



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

VÅRDPERSONALS KUNSKAPSLÄGE OCH ATTITYDER GÄLLANDE KVINNLIG KÖNSTYMPNING

En litteraturöversikt

Evelina Hilding

Linnea Murro

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2022
Handledare:	Harshida Patel
Examinator:	Sonia Sunny

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka varandra för ett gott samarbete som resulterade i detta examensarbete. Vi vill också tacka vår handledare, Harshida Patel, som genom goda råd, stöd och motivation lett oss fram till arbetets slut.

Titel (svensk)	Vårdpersonals kunskapsläge och attityder gällande kvinnlig könsstympning
Titel (engelsk)	Health care professionals' knowledge and attitudes about female genital mutilation
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2022
Författare	Evelina Hilding och Linnea Murro
Handledare:	Harshida Patel
Examinator:	Sonia Sunny

Sammanfattning:

Bakgrund: På grund av migration, blir mötet mellan vårdpersonal och könsstympade kvinnor vanligare globalt. De könsstympade kvinnorna beskriver att vårdpersonalen saknar utbildning om kvinnlig könsstympning och detta medför att kvinnorna upplever smärta, skam och osäker vård. **Syfte:** att undersöka vårdpersonals kunskap och attityder gällande kvinnlig könsstympning i publicerade studier. **Metod:** studien är en litteraturstudie som baseras på tio vetenskapliga artiklar. Databaserna som använts är PubMed och Cinahl. Samtliga tio artiklar kvalitetsgranskades för att sedan analyseras. **Resultat:** i resultatet framkom två huvudteman: brist på utbildning och varierande attityder. Under huvudteman presenteras subteman. Resultatet visar att vårdpersonal saknar kunskap gällande ingreppet, komplikationer av kvinnlig könsstympning och det juridiska ansvaret. Resultatet belyser även att attityder kring medikalisering av kvinnlig könsstympning och attityder om själva ingreppet varierar. **Slutsats:** det som framkommer tydligt i resultatet är att det behövs mer utbildning för sjukvårdspersonal. Vårdpersonalens attityder kring kvinnlig könsstympning beror till viss del på kunskapsbrist men exponering för ingreppet visar sig också ha en betydande roll.

Nyckelord: Attityd, kunskap, kvinnlig könsstympning, vårdpersonal

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Kvinna.....	1
Kvinnlig könsstympning	1
Komplikationer av könsstympning	3
Kvinnlig könsstympning i världen.....	3
Kvinnlig könsstympning i Sverige.....	3
Koppling till sjuksköterskans profession	4
Omvårdnadsteori.....	5
Tidigare forskning.....	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Design	6
Datainsamling	6
Urval	7
Dataanalys.....	8
Kvalitetsgranskning	8
Etiskt ställningstagande	8
Resultat.....	9
Resultatsammanfattning.....	9
Utbildning	9
Okunskap om könsstympning.....	10
Komplikationer av kvinnlig könsstympning.....	10
Oklart juridiskt ansvar.....	11
Varierande attityder	12
Attityder om ingreppet.....	12
Attityder om medikalisering	13
Diskussion	14
Metoddiskussion	14
Design	14
Urval	14
Datainsamling	15
Etiska ställningstaganden.....	16

Resultatdiskussion.....	16
Kliniska implikationer	18
Slutsats	18
Fortsatt forskning	18
Referenslista	19
Bilagor	23
Bilaga 1	23
Bilaga 2	25
Bilaga 3	31
Bilaga 4	31

Inledning

Under sjuksköterskeutbildningen har vi reflekterat över hur materialet är avgränsat och anpassat efter normer inom västvärlden. Det finns en valbar kurs inom sjuksköterskeprogrammet på Göteborgs Universitet som innefattar information om olika kulturella möten, men långt ifrån alla studenter läser denna. Dessa limitationer resulterar i en insikt om att det finns en risk att vi inte kommer vara förberedda inför möten med personer från andra kulturer och gör att ett kunskapsgap uppstår.

Denna studie kommer därför att fokusera på vårdpersonals kunskapsläge och attityder gällande kvinnor som genomgått könsstympning för att utvidga vår kunskap om ett av de multikulturella mötena inom vården. Med detta arbete vill vi uppmärksamma att det finns diversitet i världen som inte sjuksköterskans grundutbildning täcker genom att undersöka vårdpersonals kunskapsläge och attityder gällande kvinnlig könsstympning.

Bakgrund

Internationella möten inom vården ökar i samband med att migrationen och globaliseringen av världen fortgår. Invandringen i Sverige har sedan år 2000 fram till 2021 ökat från 58 659 människor till 90 631 människor (Statistiska centralbyrån, 2021). Sverige är ett av många länder som tar emot människor med inte bara olika etniciteter, kulturer och språk, utan även människor med olika erfarenheter, förväntningar och synpunkter.

Kvinna

I realiteten har ordet kvinna flera olika innebörder och innefattar alla som vill definierar sig som kvinnor oberoende av exempelvis könsorgan, personnummer och födelsebevis. Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners, queeras och intersexpersoners rättigheter (2021) beskriver att kön kan brytas ner i fyra kategorier: kropp, juridiskt kön, könsidentitet och könsuttryck. I denna studie kommer ordet kvinna att användas i relation till kategorin kropp - en person född med vulva och vagina.

Medikalisering

Medikalisering innebär att ett problem som inte är av medicinsk karaktär eller har medicinsk bakgrund betecknas eller diskuteras som en medicinsk företeelse (Nationalencyklopedin, 2022).

Kvinnlig könsstympning

I Sverige bor idag en multietnisk population, vilket innebär att sjuksköterskor måste ha beredskap för att bemöta kulturella skillnader som kan uppstå vid mötet med patienten. Kvinnlig könsstympning är en av de kulturella skillnader som västerländsk sjukvård måste vara beredda på att bemöta. Könsstympning är olagligt i Sverige (SFS 1982:316) medan det i andra länder är en gammal tradition och ingår i ett kulturellt sammanhang (World Health Organisation [WHO], 2022a).

Termen kvinnlig könsstympning definieras som ett ingrepp som innefattar avlägsnandet av en del av eller alla kvinnans yttre könsorgan, men också andra procedurer som skadar kvinnans könsorgan utan medicinsk anledning (World Health organisation [WHO], 2022a). Organisationen förklarar att kvinnlig könsstympning delas upp i fyra olika huvudkategorier.

Kategori 1: den första kategorin innefattar avlägsnandet av den synliga delen av klitoris: klitorisollonet och/eller klitorishuvan.

Kategori 2: kategori två innebär avlägsnandet av klitorisollonet samt de inre blygdläpparna och ibland även de yttre blygdläpparna.

Kategori 3: den tredje kategorin av könsstympling definieras av att ta bort de inre eller yttre blygdläpparna och sy fast dom igen över kvinnans vagina som ett sätt att försluta vaginan och endast lämna en mindre öppning. Detta kan göras både med och utan avlägsnandet av klitorisollonet.

Kategori 4: andra ingrepp som utförs utan medicinska anledningar som skadar det kvinnliga könsorganet exempelvis piercing, kauterisering och skrapning.

World Health organisation (WHO, 2022b) skriver att könsstympling oftast utförs på flickor mellan 0 och 15 års ålder, men att ingreppet också kan ske senare i livet; kvinnlig könsstympling kan utföras vid giftermål, under graviditet eller vid förlossning. Ingreppet utförs oftast utan bedövning och pågår i cirka 20 minuter. Instrumenten som används - exempelvis knivar, saxar, glasskärvor, stenar, fingernaglar - används ofta utan aseptiska förhållningssätt (United Nations Children's fund [UNICEF], 2020). Förenta nationerna (FN, 2021) belyser att personen som utför kvinnliga könsstymplingar kan variera; vanligtvis är det en äldre kvinna som utför ingreppet, men det förekommer också att traditionella barnmorskor, barberare, herbalister och sjukvårdspersonal utför kvinnlig könsstympling.

Kvinnlig könsstympling är en tradition som utförts i över 2000 år. Det finns religiösa skäl för kvinnlig könsstympling, men det finns inga skriftliga underlag som bekräftar detta (United Nations Children's fund [UNICEF], 2020). United Nations Children's fund (UNICEF, 2020) beskriver att kvinnlig könsstympling genomförs på grund av flera anledningar; det anses som en övergång från flicka till kvinna och från oren till ren, men också som ett sätt att kontrollera kvinnors sexualitet.

Förenta nationerna (FN, 2021) uppmärksammar att det finns fem vanliga orsaker för att förklara varför man omskär kvinnor: psykosexuella, sociologiska och kulturella, hygien och estetiska, religiösa och socioekonomiska orsaker. De psykosexuella anledningarna grundar sig i att kontrollera kvinnans sexualitet på ett flertal sätt; könsstymplingen skall se till att hon är oskuld fram till giftermål, att kvinnan känner mindre sexlust men också att mannen skall få ökad njutning. Sociologiska och kulturella anledningar till att omskära kvinnor grundar sig i myter och rykten: om flickan inte blir omskuren blir hon aldrig en kvinna och chansen är att hennes klitoris aldrig kommer sluta växa. De hygieniska och estetiska anledningarna för kvinnlig könsstympling är att kvinnans könsorgan är fula och därmed bör tas bort.

Förenta nationerna (FN, 2021) beskriver, precis som United Nations Children's fund (UNICEF, 2020) att könsstympling ibland styrks av religiösa motiv på grund av okunskap. Till sist så innebär det socioekonomiska perspektivet att kvinnan i vissa länder har könsstympling som krav - för att gifta sig och för att få ärva.

Komplikationer av könsstympning

Kvinnlig könsstympning kan få både omedelbara och kroniska komplikationer. I samband med ingreppet kan kvinnan få komplikationer såsom feber, infektion, blödning och chock. I vissa fall avlider kvinnan i samband med könsstympningen (World Health organisation [WHO] 2022a).

De kroniska komplikationerna av kvinnlig könsstympning är många och kan vara fysiska och psykiska problem. Exempelvis kan kvinnan få problem med urinvägarna i form av urinvägsinfektion eller sveda vid miktion, uppleva svårigheter att ha samlag eller att uppleva sexuell njutning och genomgå smärftulla menstruationer. Psykiska sjukdomar som en könsstympad kvinna kan få inkluderar depression, PTSD och ångest (World Health organisation [WHO] 2022a).

Den omskurna kvinnan kan även få komplikationer vid eventuella barnafödande. World Health organisation (WHO, 2022a) skriver att det är större risk för blödning och kejsarsnitt för kvinnan, och att barn till en omskuren kvinna oftare måste återupplivas eller dör vid förlossning. Socialstyrelsen (2016) skriver att vid akuta situationer där man är i behov av en urinvägskateter kan det finnas komplikationer när patienten är könsstympad. Det kan bli mer komplicerat att sätta katetern på könsstympade kvinnor än vid icke könsstympade kvinnor eftersom urinvägsmynningen kan vara täckt av hud. Det kan innebära en risk att katetern förs in och patienten upplever stark smärta eller obehag. Vid cellprovtagningar för kvinnor kan det uppstå komplikationer om kvinnan är könsstympad. Det kan vara svårt eller omöjligt att föra in instrument som krävs för undersökningen. Provtagningar som tas för att förebygga sjukdom och riskdiagnostisering kan också vara svåra att genomföra på könsstympade kvinnor eftersom kvinnans blygdläppar kan vara hopsyddas och således innebära en mindre slidöppning (Socialstyrelsen, 2016).

Kvinnlig könsstympning i världen

Kvinnlig könsstympning utförs i 30 länder i Afrika, Mellanöstern och Asien. 200 miljoner kvinnor i världen har blivit utsatta för någon av de fyra kategorierna av könsstympning och det beräknas att 3 miljoner flickor om året utsätts för könsstympning (World Health organisation [WHO] 2022a).

United Nations Children's fund (UNICEF, 2020) informerar att de länder där flest flickor utsätts för omskärelse är: Somalia (97%), Guinea (92%), Djibouti (88 %) och Mali (86 %).

1997 allierade World Health Organization (WHO), United Nations Children's fund (UNICEF) och United Nations Population Fund (UNPFA) och publicerade ett gemensamt dokument om hur de skulle jobba för att eliminera kvinnlig könsstympning (World Health organisation [WHO], 1997).

Kvinnlig könsstympning i Sverige

Enligt lagen med förbud mot könsstympning av kvinnor (SFS 1982:316) §1 är kvinnlig könsstympning, med eller utan samtycke olagligt i Sverige sedan 1982.

United Nations Children's fund (UNICEF, 2020) skriver att en ökning av kvinnlig könsstympning har skett i Europa, Australien och Nordamerika. Fler och fler flickor blir nu könsstympade inom sjukvården, med argumenten att det är säkrare, trots att det ofta medför komplikationer även med användning av sterila instrument. En fjärdedel av de kvinnor som är

könsstympade har fått ingreppet utfört av vårdpersonal (United Nations Children's fund [UNICEF], 2020).

Socialstyrelsen (2021) förklarar att mellan 40 000 och 50 000 könsstympade flickor och kvinnor bor i Sverige. Endast 5000 av dessa kvinnor har sökt någon form av sjukvård under åren 2012–2018. Anledningen som flest könsstympade kvinnor söker vård för i Sverige är relaterad till graviditet. Det är minst vanligt att könsstympade kvinnor i Sverige under 18 år och över 40 år söker vård (Socialstyrelsen, 2021).

Könsstympade kvinnor i Sverige undviker att söka vård vid behov. Enligt Socialstyrelsen (2021) kan möjliga anledningar vara på grund av rädsla att bli stigmatiserade eller att det inte är informerade av tillgången till vård i Sverige. Men en annan möjlig anledning som Socialstyrelsen (2021) lyfter är vårdpersonalens brist på kunskap.

Koppling till sjuksköterskans profession

Socialstyrelsen (2019) skriver att sjukvårdspersonal har en stor påverkan när det gäller det förebyggande arbetet mot kvinnlig könsstympning. Sjuksköterskan och övrig vårdpersonal bör ha kunskap och kompetens kring kvinnlig könsstympning för att kunna bidra till det förebyggande arbetet. Kunskapen krävs också för att kunna bemöta patienter som genomgått kvinnlig könsstympning professionellt. Bemötandet inkluderar dialog med patienten men också närstående som kommer ifrån länder där kvinnlig könsstympning förekommer.

Patientlagen (SFS 2014:821) kapitel 1 § 1 säger att sjukvårdspersonal ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet i vården. Patientlagen säger också att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska stärka och tydliggöra patientens ställning.

Svensk sjuksköterskeförening (2017) beskriver en kärnkompetens som sjuksköterskeprofessionen bör arbeta efter: personcentrerad vård. Kärnkompetensen syftar till att sjuksköterskeprofessionen ska ha ett holistiskt synsätt vid mötet med patient och närstående. Vårdmötet bör innefatta en öppenhet och förståelse för att människor har individuella förutsättningar samt egna värderingar, behov och förväntningar. Svensk sjuksköterskeförening (2017) skriver också att den personcentrerade vården innebär att sjuksköterskan ska kunna identifiera vad hälsa innebär för den enskilda personen. Svensk sjuksköterskeförening (2017) beskriver kärnkompetensen säker vård. Säker vård innebär att sjuksköterskan ska vara riskmedveten och ha kunskap inom områden som skulle eller kan medföra en risk för att patienten far illa. Parallellt ska sjuksköterskan ha förståelse och beakta patientens integritet, rättigheter och självbestämmande.

Evidensbaserad vård innebär att sjuksköterskan ska arbeta utifrån den bäst lämpade metoden med krav på beprövad erfarenhet och framtagen evidensbaserad på vetenskap. Detta ska ske i symbios med respekt och hänsyn gällande patientens behov och preferenser. Som sjuksköterska ska man kritiskt granska information, ställa frågor och systematiskt söka bland den beprövade och evidensbaserade informationen som finns. Sjuksköterskan har dessutom ett ansvar att vara uppdaterad på den nya kunskap som framkommer inom sjuksköterskeprofessionen och yrkesområdet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Svensk sjuksköterskeförening (2012) skriver i ICN:s etiska kod för sjuksköterskor en beskrivning av de etiska riktlinjer och handlingar som bör främjas av sjuksköterskeprofessionen. Där beskrivs det att sjuksköterskan ska främja en miljö som

tillgodoser mänskliga rättigheter och att det finns respekt gentemot människors trosuppfattningar, sedvänjor och värderingar.

Omvårdnadsteori

Leiningers soluppgångsmodell är en omvårdnadsteori som syftar till att uppfylla en kulturkongruent omvårdnad (Reynolds & Leininger, 1993). Leininger menar att sjuksköterskan kan använda soluppgångsmodellen när hen möter personer med olika kulturella bakgrunder. Soluppgångsmodellen utgår ifrån olika faktorer som en individ innehar. Leininger menar på att dessa faktorer behövs tas hänsyn till för att målet om en kulturkongruent omvårdnad ska uppnås. Modellen har en holistisk ansats och bygger på att alla delar inom modellen tas till hänsyn och uppfylls. Om alla delar inte tas i beaktning kan inte modellens målbild, en kulturkongruent omvårdnad, uppfyllas. En kulturkongruent omvårdnad innebär att beslut som fattas för patienten ska ske med respekt gentemot patients livsstil, värdering och föreställningar. En kulturkongruent omvårdnad menar Leininger ska leda till bra omvårdnad och hälsa för patienten (Reynolds & Leininger, 1993).

Soluppgångsmodellen skildrar konceptuellt världsbild, religion, släktskap, kulturella värderingar, ekonomiska förutsättningar, teknologi, språk, etnohistoria och miljöfaktorer som förväntas förklara och influera kulturell omvårdnad. Att förstå meningen och faktorerna inom soluppgångsmodellen är avgörande för teorin och kulturell omvårdnad. Modellen kan appliceras på större grupper som familjer och institutioner men modellen är också anpassningsbar till individnivå (Reynolds & Leininger, 1993).

Sjuksköterskan kan med hjälp av soluppgångsmodellen analysera alla aspekter vid kulturell omvårdnad och med kunskapen som modellen ger kan sjuksköterskan bidra och utveckla den kulturkongruenta omvårdnaden (Reynolds & Leininger, 1993).

Tidigare forskning

Evans m.fl. (2019) skriver att könsstympade kvinnor upplever starkt obehag under möten med vården. Kvinnorna upplever vid besök att deras kulturella integritet kränks och att starka känslor av obehag, smärta och oro uppstår. Enligt de könsstympade kvinnorna kan dessa känslor förstärkas av vårdpersonalen vid vårdmötet om brist på respekt och kontroll infinner sig i situationen.

Evans m.fl. (2019) beskriver hur könsstympade kvinnor upplevde att kunskapen varierar hos olika hälsofakulteter och att faktumet om att kvinnan genomgått könsstympning ibland missades. Kvinnorna beskriver själva att det inte berodde på att möjligheten att fråga inte funnits. Anledningen enligt kvinnorna var att vårdpersonal inte haft tillräckligt med kunskap om prevalensen kring könsstympning och därmed inte frågat kvinnan om detta.

Ett vanligt problem som uppstod för könsstympade kvinnor var att dom inte blivit tillfrågade om de var könsstympade. Detta kunde ibland resultera i att vårdpersonal inte diskuterade könsstympningen och därmed upptäcktes det inte att kvinnan var könsstympad förens vid undersökningar. Vissa kvinnor berättar att det ibland inte framkommit att de var könsstympade förens vid förlossning (Mbanya et al, 2020; Evans et al, 2019).

Könsstympade kvinnor upplevde negativa attityder och beteende från vårdpersonal. Kvinnorna upplevde en känsla av att de inte blev respekterade eller lyssnade på. Flera exempel visade på när könsstympade kvinnor lämnats traumatiserade, ohörda och sårbara

efter möten med vården vars kunskap om kvinnlig könsstympning var bristande. Kvinnorna upplevde att vårdsituationer som gått fel hade kunnat undvikas om vårdpersonal hade kommunicerat mera och visat större förståelse för dom. De könsstympade kvinnorna beskriver också att vårdpersonal fått dom att känna sig skamsna och nedvärderade. Kvinnorna trodde att anledningen berodde på okunskap och rasism hos vårdpersonal (Evans et al, 2019; Mbanya et al, 2020; Vloeberghs et al, 2012).

Problemformulering

Eftersom migrationen ökat de senaste åren är könsstympade kvinnor alltmer vanligt i Sverige. I samband med att migrationen ökar leder det till att kvinnor från länder där könsstympning förekommer infinner sig i Sverige. Det innebär inte bara att sjuksköterskor måste vara beredda på att bemöta könsstympade kvinnor i det praktiska arbetet utan även föreligga för att ge information om lagar och regler som förekommer i Sverige.

Det behövs utökad kunskap hos sjukvårdspersonal inom området kvinnlig könsstympning för att kunna bemöta kvinnan på bäst sätt utifrån de förutsättningar som ges samt för att möjliggöra ett förebyggande arbete mot könsstympning av kvinnor.

Det har visat sig att det finns kunskapsbrist hos vårdpersonal enligt kvinnorna. Vi vill med denna litteraturöversikt undersöka vårdpersonals kunskap och attityder om könsstympade kvinnor och förhoppningsvis bidra med kunskap som kan användas i vården framöver för att öka de kunskaper som sviktar.

Syfte

Att undersöka vårdpersonals kunskap och attityder gällande kvinnlig könsstympning i publicerade studier.

Metod

Design

Metoden som använts i studien är en systematisk litteraturöversikt, vilket enligt Rosén (2017) är en metod som används för att sammanställa aktuell forskning och underlag relaterat till problemområdet och syftet för att främja evidensbaserad vård.

Datainsamling

Vid utformandet av syfte och problemformuleringen användes PEO-modellen (population, exposure, outcome) (Polit & Beck, 2014).

Tabell 1 – Avgränsning av problemområdet enligt PEO modellen.

Population	Vårdpersonal
Exposure	Kunskap och föreställningar om könsstympade kvinnor
Outcome	Kunskap och attityder

De flesta sökorden som användes framställdes genom att översätta engelska sökord i Swedish Medical Subject Heading (Svensk MeSH). Använda sökord: “*experience*” och “*health care*” kom upp som alternativ vid sökning via Cinahl och PubMed. Sökord som använts:

“circumcision”, “female”, “genital mutilation”, “nurse”, “nurses”, “nursing”, “experience”, “health care”, “female cutting”, “attitudes”, “knowledge”, “healthcare professionals”, “healthcare provider”, “perception”, “women's health”. Sökorden sammankopplades med booleska operatörer som AND och OR. Databaserna som användes för att hitta artiklarna var PubMed och Cinahl. Ett flertal av artiklarna som använts kunde hittas på båda databaserna. Sökningarna är sammanställda i var sin söktabell (se bilaga 1 och bilaga 2).

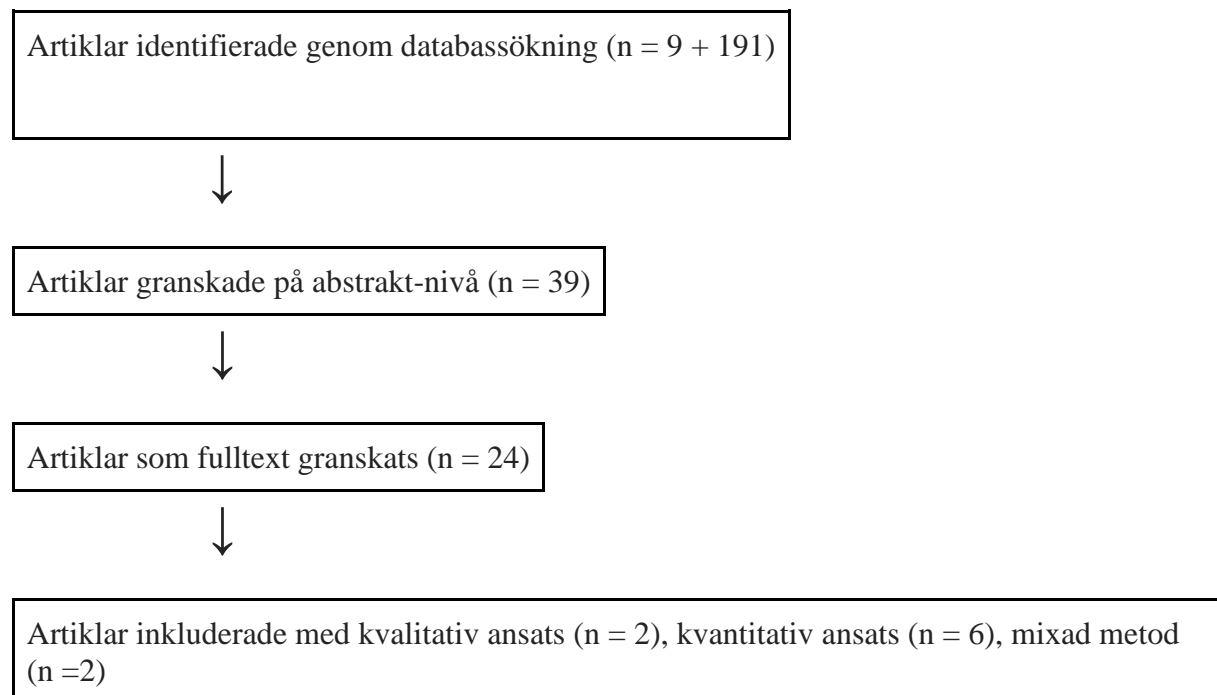
Inklusionskriterierna för litteraturöversikten var: artiklarna ska vara peer reviewed, finnas tillgängliga i fullversion, studien ska inkludera grundutbildade sjuksköterskor, artiklarna ska vara skrivna på svenska eller engelska och studierna ska vara inriktade på vårdpersonalens attityder och kunskapsläge av att vårda könsstympade kvinnor. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar granskades. Inga ålders- eller könskriterier på vårdpersonalen i artiklarna fanns då forskningen kring vårt syfte redan är begränsat. Majoriteten av artiklarna är publicerade mellan 2009–2021, med undantag från en artikel som skrevs 2006.

Exklusionskriterier för studien var artiklar som utgick ifrån barnmorskans attityder och upplevelser av att vårda könsstympade kvinnor. Artiklar som utgick ifrån förlossningar exkluderades också eftersom de efter granskning innefattade andra professioner än den grundutbildade sjuksköterskan.

Urval

Sökningarna gjordes via PubMed och Cinahl. Som första steg lästes titlarna. Var dessa intressanta för studiens syfte lästes även abstraktet av artikeln. Tycktes även den vara relevant för studiens syfte granskades artikeln noggrant och därefter valdes artikeln ut om den var relevant för syftet i helhet. Flertal av de artiklar som valdes ut fanns på båda databaserna.

Tabell 2 – Flödesschema över urvalsprocessen





Studier inkluderade totalt (n = 10)

Det gjordes tre separata sökningar i PubMed. Vid första söktillfället i PubMed granskades totalt åtta artiklar varav fyra valdes ut till studien. Vid andra söktillfället granskades totalt åtta artiklar varav tre valdes ut till studien. Tre av artiklarna vid andra söktillfället på PubMed var dubletter av redan valda artiklar. Vid tredje söktillfället granskades totalt sju artiklar varav två valdes ut till studien. Vid tredje söktillfället hittades totalt fyra dubletter av redan valda artiklar.

Vid första sökningen i Cinahl hittades en artikel som inkluderades i studien. Sökningar som gjordes i Cinahl efter detta infinner sig inte i bilagan eftersom de artiklar som var relevanta hade redan valts via PubMed.

Flera av de artiklar som granskades föll bort. De uppfyllde antingen inte inklusionskriterierna eller föll bort på grund av satta exklusionskriterier. Flera av artiklarna hade en lovande abstrakt som resulterade i en granskning av artikeln. Senare exkluderades många av de granskade artiklarna eftersom dessa artiklar inte hade medverkande inom sjuksköterskeprofessionen i resultatet. Totalt valdes tio vetenskapliga artiklar till studien.

Dataanalys

Artiklarna i studien analyserades genom att följa Friberg (2017)'s tre steg för dataanalys. Det första steget innebar att artiklarna lästes igenom flera gånger. Detta gjordes av båda parter för att få en känsla om artiklarnas innehåll och helhet. Steg två innebar att dokumentera de granskade artiklarna i en tabell genom att sammanfatta dess innehåll. Detta utfördes för att få en god översikt av artiklarnas syfte, metod, resultat och diskussion. Det tredje och sista steget som utfördes var att söka efter likheter och skillnader mellan artiklarnas resultat. Detta gjordes för att i resultatet kunna strukturera artiklarnas innehåll och karaktärisera de aktuella studierna.

Kvalitetsgranskning

Samtliga artiklar i studien har kvalitetsgranskats enligt Fribergs (2017) granskningsmallar för kvalitativa och kvantitativa artiklar (se bilaga 3 och 4). Det finns 13 respektive 14 frågor i den kvantitativa och kvalitativa mallen som vi enskilt bedömde om artikeln kunde besvara frågorna på ett tillfredsställande sätt och sedan jämförde vi och diskuterade våra granskningar för att ge artiklarna poäng. Artiklarna tillgavs ett poäng för varje uppfyllt fråga. Den kvalitativa och kvantitativa granskningsmallen innehöll liknande frågor, därför valde vi att granska artiklarna med mixad metod efter den kvalitativa mallen eftersom den innehöll frågor som passade in både på kvantitativa och kvalitativa artiklar. Tre artiklar bedömdes ha medelkvalité och resterande sju bedömdes ha hög kvalité.

Etiskt ställningstagande

Etikprövningslagen (SFS 2003:460) syftar till att skydda människan och respekten för människovärdet vid forskning. Lagen benämner till exempel att forskning får enligt lagen endast godkännas om den utförs med respekt för människovärdet och där samtycke givits av medverkande. Alla artiklar som använts i studien har granskats med ett etiskt perspektiv. Alla

medverkande i de valda studierna har uttryckt samtycke och medverkat frivilligt. Samtycke från de medverkande i forskningsstudier bygger på den etiska principen om att skydda medverkandes frihet och självbestämmande (Kjellström 2017). Vi har noga valt begreppen som vi har använt för att benämna personerna som deltagit i studierna; sjuksköterska, vårdpersonal, sjukvårdspersonal. Kjellström (2017) förklarar att genom att hänvisa till personerna med hjälp av deras profession så blir benämningen förhållandevis neutral och implicerar etisk medvetenhet. Även i bakgrunden har vi förklarat vad vi syftar på när vi använder benämningen “kvinna” för att utesluta generalisering.

Resultat

Resultatsammanfattning

Resultatet innehåller 10 artiklar; 6 kvantitativa, 2 kvalitativa och 2 med mixad metod. Studierna är baserade i länderna: Spanien, USA, Kenya, Nigeria, Gambia, Storbritannien och Guinea. Sjuksköterskan är inkluderad i alla studier, men de flesta av artiklarna innehåller även annan vårdpersonal. Artiklarna undersöker vårdpersonals attityder, kunskap och uppfattning om/av könsstympade kvinnor. Två huvudteman framkom efter granskningen av artiklarna: brist på utbildning (subtema: okunskap om kvinnlig könsstympning, komplikationer av kvinnlig könsstympning och oklart juridiskt ansvar) och varierande attityder (subtema: attityder om ingreppet och attityder om medikalisering).

Tabell 2 – Redovisning av huvudtema och subtema

Huvudtema	Subtema
Utbildning	Okunskap om könsstympning Komplikationer av kvinnlig könsstympning Oklart juridiskt ansvar
Variierande attityder	Attityder om ingreppet Attityder om medikalisering

Hur vanligt det är att sjuksköterskor och annan vårdpersonal behöver vårda könsstympade kvinnor varierar men mötet är dock oundvikligt (Levy et al 2021; Molina Gallego et al, 2021; Relph et al 2013; Kaplan-Marcusan et al, 2009; Kaplan et al, 2013; González-Timoneda et al, 2018). Levy m.fl. (2021) skriver att 61,2% av sjukvårdspersonal i Philadelphia mött en könsstympad kvinna i vården under de senaste fem åren medan Molina-Gallego m.fl. (2021) beskriver att bara 5,4% av sjukvårdspersonalen i Castilla La Mancha uppger att de vårdat en könsstympad kvinna under deras karriär. Relph m.fl. (2013) skriver att 20,3% av vårdpersonalen i Storbritannien hade mött könsstympade kvinnor vid mer än 10 tillfällen medan González-Timoneda m.fl. (2018) beskriver att endast 4,7% av vårdpersonalen någonsin hade mött en könsstympad kvinna i sitt praktiserande arbete.

Utbildning

Det dominerande temat i de valda artiklarna var att sjuksköterskorna kände att det inte hade fått tillräcklig med utbildning om kvinnlig könsstympning. Brister i kunskap hittades i varierande frågor men de mest förekommande kunskapsluckorna kunde identifieras bland kunskap om kategorier av könsstympning, kunskap om prevalens av könsstympning, kunskap

om prevention och relevanta lagar kring kvinnlig könsstympning (Molina-Gallego et al, 2021; Levy et al, 2021; Mohamud et al, 2021; Obiora et al, 2021, Onuh et al, 2006; Relph et al 2013; Kaplan-Marcusan et al, 2009; Kaplan et al, 2013; González-Timoneda et al, 2018).

Okunskap om könsstympning

Resultatet av granskade artiklar visar på att okunskap om kvinnlig könsstympning är en dominerande faktor. Flertalet artiklar visar på att medverkande var medvetna om kvinnlig könsstympning men det framkommer också att utbildningen kring kvinnlig könsstympning är låg och vårdpersonal upplever sig inte kunna tillräckligt om ämnet (Molina-Gallego et al, 2021; Levy et al, 2021; Obiora et al, 2021, Onuh et al, 2006; Relph et al 2013; Kaplan-Marcusan et al, 2009; Kaplan et al, 2013; González-Timoneda et al, 2018).

Molina-Gallego m.fl. (2021) beskriver att bara 11,5% av sjuksköterskor i Castilla La Mancha uppger att de fått utbildning relaterat till kvinnlig könsstympning. Levy m.fl. (2021) belyser att bara 13,1% av vårdpersonal i Philadelphia fått formell utbildning om kvinnlig könsstympning och att 77,5% av vårdpersonalen känner att de är oförberedda att prata om kvinnlig könsstympning med patienter från länder där ingreppet utförs och att 47,1% av vårdpersonalen känner sig obekväma att vårda dessa kvinnor relaterat till deras brist på kunskap. Onuh m.fl. (2006) gjorde en studie på sjuksköterskor i Benin, Nigeria som visade att 100% av alla sjuksköterskorna kunde identifiera minst en kategori av kvinnlig könsstympning, men bara 6,6% av sjuksköterskorna kunde identifiera alla fyra kategorier av könsstympning. Ett glapp i utbildningen är evident då 37,9% av sjuksköterskorna ansåg att bara kategori 1 och kategori 2 räknades som kvinnlig könsstympning. Molina-Gallego m.fl. (2021) styrker att sjukvårdspersonal visar brist på kunskap gällande identifiering av olika kategorier av kvinnlig könsstympning; endast 10,7% av vårdpersonalen kunde identifiera alla kategorier av kvinnlig könsstympning och 53% trodde att kvinnlig könsstympning endast var avlägsnandet av klitoris. Relph m.fl. (2013) beskriver att all vårdpersonal som deltog i studien var medvetna om kvinnlig könsstympning men endast 27,8% kunde identifiera kategori 2 av kvinnlig könsstympning. Relph m.fl. (2013) belyser också i studien att en tredjedel av deltagarna ansåg att kosmetisk blygdläpps kirurgi och piercingar i blygdläpparna var en form av kvinnlig könsstympning. Kaplan m.fl. (2013) beskriver att all vårdpersonal i studien var medvetna om kvinnlig könsstympning varav 58,2% hade kunskap om att det fanns fyra kategorier. 27,8% kunde identifiera kategori 2 av kvinnlig könsstympning. Kaplan-Marcusan m.fl. (2009) skriver att 98% av männen i studien och 96% av kvinnorna påstod sig kunna identifiera kvinnlig könsstympning. 40% av deltagarna kunde identifiera de fyra kategorierna inom kvinnlig könsstympning. González-Timoneda m.fl. (2018) skriver att 22,7% av vårdpersonalen kunde identifiera tre kategorier för kvinnlig könsstympning. Majoriteten svarade att kvinnlig könsstympning endast innebar borttagning av klitoris. 13% av sjuksköterskorna i studien hade fått träning relaterat till kvinnlig könsstympning.

Obiora m.fl. (2021) beskriver hur endast en eller två vårdpersonal från de två staterna i Nigeria som var inkluderade i studien får åka till storstäder för att gå på seminarier och få utbildning relaterat till kvinnlig könsstympning. Vårdpersonalen uttrycker att de få utvalda som fått utbildning omöjligen kan implementera deras kunskap på alla vårdfaciliteter i de två staterna.

Komplikationer av kvinnlig könsstympning

Resultatet visar att kunskapsnivån kring komplikationer efter och under kvinnlig könsstympning var något varierande. Samtliga medverkande i studierna kunde identifiera

någon form av komplikation som kvinnlig könsstympning kan medföra och majoriteten av medverkande i studierna var medvetna om att komplikationer kunde uppstå (Onuh et al., 2006; Obiora et al., 2021; Kaplan et al., 2013; Relph et al., 2013).

Onuh m.fl. (2006) beskriver att blödning var den mest igenkända komplikationen av kvinnlig könsstympning, då 97,8% av sjuksköterskorna identifierade detta. 80,2% sa att kvinnlig könsstympning kunde leda till komplikationer vid förlossning och 20,9% sa att ingreppet kunde resultera i infertilitet. I frågor relaterade till sexualitet belyser Onuh m.fl. (2006) att 25,8% av sjuksköterskorna sa att kvinnlig könsstympning inte minskar sexuell njutning, men 59,3% sa att det kunde leda till sexuell dysfunktion. Kaplan m.fl. (2013) belyser att en betydande andel av vårdpersonalen kunde identifiera de komplikationer som kvinnlig könsstympning kan medföra. 59,1% kunde fastställa att infektion var en av komplikationerna. Blödning kunde 53,4% av deltagarna identifiera och problematik vid förlossning, 46,3%. 25,3% av vårdpersonalen i studien kunde även identifiera minskad sexlust som en av komplikationerna som medföljer efter kvinnlig könsstympning. 2,1% av deltagarna ansåg att kvinnlig könsstympning inte hade några efterföljande konsekvenser. Majoriteten av deltagarna som ansåg att kvinnlig könsstympning inte hade några konsekvenser var män. Relph m.fl. (2013) belyser att majoriteten av deltagarna, 77,2%, var medvetna om komplikationer som kan uppstå efter kvinnlig könsstympning.

Obiora m.fl. (2021) belyser att vårdpersonal i Nigeria har kunskap om de komplikationer som kommer med könsstympning och är vana med att hjälpa till vid uppkomsten av dessa. Men på grund av att regeringens motsättning gällande kvinnlig könsstympning i Nigeria så utförs kvinnliga könsstympning i hemmet och föräldrar söker inte vård för sina döttrar när komplikationer uppstår (Obiora et al, 2021).

Oklart juridiskt ansvar

Sjukvårdspersonal känner sig osäkra när det kommer till vilka lagar och riktlinjer som finns relaterade till kvinnlig könsstympning. Resultatet visar att sjukvårdspersonal känner sig osäkra på hur de ska hantera situationer när de upptäcker fall av kvinnlig könsstympning (Levy et al, 2021; Mohamud et al, 2021; Balde et al 2021, Molina-Gallego et al 2021; Relph et al, 2013; González-Timoneda et al 2018).

Levy m.fl. (2021) belyser att 67,7% av vårdpersonalen i Philadelphia inte hade någon kunskap om lagar gällande kvinnlig könsstympning och Molina-Gallego m.fl. (2021) belyser att endast 33,9% av sjukvårdspersonalen i Castilla La Mancha är medvetna om lagstiftningen gällande kvinnlig könsstympning i Spanien. Vårdpersonalen i Guinea medger också att det finns brist på kunskap relaterat till riktlinjer angående rapportering av könsstympade patienter och deras komplikationer (Balde et al, 2021). Relph m.fl. (2013) beskriver att 60% av deltagarna i studien var medvetna om Storbritanniens lagar gällande kvinnlig könsstympning. 25% av deltagarna visste däremot inte om de skulle rapportera till socialtjänsten vid misstanke om att ett barn kan utsättas för kvinnlig könsstympning och därmed fara illa. 87,3% av deltagarna i studien skulle varna socialtjänsten vid upptäckt av barn som kan fara illa relaterat till kvinnlig könsstympning. Molina-Gallego m.fl. (2021) skriver att endast 8,6% av vårdpersonalen var medvetna om vad det finns för protokoll att följa om ett möte med en könsstympad kvinna uppstår. I tidigare möten med könsstympade kvinnor var det 23,8% som frågade om patienten hade döttrar. 37,1% av sjukvårdspersonalen ignorerade faktumet att patienten var könsstympad och ingen av deltagarna rapporterade det till myndigheter. González-Timoneda m.fl. (2018) skriver att två av deltagarna i studien hade observerat

könsstympning hos minderåriga. Deltagarna berättade att de arbetade med andra professioner under tillfället och valde därmed att inte adressera problemet vid konsultation. Dessa deltagare valde heller inte att rapportera om patientens situation till en tredje part. González-Timoneda m.fl. (2018) beskriver också att 29% av deltagarna kunde identifiera den korrekta lagen gällande kvinnlig könsstympning i Spanien. 28% av deltagarna i studien uppgav att de inte visste om den senaste lagen (?) nuvarande gällande lag. 38,3% av deltagarna uppgav att det var kriminellt att utföra kvinnlig könsstympning i Spanien och 4,4% uppgav att det var olagligt.

Resultatet gällande det juridiska ansvaret visade på att faktorer kunde påverka vårdpersonalens kunskap kring lagar och riktlinjer. I vissa studier framkom det att vårdpersonalen inte hade samma tillvägagångssätt vilket resulterade i en tvetydig bild om kvinnlig könsstympning (Mohamud et al., 2021; Molina-Gollego et al., 2021). Mohamud m.fl. (2021) studie visar på att en anledning till att folk inte rapporterar fall av kvinnlig könsstympning är på grund av okunskap, men belyser även att en anledning är att vårdpersonalen är rädd för att bli utstött från samhället på grund av kulturen i Kenya. Mohamud m.fl. (2021) fortsätter beskriva att en del av vårdpersonalen var engagerade i att sprida information om komplikationer av kvinnlig könsstympning i samhället, men att faktumet att andra vårdgivare också medikaliserade och utförde kvinnlig könsstympning skickade ett tvetydigt budskap. Onuh m.fl. (2006) belyser att i Nigeria är kvinnlig könsstympning olagligt, men ändå erkänner 14,3% av sjuksköterskorna i Benin att de någon gång utfört en kvinnlig könsstympning och 57,7% sa att de skulle göra det i framtiden under vissa omständigheter, exempelvis om de får bra betalt. Onuh m.fl. (2006) förklarar att en lag endast kommer vara en del av lösningen när det kommer till processen att minska utförandet av kvinnlig könsstympning; den viktigaste delen är att utbilda sjukvårdspersonal så medvetenhetsgraden av komplikationer ökar och attityder förändras.

Varierande attityder

Attityderna kring kvinnlig könsstympning varierade mycket i resultatet från artiklarna. Faktorer som påverkar vårdpersonalens attityder är främst geografisk placering, deltagarnas bakgrund och kunskapsnivå. Det som framkom tydligt av resultatet var vårdpersonals attityder om ingreppet och attityder gällande medikalisering. (Balde et al., 2021; Mohamud et al, 2021, Levy et al, 2021, Onuh et al, 2006; Kaplan et al, 2013).

Attityder om ingreppet

Tradition och kultur är betydelsefulla faktorer som påverkat resultatet när det kommer till kvinnlig könsstympning och är en avgörande faktor i sjuksköterskans attityd mot kvinnlig könsstympning (Balde et al., 2021; Mohamud et al, 2021, Levy et al, 2021, Onuh et al, 2006)).

I resultatet framkommer det att majoriteten av vårdpersonal har en negativ attityd till kvinnlig könsstympning men det skiljer sig något i vilken utsträckning. Balde m.fl. (2021) skriver att 100% av sjuksköterskor i Guinea anser att kvinnlig könsstympning kränker flickor och kvinnors rättigheter, men samtidigt tycker 5% av sjuksköterskorna att kvinnlig könsstympning är ett så kallat bra ingrepp och 45% av dem tycker även att det ökar kvinnans trogenhet till sin man. Onuh m.fl. (2006) förklarar att 72,0% av sjuksköterskorna i Benin håller med om att alla former av kvinnlig könsstympning är skadliga, samt att 85,7% anser att det är ett "dåligt" ingrepp. Levy m.fl. (2021) argumenterar att 78,6% av sjukvårdspersonalen i

deras studie i Philadelphia ansåg att kvinnlig könsstympning är ett farligt ingrepp och 78,0% ansåg att kvinnlig könsstympning utförs med traditionella motiv.

Enligt resultatet är kvinnlig könsstympning en kränkning mot kvinnors rättigheter och utgör skador på kvinnor som utsätts för det. Det anses av majoriteten som ett farligt ingrepp där tradition, kultur och etnisk tillhörighet har en betydande roll (Balde et al., 2021; Mohamud et al., 2021, Levy et al., 2021, Kaplan et al., 2013; Onuh et al., 2006; González-Timoneda et al., 2018; Relph et al., 2013; Kaplan-Marcusan et al., 2009).

Kaplan m.fl. (2013) beskriver att kunskap, attityd och praktiskt arbete kring kvinnlig könsstympning formades av kön och etnisk tillhörighet. Kvinnor i Gambia visade mindre acceptans för fortsättning av kvinnlig könsstympning och ett högre stöd för förhindrandet av det än män. Studien visade också att vårdpersonal i Gambia, som tillhörde en etnisk grupp som traditionellt praktiserade kvinnlig könsstympning, var mer gynnsamma för bevarandet och medikaliseringen av kvinnlig könsstympning. Således innebär det enligt studien att etnisk tillhörighet väger tyngre än medicinsk kompetens. 42,5% av vårdpersonalen ansåg att kvinnlig könsstympning ska fortsätta utföras. Vårdpersonalen delades in i etniska grupper och störst stöd gällande fortsättning av kvinnlig könsstympning var från Mandinka, 57,3%. Stödet fanns även hos Fula 42,9% och Djola 39%, två andra etniska grupper med vårdpersonal. De etniska grupperna med vårdpersonal, Serer och Wolof visade minst stöd för fortsättningen, 23,8% respektive 20,7%. Onuh m.fl. (2006) styrker att kulturer och traditioner påverkar vårdpersonalens attityder om kvinnlig könsstympning. Onuh m.fl. (2006) skriver att utav de sjuksköterskor som utför kvinnlig könsstympning i Benin, gör 83,3% ingreppet på grund av kulturella faktorer, 50,0% på grund av pengar och 25% för att inte patienten skall vända sig till en traditionalist. Onuh m.fl. (2006) skriver också att utseendemässigt ansåg bara 9,9% av sjuksköterskorna att kvinnans yttre könsorgan blev vackrare efter könsstympning.

Resultatet i artiklarna framställde att vårdpersonals attityder om kvinnlig könsstympning var varierande. Det som också framkom i studiernas resultat var att vårdpersonal kände sig osäkra på om de bemött kvinnor som varit könsstypade (González-Timoneda et al., 2018; Relph et al., 2013). González-Timoneda m.fl. (2018) skriver att vårdpersonalen inte frågat patienter där det funnits misstanke om könsstympning eftersom de upplevde frågan om könsstympning som opassande.

Det som skiljde sig något från övriga resultat om vårdpersonals attityder om kvinnlig könsstympning var en studie där resultatet visar att 18% av vårdpersonalen som medverkat i studien inte hade något intresse för kvinnlig könsstympning. I samma studie framkommer det också att 1,2% av de medverkande ansåg att vårdpersonal bör ignorera kvinnlig könsstympning vid vårdmötet (Kaplan-Marcusan m.fl., 2009).

Attityder om medikalisering

Medikalisering av kvinnlig könsstympning visade skildrande resultat. Det fanns olika anledningar till att utförandet ska medikaliseras eller inte ska medikaliseras. Pengar, tradition och attityd gällande säkerhet var några av de anledningar som framkom. (Relph et al., 2013; Mohamud et al., 2021; Kaplan et al., 2013).

Relph m.fl. (2013) skriver att 13,9% av vårdpersonalen ansåg att en kompetent vuxen ska kunna ge sitt medgivande till att kvinnlig könsstympning utförs på den egna kroppen. 8,9% av

deltagarna ansåg också att man bör medikalisera kvinnlig könsstympning för att minska direkta och långvariga komplikationer. 17,7% av deltagarna uttryckte att de hade stöttat kvinnor som efter förlossning hade önskat ha en infibulation som återställer underlivet till samma status som innan förlossning. En av deltagarna i studien hade motvilligt stöttat kvinnlig könsstympning om hon arbetat i Somalia eftersom hon annars hade blivit utfrysad på grund av vägran.

Kaplan m.fl. (2013) beskriver att 73% av deltagarna i studien ansåg att vårdpersonal har en signifikant roll vid förbjudande av kvinnlig könsstympning och att 40,6% av deltagarna i studien ansåg att kvinnlig könsstympning inte bör utföras. 42,9% ansåg att medikalisering av kvinnlig könsstympning skulle vara säkrare för kvinnan och i det avseendet var det fler kvinnor än män som stod emot medikalisering, 52,5% vs 32,5%.

Mohamud m.fl. (2021) beskriver att i Kenya finns det varierade åsikter bland sjukvårdspersonal när det kommer till medikaliseringen av kvinnlig könsstympning; en del var inte medvetna om att det föregicks alls medan en del utförde ingreppet ändå, utifrån kategorier av könsstympning de ansåg var mindre farliga. Mahamud m.fl. (2021) förklarar att vårdpersonalen fann två olika motiv till att utföra könsstympning själva: pengar och tradition. Mohamud m.fl. (2021) beskriver också att en del av vårdpersonalen var engagerade i att sprida information om komplikationer av kvinnlig könsstympning i samhället, men att faktumet att andra vårdgivare också medikaliserade och utförde kvinnlig könsstympning skickade ett tvetydigt budskap.

Diskussion

Metoddiskussion

Design

Vi valde att göra en litteraturstudie då det bidrar till underlag för att praktisera evidensbaserad vård (Rosén, 2017). En annan metod som skulle vara lämplig för denna studie är en kvalitativ intervjustudie, där författarna kunde intervjua vårdpersonal kring deras attityder och kunskaper om kvinnlig könsstympning. Med en kvalitativ metod hade man kunnat anpassa så att medverkande var utifrån svensk vårdpersonals perspektiv och svensk sjukvård vilket hade varit mer lämpligt. Denna metod valdes däremot inte på grund av tidsbrist då tiden till denna litteraturöversikt var begränsad.

Urval

Artiklarna som granskats innefattar både kvalitativa och kvantitativa metoder då Friberg (2017) belyser att detta främjar en mer omfattande och trovärdig studie.

Vårt originalsyfte var att fokusera på sjuksköterskans kunskapsläge och attityder gällande könsstympade kvinnor, men vi ändrade benämningen sjuksköterska till vårdpersonal. Detta gjordes eftersom vissa av artiklarna som granskades inkluderade annan vårdpersonal som till exempel läkare, undersköterskor och skötare. Vissa artiklar skilde tydligt på vilken vårdprofession som stod för vilket kunskapsläge och vilka attityder medan andra artiklar inte gjorde skillnad mellan vårdprofessionerna. Därför blev ett av inklusionskriterierna att studierna inte uteslutande behöver inkludera sjuksköterskor, utan kunde även inkludera annan

vårdpersonal. Det omformulerade syftet kan uppfattas som en svaghet då det inte helt kan appliceras på sjuksköterskan, då denna uppsats är specifikt för sjuksköterskan arbetsområde. Å andra sidan förväntas sjuksköterskan att arbeta i teamet, då är det viktigt att ha även annan vårdpersonalens attityder i beaktningen för ett bra fungerande samarbete runt könsstympte kvinnor.

Våra exklusionskriterier begränsades eftersom ämnet kräver mer forskning. Vi inkluderade länder från hela världen för att få en övergripande bild av kunskapsläget och attityder kring kvinnlig könsstymning. Brist på inklusionskriterier gällande geografi kan uppfattas som en svaghet då resultatet inte kan representera Sveriges sjuksköterskeprogram och hälso-sjukvård. Vårt resultat består av 10 vetenskapliga artiklar eftersom tidigare forskning inom det valda ämnet är begränsat.

Datainsamling

Vid datainsamlingen användes sökord för att hitta artiklar som var relevanta för syftet. Karlsson (2017) skriver att databasen Pubmed använder systemet Medical Subject Headings (MeSH) för ämnesord. Den svenska versionen av Medical Subject Headings kallas Svensk MeSH. Karlsson (2017) skriver att Svensk MeSH kan användas för att hitta relevanta sökord vid artikelsökning och därför valdes detta system. Karlsson (2017) fortsätter beskriva att det även finns ett annat system som Cinahl använder: Cinahl Headings. Detta användes dock inte i denna litteraturöversikt eftersom relevanta sökord gick att hitta ändå. Karlsson (2017) beskriver också att ämnesorden i Cinahl Headings bygger på MeSH och 70 procent av ämnesorden är desamma som i MeSH.

Vid datainsamlingen användes Pubmed och Cinahl. Karlsson (2017) skriver att Cinahl och PubMed är två breda databaser som inkluderar områdena omvårdnad och medicin, vilket är relevant för vårt syfte. De flesta artiklarna på de valda databaserna är även skrivna på engelska (Karlsson, 2017) vilket är ett av våra inklusionskriterier. Henricson (2017) skriver att genom att söka i flera omvårdnadsorienterade databaser ökar chansen att hitta relevanta artiklar för syftet, vilket också stärker studiens validitet och trovärdighet. Användning av ytterligare databaser skulle kunna möjliggöra ett större urval av artiklar.

Ett flertal av studierna återkom under olika sökordskombinationer samt att de kunde finnas på både PubMed och Cinahl. Detta ökar studiens sensitivitet och därmed studiens trovärdighet (Henricson, 2017).

Alla använda artiklar är peer reviewed, vilket också var ett av våra inklusionskriterier. Enligt Henricson (2017) ökar trovärdigheten för studien med ett urval av endast peer reviewed artiklar eftersom studierna då stämplat som vetenskapliga. Att en artikel är peer reviewed innebär också att artiklarna är sedan tidigare kvalitetsgranskade (Karlsson, 2017).

Majoriteten av artiklarna som använts är publicerade de senaste två åren, vilket gör resultatet aktuellt, vilket är en styrka. Den äldsta artikeln som använts är publicerad 2006, för den ansågs vara relevant och tillförde viktig information.

Både författarna till denna studie har kvalitetsgranskat artiklarna för sig för att sedan jämföra granskningarna för att stärka reliabiliteten (Henricson, 2017). Vi använde oss av Fribergs (2017) mallar för kvalitativa och kvantitativa studier. Två av frågorna var relaterade till att

artiklarna skulle innehålla en omvårdnadsteori, vilket ingen av artiklarna vi granskat gjorde. Därför resonerade vi att om artiklarna hade tillfredsställande svar på samtliga frågor förutom dessa två så höll dem en god kvalitet; alltså att det kvalitativa artiklarna uppnådde 12 av 14 poäng och det kvantitativa artiklarna uppnådde 11 av 13 poäng. Vi satte gränsen för medelkvalité på 9 av 14 poäng på kvalitativa artiklar respektive 8 av 13 poäng på kvantitativa artiklar.

Det är en styrka att vi har kvalitetsgranskat artiklarna, men vi anser att frågorna i mallarna inte är konkreta och är upp för tolkning, vilket betyder att om en annan person kvalitetsgranskade artiklarna med samma metod så finns möjligheten att poängsättningen blivit annorlunda. Friberg (2017) förklarar inte heller hur många frågor som skall bli besvarade på ett tillfredsställande sätt för att en artikel skall hålla hög, medel eller låg kvalitet.

Studien har under arbetets gång blivit granskad av en handledare som kontrollerat att resultatet stämmer överens med syfte, vilket ökar trovärdigheten för studien (Henricson, 2017).

Etiska ställningstaganden

Samtliga studier uppger att personerna som medverkat i studien har uppgett samtycke, dock framgår det inte i alla studier om detta var i skriftlig form. En del av studierna var noga med att uttrycka att informerat samtycke getts, vilket inkluderar information om arbetet, frivillighet samt ingen yttre påverkan (Kjellström, 2017), medan andra endast beskriver att studien var frivillig eller att samtycke givits. Sju av tio artiklar som granskats har blivit godkända av etiska kommittéer. En av de resterande artiklarna nämner att det kontaktat en kommitté, men inte att de fått ett godkännande. De två andra artiklarna nämner ingenting om etiska kommittéer. Detta kan ses som en svaghet för studien. Vi valde att inkludera dessa artiklar ändå eftersom dom är peer reviewed.

Resultatdiskussion

Vårt resultat består av 10 vetenskapliga artiklar eftersom tidigare forskning inom det valda ämnet relaterat till syftet är begränsat. Syftet med studien var att undersöka vårdpersonals kunskap och attityder om könsstympade kvinnor i publicerad vetenskaplig litteratur. Studiens resultat påvisar att vårdpersonal upplever att de har bristande kunskap gällande kvinnlig könsstympning relaterat till vad ingreppet innebär, komplikationer och det juridiska ansvaret vid mötet med en könsstympad kvinna. Resultatet belyser även att attityder beträffande kvinnlig könsstympning och medikalisering av ingreppet varierar.

Som beskrivet i bakgrunden, skriver Evans m. fl (2019) att könsstympade kvinnor upplever respektlöshet, lomhårdhet, brist på förståelse och skam när de söker vård. Kvinnorna förklarar att de anser att det till viss del beror på okunskap hos vårdpersonalen. Kvinnornas upplevelse av okunskap stämmer överens med vårdpersonalens egen uppfattning av kunskapsläget. Levy m.fl. (2021) belyser att på grund av avsaknad av utbildning så känner sig vårdpersonal oförberedda för samtal med dessa kvinnor samt obekväma med att vårda könsstympade kvinnor. Evans m.fl. (2019) förklarar att kvinnorna tror att kommunikation hade bidragit till en mer positiv upplevelse av vården för könsstympade kvinnor.

Balfour m.fl. (2016) styrker resultatet gällande behovet av större kunskap hos vårdpersonalen gällande kvinnlig könsstympning. Samtidigt belyser Balfour m.fl. (2016) att det krävs mer forskning för att kunna erbjuda utbildningar och program för sjukvårdspersonal.

Resultatet gällande vårdpersonals attityder kring kvinnlig könsstympning varierade något beroende på vilket land som studien utförts i. De studier som utförts i afrikanska länder (Kenya, Nigeria, Gambia, Guinea och Benin) visade sjuksköterskan ett större stöd gällande utförandet av kvinnlig könsstympning än vad de gjorde i övriga länder. Anledningen till denna skildring kan bero på att det finns en kultur, en djupt rotad tradition, i dessa länder gällande kvinnlig könsstympning (UNICEF, 2020). Det kan också bero på att det är mer normaliserat i dessa länder än vad det är i västvärlden. Guinea är till exempel näst störst i världen när det kommer till utförandet av kvinnlig könsstympning (UNICEF, 2020). Det finns inte heller någon lag som förbjuder könsstympning i dessa länder vilket kan göra det svårt att begränsa utförandet och därmed kanske också förändra attityderna hos sjuksköterskorna om kvinnlig könsstympning i dessa länder (UNICEF, 2020).

I González-Timoneda m.fl. (2018) studie beskrevs det att vårdpersonalen ansåg det vara opassande att fråga en kvinna vid misstanke om hon är könsstympad. Detta bör uppmärksammas då Evans m.fl. (2019) skriver att det vanligaste problemet som könsstympade kvinnor upplever är att dom inte får frågan om dom är könsstympade och den problematiken som kan följa med denna informationsbrist. González-Timoneda m.fl. (2018) studie belyser stigmat som finns i frågan om kvinnlig könsstympning och Evans m.fl. (2019) beskriver de negativa konsekvenser som detta stigma kan leda till.

Leiningers omvårdnadsteori kan användas som ett hjälpmedel för att förstå patienter från andra kulturer (Reynolds & Leininger, 1993). Omvårdnadsteorin har ett holistiskt synsätt på patienten och framställer tydligt de faktorer som kan påverka patientens bakgrund, tankesätt, och val. För att kunna bemöta patienter från andra kulturer måste sjuksköterskan ta hänsyn till detta och framför allt ha en förståelse för patientens kulturella påverkan. Omvårdnadsteorin kan därför användas för att skapa en förståelse med förhoppning om en tryggare miljö för den könsstympade kvinnan (Reynolds & Leininger, 1993). Sjuksköterskans rädsla för att verka opassande som González-Timoneda m.fl. (2018) belyser i sin studie kan vara en indikation på att vägledning behövs för att vårdpersonal och patient ska känna sig bekväma inför vårdmötet. Evans m. fl (2019) beskriver att könsstympade kvinnor upplevde att vårdpersonal inte kommunicerat tillräckligt eller visat någon större förståelse för dom. Omvårdnadsteorin som Leininger presenterar skulle även kunna anpassas där för att skapa en tryggare miljö genom uppvisad förståelse för könsstympade kvinnor eftersom dess huvudmål är att skapa en transkulturell omvårdnad med ett holistiskt synsätt på patientens kulturella bakgrund (Reynolds & Leininger, 1993).

Resultatet gällande vårdpersonals attityder om medikalisering av kvinnlig könsstympning var varierande. Vissa studier tyder på att sjuksköterskors attityder var positiva för medikalisering i syfte att undvika komplikationer medan andra studier visar på ett mer tvetydigt resultat med olika budskap från vårdgivare (Relph et al, 2013; Mohamud et al, 2021). WHO (2022b) beskriver att medikaliseringen av kvinnlig könsstympning har till viss del att göra med att vårdpersonal anser det vara säkrare för kvinnor att genomgå könsstympning under steril miljö och att ingreppet utförs av utbildad vårdpersonal. De menar på att detta gör att man undviker större komplikationer. WHO (2022b) motsätter sig dock denna typ av metod. WHO (2022b) menar på att denna metod talar emot den etiska göra gott-principen och bör därmed undvikas

eftersom det kan bidra till en normalisering av kvinnlig könsstympning. Balfour m.fl. (2016) styrker även att vårdpersonal anser att kvinnlig könsstympning inte bör medikaliseras eftersom de inte tror att ingreppet skulle bli säkrare för kvinnan bara för att det utförs inom hälso- och sjukvården.

Kliniska implikationer

Studiens resultat uppmärksammar att vårdpersonal och däribland sjuksköterskan saknar kunskap om kvinnlig könsstympning vilket i sin tur leder till att sjuksköterskan inte kan uppfylla ett flertal kärnkompetenser: personcentrerad vård, evidensbaserad vård och säker vård.

Ett flertal av studierna uppger att vårdpersonalen inte fått någon utbildning om kvinnlig könsstympning (Molina-Gallego et al, 2021; Levy et al, 2021; Obiora et al, 2021; González-Timoneda, 2018), men samtliga granskade artiklar i studien påvisade okunskap gällande komplikationer, kategorisering och det juridiska ansvaret.

Sjuksköterskeutbildningen behöver bli mer omfattande gällande kulturella skillnader som kan påverka vården. Exempelvis skulle informationsmaterial relaterat till kvinnliga, men också och manliga, könsorgan kunna inkludera både bilder och information om omskurna personer. Detta är även relevant vid inläring av katetersättning via urinröret.

Studiens resultat påvisar även hur viktigt det är att sjuksköterskor och annan vårdpersonal vågar kommunicera med patienter, trots bristande kunskap. Vid mötet med en patient är det essentiellt att inte sjuksköterskans personliga attityder gällande kvinnlig könsstympning, och andra tillstånd, påverkar vården av patienten.

Slutsats

Det som framkommer tydligt i resultatet är att det behövs mer utbildning för vårdpersonal. Vårdpersonalens attityder kring kvinnlig könsstympning beror till viss del på kunskapsbrist men exponering för ingreppet visar sig också ha en betydande roll. Mer forskning om kvinnlig könsstympning behövs för att man ska ha möjlighet att utforma program, riktlinjer och utbildning om kvinnlig könsstympning.

Fortsatt forskning

För att kunna bidra till en bättre vård framöver krävs det mer forskning kring grundutbildade sjuksköterskors upplevelser, attityder och kunskap om kvinnlig könsstympning.

Referenslista

- Balde, M. D., O'Neill, S., Sall, A. O., Balde, M. B., Soumah, A. M., Diallo, B., & Pallitto, C. C. (2021). Attitudes of health care providers regarding female genital mutilation and its medicalization in Guinea. *PloS one*, *16*(5), e0249998. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249998>
- Balfour, J., Abdulcadir, J., Say, L., & Hindin, M. J. (2016). Interventions for healthcare providers to improve treatment and prevention of female genital mutilation: a systematic review. *BMC Health Services Research*, *16*(1), 1–6. <https://doi.org/10.3390/healthcare9080974>
- Evans, C., Tweheyo, R., McGarry, J., Eldridge, J., Albert, J., Nkoyo, V., & Higginbottom, G. (2019). Seeking culturally safe care: a qualitative systematic review of the healthcare experiences of women and girls who have undergone female genital mutilation/cutting. *BMJ open*, *9*(5), e027452. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027452>
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.141–152). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017). Bilaga 3 Granskningsfrågor för kvalitativa respektive kvantitativa studier. Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.187–188). Lund: Studentlitteratur.
- González-Timoneda, A., Ros, V. R., González-Timoneda, M., & Sánchez, A. C. (2018). Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge? *BMC health services research*, *18*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3396-z>
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I U. P. Henricsson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 411–420). Lund: Studentlitteratur.
- Kaplan, A., Hechavarría, S., Bernal, M., & Bonhoure, I. (2013). Knowledge, attitudes and practices of female genital mutilation/cutting among health care professionals in The Gambia: a multi-ethnic study. *BMC Public Health*, *13*(1), 1–11. Doi: 10.1186/1471-2458-13-851
- Kaplan-Marcusan, A., Torán-Monserrat, P., Moreno-Navarro, J., Fàbregas, M. J. C., & Muñoz-Ortiz, L. (2009). Perception of primary health professionals about female genital mutilation: from healthcare to intercultural competence. *BMC Health services research*, *9*(1), 1–8. Doi: doi: 10.1186/1472-6963-9-11
- Karlsson, E-K (2017). Informationssökning. I U. P. Henricsson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 81–98). Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2017). Forskningsteknik. I U. P. Henricsson, M. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 57–80). Lund: Studentlitteratur.

- Levy, A. T., Beausang, J. K., Finley, E. D., & Wolf, S. M. (2021). Provider knowledge and attitudes about female genital mutilation/cutting in Philadelphia. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 23(1), 45–53. doi: 10.1007/s10903-020-01018-1
- Mbanya, V. N., Terragni, L., Gele, A. A., Diaz, E., & Kumar, B. N. (2020). Barriers to access to the Norwegian healthcare system among sub-Saharan African immigrant women exposed to female genital cutting. *PloS one*, 15(3), e0229770. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229770>
- Molina-Gallego, B., Mordillo-Mateos, L., de Corral, G. M., Gómez-Cantarino, S., Polonio-López, B., & Ugarte-Gurrutxaga, M. I. (2021, August). Female Genital Mutilation: Knowledge and Skills of Health Professionals. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 8, p. 974). Multidisciplinary Digital Publishing Institute. <https://doi.org/10.3390/healthcare9080974>
- Mohamud, A., Qureshi, Z., De Wildt, G., & Jones, L. (2021). Exploring Perceptions of Female Genital Mutilation/Cutting Abandonment (FGM/C) in Kenyan Health Care Professionals. *Qualitative Health Research*, 31(11), 1976–1989. doi: 10.1177/10497323211015967
- Nationalencyklopedin (2022). *Medikalisering*. Hämtad 2022-05-09 från: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/medikalisering>
- Obiora, O. L., Maree, J. E., & Nkosi-Mafutha, N. G. (2021). “A lot of them have scary tears during childbirth...” experiences of healthcare workers who care for genitally mutilated females. *PloS one*, 16(1), e0246130. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246130>
- Onuh, S. O., Igberase, G. O., Umeora, J. O., Okogbenin, S. A., Otoide, V. O., & Gharoro, E. P. (2006). Female genital mutilation: knowledge, attitude and practice among nurses. *Journal of the National Medical Association*, 98(3), 409.
- Relph, S., Inamdar, R., Singh, H., & Yoong, W. (2013). Female genital mutilation/cutting knowledge, attitude and training of health professionals in inner city London. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 168(2), 195–198. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.01.004.
- Reynolds, C., & Leininger, M. (1993). *Cultural care diversity and universality theory*. Sage Publications.
- Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoner, queeras och intersexpersoners rättigheter. (2021, 17 mars). *Begreppsordlista*. Hämtad: 2021-04-11 från <https://www.rfsl.se/hbtqi-fakta/begreppsordlista/>
- Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. Henricson, M (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 375–389). 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2021). *Inventering av vård för flickor och kvinnor som har varit utsatta för könsstympning*. Hämtad 2022-03-11 från

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-11-7523.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Kvinnlig könsstympning – ett stöd för hälso- och sjukvårdens arbete*. Hämtad 2022-03-11 från

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2016-6-59.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). *Könsstympning och omskärelse av flickor och kvinnor*. Hämtad 2022-03-15 från

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vald-och-brott/konsstympning/>

World Health Organisation. (1997). *Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41903/9241561866.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

United Nations Children's Fund. (2020, 2 November). *Kvinnlig könsstympning ger flickor men för livet*. Hämtad 2022-03-12 från <https://unicef.se/fakta/kvinnlig-konsstympning>

World Health Organisation. (2022a, 21 January). *Female genital mutilation*. Hämtad 2022-03-12 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

World Health Organisation. (2022b, 5 April). *Female genital mutilation*. Hämtad 2022-03-11 från https://www.who.int/health-topics/female-genital-mutilation#tab=tab_3

Föreanta nationerna. (2021). *Frågor och svar om kvinnlig könsstympning*. Hämtad 2022-03-11 från <https://fn.se/flicka/konsstympning-faq/>

Statistiska centralbyrån. (2022). *Befolkningsstatistik 2019–2022 och 1998–2021*.

<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/manadsstatistik--riket/befolkningsstatistik-2019-2022-manad-och-1998-2021-ar/>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2022-03-12 från

<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor*. Hämtad 22-03-13 från file:///C:/Users/46735/Downloads/Kompetensbeskrivning%20legitimerad-sjukskoterska-2017.pdf

SFS 2003:460. *Etikprövningslagen*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

SFS 2014:821. *Patientlagen*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Polit DF, Beck CT. (2014). Preliminary steps in the appraisal of evidence. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (8th edition). Philadelphia: Lippincott. (s. 44)

Vloeberghs, E., van der Kwaak, A., Knipscheer, J., & van den Muijsenbergh, M. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in The Netherlands. *Ethnicity & health*, 17(6), 677–695. <https://doi.org/10.1080/13557858.2013.771148>

Bilagor

Bilaga 1

Söktabell Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
Cinahl 15/3–22	genital mutilation, female OR circumcision, female OR female cutting, OR fgm AND nurses AND attitudes	Peer reviewed	9	9	1	Relph et al. (2013)

Söktabell PubMed

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
Pubmed 11/3–22	(nurses) OR (nursing) AND (experience) AND (Circumcision, Female) OR (Genital Mutilation, Female) AND (health care)	Abstract, Free full text, English, Swedish, Female, 2020–2022.	76	10	8	Balde et al. (2021) González-Timoneda et al. (2018) Mohamud et al. (2021) Obiora et al. (2021)

PubMed 15/3–22	Female genital cutting AND knowledge AND attitude AND healthcare professionals of healthcare provider	Peer reviewed, Abstract, Free full text, English, Swedish, Female	17	3	2	Kaplan et al. (2013) Onuh et al. (2006)
PubMed 15/3–22	female genital mutilation OR genital cutting AND attitudes AND health care providers	Peer reviewed, Abstract, Free full text, English, Swedish	66	10	6	Levy et al. (2020) <i>Mohamud et al. (2021)</i> <i>Balde et al. (2021)</i> Molina-Gallego et al. (2021) <i>Obiora et al. (2021)</i>
PubMed 23/3–22	((health care professionals) AND (perception)) AND (female genital mutilation)) AND (healthcare)	Abstract, Free full text, English, Swedish.	14	4	4	Kaplan-Marcusan et al. (2009) <i>Kaplan et al. (2013)</i> <i>González-Timoneda et al. (2018)</i>

PubMed 23/3–22	((female genital mutilation) AND (healthcare professionals)) AND (women's health)	Abstract, Free full text, English, Swedish.	18	3	3	Molina-Gallego et al. (2021) González-Timoneda et al. (2018) Kaplan. A et al. (2013)
-------------------	---	---	----	---	---	--

Bilaga 2

Artikelbilaga

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet
Balde et al. 2021 Guinea	Attitudes of health care providers regarding female genital mutilation and its medicalization in Guinea.	Att undersöka vårdgivares attityder relaterade till kvinnlig könsstympning samt medikaliseringen av könsstympning och hälsosektorns framtida roll.	Mixad metod Kvalitativ- och kvantitativ metod. 20 intervjuer hölls och 150 enkäter delades ut.	Deltagare till intervjuer var 8 barnmorskor, 8 sjuksköterskor och 4 medicinläkare. Enkäter delades ut randomiserat till 150 vårdgivare.	Majoriteten av deltagarna motsätter sig kvinnlig könsstympning och medikaliseringen av det. 89% av deltagarna upplevde att det kränkte kvinnors rättigheter. 81% av deltagarna ville att kvinnlig könsstympning ska kriminaliseras. Få deltagare upplevde att det är bra att medikalisera kvinnlig könsstympning, (7%).	12/14 Hög

<p>González-Timoneda et al. 2018 Spain</p>	<p>Knowledge, attitudes, and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge?</p>	<p>Bedöma vårdpersonalens föreställningar, kunskap, praktisk utförande och attityder i relation till kvinnlig könsstympning i Clínic-Malvarrosas hälsoområde i Valencia.</p>	<p>Deskriptiv tvärsnittsstudie. Kvantitativ metod. Enkäter delades ut till deltagarna varav 321 besvarade enkäten.</p>	<p>Deltagarna var vårdpersonal inom olika professioner. Läkare: 123 Gynekologer: 1 Pediatriker: 25 Sjuksköterskor: 146 Barnmorskor: 11 Socialarbetare: 13 Annat: 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 5% hade bemött könsstympade kvinnor i sitt arbete. - 21,8% hade arbetat i länder där befolkningen är i risk för kvinnlig könsstympning. - Nästan 15% hade fått träning inför mötet med den könsstympade kvinnan. - 22,7% kunde identifiera typologin om kvinnlig könsstympning och mindre än 5% kunde identifiera var utförandet av kvinnlig könsstympning förekommer. - 6,9% kunde någon form av protokoll för praktiskt arbete med könsstympade kvinnor. 	<p>11/13 Hög</p>
<p>Kaplan et al. 2013 Gambia</p>	<p>Knowledge, attitudes, and practices of female genital mutilation/cutting among health professionals in The Gambia: a multiethnic study</p>	<p>Undersöka kunskap, attityder och praktiskt utförande gällande kvinnlig könsstympning hos vårdpersonal arbetande i The Gambia.</p>	<p>Deskriptiv tvärsnittsstudie. Kvantitativ/kvalitativ metod. Frågorna ställdes ansikte mot ansikte till deltagarna.</p>	<p>Urvalet bestod av 468 vårdpersonal. Professioner som inkluderas i urvalet var sjuksköterskor, lokala sjuksköterskor, primärvårdssjuksköterskor, sjuksköterskor (skötare) och barnmorskor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 42,5% stöttade fortsättning av kvinnlig könsstympning. - 47,2% hade som intention att tillåta det på sina döttrar. - 7,6% hade utfört kvinnlig könsstympning i sitt arbete. - Kunskapen, attityder och praktiskt arbete formades av kön och etnisk tillhörighet. - Kvinnor visade mindre acceptans för fortsättandet av kvinnlig könsstympning och 	<p>11/14 Medel</p>

					<p>högre stöd för förhindrandet än män.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vårdpersonal som tillhörde en etnisk grupp som traditionellt praktiserande kvinnlig könsstympning var mer gynnsamma för bevarandet och medikaliseringen av kvinnlig könsstympning. 	
<p>Kaplan-Marcusson et al. 2009</p> <p>Maresme</p>	<p>Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence</p>	<p>Att analysera föreställningar, kunskapsnivå, attityder och praktiskt arbete hos vårdpersonal inom primärvården i relation till kvinnlig könsstympning.</p>	<p>Deskriptiv tvärsnittstudie. Kvantitativ metod.</p> <p>Enkäter delades ut till deltagarna. 280 delades ut varav 225 kom tillbaka och användes för resultatet.</p>	<p>Deltagarna var anonyma. Totalt deltog 225 vårdpersonal. Vårdpersonal inom primärvården, pediatriker, sjuksköterskor, barnmorskor, Gynekologer deltog i studien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 16% hade vårdat könsstympade kvinnor. - 18% konstaterade att de inte hade något intresse av kvinnlig könsstympning. - 40% kunde identifiera typologin. - Mindre än 30% visste om de länderna där kvinnlig könsstympning utförs. - 82% vårdade patienter från de länder där kvinnlig könsstympning förekommer. 	<p>11/13</p> <p>Hög</p>
<p>Levy et al. 2020</p> <p>USA</p>	<p>Provider Knowledge and Attitudes About Female Genital Mutilation/Cutting in Philadelphia</p>	<p>Att undersöka sjukvårdspersonals kunskap och attityder om kvinnlig könsstympning i Philadelphia</p>	<p>Kvantitativ metod.</p> <p>229 enkäter delades ut till anonyma deltagare. Över 50% av enkäterna som kom tillbaka var besvarade fullständigt.</p>	<p>Behandlande läkare: 5 Läkare: 96 Barnmorskor: 17 Sjuksköterskor: 36 Studenter inom medicin/sjuksköterskor: 46 Neonatal personal: 2 Medicinsk assistens: 2 Annat: 22 Inget svar: 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 61,2% hade stött på kvinnlig könsstympning tidigare i arbetet de senaste 5 åren. - 13,7% hade fått formell träning inför mötet. - 77,5% kände sig oförberedda för mötet med den könsstympade kvinnan. - 47,1% kände sig obekväma med att vårda könsstympade kvinnor. 	<p>11/13</p> <p>Hög</p>

					Majoritet av deltagarna trodde på att all typ av kvinnlig könsstympning är skadlig och rotad i tradition.	
Molina-Gallego et al. 2021 Schweiz	Female Genital Mutilation: Knowledge and Skills of Health Professionals	Att undersöka och bedöma kunskap, attityder och praktiskt arbete om kvinnlig könsstympning bland vårdpersonal.	Deskriptiv tvärsnittundersökning. Kvantitativ metod. Enkäter som besvarades online. 1347 svar av totalt utdelade 12 906 enkäter. 1168 enkäter användes till studien.	687 sjuksköterskor 43 barnmorskor 346 personal som arbetar inom primärvården 78 personal som arbetar inom pediatrik 12 gynekologer 2 personal som arbetar inom obstetrik	<ul style="list-style-type: none"> - 13,9% hade haft träning för kvinnlig könsstympning. - 4,4% hade stött på kvinnlig könsstympning i sitt arbete. - 10,7% kunde identifiera de tre typerna av kvinnlig könsstympning. - 33,3% visste att det var lagligt i Spanien. 	11/13 Hög
Mohamud et al. 2021 Kenya	Exploring Perceptions of Female Genital Mutilation/Cutting Abandonment (FGM/C) in Kenyan Health Care Professionals	Att utforska kenyansk vårdpersonals uppfattning om övergivandet av kvinnlig könsstympning.	Grounded theory. Kvalitativ metod. 18 intervjuer genomfördes.	Snöbollsteknik och ändamålsenlig urvalsstrategi. 18 deltagare deltog för intervjuer, majoriteten var kvinnliga sjuksköterskor.	En kärnkategori och två subkategorier framställdes i resultatet. Vårdpersonal ansåg att multilaterala samarbeten var nödvändiga för förhindrandet av kvinnlig könsstympning. ”Upplysande” samhället behöver förändra uppfattningen om könsstympning som en social norm genom pedagogiskt förklara hälsorisker. I framtiden krävs effektiva ingripanden för att stödja	12/14 Hög

					förhindrandet av kvinnlig könsstympning i Kenya.	
Obiora et al. 2021 Nigeria	” A lot of them have scary tears during childbirth... ” experiences of healthcare workers who care for genitally mutilated females.	Att beskriva vårdpersonalens upplevelser av att vårda könsstympte kvinnor i Sydöstra Nigeria.	Kvalitativ metod. Deskriptiv studie. 17 deltagare deltog i intervjuer.	Sjuksköterskor, barnmorskor, lokal hälsovårdspersonal och volontärer som arbetade för hälso- och sjukvård. Alla deltagarna har arbetat i minst 1 år.	Två teman och fem underteman framställdes i resultatet. Tema 1: Förse hälsovård till könsstympte kvinnor Undertema 1: Komplikationer pga. Könsstympning. Undertema 2: Utmaningen att förse kvalitetsvård för könsstympte kvinnor. Tema 2: Rättfärdiga utförandet av kvinnlig könsstympning “en gammal tradition”. Undertema 1: Kvinnlig könsstympning är ren del av kulturen Undertema 2: Regeringens influens av förbudandet av kvinnlig könsstympning. Undertema 3: Försättningen av kvinnlig könsstympning	12/14 Hög
Onuh et al. 2006 Benin	Female genital mutilation: knowledge, attitude and practice among nurses.	Att undersöka kunskapen, attityderna och det praktiska arbetet om kvinnlig könsstympning i Benin.	Kvantitativ metod. 193 enkäter delades ut varav 94,3% besvarades korrekt.	182 sjuksköterskor besvarade enkäten korrekt. Sjuksköterskorna arbetade inom gynekologi, kirurgi, pediatrik,	- Kunskapen kring kvinnlig könsstympning var bristfällig, 6,6% kunde identifiera de fyra typerna av kvinnlig könsstympning. - Majoriteten kunde identifiera de skadliga effekterna av kvinnlig könsstympning.	8/13 Medel

				medicin eller primärvård.	<ul style="list-style-type: none"> - 24,4% upplevde att vissa typer av könsstympning var ofarlig. - 2,8% upplevde att det var bra att utföra kvinnlig könsstympning. 58,3% upplevde att det var dåligt. 	
Relph et al. 2013 Storbritannien	Female genital mutilation/cutting knowledge, attitude and training of health professionals in inner city London.	Att bedöma vårdpersonalens kunskap, attityd och träning gällande kvinnlig könsstympning i ett område med hög prevalens.	Prospektiv-observativ studie. 85 enkäter delades ut varav 79 besvarades och användes till resultatet.	79 vårdpersonal inom olika professioner besvarade enkäten. Sjuksköterskor: 19 Barnmorskor/barnmorskestudenterna: 14 Senior läkare: 15 Junior läkare: 32	<ul style="list-style-type: none"> - Samtliga deltagare var medvetna om kvinnlig könsstympning och 27,8% kunde identifiera graden av prevalens på ett diagram. - 72,4% respektive 77,2% var medvetna om komplikationerna och legaliseringen av kvinnlig könsstympning i UK. - 13,9% ansåg att en kompetent vuxen ska kunna medgiva samtycke till kvinnlig könsstympning om tillfrågad. - 8,9% ansåg att proceduren ska vara medikaliserad för att minska sjukdom. - Mindre än 25% hade fått träning i att avgöra och hantera kvinnlig könsstympning. 	10/13 Medel

Bilaga 3

Kvantitativ granskningsmall

Kvantitativa studier
1. Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
1. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
1. Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
1. Vad är syftet? Är det klart formulerat?
1. Hur är metoden beskriven?
1. Hur har urvalet gjorts (till exempel antal personer, ålder, inklusion- respektive exklusionskriterier)?
1. Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
1. Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall hur?
1. Vad visar resultatet?
1. Vilka arguments förs fram?
1. Förs det några etiska resonemang?
1. Finns den en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, till exempel vad gäller generaliserbarhet?
1. Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, till exempel omvårdnadsvetenskapliga antaganden?

Bilaga 4

Kvalitativ kvalitetsgranskningsmall

Kvalitativ kvalitetsgranskningsmall
1. Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
1. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
1. Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?

1. Vad är syftet? Är det klart formulerat?
1. Hur är metoden beskriven?
1. Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
1. Hur har data analyserats?
1. Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
1. Vad visar resultatet?
1. Hur har författarna tolkat studiens resultat?
1. Vilka argument förs fram?
1. Förs det några etiska resonemang?
1. Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
1. Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, till exempel vårdvetenskapliga antaganden?

