för sina problem och för somliga kvinnor var religionen viktig för att kunna hantera detta (Vloeberghs, van der Kwaak, Knipscheer & van der Muijsenbergh, 2012).

Det fanns kvinnor som upplevde att de i sjukvården uppfattades som studieobjekt och att deras könsstympning var något av medicinskt intresse för vårdpersonal (Berggren et al., 2006; Thierfelder, Tanner & Kessler Bodiang, 2005). Några hade även fått frågan om studenter kunde närvara vid vaginal undersökning för att observera det stympade könsorganet (Thierfelder et al., 2005). Vårdpersonalens förmåga att bemöta kultur, religion och FGM på ett kulturellt känsligt sätt var nyckeln till en god professionell relation eftersom det för många kvinnor var känsligt av såväl religiösa som kulturella skäl att tala om FGM (Lundberg & Gereziher, 2008; Safari, 2013; Thierfelder et al., 2005; Vloeberghs et al., 2012). Problem relaterade till sexualitet och de sexuella organen betraktades som något väldigt privat och personligt som skulle hållas hemligt (Norman, Hemmings, Hussein & Otoo-Oyortey, 2009; Safari, 2013). Att öppet tala om komplikationer av FGM som smärta vid samlag och vaginala undersökningar undveks då det var skamligt vilket resulterade i att kvinnorna ofta led i tystnad (Lundberg & Gereziher, 2008). Många kvinnor betonade dessutom att det

var extremt svårt att tala om FGM med en manlig vårdgivare och önskade därför en kvinnlig (Thierfelder et al., 2005). Speciellt vid vaginala undersökningar föredrog kvinnorna att bli undersökta av en kvinna då de inte ville att en man skulle se deras privata delar på grund av både religiösa och personliga skäl (Moxey & Jones, 2016; Upvall et al., 2009). Trots en önskan om en kvinnlig vårdgivare kunde kvinnorna acceptera en manlig då de förstod att det var en del av den västerländska kulturen. De kvinnor som endast accepterade kvinnliga vårdgivare var väl medvetna om att de behövde fråga om det (Murray, Windsor & Parker, 2010).

Erfarenheter av bristande kulturell kompetens inom hälso- och sjukvården var vanligt förekommande (Berggren et al., 2006; Degni, Souminen, El Ansari, Vehviläinen-Julkunen & Essen, 2014; Norman et al., 2009; Vangena, Johansen, Sundby, Træen & Stray-Pedersen., 2004; Vloeberghs et al., 2012). Från mödrahälsovården hade ofta kvinnor positiva erfarenheter av vårdpersonal. I de forna hemländerna var ofta barnmorskorna hårda och brutala (Berggren et al., 2006) medan de i västerländska länder beskrevs som vänliga, ömsinta och försiktiga (Lundberg & Gereziher, 2008; Murray et al., 2010). Trots att sjukvården beskrevs som god och välfungerade kunde vården upplevas som oerfaren när det kommer till att ge kulturell kompetent vård till utländska kvinnor (Degni et al., 2014). Kvinnor ansåg att vårdpersonalen var i behov av ökad kulturell kunskap då de upplevde att de inte hade någon förståelse för deras kultur och tradition (Degni et al., 2014; Norman et al., 2009). Trots att de talade samma språk upplevde de svårigheter på grund av olika kulturella värderingar (Degni et al., 2014). Bristande kunskap och förståelse om FGM gjorde att kvinnorna kände sig isolerade och förvärrade deras känslor av att vara onormala (Degni et al., 2014; Norman et al., 2009) vilket resulterade i att kvinnorna upplevde att de inte hade något förtroende för sjukvården (Norman et al., 2009). Kvinnor kände sig ibland generade, ledsna eller skyldiga i möte med sjukvården på grund av vårdpersonalens beteende (Norman et al., 2009; Vloeberghs et al., 2012). De beskrev hur de upplevt okänsliga och elaka kommentarer från vårdpersonalen (Vangena et al., 2004). Kvinnor kunde uppleva att sjukvårdpersonal såg ned på dem (Berggren et al., 2006; Norman et al., 2009) och beskrev hur personalen ofta talade med varandra om dem utan att själva bli tillfrågade (Berggren et al., 2006). I mödravården kände sig kvinnor dåligt bemötta av vårdpersonal om de fått fler barn än vad som ansågs vara normen i det nuvarande hemlandet. De upplevde då att vårdpersonal inte ansåg dem vara kapabla att besluta om sin egen familjeplanering (Berggren et al., 2006).

Utifrån kvinnors erfarenheter krävs att vårdpersonal har god kulturell kompetens samt respekterar och har förståelse för kvinnornas kultur och tradition (Berggren et al., 2006; Degni et al., 2013; Lundberg & Gereziher, 2008; Norman et al., 2009; Safari, 2013; Thierfelder et al., 2005; Vangena et al., 2004; Vloeberghs et al., 2012).

Erfarenheter av kommunikation och språk

Språk och kommunikation är viktiga komponenter för att kunna möta och tillgodose patientens vårdbehov. För att minska missförstånd måste sjuksköterskan vara medveten om den verbala- och ickeverbala kommunikation som varierar inom olika kulturer. Vid kommunikationssvårigheter måste sjuksköterskan vara beredd på att använda den ickeverbala kommunikationen.

Kommunikations- och språksvårigheter ansågs vara en av de största barriärerna som kvinnor stötte på inom hälso- och sjukvården (Berggren et al., 2006; Degni et al., 2014; Moxey & Jones, 2016; Murray et al., 2010; Norman et al., 2009; Thierfelder et al., 2005; Upvall et al., 2009). Många kvinnor upplevde att sjukvårdspersonal varken förstod eller lyssnade på dem (Berggren et al., 2006). Svårigheter med språket resulterade ofta i missförstånd mellan kvinnor och vårdpersonalen (Degni et al., 2014) och kvinnor var eniga om att kommunikation var nyckeln till allt. Bristande kommunikation medförde att kvinnor fick svårigheter att finna information, bli förstådda eller uttrycka sina problem och behov för vårdpersonal (Moxey & Jones, 2016). Kvinnor upplevde även svårigheter att uttrycka sig då FGM var känsligt att tala om (Berggren et al., 2006; Upvall et al., 2009; Vangena et al., 2004). Att inte bli förstådd av sjukvårdspersonal kunde kännas stressande och frustrerande (Murray et al., 2010). Kvinnor återgav att de vid flera tillfällen endast förstod en del av vad vårdpersonalen sa och ibland inte alls. En vanlig upplevelse var att det som skedde i samband med sjukhusbesök inte förklarades vilket resulterade i att kvinnor gav sitt medgivande till undersökningar och tog läkemedel utan att veta varför. I vissa fall låtsades kvinnorna att de förstod vilket resulterade till att de inte följde de råd som gavs (Murray et al., 2010). När kvinnor fick skriftlig information hade de svårt att förstå den och kunde inte relatera till sin egen situation varpå de valde att inte läsa den (Vangena et al., 2004). En kvinna beskrev det som skrämmande att inte förstå och att inte ha någon som kunde förklara (Murray et al., 2010). Kommunikation samt läs- och skrivsvårigheter kunde även medföra att det blev svårt att boka tider inom sjukvården och köpa rätt receptfria mediciner (Upvall et al., 2009).

Det var vanligt att kvinnor använde icke auktoriserade tolkar på grund av att vårdpersonalen rådde dem till det eller att de inte visste att språktjänster fanns tillgängliga (Norman et al., 2009; Murray et al., 2010). Att inte bli erbjuden tolk kunde uppfattas som ovillig attityd från vårdpersonalen. Det fanns kvinnor som vittnade om att de blivit tillsagda av vårdpersonal att de borde kunna språket då de uppehållit sig i landet under längre tid (Berggren et al., 2006). Andra kvinnor förklarade hur de desperat bett om tolk för att kunna förklara sina problem men nekats på grund av långa väntetider. Resultatet blev att de i mötet med hälso- och sjukvården ofta fick förlita sig på familj och närstående för att översätta (Norman et al., 2009). När kvinnor använde sig av familj eller närstående som tolkar upplevdes det att dessa

inte alltid översatte allt kvinnan ville ha sagt då frågorna ansågs skamliga (Upvall et al., 2009). Detta kunde även ske när kvinnor använde sig av en auktoriserad tolk vilket gjorde att de avstod från att ställa känsliga frågor. Svårigheter med att använda tolk fick kvinnor att önska att de kunde tala med vårdpersonalen direkt (Upvall et al., 2009). De kvinnor som kunde tala det nuvarande hemlandets språket kände sig stärkta av att kunna uttrycka sig. Att kunna uttrycka sig gjorde att kvinnorna kände sig avslappnade, lugna och hade mer kontroll (Murray et al., 2010). Det upplevdes även att vårdpersonal lyssnade och talade mer med invandrare som talade personalens språk (Degni et al., 2014).

Att ha en öppen relation med vårdpersonal medförde att kvinnor kände sig bekväma att diskutera FGM, speciellt om vårdpersonalen var dem som initierade diskussionen. De upplevde inga svårigheter att bli frågade om deras åsikter angående FGM eller om de skulle könsstympa sina döttrar så länge frågorna var ställda på ett varsamt sätt (Moxey & Jones, 2016). Andra kvinnor med psykosociala problem relaterade till FGM upplevde att de kände sig bättre efter att ha samtalat med vårdpersonal (Vloeberghs et al., 2012). Vårdrelationer med bristande kommunikation associerades med en mer negativ helhetsupplevelse av vården (Moxey & Jones, 2016). Det var vanligt att kvinnor beskrev hur FGM inte tagits upp i mötet med gynekologisk- eller förlossningsvård (Berggren et al., 2006; Thierfelder et al., 2005). Att FGM inte diskuterats under vårdmötet medförde att kvinnorna kände sig osäkra men ändå tog för givet att vårdpersonal hade vetskap kring deras könsstympning (Berggren et al., 2006). Andra uttryckte lättnad över att FGM inte tagits upp då de inte ville diskutera det (Thierfelder et al., 2005). Brister i kommunikation från vårdpersonal kunde medföra att kvinnor kände sig annorlunda och onormala (Norman et al., 2009).

Utifrån kvinnors erfarenheter krävs god kommunikation för att kvinnorna skall känna sig sedda och professionellt bemötta. Kommunikation är avgörande för en god omvårdnad och vårdrelation (Berggren et al., 2006; Degni et al., 2013; Moxey & Jones, 2016; Murray et al., 2010; Norman et al., 2009; Thierfelder et al., 2005; Upvall et al., 2009).

Erfarenheter av teknologi

Det är viktigt att undersöka patientens relation och förhållande till den moderna tekniken med fokus på hälso- och sjukvården.

Kvinnor uttryckte stora skillnader mellan hälso- och sjukvården i sina forna hemländer och i deras nuvarande hemland (Degni et al., 2014). En kvinna beskrev hur sjukhusen i hemlandet var förstörda och saknade patientsängar. Det fanns inte heller tillgång till läkemedel eller vårdpersonal. Tillgången till sjukvård bestämdes av den socioekonomiska statusen vilket innebar att fattiga människor inte hade tillgång till

god sjukvård (Degni et al., 2014). Vidare uttrycktes tacksamhet över att befinna sig i ett västerländskt land med tillgång till medicinsk utrustning och teknik av hög kvalitet (Berggren et al., 2006; Degni et al., 2014). I möte med västerländsk sjukvård stötte kvinnor ofta på tekniska hjälpmedel och undersökningar som de var obekanta med (Murray et al., 2010).

Erfarenheter av utbildning

Sjuksköterskan ska bedöma patientens utbildningsgrad, syn på utbildning- och instruktioner kring hälsa och hälsosamt beteende. Det är även viktigt att ta reda på vad patienten anser att vårdpersonalen skall ha för kunskap och information för att kunna ge god omvårdnad.

För kvinnor var det viktigt att vårdpersonal visste att de var könsstympade samt hade god kunskap och kompetens kring FGM (Lundberg & Gerezgiher, 2008; Upvall et al., 2009; Vloeberghs et al., 2012). Att vårdas av vårdpersonal utan kunskap om FGM fick kvinnor att känna sig osäkra och rädda på grund av deras okunskap. Kvinnor önskade att vårdpersonal i västerländska länder hade mer kunskap om hur de kunde ge stöd till dem (Lundberg & Gerezgiher, 2008). Kvinnor berättade hur vårdpersonal inte förstod problem relaterat till FGM i tillräcklig stor utsträckning på grund av kunskapsbrist vilket resulterade i bristande förtroende för sjukvården (Norman et al., 2009). Det fanns exempel på hur kvinnor känt sig generade och onormala vid vaginala undersökningar då vårdpersonal sett förvånade eller chockade ut på grund av okunskap (Berggren et al., 2006; Thierfelder et al., 2005; Vangena et al., 2004; Vloeberghs et al., 2012). Kvinnor berättade hur vårdpersonal på grund av sin okunnighet om FGM frågat om de varit med om en olycka vilket fick dem att känna sig skamsna (Norman et al., 2009; Thierfelder et al., 2005 & Vangena et al., 2004). Det fanns även positiva erfarenheter av hälso- och sjukvården när kvinnorna upplevt att vårdpersonal haft god kunskap om könsstympning. När vårdpersonal kunde ge information och hjälpa kvinnorna i deras situation kände de sig trygga (Lundberg & Gerezgiher, 2008).

I mötet med sjukvården var kvinnor intresserade av få kunskap om för- och nackdelar med att vara infibulerad. De ville även lära sig vad som ansågs vara normalt för kvinnor i det nuvarande hemlandet (Thierfelder et al., 2005). Kvinnor beskrev att de inte påträffat vissa undersökningar tidigare i hälso- och sjukvården, trots det var de villiga att delta om undervisning gavs (Murray et al., 2010). De beskrev hur de i sina forna hemländer endast lämnat kapillära blodprov vilket resulterade att kvinnorna blev förvånade över att behöva lämna flera venösa blodprover. Då kvinnorna inte hade någon kunskap om varför blodproven skulle tas upplevdes det som misstänkt och skadligt (Upvall et al., 2009). Kvinnorna beskrev hur de hade lite eller ingen kunskap om sina rättigheter inom hälso- och sjukvården gällande behandlingar och

utbildningsmöjligheter (Murray et al., 2010). Vidare upplevde de svårigheter att navigera i det västerländska hälso- och sjukvårdssystemet på grund av bristande kunskaper om hur det fungerade (Moxey & Jones, 2016; Murray et al., 2010).

Utifrån kvinnors erfarenheter är utbildning viktigt för att kunna känna förtroende och trygghet i hälso- sjukvården (Lundberg & Gerezgiher, 2008; Norman et al., 2009; Upvall et al., 2009; Vloeberghs et al., 2012).

Erfarenheter av släktskap och sociala band

Släktskap och sociala faktorer är en grupp av familj eller nära vänner som påverkar patienten och dennes val i det vardagliga livet. Andra delar som är betydelsefulla för sjuksköterskan är kunskap om hur familjemedlemmar och vänner sköter omsorgen av patienten vid hälsa och sjukdom. Det handlar även om hur patienten önskar bli vårdad av sjuksköterskan.

Att befinna sig i ett främmande land utan familj och närstående resulterade i att kvinnor kände sig ensamma i mötet med hälso- och sjukvården (Lundberg & Gerezgiher, 2008; Vangena et al., 2004). Kvinnor berättade hur de i sina forna hemländer var omgivna av familj och vänner som gav dem stöd både på sjukhuset och i hemmet (Berggren et al., 2006; Lundberg & Gerezgiher, 2008; Vangena et al., 2004). Närhet av familj och släktingar minskade kvinnornas rädsla och smärta och gav dem en känsla av trygghet (Lundberg & Gerezgiher, 2008). När kvinnor inte hade familj och släktingar som kunde ge stöd fick de förlita sig på sjukvården (Murray et al., 2010). De berättade hur de ofta använde sina män eller släktingar som stöd vilket upplevdes hjälpsamt av somliga medan andra upplevde det genant att tala om intima ämnen framför släktingar. Om sjukvårdens tjänster var svårtillgängliga kände de sig väldigt ensamma (Murray et al., 2010).

Erfarenheter av lagar och politik

Världen är full av olika politiska idéer och beslut som kan påverka den enskilde individens hälsa. Därför är det viktigt som sjuksköterska att få kunskap om politiska och legala faktorer som patienten upplever influerar deras hälsa och välbefinnande.

Vid förlossning behövde vaginan hos kvinnor med könsstympling typ III öppnas för att barnet skulle kunna komma ut. Efter förlossning beskrev kvinnor hur de velat att vaginan skulle sys ihop igen då det hörde till kulturen och traditionen i deras forna hemländer (Berggren et al., 2006). I möte med sjukvården i de nuvarande hemländerna blev kvinnor informerade om lagen som förbjöd vårdpersonalen att sy ihop vaginan igen efter förlossning vilket upplevdes som hårt i relation till de fysiska komplikationer, exempelvis infektioner som kvinnorna fick av att vara öppna. Vidare

beskrev de förståelse för lagen men menade att de redan var skadade och lagen fick dem att känna sig som offer igen (Lundberg & Gerezgiher, 2008). I frågan om att låta könsstympta sina döttrar beskrev kvinnor hur lagen gav dem stöd i deras beslut att avstå (Berggren et al., 2006).

Diskussion

Metoddiskussion

För att säkra en god vetenskaplig kvalitet bör trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet uppmärksammas (Wallengren & Henricsson, 2012). Litteratursökningen gjordes i två omgångar, en inledande för att kartlägga forskningsläget och sedan en egentlig vilket stärker studiens bekräftelsebarhet (Wallengren & Henricsson, 2012). Trovärdigheten i studien ökar då litteratursökningarna genomfördes i flera databaser som innehåller vetenskapliga artiklar med fokus på omvårdnad. Trovärdigheten ökar ytterligare då sökningar gjordes i flera databaser vilket genererade en större mängd relevanta artiklar (Henricsson, 2012). I alla sökningar förekom dubletter av artiklar vilket kan ses som en styrka att sökningarna resulterade i samma träffar. Relevanta sökord identifierades utifrån syftet och användes sedan vid sökning i alla databaser vilket ökar pålitligheten (Forsberg & Wengström, 2012). Trots att sökordet experience* inte genererade resultatartiklar kan det ses som en styrka att sökordet använts då forskningsområdet söktes av. Sökningarna identifierade relevanta artiklar som svarade på studiens syfte vilket tyder på att de valda sökorden ringade in området väl (Henricsson, 2012). I PubMed användes Mesh-termer då förkortningarna för kvinnlig könsstympling resulterade i stor andel irrelevanta träffar. Sökningar i Cinahl vidgades genom att söka i fritext då sökningen var hanterbar. En styrka med fritextsökning kan vara att sökningen blir bredare men kan också ses som en nackdel då sökningen inte blir lika specifik. Trunkering användes vid flertalet sökord vilket kan ses som en styrka då olika böjningar av begreppen inkluderades (Forsberg & Wengström, 2012). Sekundärsökning bör tillämpas vid all informationssökning för att ta vara på relevant information. Att söka i referenslistor kan generera nya artiklar som berör ämnet (Forsberg & Wengström, 2012). Två av resultatartiklarna framkom genom sekundärsökning, detta från två olika studier.

I datainsamlingen redovisas vilka inklusions- och exklusionskriterier som användes vilket ökar bekräftelsebarheten (Wallengren och Henricsson, 2012). De vetenskapliga artiklarna skulle vara skrivna på engelska. Detta innebar en risk för feltolkningar då språket inte behärskades fullt ut vilket kan ha påverkat studiens trovärdighet. För att förhindra feltolkningar har tolkning skett först individuellt och sedan jämförts gemensamt. De ord som inte förstods slogs upp i ordbok. De vetenskapliga artiklarna skulle vara publicerade från år 2004 och framåt. Pålitligheten kan minska då forskningen inte är tillräckligt aktuell, men resultatet visade inga skillnader mellan

kvinnornas erfarenheter av hälso- och sjukvården beroende på vilka år studierna var publicerade. Å andra sidan består inte litteraturstudien av så många studier vilket gör det svårt att dra en slutsats angående kvinnors erfarenheter.

Resultatet baserades på elva kvalitativa artiklar vilket stärker studiens trovärdighet då de belyser erfarenheter och upplevelser vilket motsvarar litteraturstudiens syfte. En svaghet med att endast kvalitativ data använts i litteraturstudien kan vara att kvantitativ data hade kunnat ge ett annat perspektiv på fenomenet samt göra resultatet mer överförbart. Artiklarna granskades enligt Carlssons & Eimans (2003) bedömningsmall för kvalitativa studier. Kvalitetsgranskningen kan ha påverkat studiens trovärdighet negativt på grund av begränsad erfarenhet samt att mallen kan ge utrymme för viss subjektivitet. Granskningen skedde först individuellt och sedan gemensamt för att säkerhetsställa att båda författarna granskat artiklarna likvärdigt vilket ändå höjer trovärdigheten (Henricsson, 2012). Samtliga artiklar som inkluderats i resultatet bedömdes ha mycket god- eller god vetenskaplig kvalitet.

De artiklar som ingår i resultatet har sitt ursprung i Australien, Finland, Nederländerna, Norge, Schweiz, Storbritannien, Sverige och USA. Dessa länder tillhör den västerländska kulturen och resultatet från enskild studie kan därför vara överförbart till andra länder inom västvärlden (Henricsson, 2012). Dataanalysen genomfördes initialt enskilt där kategorier identifierades utifrån den valda teorin. Datan jämfördes sedan gemensamt och diskuterades för att nå konsensus vilket ökar trovärdigheten i studien (Henricsson, 2012).

Studien genomfördes som en litteraturstudie med deduktiv ansats. En deduktiv riktad innehållsanalys utgår från en existerande modell med förutbestämda kategorier (Hsieh & Shannon, 2005). Fördelen med att använda denna analysform är att det skapas ett utgångsläge att arbeta utifrån. Att arbeta utifrån en existerande teori med förutbestämda kategorier kan också vara en svaghet. Författarna kan ha påverkats av sin förförståelse vid datainsamling och letar efter data som stödjer teorin snarare än data som inte stödjer. För att inte förförståelsen skulle påverka datainsamlingen, utgick sökningen från syftet och inte teorin (Hsieh & Shannon, 2005). En begränsning med studien var att de valda resultatartiklarna inte gav svar på alla de förutbestämda kategorierna i den valda teorin (Henricsson, 2012).

Trovärdigheten och pålitligheten i studien stärks då den regelbundet granskats av externa granskare såsom handledare och medlemmar i seminariegrupper (Wallengren & Henricsson, 2012).

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa könsstympade kvinnors erfarenheter av påverkansfaktorer i omvårdnaden utifrån Leiningers (2002c) teori om transkulturell omvårdnad.

I resultatet framkommer att kvinnor anser att sjuksköterskor behöver ökad kulturell kunskap för att kunna erbjuda god omvårdnad som präglas av förståelse för kvinnornas kultur och tradition (Degni et al., 2014; Norman et al., 2009). Detta överensstämmer med annan forskning där sjuksköterskor menar att det ofta uppstår kulturella skillnader i mötet mellan dem och könsstympade kvinnor (Widmark et al., 2002). För att könsstympade kvinnor skall få tillit och förtroende för vården bör sjuksköterskan vårda dem som unika individer vilket resulterar i god omvårdnad (Söderlund, 2012). Det är därför viktigt som sjuksköterska att förstå patientens kulturella värderingar, övertygelser och livsstil samt kvinnors erfarenheter av omvårdnaden. Vad patienter uppfattar som en god omvårdnad grundas i kulturella värderingar (Leininger, 2002a).

Kvinnor beskriver i resultatet hur de tidigare trott att alla kvinnor var könsstympade. Mötet med västvärlden ändrade deras uppfattning och de upplever istället skam över att vara könsstympade i mötet med västerländsk sjukvård (Berggren et al., 2006; Upvall et al., 2009). Skam kan resultera i att kvinnor inte söker hjälp för problem som de egentligen hade behövt vårdas för (Vloeberghs et al., 2012). Chalmers och Hashi (2000) beskriver liknande utsagor bland kvinnor som anger att de upplever rädsla för att söka mödravård och istället söker sig till familj och vänner för att vårdas av dem. Denna skam bekräftar även sjuksköterskor då de upplever att kvinnorna genom kroppsspråk visar förlägenhet och skamsenhet vid undersökningar (Widmark et al., 2002). Sjuksköterskor beskriver att känslor av hat och aggression uppstår vid mötet med könsstympade kvinnor. Dessa känslor är inte riktade mot kvinnan utan mot traditionen och religionen som utsatte kvinnorna för könsstympning (Widmark et al., 2002). Sjuksköterskor måste vara försiktiga med att visa känslor av skräck och avsky i mötet med könsstympade kvinnor. Istället bör de vara medvetna om att FGM är en vanlig företeelse i olika kulturer och att FGM betraktas med stolthet av många kvinnor (Goldenstein, 2014).

Sjuksköterskor i den västerländska vården beskrivs av kvinnor i resultatet som vänliga, ömsinta och försiktiga i mödra- och förlossningsvården (Lundberg & Gerezgiher, 2008; Murray et al., 2010) vilket inte stämmer överens med vad kvinnor i Chalmers och Hashi (2000) studie erfarit inom förlossningsvården. De beskriver att sjuksköterskor sagt dömande kommentarer och att de inte får den omvårdnad de upplever sig behöva. Dessa vårderfarenheter resulterar i att drygt 220 av 432 kvinnor i studien, i framtiden skulle välja att vårdas av en annan sjuksköterska (Chalmers &

Hashi., 2000). Att studierna har olik resultat kan bero på att omvårdnaden inte utgår från individen och de unika vårdbehoven. För att ge förutsättningar för god omvårdnad skall sjuksköterskan ha respekt för patienten och bemöta kvinnan som en unik individ (Söderlund, 2012) vilket kan vara en förklaring till att kvinnor har olika erfarenheter av sjukvården. Skillnader i studiernas resultat kan även bero på att det skiljer åtta respektive tio år mellan artiklarnas publiceringsdatum och att vårdpersonal fått mer kunskap om FGM.

Kvinnor i sju av resultatartiklarna erfar att kommunikations- och språksvårigheter är en av de största barriärerna för god omvårdnad (Berggren et al., 2006; Degni et al., 2014; Moxey & Jones, 2016; Murray et al., 2010; Norman et al., 2009; Thierfelder et al., 2005; Upvall et al., 2009). Även andra kvinnor beskriver hur språk- och kommunikationssvårigheter ger upphov till en negativ erfarenhet av hälso- och sjukvården och ger exempel på hur de försökt instruera sjuksköterskor men inte kunnat vilket orsakat skador i samband med förlossning (Ahlberg, Krantz, Lindmark & Warsame, 2004).

Språket har även inverkan på kvinnornas hälsa genom att verka hindrande då de har svårt att boka läkartider (Upvall et al., 2009) och göra sig förstådda och uttrycka sina behov och problem (Moxey & Jones, 2016). Kvinnor beskriver upplevelsen av att inte förstå eller bli förstådd som skrämmande (Murray et al., 2010). För att kunna förklara sina problem redovisar kvinnor hur de desperat bett om tolk men nekats vilket resulterar i att de får förlita sig på närstående att översätta (Norman et al., 2009). Då FGM anses som känsligt och skamligt att tala om upplever kvinnor att både närstående och auktoriserade tolkar inte översätter allt de vill ha sagt (Upvall et al., 2009). Almroth (2008a) menar att detta kan resultera i att kvinnor med komplikationer relaterade till könsstympningen ofta söker för andra symptom eller problem. Därför ökar vikten av att sjuksköterskan är lyhörd efter specifika symptom och tecken som kan vara relaterade till FGM för att kunna ge korrekt omvårdnad (Almroth., 2008a). För sjuksköterskan är det nödvändigt att vara medveten om dessa svårigheter då språk och kommunikation är viktiga komponenter för att kunna möta och tillgodose patienters vårdbehov (Leininger, 2002a).

För att kunna ge god- och meningsfull omvårdnad till denna patientgrupp är det viktigt att sjuksköterskor har ett professionellt förhållningssätt där omvårdnaden sätts i fokus och inte könsstympningen för att undvika att känslöyttringar påverkar kvinnans upplevelse av omvårdnaden (Tilley, 2015). Kvinnor bär ofta med sig negativa erfarenheter av sjukvården vilken beror på att möten mellan människor lämnar avtryck. Det är i mötet mellan människor som vårdandet sker vilket betonar vikten av ett gott vårdmöte (Söderlund, 2012). Kvinnor i resultatet vittnar om sjuksköterskor som sagt elaka eller okänsliga kommentarer (Vangena et al., 2004)

eller betett sig dåligt vilket får dem att känna sig generade och ledsna (Vloeberghs et al., 2012). Detta bekräftas av tidigare forskning där kvinnor berättar hur sjuksköterskor yttrat sårande kommentarer vilket även inkluderar icke-verbal kommunikation där ansiktsuttryck speglar chock vid vaginal undersökning. Den icke-verbala kommunikationen anses vara lika sårande som verbala yttringar (Chalmers & Hashi, 2000) och kvinnor i resultatet beskriver också hur sjuksköterskors ansiktsuttryck fick dem att känna sig onormala (Berggren et al., 2006; Thierfelder et al., 2005; Vangena et al., 2004; Vloeberghs et al., 2012). Sjuksköterskor bekräftar att de i omvårdnaden av könsstympade kvinnor ofta har svårt att dölja sina känslor. De är även medvetna om att deras icke-verbala uttryck speglar dessa känslor (Widmark et al., 2002). I sju resultatartiklar framkom det att sjuksköterskors utbildning och kunskap har stor inverkan på hur kvinnor erfar vården (Berggren et al., 2006; Lundberg & Gereziher, 2008; Norman et al., 2009; Thierfelder et al., 2005; Upvall et al., 2009; Vangena et al., 2004; Vloeberghs et al., 2012) vilket visar att ytterligare kunskap behövs.

Sjuksköterskornas bristfälliga kunskaper resulterar i att kvinnor upplever minskat förtroende för sjukvården (Lundberg & Gereziher, 2008; Norman et al., 2009). Sjuksköterskor menar att denna okunskap beror på bristande erfarenhet av handhavande av denna patientgrupp (Almroth, 2008a) samt bristande undervisning i grundutbildningen (Widmark et al., 2002). Patienters förtroende och tillit till vården påverkas av vårdandets kvalitet (Söderlund, 2012). Sjuksköterskan bör bedöma patientens utbildningsgrad, syn på utbildning- och instruktioner kring hälsa och hälsosamt beteende då detta kommer att påverka erfarenheten av omvårdnaden (Leininger, 2002a). I denna litteraturstudie var kvinnornas utbildning inte det som tolkades vara den största påverkansfaktorn för omvårdnaden utan sjuksköterskornas kunskap och utbildning. Både kvinnor och sjuksköterskor beskriver hur sjuksköterskans kompetens får konsekvenser för vårdandet där kvinnor känner sig missnöjda och sjuksköterskor osäkra i vårdandet. Leininger (2002a) menar att det är viktigt att ta reda på vad patienten anser att sjuksköterskan skall ha för kunskap och information för att kunna ge god omvårdnad vilket bekräftas genom kvinnornas och personalens yttranden.

Kvinnor beskriver att de i möte med vården lämnat blodprover, tagit mediciner, och gett sitt medgivande till undersökningar utan att veta varför (Murray et al., 2010). Vidare beskriver de hur de saknar information om deras rättigheter gällande behandling- och utbildningsmöjligheter inom den västerländska sjukvården (Upvall et al., 2009). Resultatet tyder på att kvinnorna inte fått tillräcklig information och undervisning för att kunna vara så delaktiga som de bör ha rätt till enligt svensk lagstiftning. Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor skall sjuksköterskan ge den information kvinnan behöver för att hon skal kunna ge informerat samtycke till medicinsk behandling och/eller omvårdnad. Kvinnan skall även få information om

rätten till att avstå behandling (Svensk sjuksköterskeförening, 2014) vilket överensstämmer med patientlag (SFS 2014:821).

I flera fall känner sig kvinnor utsatta och ensamma i möte med hälso- och sjukvården då de ofta befinner sig där utan familj och närstående (Lundberg & Gereziher, 2008; Vangena et al., 2004). I de forna hemländerna förlitar de sig ofta på familj och närstående som stöd både på sjukhus och i hemmet vilket blir påtagligt i de nya hemländerna (Berggren et al., 2006; Lundberg & Gereziher, 2008; Vangena et al., 2004). Det är därför viktigt som sjuksköterska att ha kunskap kring hur familj och närstående vanligtvis sköter omsorgen av patienten i det forna hemlandet då det kommer att påverka hur de erfar sjukvården (Leininger, 2002a). Då kvinnorna inte kan erhålla stöd från familj och närstående får de förlita sig på sjukvården och i de fall där de inte upplever stödet som tillfredställande känner de sig väldigt ensamma (Murray et al., 2010). För att stödja kvinnan på bästa sätt bör sjuksköterskan skapa en miljö som präglas av trygghet och förtroende för att minska känslor av ensamhet, rädsla och smärta som kvinnorna kan erfara (Tilley, 2015).

Utifrån kvinnors erfarenheter bekräftas Leiningers påverkansfaktorer som relevanta i omvårdnaden av denna patientgrupp. Om sjuksköterskan har påverkansfaktorerna i beaktning i omvårdnaden av patienter med annan kulturell bakgrund kan kulturellt kompetent omvårdnad åstadkommas.

Konklusion och implikation

Mötet mellan könsstympade kvinnor och vårdpersonal i västvärlden präglas ofta av kommunikationssvårigheter och kulturella skillnader vilka var de mest framträdande resultaten i litteraturstudien. Bristande kunskap om könsstympning hos sjuksköterskor kan få kvinnor att känna sig osäkra, onormala och dåligt bemötta inom vården. För att stödja dessa kvinnor och ge möjlighet till en god vårderfarenhet är det viktigt att respektera- och ha förståelse för deras kultur och tradition samt bemöta dem som unika individer med unika vårdbehov. Bristande kommunikation kan ge upphov till onödigt lidande hos kvinnan och verka hindrande för hälsosamt beteende. Kvinnor är ofta utsatta i möte med hälso-och sjukvården och måste förlita sig helt på sjuksköterskans förmåga att möta deras vårdbehov för att minska ensamheten. Om hälso- och sjukvårdspersonal är medveten och har kunskap om hur de olika påverkansfaktorerna upplevs kan risken för kulturell börda- och smärta hos kvinnorna minska.

Resultatet visar att det är relevant för sjuksköterskor att få insikt i hur könsstympade kvinnor erfar västerländsk hälso- och sjukvård för att öka medvetenheten om FGM och kvinnornas omvårdnadsbehov. Ökad medvetenhet kan minska den skam och osäkerhet som kvinnorna ofta upplever i mötet med sjukvården på grund av okunskap

och oförståelse hos vårdpersonal. Vid omvårdnad av patienter med annan kulturell bakgrund är det viktigt för sjuksköterskan att ha förståelse för de olika kulturella påverkansfaktorerna som kan påverka patientens upplevelse av omvårdnaden. Denna litteraturstudie kan bidra till detta genom att hjälpa sjuksköterskor att identifiera faktorer som kan påverka omvårdnaden

Vidare bör fortsatt forskning fokusera på vad könsstympade kvinnor upplever sig ha för behov av stöd i den västerländska hälso-och sjukvården samt hur sjuksköterskor skall bistå med detta. Undervisning i sjuksköterskeutbildning om kvinnlig könsstypning kan även vara av nytta för blivande allmänsjuksköterskor då de kommer att möta könsstympade kvinnor som är i behov av vård. Denna litteraturstudie kan bidra till ökad kunskap om patientens perspektiv på omvårdnad vilket kan förse sjuksköterskor med värdefull kunskap om hur denna patientgrupp önskar bli vårdad vilket kan vara av nytta för alla verksamma sjuksköterskor.

Referenser

Artiklar markerade med asterix (*) är resultatartiklar.

Ahlberg, B.M., Krantz, I., Lindmark., G. & Warsame, M. (2004). 'It's only a tradition': making sense of eradication interventions and the persistence of female 'circumcosion' within a Swedish context. *Critical Social Policy*, 24(1), 50-78. doi:10.117/0261018304039679

Almroth, L. (2008a). Komplikationer vid könsstympning. I V. Berggren & M. Franck (Red.), *Kvinnlig könsstympning* (s. 87–103). Lund: Studentlitteratur.

Almroth, L. (2008b). Vad är kvinnlig könsstympning?. I V. Berggren & M. Franck (Red.), *Kvinnlig könsstympning* (s. 49–56). Lund: Studentlitteratur.

Berg, C. R., & Denison, E. (2013). A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review. *Health Care for Women International*, 34, 837-859. doi: 10.1080/07399332.2012.721417

*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.

Chalmers, B., & Hashi, K.O. (2000). 432 Somali Women's Birth Experiences in Canada after Earlier Female Genital Mutilation. *BIRTH*, 27(4), 227–234.

*Degni, F., Suominen, B.S., El Ansari, W., Vehviläinen-Julkunen, K., & Essen, B. (2013). Reproductive and maternity health care services in Finland: perceptions and experiences of Somali-born immigrant women. *Ethnicity & Health*, 19(3), 348-366. doi:10.1080/13557858.2013.797567

El Sharwarby, S. R. (2008). Female genital cutting. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 18(9), 253-255.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. (3.uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2012). Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur.

Goldenstein, A.R. (2014). Female Genital Cutting: Nursing Implications. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(1), 95–101. doi: 10.1177/1043659613493441

- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471-479). Lund: Studentlitteratur AB
- Hsieh, H., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. doi: 10.1177/1049732305276687
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-92). Lund: Studentlitteratur AB
- Leininger, M. (2002a). Culture Care Assessments for Congruent Competency Practices. I M. Leininger & M.R. McFarland (Red.), *Transcultural nursing. Concepts, Theories, Research and Practise* (s117-143). (3rd edition) USA: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Leininger, M. (2002b). Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189–192.
- Leininger, M. (2002c). The Theory of Cultural Care and the Etnonursing Research Method. I M. Leininger & M.R. McFarland (Red.), *Transcultural nursing. Concepts, Theories, Research and Practise* (s71-116). (3rd edition) USA: McGraw-Hill Companies, Inc.
- *Lundberg, C.P., & Gereziher, A. (2008). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*, 24, 214-225.
- Migrationsverket. (2016). *Asylsökande till Sverige 2000–2016*. Hämtad 2017-02-21, från: <https://www.migrationsverket.se/download/18.585fa5be158ee6bf362fd2/1485556063045/Asyls%C3%B6kande+till+Sverige+2000-2016.pdf>
- *Moxey, M.J., & Jones, L.L. (2016). A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England. *BMJ open*, 6, 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009846
- Mulongo, P., Martin, H. C., & McAndrew, S. (2014). The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(5), 469-485. doi: 10.1080/02646838.2014.949641

- *Murray, L., Windsor, C., & Parker, E. (2010). The experience of African women giving birth in Brisbane, Australia. *Health care for Women International*, 31, 458-472. doi: 10.1080/07399330903548928
- *Norman, K., Hemmings, J., Hussein, E., & Otoo-Oyortey, N. (2009). *FGM is always with us. Experiences, perceptions and beliefs of women affected by female genital mutilation in London. Results from a PEER study*. London: Options Consultancy Services and FORWARD.
- *Safari, F. (2013). A qualitative study of women's lived experience after deinfibulation in the UK. *Midwifery*, 29, 154-158. doi: 10.1016/j.midw.2011.12.005
- SFS 1982:316. *Lag med förbud mot könsstympning av kvinnor*. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2015). *Flickor och kvinnor i Sverige som kan ha varit utsatta för könsstympning – En uppskattning av antalet*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen. (2016a). *Kvinnlig könsstympning- ett stöd för hälso-och sjukvårdens arbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2016b). *Könsstympning/omskärelse av flickor och kvinnor*. Hämtad 2017- 02-21, från: <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/konsstympningavflickorochkvinnor>
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Söderlund, M. (2012). Vårdande. I L.W. Gustin. & I. Bergbom. (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 115–125). Lund: Studentlitteratur AB
- Talle, A. (2008). Kulturellt och historiskt sammanhang. I V. Berggren & M. Franck (Red.), *Kvinnlig könsstympning* (s. 13–32). Lund: Studentlitteratur.
- Terry, L., & Harris, K. (2013). Female genital mutilation: a literature review. *Nursing Standard*, 28(1), 41–47. doi: 10.7748/ns2013.09.28.1.41.e7750

- *Thierfelder, C., Tanner, M., & Kessler Bodiang, M.C. (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. doi: 10.1093/eurpub/cki120
- Tilley, S.D. (2015). Nursing Care of Women Who Have Undergone Genital Cutting. *Nursing for women's health*, 19(5), 445–449. doi: 10.1111/1751-486X.12237
- UNICEF. (2016a). *Barnkonventionen*. Hämtad 2017-03-03, från: <https://unicef.se/barnkonventionen>
- UNICEF. (2016b). *Kvinnlig könsstympning*. Hämtad 2017-02-21, från: <https://unicef.se/fakta/kvinnlig-konsstympning>
- *Upvall, J.M., Mohammed, K., & Dodge, D.P. (2009). Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circumcision in the United States: A focus group approach. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 360–368. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.04.009
- * Vangena, S., Elise, R., Johansen, B., 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 and Gynecology and Reproductive Biology*, 112(1), 29-3. doi: 10.1016/S0301-2115(03)00313-0
- * Vloeberghs, E., Van der Kwaak, A., & Van den muijsenbergh. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health*, 17(6), 677-695. doi: 10.1080/13557858.2013.771148
- Wallengren, C., & Henricson, M., (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-496). Lund: Studentlitteratur AB
- Widmark, C., Tishelman, C., & Ahlberg, B.M. (2002). A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*, 18, 113-125. doi:10.1054/ymidw.0307
- World Health Organization. (2017). Female genital cutting. Hämtad 2016-02-21, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

Tabell 1: Sökordsöversikt

Sökord	Cinahl	PubMed	PsycINFO
Kvinnlig könsstämpning	female circumcision, female cutting, female genital mutilation, fgm, fgc	"Circumcision, Female"[Mesh]	female circumcision, female cutting, female genital mutilation, fgm, fgc
Kultur	Cultur*	Cultur*	Cultur*
Vård/vårdande	Care/Caring	Care/Caring	Care/Caring
Sjuksköterk*/omvård*	Nurs*	Nurs*	Nurs*

Tabell 2: Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits/ Boolska operatorer	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Resultat artiklar
27/2 – 2017	Cinahl	“female circumcision” OR “female cutting” OR “female genital mutilation” OR fgm OR fgc OR FC AND cultur* 2004-2017, Peer reviewed, research article	63	15	5	4
08/3 – 2017	Cinahl	“female circumcision” OR “female cutting” OR “female genital mutilation” OR fgm OR fgc OR FC AND nurs* OR care OR caring 2004-2017, Peer reviewed, research article	81	16	1	1(3) *
08/3 – 2017	PubMed	"Circumcision, Female"[Mesh] AND cultur* 2004-2017, abstract available	190	37	4	4(5) *
27/2 – 2017	Manuell sökning		1	1	1	1
08/3 – 2017	Manuell sökning		1	1	1	1

*Dubletter av resultatartiklar

Tabell 3: Artikelöversikt

Artikel 1

Referens	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. <i>Journal of Transcultural Nursing</i> , 17(1), 50–57.
Land Databas	Sverige PubMed
Syfte	Att undersöka möten mellan den svenska hälso-och sjukvården och kvinnor från Somalia, Eritrea och Sudan som blivit könsstympade.
Metod: Design	Kvalitativ studie.
Urval	Snöbollsurval användes för att hitta deltagare till studien. 22 kvinnor valdes ut med erfarenhet av att tidigare ha blivit könsstympade och därefter fött barn i Sverige. 6 av kvinnorna kom från Eritrea, 11 från Somalia och 5 från Sudan.
Datainsamling	Intervjuer genomfördes i kvinnornas hem, spelades in och transkriberades.
Dataanalys	Den transkriberade texten analyserades genom användning av latent innehålls analys. Texterna lästes och analyserades flertal gånger av författarna. Utifrån analysen kunde texterna delas in i tre huvudkategorier.
Bortfall	Ett bortfall redovisades.
Slutsats	Kvinnor kände skam i möte med västerländsk sjukvård på grund av deras könsstympling. De kände sig dåligt bemötta av sjukvårdspersonal som såg chockade och äcklade ut vid vaginala undersökningar vilket fick kvinnorna att inte känna sig respekterade. Kvinnorna hade svårt att uttrycka sig både på grund av kommunikations- och språksvårigheter men även på grund av att FGM var ett känsligt ämne att tala om. De upplevde inte att de blev erbjudna tolk för att kunna kommunicera vilket de relaterade till ovillig attityd från vårdpersonal. När de använde sig av auktoriserad tolk upplevde de att tolken inte förklarade vad som skedde och de vågade heller inte fråga. De beskrev hur vårdpersonal inte tog upp FGM under vårdmötet vilket fick kvinnorna att känna sig osäkra. De upplevde att vårdpersonal såg ned på dem och beskrev hur de ofta talade med varandra om dem utan att själva bli tillfrågade. I möte med mödravården upplevde de att vårdpersonal inte ansåg dem vara kapabla att besluta om sin egen familjeplanering. Trots detta upplevde de att vårdpersonalen i deras nuvarande hemländer var vänliga. De uttryckte tacksamhet över att befinna sig i ett land med hög standard på sjukvården. Efter förlossning fick kvinnorna inte sys igen då lagen förbjöd det vilket kvinnorna tyckte var för hårt då de led av komplikationer från att inte bli hopsydda.
Vetenskaplig Kvalitet	Grad I

Artikel 2

Referens	Degni, F., Suominen, B.S., El Ansari, W., Vehviläinen-Julkunen, K., & Essen, B. (2013). Reproductive and maternity health care services in Finland: perceptions and experiences of Somali-born immigrant women. <i>Ethnicity & Health</i> , 19(3), 348-366.
Land Databas	Finland Manuell sökning
Syfte	Att undersöka somaliska kvinnors upplevelse av RMHCS (reproductive and maternity health care services) i Finland samt deras uppfattning av hälso-och sjukvårdspersonalen.
Metod: Design	Kvalitativ studie.
Urval	70 kvinnor i åldrarna 18-50år med rekryterades till studien. Inklusionskriterium var att de skulle bott i Finland i mer än ett år samt ha vårdats där. Erfarenhet av RMHCS var inte ett inklusionskriterie.
Datainsamling	Data samlades genom diskussion i fem olika fokusgrupper. Diskussionerna i fyra av grupperna genomfördes på somaliska, en fältassistent som talade flytande engelska översatte diskussionerna från somaliska till engelska. Diskussionerna spelades in och transkriberades.
Dataanalys	Fältassistenten som genomförde diskussionerna översatte de inspelade materialet på somaliska till engelska. Översättningen kontrollerades av en av de kvinnliga ledarna i samhället som var bilingual för att försäkra att översättningen var korrekt. Det inspelade materialet lyssnades igenom flertalet gånger för att identifiera kontextuella meningar och symboler och för genomföra preliminära tolkningar. Efter vidare analys framkom temat som diskuterades inom forskningsteamet. Fynden kontrollerades av några av deltagarna för att försäkra sig om trovärdigheten.
Bortfall	Inget bortfall redovisades.
Slutsats	Kvinnors möte med sjukvården präglades av kulturella skillnader och kommunikationssvårigheter. De upplevde att den västerländska sjukvården var oerfaren att ge kulturellt kompetent vård till personer av annan kultur. När de uppsökte sjukvården beskrev de hur de fick lämna sin kulturella bakgrund och religion hemma för att förstå vårdpersonalen trots att de talade språket. Okänsliga kommentarer från vårdpersonal inom mödravården fick kvinnorna att känna sig dumma och skamsna. Trots att vården beskrevs som kulturellt okompetent upplevdes den fungera väl. De uttryckte tacksamhet över kvalitén på vården och den medicinska tekniken. Kommunikations- och språksvårigheter resulterade i att kvinnor hade svårt att interagera med vårdpersonal vilket resulterade i missförstånd. De upplevde att vårdpersonal pratade- och lyssnade mer på kvinnor som talade de nuvarande hemlandets språk.
Vetenskaplig Kvalitet	Grad I

Artikel 3

Referens	Lundberg, C.P., & Gereziher, A. (2008). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. <i>Midwifery</i> , 24, 214-225.
Land Databas	Sverige Cinahl
Syfte	Att utforska immigrerade kvinnor från Eritreas upplevelser av kvinnlig könsstympning under graviditet, förlossning samt under postpartumperioden.
Metod: Design	Kvalitativ studie. Etnografisk design.
Urval	15 kvinnor boende runt Uppsala rekryterades genom snöbollsurval. Inklusionskriterium var att kvinnorna skulle vuxit upp i Eritrea och genomgått FGM, ha bott i Sverige i mer än två år, de var mellan 30-50år, hade fått minst ett barn samt var villiga att delta i studien.
Datainsamling	Två intervjuer genomfördes med varje deltagare. Sju av intervjuerna genomfördes på engelska och åtta genomfördes på deltagarnas modersmål. Intervjuerna bestod av fem semistrukturerade och öppna frågor. En pilotstudie med tre av deltagarna genomfördes innan den riktiga studien tog vid. Intervjuerna spelades in, transkriberades och kodades för att försäkra konfidentialitet.
Dataanalys	Datan från intervjuerna analyserades efter återkommande mönster. Efter vidare analys identifierades sex teman som granskades och validerades av en erfaren och utomstående forskare. De transkriberade texterna lästes sedan igen för att försäkra sig om att temana passade materialet.
Bortfall	Inget bortfall redovisades.
Slutsats	Kvinnor kände sig rädda och osäkra i möte med västerländsk vårdpersonal utan kunskap och kompetens om FGM. När de mötte vårdpersonal med kunskap och kompetens kände de sig säkra och glada då de kunde informera- och hjälpa kvinnorna. God kunskap hos vårdpersonalen fick även kvinnor att känna sig säkra trots att de bodde långt ifrån sina familjer. De beskrev hur de i sina forna hemländer fick stöd- och hjälp av sina närstående både på sjukhus och i hemmet vilket de saknade i sina nuvarande hemländer. Bristen på stöd från närstående fick kvinnorna att känna sig rädda, osäkra och ökade deras smärta vilket fick dem att önska att västerländsk vårdpersonal fick lära sig mer om FGM och hur de skall stödja dessa kvinnor. I möte med sjukvården hade kvinnor svårt att uttrycka sina problem då det ansågs skamfullt att tala om sexualitet och smärta relaterat till FGM.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I

Artikel 4

Referens	Moxey, M.J., & Jones, L.L. (2016). A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England. <i>BMJ open</i> , 6, 1-8.
Land Databas	Storbritannien PubMed
Syfte	Att utforska somaliska kvinnor som blivit utsatta för kvinnlig könsstympnings upplevelser av den adenatala och intrapartala vården i England.
Metod: Design	Kvalitativ studie.
Urval	10 kvinnor boende i Birmingham rekryterades genom snöbolls urval. Inklusionskriterium var att kvinnorna skulle vara över 18år, vara födda i Somalia, ha minst ett barn under fem eller vara minst 6 månader gravida med första barnet.
Datainsamling	Datan insamlades genom semistrukturerade intervjuer som spelades in och transkriberades. I tre av intervjuerna användes en kvinnlig tolk som var välkänd och pålitlig inom samhället.
Dataanalys	För att analysera den transkriberade datan användes induktiv tematisk analys där koder och teman identifieras från datan. Datan lästes och flertal gånger av båda författarna där preliminära koder och teman identifierades. Efter vidare analys enades författarna om de slutgiltiga temana.
Bortfall	Inget bortfall redovisades.
Slutsats	Kvinnor beskrev att språk och kommunikation var nyckeln till allt. Att inte kunna det nuvarande hemlandets språk resulterade i svårigheter att hitta information, uttrycka sina behov eller bli förstådd. Vårdrelationer med bristande kommunikation innebar en negativ upplevelse medan en bra relation som präglades av kulturell- och religiös medvetenhet gjorde att kvinnor kände sig bekväma att diskutera FGM. Av religiösa- och personliga skäl ville kvinnor bli undersökt av en kvinnlig vårdgivare, detta för att de inte ville att en man skulle se deras privata delar.
Vetenskaplig kvalitet	Grad 1

Artikel 5

Referens	Murray, L., Windsor, C., & Parker, E. (2010). The experience of African women giving birth in Brisbane, Australia. <i>Health care for Women International</i> , 31, 458-472.
Land Databas	Australien Cinahl
Syfte	Att belysa afrikanska kvinnors upplevelser av barnafödande i Australien och utforska de gemensamma upplevelserna.
Metod: Design	Kvalitativ studie. Fenomenologisk teoretisk ram.
Urval	10 afrikanska kvinnor som hade fött minst ett barn i Brisbane de senaste 5 åren rekryterades med hjälp av snöbolls urval.
Datainsamling	10 semistrukturerade intervjuer genomfördes och spelades in på MP3- filer på en dator.
Dataanalys	Den insamlade datan analyserades efter Amedo Giorgis metod. Datan lästes inledningsvis för att få en bild över helhet. Den lästes sedan igen och delades upp i mindre delar där meningsbärande enheter plockades ut. Slutligen analyserades dessa meningsbärande enheterna i relation till den hälsovetenskapliga disciplinen.
Bortfall	Inget bortfall redovisades.
Slutsats	Kvinnor upplevde att allt inte förklarades tillräckligt inom vården. Känslan av att inte förstå förvärrades av språkbarriärer och att inte vara medveten om att språktjänster fanns tillgängliga. Att inte bli förstådd var frustrerande och stressande. Att kunna tala det nuvarande hemlandets språk fick kvinnor att känna sig stärkta och att de hade mer kontroll. Kvinnor hade svårigheter att navigera i hälso- och sjukvårdssystemet och de hade även liten eller ingen kunskap om deras rättigheter i sjukvården. I kontakt med främmande undersökningar var de villiga att delta om undervisning gavs. Vårdpersonalen ansågs som vänliga, snälla och hjälpsamma. Kvinnor ville helst bli vårdade av kvinnlig vårdpersonal med visste att manlig vårdpersonal var en del av det nuvarande hemlandets kultur. Att använda närstående som tolk ansågs både som något positivt men också pinsamt då de inte ville tala om känsliga ämnen inför dem.
Vetenskaplig kvalitet	Grad 1

Artikel 6

Referens	Norman, K., Hemmings, J., Hussein, E., & Otoo-Oyortey, N. (2009). <i>FGM is always with us. Experiences, perceptions and beliefs of women affected by female genital mutilation in London. Results from a PEER study</i> . London: Options Consultancy Services and FORWARD.
Land Databas	Storbritannien Manuell sökning
Syfte	Att få djupgående insikter om övertygelse, uppfattningar och erfarenheter från kvinnor som genomgått FGM.
Metod: Design	Participatory Ethnographic Evaluation and Research – PEER
Urval	Nio kvinnor rekryterades till studien genom snöbollsurval. Inklusionskriterium var att kvinnorna skulle vara över 25 år, komma från samhällen som praktiserar FGM. De skulle även bo i Borough, Westminster samt vara villiga att delta i studien.
Datainsamling	De som intervjuade genomförde tre intervjuer men tre vänner rörande tre nyckelteman. Intervjupersonerna blev uppmanade att ta anteckningar efter varje genomförd intervju och forskarna för studien besökte dem varje vecka för att samla in fynden och göra detaljerade anteckningar. Djupgående intervjuer genomfördes individuellt mellan intervjupersonerna och forskarna för att ytterligare förklaring av den insamlade datan. En slutgiltig workshop anordnades med intervjupersonerna för att diskutera resultaten, få svar på ouppklarade frågor samt ge feedback om processen.
Dataanalys	Den insamlade datan analyserades tematiskt. Uppkommande teman blev tilldelade koder och utforskades vidare samt triangulerades under den slutgiltiga workshopen. Datan delades sedan in i enheter och citat plockades ut som fångade essensen av varje kod som sedan presenterades i studien.
Bortfall	Inget bortfall redovisades.
Slutsats	Kvinnor talade ogärna med västerländsk vårdpersonal om FGM då de inte ville bli dömda då de upplevde att vårdpersonal såg FGM som något onormalt och fel. Bristande förståelse hos vårdpersonalen fick kvinnorna att känna sig annorlunda, onormala och isolerade. De beskrev hur vårdpersonal inte har förståelse kvinnornas kultur, tradition och problem relaterade till FGM då de har specifika vårdbehov vilket minskade deras förtroende för sjukvården. Kvinnor var ofta ovilliga att tala om FGM med vårdpersonal då det var ett känsligt ämne. Bristande förmåga att kommunicera på grund av språksvårigheter resulterade att de hade svårt att få tillgång till språktjänster som fanns tillgängliga. Det beskrevs hur de ibland var desperata att förklara sina problem men att det inte fanns tillgång till auktoriserade tolkar vilket gjorde att de fick förlita sig på närstående för att översätta. Vårdpersonals okunskap om FGM resulterade i att de såg förvånade och chockade ut vid vaginala undersökningar. Kvinnor beskrev även hur vårdpersonal tillkallat kollegor för att observera kvinnans könsorgan vilket fick dem att känna sig onormala.
Vetenskaplig kvalitet	Grad II

Artikel 7

Referens	Safari, F. (2013). A qualitative study of women's lived experience after deinfibulation in the UK. <i>Midwifery</i> , 29, 154-158. Doi: 10.1016/j.midw.2011.12.005
Land Databas	Storbritannien Cinahl
Syfte	Att utforska kvinnors upplevelse av deinfibulation och dess efterdyningar.
Metod: Design	Kvalitativ studie.
Urval	Deltagare till studien rekryterades från African Well Women Clinic of a Foundation. Kvinnorna skulle vara över 18 år, tala- och förstå engelska, genomgått FGM typ 3 och blivit deinfibulerade någon gång mellan januari 2008 och september 2009. Totalt 14 kvinnor deltog i studien.
Datainsamling	Semistrukturerade intervjuer genomfördes för att utforska kvinnornas erfarenhet av deinfibulation. Öppna frågor ställdes för att generera mer djupgående svar. Intervjuerna tog mellan 40–50 minuter och spelades in och transkriberades.
Dataanalys	Datan analyserades genom användning av Interpretive Phenomenological Analysis (IPA) för att hitta mönster, tankar, känslor och idéer. Meningsbärande enheter kategoriserades och placerades sedan in under teman.
Bortfall	Inget bortfall redovisades.
Slutsats	Kvinnor hade svårt att tala om FGM då sexualitet och de sexuella organen är väldigt privata. Därför var det viktigt att hålla problem relaterat till sexualitet hemligt för att inte behöva skämmas. Att FGM var en del av religionen medförde att de valde att inte tala om det.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I

Artikel 8

Referens	Thierfelder, C., Tanner, M., & Kessler Bodiang, M.C. (2005). Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. <i>European Journal of Public Health</i> , 15(1), 86-90.
Land Databas	Schweiz Cinahl
Syfte	Att ta reda på vad immigrerade kvinnor som genomgått könsstympning (FGM) har för erfarenhet av gynekologisk- och obstetrisk vård i den schweiziska hälso- och sjukvården. Syftet var även att undersöka om vårdpersonal gav en adekvat vård och rådgivning gällande komplikationer till kvinnor som genomgått FGM. Studien vill även uppskatta hur många kvinnor och flickor som bor i Schweiz som tidigare har genomgått en FGM, deras ursprungsland, var i Schweiz dom är bosatta samt åldersgrupper i vördlandet.
Metod: Design	Mixad metod. Endast den kvalitativa delen användes.
Urval	Genom snöbollsurval rekryterade totalt 29st kvinnor som genomgått FGM. Det var 24 kvinnor från Somalia och fem kvinnor var från Eritrea. I studien deltog även sjukvårdspersonal. Genom snöbollsurval valdes 17 gynekologer, tre allmänläkare och 17 barnmorskor ut.
Datainsamling	I den kvalitativa delen användes gruppdiskussioner, individuella intervjuer och telefonintervjuer. Frågorna i intervjuerna och diskussionerna var öppna och semistrukturella. Gruppdiskussionerna och intervjuer spelades in, transkriberades och analyserades.
Dataanalys	Den transkriberade datan analyserades med hjälpa av datorprogrammet MAXQDA.
Bortfall	Inget bortfall redovisades.
Slutsats	Reaktioner som chock, förvåning och olämpliga kommentarer från vårdpersonal var en vanlig upplevelse hos kvinnor. Det talades inte om problem relaterat till FGM vid undersökningar. Varför ämnet undveks berodde främst på språkbarriärer och kulturella skillnader. Kvinnor ville helst bli vårdade av en kvinna och att diskutera FGM med en man ansågs som extremt svårt. Det ansågs även svårt att tala om FGM med sina närstående. Kvinnor ville lära sig vad som ansågs vara normalt bland kvinnor i det nuvarande hemlandet.
Vetenskaplig kvalitet	Grad II

Artikel 9

Referens	Upvall, J.M., Mohammed, K., & Dodge, D.P. (2009). Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circumcision in the United States: A focus group approach. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 46, 360–368.
Land Databas	USA PubMed
Syfte	Att utforska Somaliska Bantu-flyktingars perspektiv på sjukvården i relation till deras status som kvinnor som blivit könsstympade och nyligen bosatt sig i USA.
Metod: Design	Kvalitativ studie.
Urval	23 somaliska flyktingkvinnor erbjöds att delta i studien varav samtliga tackade ja. Inklusionskriterium var att de skulle vara över 18år.
Datainsamling	Datan insamlades genom fokusgrupper där öppna frågor användes. Kvinnorna delades i fyra grupper, med 5–6 deltagare i varje grupp. Samtalen i fokusgrupperna spelades in och översattes av en kvinna som var respekterad av samhället. En månad efter första träffen med fokusgrupperna gjordes en uppföljning.
Dataanalys	Resultatet från intervjuerna i fokusgrupperna tolkades och en tematisk analys gjordes. Därefter kodades och kategoriserades datan. Mjukvaruprogrammet Atlas.ti, ett kodbaserat dataanalyspaket användes för att bearbeta datan och få fram teman.
Bortfall	Under första träffen i fokusgrupperna deltog 23 kvinnor. Under uppföljningen var det 11 deltagare som deltog.
Slutsats	Kvinnor önskade att de kunde kommunicera direkt med vårdpersonal och inte genom tolk. Vissa frågor var känsliga att ställa och kvinnorna upplevde att inte allt översattes. Läs- och skrivsvårigheter begränsade deras tillgång till hälso- och sjukvården. Det var viktigt att vårdpersonal visste om att de var könsstympade och inte blev överraskade vid undersökningar, detta för att kvinnorna inte ville känna sig annorlunda eller onormala. De föredrog även att vårdas av kvinnlig personal på grund av religiösa skäl. Kvinnor som inte hade mött viss teknik inom vården tidigare upplevde detta som underligt och skrämmande.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I

Artikel 10

Referens	Vangena, S., Elise, R., Johansen, B., Sundby, J., Træen, B., & Stray-Pedersen, B. (2004). Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. <i>European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology</i> , 112(1), 29-3.
Land Databas	Norge PubMed
Syfte	Att studera somaliska kvinnor och sjukvårdspersonals erfarenheter av antenatal vård och förlossning. Detta för att få fram hypoteser om hur vården under graviditet och förlossning kan påverka det perinatala resultatet hos etniska somalier.
Metod: Design	Kvalitativ studie.
Urval	Snöbollsteknik användes för att rekrytera deltagare till studien där totalt 23 kvinnor medverkade. Inklusionskriterier var att deltagarna skulle vara födda i Somalia, vara bosatta i Oslo eller i närliggande region, ha genomgått kvinnlig könsstympning och ha erfarenheter av förlossning i Norge. Tre olika mödra- och barnvårdscentraler och tre olika förlossningsavdelningar i Oslo valdes ut för att rekrytera hälso- och sjukvårdspersonal till studien. Totalt intervjuades åtta gynekologer, tre läkare, 22 barnmorskor och tre sjuksköterskor.
Datainsamling	Under två omgångar gjordes djupgående intervjuer med de somaliska kvinnorna och vårdpersonalen. Intervjufrågorna var öppna, explorativa och strukturerade efter teman. Intervjuerna med vårdpersonalen spelades in. Två läkare ville inte att deras intervjuer skulle spelas in, så anteckningar togs istället. Intervjuerna med kvinnorna från Somalia antecknades istället då ljudinspelning hämmade deras vilja att prata. Alla intervjuer transkriberades direkt efter intervjuerna avslutats.
Dataanalys	Tre av författarna analyserade intervjuerna systematiskt. Tolkning och analys av intervjuerna resulterade i tre huvudteman.
Bortfall	Bortfallet var sex kvinnor.
Slutsats	Få kvinnor ville tala om FGM på grund av språksvårigheter. Språksvårigheter resulterade även i att kvinnor inte förstod den information de fått. De hade upplevt okänsliga eller dömande kommentarer från vårdpersonal som fått dem att känna sig skamsna. Vårdpersonal hade genom kroppsspråk visat förvåning och avsky när de såg att kvinnorna var könsstympade. I det nuvarande hemlandet kände de sig ensamma och önska att deras närstående var med dem i hälso- och sjukvården
Vetenskaplig kvalitet	Grad I

Artikel 11

Referens	Vloeberghs, E., Van der Kwaak, A., & Van den muijsenbergh. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. <i>Ethnicity & Health</i> , 17(6), 677-695.
Land Databas	Nederländerna Cinahl
Syfte	Att utforska psykosociala- och relationsproblem hos kvinnliga afrikanska immigranter i Nederländerna som genomgått FGM, orsakerna de tillskriver sina problem, deras åsikt kring relationen mellan deras problem och könsstympning samt hur de hanterar dessa problem.
Metod: Design	Mixad metod. Endast den kvalitativa delen användes.
Urval	Totalt deltog 66st kvinnor som rekryterats till studien genom snöbollsurval, 18st var från Somalia, 12 från Sierra Leone, 18 från Sudan, 12 från Eritrea och 6st från Etiopien.
Datainsamling	För den kvalitativa delen användes semi-strukturerade intervjuer för att samla in data. Intervjuerna genomfördes på deltagarnas modersmål, spelades in och skrevs ned på tyska av intervjupersonerna. Ibland fick intervjupersonerna hjälp av en officiell tolk för att översätta.
Dataanalys	Den inspelade- och nedskrivna datan kontrollerades av personer med samma modersmål som kvinnorna för att säkerhetsställa korrekt översättning. Datan analyserades genom användning av datorprogrammet ATLAS.ti, ett datorprogram som kodar data. Intervjuerna lästes, analyserades och kodades först enskilt av de två författarna och jämfördes sedan. Efter vidare analys med forskargruppen bekräftades resultatet.
Bortfall	Inget bortfall redovisades.
Slutsats	Kvinnor ansåg att vårdpersonal hade dålig kunskap om FGM. Sättet vårdpersonalen betedde sig på fick kvinnor att känna sig generade, ledsna och skyldiga i mötet med sjukvården. Känslor av skam kunde innebära att kvinnor inte sökte hjälp för sina problem. Om vårdpersonal visade ett professionellt förhållningsätt fick de motsatt effekt. Att tala om problem relaterat till FGM med vårdpersonal fick kvinnor att må bättre. Det fanns exempel på att känna sig stolt över att vara könsstympad. Religion ansågs vara en viktig del i kvinnornas liv för att hantera problem.
Vetenskaplig kvalitet	Grad I

Tabell 4: Kategoriöversikt

	Religiösa och kulturella värderingar	Kommunikation och språk	Teknologi	Utbildning	Släktskap och sociala band	Ekonomi	Lagar och politik
Berggren et al. (2006)	x	x	x	x	x		x
Degni et al. (2013)	x	x	x				
Lundberg & Gerezgiher (2008)	x			x	x		x
Moxey & Jones (2016)	x	x					
Murray et al. (2010)	x	x	x	x	x		
Norman et al. (2009)	x	x		x			
Safari (2013)	x						
Thierfelder et al. (2005)	x	x		x			
Upvall et al. (2009)	x	x		x			
Vangena et al. (2004)	x	x		x	x		
Vloeberghs et al. (2012)	x	x		x			

Nathalie Fingren

Emma Christensen



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se