



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: VK 14

**Barnmorskor och gynekologers uppfattning om
infibulerade kvinnors upplevelser av defibulering**
- En kvalitativ studie

**- Midwives' and gynecologists' perception of infibulated
women's experiences of defibulation**
- A qualitative report

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2015

Författare:

Amrish Khokhar

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Handledare:

Eva Nissen

Leg. Barnmorska

Professor

Caisha Ahmed Arai

Leg. Sjuksköterska

Barnmorskestudent

Bihandledare:

Lena Rolfhamre

Leg barnmorska, adjungerad
klinisk adjunkt.

Examinator:

Anna Hjelmstedt

Leg. Barnmorska

Docent

Abstrakt

Bakgrund: Kvinnlig könsstympning och då bland annat infibulering är ett problem som orsakar många fysiska, psykiska och sexuella skador som kan vara besvärande för kvinnan. Defibulering är en kirurgisk metod för att behandla infibulerade kvinnor och endast få studier har undersökt kvinnors upplevelser av att leva med det.

Syfte: Att belysa barnmorskors och gynekologers uppfattning om hur infibulerade kvinnor beskriver sin upplevelse och eventuella besvär av att vara defibulerad.

Metod: Totalt sju vårdare intervjuades med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Tre av dem var gynekologer och fyra var barnmorskor.

Resultat: Informanterna uttrycker att majoriteten av kvinnorna beskriver att defibulering har en positiv inverkan på deras liv. De upplever att det blir lättare att kissa, menstruation och samlag underlättas, och de uppfattar att kvinnan har en bättre självbild efter defibulering. De rapporterar också kvarvarande negativa känslor som depression eller posttraumatisk stress syndrom (PTSD). Defibulering orsakar också sociokulturella dilemman mellan kulturena.

Slutsats: Defibulering beskrivs ha en positiv inverkan på kvinnans liv. Operationen kan hjälpa till att förbättra det psykologiska trauma som könsstympningen orsakat. Rutinmässigt följs inte kvinnorna upp vilket försvårar förståelsen av defibulerade kvinnors erfarenheter.

Sökord: defibulation, erfarenhet, fysiska förändringar, sociokulturella aspekter, psykologisk påverkan

Abstract

Background: Female genital mutilation and for instance infibulation is an ongoing practice which causes numerous physical, psychological and sexual injuries which can be troublesome for the woman. Defibulation is a surgical method to treat infibulated women and merely few studies have investigated women's experiences of living with it.

Aim: The aim of this study was to investigate midwives' and gynecologists' perception of how infibulated women explain their experience and possible inconveniences of being defibulated.

Method: A total of seven caregivers were interviewed using semi-structured interviews. Three of them were gynecologists and the remaining four were midwives.

Result: The informants express that majority of the women describe that the defibulation has a positive influence on their lives. They experience that urination, menstruation and sexual intercourse is facilitated and improved self-image, but they also report remaining negative feelings such as depression or PTSD. Defibulation also brings about socio-cultural dilemmas between cultures.

Conclusion: Defibulation is described by the women as having a positive influence on their lives. The surgery can help repair the psychological trauma of being mutilated. There is no follow up as per routine which complicates the understanding of defibulated women's experiences.

Keywords: defibulation, experience, physical changes, socio-cultural aspects, psychological influence

1. ORDLISTA	1
2. INLEDNING.....	2
3. BAKGRUND	
2.1 Definition- Könstympning	2
2.2 Reinfibulering	3
2.3 Historik	3
2.4 Orsaker till könstympning	3-4.
2.6 Sexuella konsekvenser	5
2.7 Psykologiska konsekvenser	5-6
2.8 Defibulering	6-7
2.9 Upplevelser av defibulering	8
2.10 Lagar och förordningar	10
4. PROBLEMFORMULERING	10
5. SYFTE	10
6. FRÅGESTÄLLNINGAR.....	11
7. METOD	
7.1 Val av metod	11
7.3 Datainsamling	11- 12
7.4 Analys	12 - 13
7.5 Förförståelse	13
8. ETISKA ÖVERVÄGANDEN	13-14
9. RESULTAT	13 - 14
9.1 Fysiska förändringar	14- 17
9.1.1 Att känna sig annorlunda i underlivet	
9.1.2 Att vara öppen och vid	
9.1 3 Ändrade miktion och menstruations vanor	
9.1 4 Upplevelser av missnöje	
9.2 Besvär	17 - 18
9.2.1 Ovanligt med besvär	
9.2.2 Postoperativa besvär	

9.3 Psykisk påverkan	18 - 21
9.3.1 Upplevelse av trygghet inför förlossningen och samliv	
9.3. 2 Att få en förbättrad självbild	
9.3. 3 Kvarstående negativa känslor	
9.4 Sociokulturella aspekter.....	21 - 23
9.4.1 Rädsla för utanförskap	
9.4.2 Positiva följder i sociala samfundet	
9.4.3 " Normalisering" i den nya kulturen	
9.4.4 Partners stöd betydande för upplevelsen	
9.5 Vårdares kunskap och dilemman	23 -27
9.5.1 Brist på uppföljning och kommunikation	
9.5.2 Frågor och svar är fåordiga	
9.5.3 Patienterna ger intryck av att vara nöjda	
9.5.4 Ökad kunskap hos informanterna	
10. DISKUSSION	
10.1 Resultatdiskussion.....	27 -30
10. 2 Metoddiskussion.....	30-32
10. 3 Studieförslag till vidare forskning	32
10.4 Etik diskussion	32-33
11. SLUTSATS OCH KLINISK TILLÄMPNING	33
12. REFERENSLISTA	34 - 36
 Bilaga 1.....	 37
Bilaga 2	38
Bilaga 3.....	39

1. ORDLISTA

Abcess	Varböld
Apareuni	Oförmåga att ha samlag
Cysta	Vätskefylld blåsa
Dysmenorré	Smärtsam menstruation
Dyspareuni	Samlagssmärtor
Genitalia	Könsorgan
Introitus	Vaginalingång
Kronisk	Långvarande
Labia Majora	Yttre blygdläpp
Labia Minora	Inre blygdläpp
PTSD- Post traumatisk stress syndrom	Tillstånd som kan uppstå efter ett mycket svårt trauma, allvarligt eller livshotande tillstånd. Detta kan uppstå som en fördröjd eller långvarig reaktion efter exempelvis sexuella övergrepp, krig eller tortyr.
Sepsis	Allvarlig blodförgiftning.
Subfertilitet	Nedsatt fertilitet
Urethra	Urinrör
Urinretention	Urinansamling som gör det svårt för patienten att kissa
Vulva	Yttre könsdelar hos kvinnan

(Medicinsk ordbok samt Ord- och begreppsförklaring)

Vid sökningar i databaser fann författarna att defibulering och deinfibulering används synonymt till varandra, framför allt i internationella studier. Författarna har valt att använda termen defibulering i uppsatsen.

2. INLEDNING

Kvinnlig könsstympning är en uråldrig ritual som utövas i ett flertal länder i världen, bland annat länder i Afrika. Socialstyrelsen uppskattar att ca 38 000 flickor och kvinnor i Sverige kan ha utsatts för någon typ av könsstympning. Migration bland annat, har orsakat att problemet idag fått ett internationellt perspektiv (Socialstyrelsen, 2015). Vårt intresse för detta ämne grundar sig i att vi båda haft frekventa möten med infibulerade kvinnor under vår verksamhetsförlagda utbildning (VFU) på barnmorskemottagningar i en multikulturell miljö. De flesta könsstympade kvinnorna som vi träffade under vår VFU period saknade tidigare information om att man kan utföra defibulering dvs. ”öppningsingrepp” i samband med förlossning, tidig graviditet eller innan graviditeten.

Kunskapen om defibulering och dess effekter för kvinnan är begränsad. Med detta som utgångspunkt var vårt initiala intresseområde att göra en litteraturstudie med syfte att belysa kvinnors upplevelser efter defibulering. Det visade sig att detta är ett relativt obeforskat område med synnerligen begränsat material, därför valde vi att göra en semistrukturerad intervjustudie med barnmorskor och gynekologer som arbetar i en multikulturell miljö och möter kvinnor som är infibulerade.

3. BAKGRUND

3.1 Definition- Könsstympning

WHO (2014) definierar könsstympning som alla förfaranden som innefattar delvis eller helt avlägsnande av kvinnliga yttre genitalia eller andra skador som utförs på yttre könsorganen av icke-medicinska skäl.

Kvinnlig könsstympning har klassificerats i fyra huvudsakliga typer enligt WHO (2014):

Typ I: Klitoridektomi: Delvis eller helt avlägsnande av klitoris. I vissa sällsynta fall avlägsnandet av enbart förhuden.

Typ II: Excision: Delvis eller helt avlägsnandet av klitoris och labia minora/ inre blygdläpparna med eller utan avlägsnande av labia majora/ytte blygdläppar.

Typ III: Infibulation: Förträngning av vaginalöppningen genom att skapa en förslutning. Förslutningen skapas genom avskärning och ompositionering av inre eller yttre blygdläpparna, med eller utan avlägsnande av klitoris.

Typ IV: Andra sätt: Samtliga andra skadliga ingrepp på det kvinnliga könsorganet som saknar medicinskt skäl exempelvis prickning, piercing, skrapning, skärning eller frätskador.

3.2 Reinfibulering

Reinfibulering är ytterligare ett form av ingrepp där labia åter sys ihop i syfte att förminska slidmynningen (Stockholms läns landsting, 2007). Önskemål om reinfibulering kan förekomma efter exempelvis en förlossning enligt Krause, Brandner, Mueller och Kuhn (2011) som anger att flera kvinnor har begärt att de ska stängas, sutureras lika tätt efter förlossningen som innan förlossningen. Reinfibulering är otillåtet enligt svensk lag även om kvinnan uttrycker en önskan om det. Däremot är syftet med sutureringen efter en förlossning att återskapa så normal anatomi som möjligt. Åtgärden är ämnad att skapa förutsättningar för normala kroppsfunktioner så som att kunna kissa, menstruera eller få utrymme för vaginala samlag (SLL, 2007).

3.3 Historik

Seden med kvinnlig könsstympning har existerat i över 2000 år. Det finns även teorier att det praktiserades i Egypten 450 f. Kr (Chibber, El Saleh & El Harmi, 2011). Traditionen tros vanligen ha sitt ursprung i Nordafrika, men WHO menar att kvinnlig könsstympning någon gång i tiden har förekommit i alla länder i världen. Under 1800-talet utövades kvinnlig könsstympning av läkare bland annat i USA och England för att bota homosexualitet, hysteri och onanism (Mulongo, McAndrew & Martin, 2014; Rushwan, 2013). Könsstympning på flickor och kvinnor beräknas idag förekomma med högst prevalens i omkring 30 afrikanska länder. Könsstympning förekommer även i en del länder i Asien och Central och Sydamerika. (Rushwan, 2013; WHO, 2010).

3.4 Orsaker till könsstympning

Det finns flera skäl beskrivna till varför könsstympning praktiseras, gemensamt är att det anses vara en gammal tradition att hålla fast vid. Det finns uppfattningar om att det är ett religöst krav trots att ingreppet inte är påbjudet i Koranen, Bibeln eller i andra heliga skrifter och seden har utövats innan Islam eller Kristendomen praktiserades (Mulongo et al., 2014). Enligt Rushwan (2013) tillhör könsstympning en initiationsrit som är obligatorisk för att flickan senare skall kunna klassificeras som en vuxen kvinna, men det är även ett sätt att styra hennes sexualitet och beteende. Nationellt Centrum för Kvinnofrid (2011) beskriver att vissa anser att kvinnors sexualdrift är mycket stark och genom stympning av yttre genitalia kan

sexualdriften dämpas och så vis kan kvinnan lättare bevara sin oskuld till mannen hon gifter sig med. En kvinna som inte är oskuld eller som inte genomgått kvinnlig könsstympning anses olämplig för giftermål. Det finns uppfattningar att könsstympning är ett essentiellt instrument för att forma ”rena” och kyska kvinnor (a.a).

Könsstympningen utförs även enligt vissa samhällens normer och sociala tryck. För dem som inte genomgår denna sed kan det innebära utanförskap, utstötning, genom förnedring och förlust av status som kvinna och familj. Det finns en uppfattning hos vissa att klitoris är en ören kroppsdel som kan orsaka dödföddhet i samband med vaginal förlossning då barnet kan komma i kontakt med den delen. Andra motiv till att könsstympning praktiseras är uppfattningen att avlägsnandet av yttre genitalia anses vara hygieniskt, att det kan öka fertiliteten samt att klitoris anses vara maskulint och oattraktivt varvid könsstympningen försköner det genitala utseendet (Rymer, 2003).

3.5 Fysiska konsekvenser

Könsstympning kan resultera i både akuta och kroniska komplikationer. Akuta komplikationer kan innebära stor blödning, extrem smärta, chock, sepsis, infektion, skada på angränsade organ så som ändtarm eller urinrör samt urinretention, vilka kan även orsaka död. Frakturer kan uppstå som resultat av att flickan eller kvinnan hålls fast under processen. Kroniska komplikationer kan innebära bland annat svårigheter i utflödet av urin- och menstruationsblödning på grund av en trång vaginalingång, återkommande urinvägsinfektioner, bäckenbotteninflammation, dysmenorré, vävnad och ärrskador samt abscesser i vulva. Andra komplikationer innefattar cystor; det är inte ovanligt att dessa växer och kan orsaka intensiv smärta. Nervknutor vid klitoris, menstruationsproblem och fistlar kan också förekomma bland kvinnor som könsstympats. Könsstympning kan även orsaka dysmenorré (Rymer, 2003; SLL, 2007). I en studie gjord av Berggren, Gottvall, Isman, Bergström och Ekéus(2012) visas att infibulerade kvinnor har en ökad risk för analsphinkterruptur i samband med förlossning i jämförelse med icke könsstympade kvinnor.

3.6 Sexuella konsekvenser

En könsstympning kan göra att kvinnan associerar sitt underliv med trauma, smärta och andra plågsamma minnen. Detta kan i sin tur försvåra kvinnans sexuella gensvar och påverka hennes sexualitet. En stram introitus kan ge dyspareuni och penetrationsproblem som följd. Vidare kan kvinnan ha svårt att uppleva sexuell njutning och nå klimax till följd av en skadad

eller avlägsnad klitoris (Rymer, 2003). Många kvinnor som genomgått könsstympning beskriver att de upplever ytterst liten njutning vid sexuell umgänge (Chalmers & Hashi, 2000). Ett försvårat samliv kan påverka partnerrelationen. Det kan även på grund av stress, samlagssmärter och ångest föranleda bland annat subfertilitet (Utz- Billing & Kentenich, 2008). Ärrbildning i slidan kan försvåra möjligheten att bli gravid och till och med omöjliggöra penetrerande samlag trots upprepade försök. Smärtsamma slidkramper kan ge smärta och ömhet vid samlag. Samlaget kan även ge mannen genitala besvär relaterade till kvinnans könsstympning. Dessa kan vara upphov till sår, blödning och inflammation och blödning på penis (SLL, 2007).

3.7 Psykologiska konsekvenser

Könsstympning påverkar inte bara den fysiska och sexuella hälsan, utan kan även ha en inverkan på den psykiska hälsan. Detta märks dock i många fall och enbart den fysiska och sexuella hälsan betonas. Kvinnor och flickor som varit med om könsstympning kan uppleva depression, återkommande mardrömmar, aptitlöshet, känsla av svek och maktlöshet, åstörningar, panikattacker, ångest, lågt självförtroende och negativ självbild (Mulongo et al., 2014). Post-traumatisk stress syndrom (PTSD) och minnessvårigheter är också vanligt förekommande som ett resultat av ingreppet (Behrendt & Moritz, 2005; Jonhsson 2007). Det är dock viktigt att betona att det är ytterst individuellt hur kvinnan påverkas av könsstympningen. Det finns studier som visar att många kvinnor upplever könsstympningen som en del av deras stolthet, att det förskönar dem och medför renlighet (Mulongo et al., 2014).

Chalmers & Hashi (2000) beskriver vidare att kvinnor anger att könsstympningen fått dem att känna sig mer feminina, mer ärade och lyckliga. Det är därför inte ovanligt att kvinnor med en sådan syn på ingreppet känner en psykisk påfrestning när de flyttar till ett land där kvinnlig könsstympning inte är en tradition, utan tvärtom är olagligt och ett brott mot mänskliga rättigheter. Kvinnan kan då uppleva en plötslig kulturkrock, skamkänslor och känslor av underlägsenhet som följd.

3.8 Defibulering

Defibulering, enligt WHO's (2012) beskrivning, innebär ett kirurgisk öppnande av den infibulerade vulvan och eventuell rekonstruktiv kirurgi av ärrvävnaden som orsakats av infibuleringen. Nour, Michel och Bryant (2006) beskriver vidare att ingreppet innefattar ett

vertikalt snitt vid ärrvävnaden för att exponera introitus samt urethra och forma yttre blygdläppar. Vulvan kan dock inte återställas till sitt anatomiska ursprung.

Enligt Vårdgivarguidens (2010) riktlinjer för mödrahälsovård rekommenderas att barnmorskan ger detaljerad information till kvinnan om vad mödrahälsovården och förlossningsvården kan erbjuda. En tidig läkartid skall erbjudas med syfte att bedöma könsstymplingens omfattning och lyssna på kvinnans önskemål kring en eventuell defibulering. SLL (2007) betonar att det är viktigt att fråga kvinnan huruvida hon har fysiska och/eller psykiska besvär relaterade till stymplingen. Samtidigt berörs också aspekten att många könsstympade kvinnor saknar kunskap om genitalias normala anatomi och kvinnan kan därför ha svårt att värdera något som hon har begränsad erfarenhet av.

Om slidmyrningen är mindre öppen än för två fingrar bör man föreslå en defibulering under graviditeten. Man rekommenderar att denna görs mellan graviditetsvecka 14-20 för att kunna övervaka den kommande förlossningen på ett så säkert sätt som möjligt. Vid osäkerhet eller svårighet att bedöma slidmyrningens öppning kan kvinnan remitteras vidare. I Stockholm bör vidareremittering ske till AMEL-mottagningen (Vårdgivarguiden, 2010). AMEL, som betyder hopp på arabiska, är en mottagning som grundades för att hjälpa könsstympade kvinnor på olika sätt. Denna finns belägen på Södersjukhuset i Stockholm där det finns gynekologer och kuratorer med särskild kompetens kring könsstympade kvinnors problematik och defibulering (<http://www.sodersjukhuset.se/Avdelningar--mottagningar/Mottagningar/Mottagning-for-konsstymade/>). Rekommendationen att göra defibulering i just dessa veckor beror på att blödningsrisken då är liten, samtidigt som det finns god tid för läkningsprocessen för hud- och slemhinnor innan förlossningen. Detta betyder dock inte att defibulering inte kan göras när som helst under graviditeten. Det åligger mödrahälsovårdsläkarens ansvar att defibuleringen blir gjord tidigt om kvinnan så önskar. Det är även viktigt att informera den gravida kvinnan att narkos inte påverkar graviditeten (SLL, 2007).

Defibulering är nödvändig för att säkerställa en säker vaginal förlossning för kvinnor med den allvarligaste typen av kvinnlig könsstympling det vill säga infibulering. Obstruktion av vaginalingången kan försvåra eller omöjliggöra en tillräcklig vaginal undersökning och därav kan defibulering vara nödvändig inför förlossningen. Könsstympling i form av klitoridektomi och excision brukar vanligtvis inte resultera i vulva sammanväxningar och kräver därför inte defibulering inför förlossningen. Operationen anses vara lämpligast innan graviditet eller

under graviditeten för att undvika akut defibulering av oerfarna läkare (Abdulrahim et al., 2012). Vid behov av kateterisering under förlossningen kan ett litet spekulum alternativt nässpekulum användas för att synliggöra urethraöppningen genom att hudbryggan som täcker den lyfts upp (SLL, 2007).

Det är viktigt att informera båda parter i situationen. Både kvinnan och mannen behöver information om defibuleringen så att kvinnan kan få det stöd av mannen som hon kan vara i behov av för att genomgå operationen (Vårdgivarguiden, 2010). Information och makens närvaro kan vara betydelsefull av bland annat två skäl: dels för att partnern själv ska kunna vara väl förberedd inför kommande förlossning men även för att maken/partners åsikter och roll kan vara ytterst betydelsefull och avgörande i familjen och för kvinnan. Det är även viktigt att både kvinnan och mannen får information om svensk lagstiftning gällande kvinnlig könsstympning och reinfibulering samt fysiska förändringar som kan uppkomma efter defibuleringen. Miktionsvanorna kan ändras då det går betydligt snabbare att tömma urinblåsan och menstruationsblod eller flytningar får en lättare passage (SLL, 2007).

Oavsett skälet till kvinnans önskan om defibulering är det av ytterst vikt att fråga kvinnan om hennes egna önskemål och förväntningar. Ingreppet skall i möjligaste mån göras i samråd med henne, där man tar reda på hur mycket hon vill bli defibulerad. Samtidigt krävs tydlig information om vad som skall göras och vilka förändringar hon kan förvänta sig efter operationen. Svårigheter kan förekomma då vårdaren ska förklara hur defibuleringen kan gå till då kvinnorna många gånger har bristande eller nästan ingen kunskap om normal anatomi och ibland är det okänt för dem hur omfattande könsstympningen är. Som vårdgivare blir det då grundläggande att kvinnan får väsentlig och tydlig information med hjälp av exempelvis ritade bilder eller att man visar med spegel vid undersökningen (SLL, 2007).

3.9 Upplevelser av defibulering

Krause et al. (2011) beskriver att kvinnor som defibulerats kan uppleva annorlunda miktionsvanor samt en känsla av exponering i underlivet. I en studie av Nour et al. (2006) har 40 infibulerade kvinnors upplevelser av defibulering följts upp. Denna studie tar även upp partners upplevelser. Kvinnorna i studien sökte för gynekologiska besvär så som dysmenorré, dysparenia, aparenia, miktionssvårigheter och defibulering bestämdes ömsesidigt mellan kvinnorna och gynekologen som behandling mot besväret. En del av deltagarna i studien önskade defibulering inför bröllop samt inför vaginal förlossning. Av kvinnorna uttryckte

94% att processen och den postoperativa tiden var mindre smärtsam och obehaglig än de förväntat sig. Majoriteten av kvinnorna uttryckte att de var nöjda med ingreppet samt att deras besvär hade avtagit.

Fyra patienter beskrev återkommande tillfällen av samlagssmärter trots defibulering. Suturetekniken avgjorde hur nöjd kvinnan var med den postoperativa tiden; kvinnor med djupare suturering upplevde inga obehag medan vävnad som suturerats med ytligare stygn gav hudirritation hos kvinnorna. Detta var dock övergående inom 2 veckor. De flesta av deltagarna (98%) var nöjda med sitt förändrade utseende och ansåg att sexuella upplevelsen och njutningen hade förbättrats betydligt. Samtliga partner var nöjda med defibuleringens resultat. De uttryckte ett förbättrat samliv, nöjdhet med kvinnans utseende samt ökad kunskap om negativa konsekvenser av infibulering. Majoriteten av kvinnorna (94%) kunde tänka sig rekommendera operationen till andra infibulerade kvinnor och 53% av dem diskuterade operationen med andra kvinnor. Anledningen till att kvinnorna inte kunde tänka sig diskutera operationen med andra var bland annat skamkänslor, integritet, rädsla att bli utstött från omgivningen, rädsla att inte bli kunna bli gift, önskan att inte göra föräldrarna besvikna samt att upprätthålla makens status genom att bevara föreställningen att han defibulerat henne på bröllopsnatten (Nour et al., 2006).

3.10 Lagar och förordningar

1982 blev Sverige det första västerländska landet som brottsförklarade alla former av kvinnlig könsstympning. *Lag (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor* syftar till att skydda kvinnor och straffbelägger alla ingrepp som leder till bestående förändringar av kvinnans yttre genitalia oavsett om samtycke till ingreppet lämnats eller ej. Till detta ingår även ”prickning” eller stickande av det kvinnliga yttre könsorganet (NCK, 2011).

1999 förändrades lagen enligt SFS (1999:267). Ändringen innebär att ingreppet straffbeläggs även om det görs utanför Sverige. Annan relevant lagstiftning är Socialtjänstlagen (2001: 453) som avser anmälningsplikt till Socialtjänsten vid kännedom eller misstanke om könsstympning (NCK, 2011).

4. PROBLEMFORMULERING:

Socialstyrelsen (2005) och SLL (2007) rekommenderar att den barnmorskan som träffar den könsstympade kvinnan bör informera om möjlighet till defibulering. I dagsläget finns ett

flertal studier och forskning om kvinnor som genomgått kvinnlig könsstympning; dess bakgrund och orsak, effekt på fysisk, psykisk samt psykosocial hälsa. Det finns dock begränsat med studier som belyser kvinnors erfarenheter och upplevelser av defibulering och vilka effekter detta kan resultera i. Migration från ett land där könsstympning ses som en social norm som försköner kvinnanskropp, till ett land där kvinnan ses som skadad utifrån det nya samhällets perspektiv kan vara känslomässigt omtumlande för kvinnan. Eftersom vårt yrke som barnmorskor innebär möten med könsstympade kvinnor i det multikulturella samhället som vi lever i idag finns även ett behov av specialiserad vård, kunskap samt stöd för kvinnor som har genomgått defibulering.

5. SYFTE:

Att belysa barnmorskors och gynekologers uppfattning om hur infibulerade kvinnor beskriver sin upplevelse och eventuella besvär av att vara defibulerad.

6. FRÅGESTÄLLNINGAR:

- Vilka erfarenheter och uppfattningar har barnmorskor och gynekologer av mötet med könstympade kvinnor som genomgått defibulering?
- Hur beskriver kvinnorna sin upplevelse och eventuella besvär att vara defibulerad för barnmorskor/gynekologer?
- Hur ser barnmorskors och gynekologers uppfattning ut nu gentemot när de började arbeta med dessa kvinnor?

7. METOD

7.1 Val av metod

Den valda designen är en kvalitativ intervjustudie med manifest grund. Patel och Davidsson (2003) nämner att kvalitativa intervjuer avser att upptäcka samt identifiera egenskaper och karaktärer hos/i något. Exempel på detta kan vara att få en djupare insikt av informantens livsvärld eller uppfattningar om något fenomen. Kvale och Torell (2009) nämner att lyhördhet och empati från forskarna skapar goda förutsättningar för att samtalet kan utvecklas och data kan detaljeras allt mer. Vi använde semi-strukturerade intervjuer där vi utformade fem öppna frågor utifrån studiens syfte, dessa granskades först av båda handledarna. Semistrukturerade intervjuerna kompletterades med följdfrågor under intervjun.

7.2 Urval

Ett strategiskt urval av informanter gjordes för att få bästa möjliga variation av upplevelser kring forskningsämnet (Graneheim & Lundman, 2004). Vi intervjuade fyra barnmorskor och tre gynekologer som har erfarenhet av att arbeta med könsstympade kvinnor och defibulering. Via vår bihandledare fick vi information om vårdpersonal/yrkeskategorier som har erfarenhet av att arbeta med ämnet. Vi träffade dem vid ett utbildningstillfälle/konferens om könsstympning och defibulering som var anordnat av Socialstyrelsen. Utifrån yrkeskategorierna valde vi därefter ut barnmorskor och gynekologer då studiesyftet är att belysa deras uppfattningar. Vi informerade om syftet med studien samt tog kontaktuppgifter och lämnade vårt informationsblad. Se bilaga 1. Tre barnmorskor och tre gynekologer tillfrågades och alla accepterade deltagandet i studien. En av gynekologerna blev sjuk och kunde därför inte medverka i studien. Av den anledningen inkluderade vi en annan gynekolog med liknande arbetslivserfarenhet och kompetens, som också hade deltagit i ovan beskrivna konferens. Efter sex intervjuer upplevde vi att resultatet behövde mer komplettering med hjälp av ytterligare en informant. Därför valde vi att intervjua ytterligare en barnmorska med vidareutbildning som sexolog och psykoterapeut som träffar defibulerade kvinnor både före och efter ingreppet. Vi kom i kontakt med henne via en gynekolog som samarbetar med henne som del av behandlingen av defibulering.

Vi valde detta antal informanter med tanke på den givna tidsramen och att det inte var möjligt att inkludera fler deltagare på grund av det. Då vi önskade variation bland informanterna för att utvidga studien inkluderades informanter med varierande yrkeserfarenhet; dock hade majoriteten av dem lång erfarenhet. De arbetar på mottagningar i multikulturella områden där de kommer i kontakt med dessa kvinnor eller på mottagningar som är specialiserade i att ta emot könsstympade kvinnor samt de som önskar defibulering. Samtliga informanter är kvinnor, detta var dock inget som var ett urvalskriterium för studien.

7.3 Datainsamling

Efter att informanterna accepterat studiedeltagandet fick de information enligt Bilaga 1. under utbildningstillfället/konferensen. Därefter tog vi kontakt med verksamhetscheferna för att få godkännande att genomföra studien och de informades även om studien. Efter godkännande från samtliga verksamhetschefer skickades även önskan om samtycke till informanterna. Varje informant erhöll muntlig och skriftlig information, som undertecknades av samtliga innan intervjustart. Se bilaga 3.

Inför intervjun skickades mail igen för att inboka tid och plats för intervjun samt informerade att intervjun uppskattningsvis tar ca 20-30 minuter. En del informanter mailades flera gånger och en del ringde vi för att de inte hade svarat på vårt mail. Intervjun skedde under vecka 6, 7 samt 8. Enligt Trost (2010) ska intervjun äga rum i ostörd miljö som skall vara trygg för informanten. Därför gjordes samtliga intervjuer på informanternas arbetsplatser som de själva valde i anslutning till sitt arbetspass.

Kvale & Torhell (2009) beskriver att forskarna ska ställa öppna frågor för att kunna skapa ett förtroende i intervjusituationen. I början av intervjun är det viktigt att forskaren skapar god kontakt genom att lyssna artigt, visa engagemang, förståelse och respekt för informanterna. Informanterna fick information om vad varje författare skulle göra innan intervjustart, så att de skall känna sig bekväma under intervjun. Samtliga intervjuer utfördes av båda författarna där den ena var mer aktiv under intervjun, förde intervjun vidare och hade mer kommunikation med informanten medan den andra var mer passiv för att kunna lyssna och ställa följdfrågor.

7.4 Analys

Materialet analyserades enligt Graneheim och Lundmans innehållsanalys (2004). Enligt Olsson och Sörensen (2011) innebär en manifest innehållsanalys att man arbetar med komponenter som är mest framträdande och tydliga i textmaterialet, det vill säga djupare tolkning undviks. Vi strävade efter att göra analysen så textnära som möjligt och vi använde citat.

Analysen gjordes stegvis, först lyssnade vi på den inspelade intervjun för att få bättre överblick om vad som sades. Sedan transkriberades intervjuerna av samma person som utförde intervjuerna. Enligt Graneheim och Lundman (2004) innebär transkribering omformning av muntlig information till skriftlig form. För att minska risken för felaktiga bedömningar transkriberades den insamlade rådatan så snart som intervjun genomförts. På så vis gjordes en så korrekt transkribering som möjligt med minskad risk för felaktiga bedömningar (Olsson och Sörensen, 2011).

Data lästes flera gånger och sedan hittades meningsbärande enheter som var relevanta utifrån syftet. Dessa meningsbärande enheter färgades, där varje intervju hade fått egen färgkodning, därefter kondenserades materialet. Kategoriseringen och subkategorier bildades med stöd av

vår handledare. Citat från intervjun presenteras under olika subkategorier för att förstärka resultatets trovärdighet. Nedan följer ett exempel på hur resultatet har bearbetats för att definiera kategorier och subkategorier från meningsbärande enheter.

Tabell 1. Exempel på meningsbärande enheter och citat som har lett till kondensering och kodning.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kodning
De säger att deras självbild har ändrats framför allt..att självbilden har blivit bättre, att man känner sig hel och att man fått större självförtroende, självkänsla	Defibuleringen påverkar kvinnans självbild som blir mer positivt.	Självbild
att det blir en trygghet för dem att veta att det liksom är mer säkert med förlossning. Att man kan göra dem här undersökningarna och att man kanske inte behöver klippa lika mycket...	Att genomföra defibuleringen skapar trygghet inför den kommande förlossningen.	Trygghet
Man har ett minne av det, eller om man fortfarande tycker att samlag är smärtsamt efter man genomgått öppningsoperation, för det sitter fortfarande kvar, den där känslan om att det går ont så fort nåt kommer nära underlivet så gör det ont.	Psykisk skörhet sitter ibland kvar trots att man genomgått en defibulering.	Minnen

7.5 Förförståelse

Vår förförståelse till ämnet var att vi ser kvinnlig könsstympning som ett folkhälsoproblem då det drabbar tusentals kvinnor i olika delar av världen och att ämnet behöver belysas ytterligare samt förebyggas. Enligt Patel och Davidson (2003) är det grundläggande att forskaren står i en yttre relation till forskningsobjektet eller ämnet. Det beskrivs vidare att forskaren bör vara medveten om sina tidigare erfarenheter, föreställningar, politiska, religiösa och känslomässiga läggning för att inte påverka analysen av resultatet. Med detta som grund redogjorde, diskuterade och reflekterade vi våra tankar och känslor i den initiala processen av arbetet så väl som under hela arbetets gång. Under hela studien har vi strävat efter att ha ett neutralt

förhållningssätt vid samtliga processer, bland annat intervjuerna, detta för att förebygga att studieresultatet påverkas på något vis.

8. ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Lagen SFS (2003:460) syftar till att forskning enbart får bedrivas med hänsyn till människans grundläggande frihet, mänskliga rättigheter och med respekt för människovärdet. Deltagandet var frivilligt med rätt till avbrytande när som helst under förloppet utan att studiedeltagarna behövde uppge orsak till avbrytandet. Inget tvång förekom och forskningen bedrevs utifrån ett regelrätt etiskt och vetenskapligt förhållningssätt.

Informanterna informerades om syftet med studien och metoder som användes. Det insamlade materialet behandlades konfidentiellt, vilket innebär att man inte kan koppla ihop materialet med personuppgifterna. Enbart författarna hade kännedom om vad som tillhörde vem. Samtycke inhämtades från informanterna och dokumenterades. Vg se bilaga 2. Ett godkännande till studien erhöles även från alla berörda verksamhetschefer via mail.

9. RESULTAT

Analysen av intervjuerna ledde till fem kategorier och sexton subkategorier. En översikt presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Kategorier och subkategorier.

Att känna sig annorlunda i underlivet,	Fysiska förändringar
Att vara öppen och vid	
Upplevelser av missnöje	
Ändrade miktions- och menstruationsvanor	
	Psykisk Påverkan
Att få en förbättrad självbild	
Kvarstående negativa känslor	
Ovanligt med besvär	Besvär
Postoperativa besvär	
	Sociokulturella aspekter
Rädsla för utanförskap,	
Positiva följder i det sociala samfundet	
"Normalisering" i det nya samhället	
Partners stöd betydande för upplevelsen	

Brist på uppföljning och kommunikation	Vårdarens kunskap och dilemman;
Frågor och svar är fåordiga	
Patienterna ger intryck av att vara nöjda	
Ökad kunskap hos informanterna	

9.1 Fysiska förändringar

9.1.1 Att känna sig annorlunda i underlivet

Informanterna berättade att många defibulerade kvinnor upplever att underlivets utseende efter defibuleringen har förändrats. Kvinnorna upplever ibland detta som en negativ effekt av defibuleringen på grund av att introitus blottas och slemhinnan synliggörs. Detta tillför även att det kan bli obehagligt hos kvinnorna.

.. ”För slidan blir ju på det här sättet, det finns ju inga blygdläppar som skyddar och dels kommer det att skava när jag har mens och använder binda, allting kommer att skava direkt på slemhinnan och uretra och klitorisområde och så vidare”. P5

Vidare berättade en del av informanterna att kvinnorna har besvär med att anpassa sig till sitt förändrade utseende och upplever det som onormalt jämfört med hur det känts tidigare.

9.1.2 Att vara öppen och vid

Informanterna beskrev att många känner sig öppna och att detta minskar symtom, förbättrar den sexuella funktionen och lindrar eventuella vaginala förlossningar. Att kunna ha samlag utan att det gör ont är något som en del informanter berättar att kvinnorna beskriver. Kvinnorna anger upplevelser av befrielse och att det skapar en bättre relation till maken.

.. ”Det är just att det underlättar det fysiska med miktion och med sexliv och så”. P8

Informanterna uppfattade att kvinnorna känner en viss trygghet med att vara öppen samt att det ger en säkerhet att kunna utföra ett samlag. Informanterna berättade att kvinnorna uttryckte att de fått ett förbättrat samliv, från att inte alls kunnat ha samlag till att kunna ha det och att det känns som ett annat liv. Nöjdheten med operationen beror på hur stor öppning man

fått samt att kvinnorna tillsammans med gynekologerna har varit delaktiga vid beslutet om hur mycket som ska öppnas. Det händer någon gång att kvinnor re opereras på grund av att de tycker att öppningen blev för liten. Det händer även att vissa kvinnor tycker att det är för öppet ur ett fysiologiskt perspektiv. En informant beskrev att kvinnor har sagt följande:

”Hon sa det här kan inte vara normalt, jag känner mig helt öppen där nere, det måste vara något tokigt”. P4

9.1.3 Ändrade miktions- och menstruationsupplevelser

Informanterna uppgav att flera kvinnor upplever förändrade miktions- och menstruationsupplevelser tack vare att de har fått större vaginalingång som underlättar miktionen, utan att behöva sitta på toaletten flera minuter. Det som anges som positivt är att de har mindre smärtsamma menstruationer, då blödningsen fått ett bättre utlopp.

Informanterna upplever att kvinnorna i de flesta fall är nöjda med ändrade miktions- och menstruationsmönster på grund av att kvinnornas svårigheter har reducerats eller mildrats.

”.. det bara liksom kommer så här, mot att man har kanske fått vinkla och grejja lite för att kisset ska komma ut.” P4

En av informanterna berättade att kvinnor får information efter defibuleringen om att miktionsvanorna kommer att ändras. Trots det har en del kvinnor sagt att de ändå inte är helt förberedda på ändringarna och därmed upplever att det känns konstigt. Vidare berättar informanterna att kvinnor har sagt att det låter när de kissar och detta anses vara något som är oanständigt och visar att den unga kvinnan eller flickan inte är infibulerad.

9.1.4 Upplevelser av missnöje

Trots att de flesta kvinnorna är nöjda med defibuleringen och dess effekt, finns det några som är missnöjda. De flesta informanterna anger att de enbart träffat ca två till tre personer som uttryckt missnöje. Vanligen grundar sig missnöjet i att man känner sig vid och öppen eller att operationen inte uppfyllt ens förväntningar trots att gynekologer och barnmorskor beskriver att de är mycket noggranna med att informera om hur det kan kännas efter en defibulering.

”Ett fåtal är inte nöjda, några enstaka kan tycka att de har blivit öppnade på ett felaktigt sätt eller inte som de hade tänkt sig. Eller att de öppnats för mycket

även fast vi är enormt stränga på det här med att man ska verkligen vara överens om hur mycket som ska öppnas ". P6

9.2 Besvär

9.2.1 Ovanligt med besvär

Flera av barnmorskorna samt gynekologerna uppger att det är ovanligt med besvär. En del av kvinnorna berättar att de besväras långt efter operationen och har svårt med underkläder och bindor som kommer i direkt kontakt med underlivet.

"... har en del besvär med skavningskänsla och kanske den där känsla att det ser väldigt konstig ut liksom i underlivet eftersom det är så stort området som lyser mot mörk hud". P5

En vanlig fråga från gravida kvinnor som väntar sitt andra barn och som blivit defibulerade i samband med första förlossningen, är oftast om de kommer bli klippta igen. Informanterna beskriver att det kan bli lite svårt för kvinnorna att förstå att det inte är säkert att de kommer att behöva klippas. En del kvinnor uttrycker oro att de inte kommer klippas vid andra förlossningen.

9.2.2 Postoperativa besvär

Informanterna beskriver att kvinnor uttrycker att den postoperativa processen kan innebära smärta och obehag. De uppfattar att ett flertal av kvinnorna är nöjda med ingreppet efter att deras besvär avtagit. Endast ett fåtal kvinnor besväras av infektioner, obehag av sutureringen eller att suturer har släppt. Majoriteten av kvinnorna upplever det besvärligt första gången de ska kissa efter defibuleringen.

"Det kan vara infektion, det kan vara ett stygn som har släppt för man syr ju varje blygdläpp för sig, man öppnar så är det ju ett flertal stygn med en sån här jätte tunn tråd som man syr. Och det kan ju vara något som har släppt, fast inte ofta". P8

9.3 Psykisk påverkan

9.3.1 Upplevelse av trygghet inför förlossningen och samliv

Gravida kvinnor i synnerhet som genomgått defibulering innan förlossningen beskriver en känsla av att ha en vid vaginalöppning. Denna känsla skapar i sin tur trygghet inför förlossningen hos kvinnan. En informant beskrev sina erfarenheter med patienter enligt nedan:

”Jag har en kvinna nu som jag håller på förbereder nu inför hennes andra förlossning så vi har pratat lite grann om det här så hon är ju liksom väldigt trygg i det här med att hon är öppnad ”. P1

Informanterna anger att en del kvinnor beskriver att trots att infibuleringen inte upplevs som ett mentalt funktionshinder eller begränsning kan de känna en oro att träffa en partner; de beskriver känslor av okvinnlighet. Känslan av öppenhet efter en defibulering ger en del av kvinnorna en trygghet inför giftermål och samlivet med partnern.

9.3.2 Att få en förbättrad självbild

Den allmänna erfarenheten hos barnmorskor och gynekologer var att defibulering ger en positiv inverkan på kvinnans självbild. Kvinnor beskriver känslor av återhämtad autonomi, bättre självförtroende och självkänsla. Uppfattningen är att öppningsoperationen kan underlätta och ibland läka ut det psykiska traumat som könsstympningen kan resultera i, till exempel med fasthållning och smärta.

Enligt informanterna är det inte heller ovanligt att det psykiska traumat och plågsamma minnen av könsstympningen orsakar identitetsproblem vilket kan göra defibuleringen viktig för att återfå sin identitet. Informanterna menade att en del av kvinnorna beskriver en känsla av helhet igen; en del av dem som förändrats med våld har kunnat återställas till en viss grad och de återfår en känsla av helhet med defibuleringen. Upplevelser av att ha återfått autonomi över sin kropp och sexualitet samt känslan av att känna sig ”normal” ger dem en psykisk tillfredsställelse och positiv inställning till sig själva.

” Hon hade en känsla av den här med att jag inte känner mig hel. Hon kände sig stympad och det känns som att någon har tagit bort hennes högra hand. Hon har fött barn och även upplevt vaginala orgasmer. Så det var inte den här sexuella tillfredsställelsen utan avsaknaden av helhet. Efter operationen kände

hon sig jätte nöjd."P2

Kvinnorna uttrycker även en stor tacksamhet och lättnad över att få komma till vården och få professionell hjälp och att kunna prata ut om sina psykiska besvär så som besvärliga minnen.

9.3.3 Kvarstående negativa känslor

Enligt informanterna är det inte helt ovanligt att kvinnor har kvarstående psykiska besvär efter könsstympningen så som PTSD eller depression trots genomgången defibulering. Informanterna beskrev att de kan ha en psykisk skörhet i bakgrunden som sitter kvar djupt inne och kan vara svårare att vårda eller bearbeta med enbart ett kirurgiskt ingrepp. Defibuleringen kan då vara ett komplement, men kvinnan behöver då mer stöd i sin behandling i form av exempelvis psykoterapi eller sexualterapi. En informant beskriver en patients fortsatta psykiska besvär trots defibuleringen:

" Hon hade med sig mycket av traumat. Hon könsstympades vid 5 års ålder och hon minns det som ett fruktansvärt trauma med fasthållning och smärta." P7

Kvinnor beskriver även tillitsproblem till andra, framför allt unga kvinnor eller flickor som kan ha svårt att lita på en vuxen igen. De beskriver känslor av att ha blivit svikna som små barn och att någon vuxen exempelvis mor eller mormor som de haft förtroende för har låtit dem infibuleras istället för att skydda dem. Detta resulterar i att de känner att de har svårigheter att lita på någon igen.

Andra beskrivningar är att kvinnorna kan ha fortsatta psykiska besvär med att bland annat kunna ta till sig en man och har problem med självuppfattningen och sin sexualitet. Obehagskänslor och intensiva minnen sitter kvar vilket gör att kvinnan associerar sin kropp och underlivet med smärta och negativitet.

" Eller om man fortfarande tycker att samlag är smärtsamt efter man har genomgått öppningsoperation. För att det sitter fortfarande kvar, den där smärtan, så fort någon kommer i kontakt med underlivet". P2

Att bearbeta sina psykiska besvär med exempelvis plågsamma minnen, ångest, PTSD, lågt självförtroende och känslan av svek och maktlöshet är en viktig del till hur kvinnorna

upplever defibuleringen och dess inverkan på livet. Informanterna beskrev att kvinnans fysiska och psykiska behov behöver tillgodoses för att kvinnan ska få ett optimalt resultat av defibuleringen.

9.4 Sociokulturella aspekter

9.4.1 Rädsla för utanförskap

En del av informanterna beskrev att defibuleringen ibland inte diskuteras emellan kvinnorna eftersom ämnet är tabubelagt. Den huvudsakliga orsaken till att defibuleringen inte diskuteras med andra anses vara rädsla för socialt utanförskap. Man fruktar även att operationen ska vara ett hinder för framtida giftermål antingen för dottern eller för en själv om den blivande partnern förväntar sig en infibulerad kvinna. Vidare beskrivs rädsla för utanförskap och svek från familjen till exempel från mor som har svårt att acceptera dotterns val att genomgå operationen. En av informanterna berättar att mödrar till en del unga kvinnor kan ha tankar kring defibuleringen enligt nedan:

"...hur ska andra familjer se på oss, hur ska community se på oss, och kanske blir min dotter ogift? Ingen kommer att vilja ha henne.." P2

9.4.2 Positiva följder i sociala samfundet

Det fanns även informanter som hade motsatt uppfattning när det gällde att öppet diskutera defibulering med andra. De beskrev att det även finns många som diskuterar sin öppningsoperation med sina könsstympade väninnor och berättar om hur nöjda de är vilket tas emot positivt samtidigt som informationen möjligen sprids vidare på så vis. Kvinnorna uppskattar att ha möjligheten att genomgå en defibulering. Några av informanterna uppfattade att unga kvinnor eller flickor är mer öppna angående sexualitet och sin defibulering än äldre kvinnor. De beskrev även att kvinnor som väljer att genomgå defibulering vanligtvis är i 18-30 års åldern. Det händer även att unga flickor eller minderåriga söker vård i närvaro av sina mödrar för att bli defibulerade där mödrarna samtycker till att man öppnar lite grann. Orsaker till att genomföra operationen kan vara önskan om att se så "normal" ut som möjligt.

"Men jag har fått intryck att hon som är opererad att hon inte verkar ha svårt att prata med väninnorna om detta." P7

9.4.3 " Normalisering" i den nya kulturen

Några av informanterna beskrev att unga flickor och kvinnor som växer upp i ett samhälle där infibulering av könsorganet inte tillhör normen eller någon tradition kan uppleva defibuleringen som en befrielse, och uppskatta känslan av att se "normal" ut. Man önskar likna andra flickor eller kvinnor omkring sig. Det kan även handla om att känna en tillhörighet till det nya samhället; personen förstår att det inte är ett krav utan att det tvärtom kan vara skadligt och även är olagligt. Detta gör att de känner att defibulering inte är något negativt och genom att göra ingreppet får de känslan av att se så "normal" eller "vanlig" ut som möjligt.

" ...man lever här och man förstår att man inte behöver vara stängd och att man vill kunna se så vanlig ut som möjligt". P6

9.4.4 Partners stöd betydande för upplevelsen

Några få informanter beskrev att kvinnorna uppgav känslan av bättre livskvalité; att operationen medförde positiva resultat och nöjdhet hos både mannen och kvinnan i parrelationen. Det framgick också att psykosociala upplevelser av att vara defibulerad präglas många gånger av hur ens partner kommer uppleva förändringen som ingreppet kan medföra trots att det är kvinnan som genomgått operationen. Kvinnan kan oroa sig över vad partnern kommer tycka om hennes nya utseende; att fysiska förändringen av en öppen vaginalingång inte kommer tas positivt och vice versa. Man anser att parrelationen och samlivet förbättras till en viss del då samlag kan utföras utan smärta men även genom att kvinnan får gott stöd av sin omgivning och sin partner i att acceptera och vänja sig vid alla förändringar som kan ske efter defibuleringen och tvärtom. En informant beskrev nedan:

"Kvinnan kan ha en tanke att man ser så väldigt annorlunda ut och har funderingar kring det. Hur mannen ska tycka om och se på mig." P5.

9.5 Vårdares kunskap och dilemman

9.5.1 Brist på uppföljning och kommunikation

Samtliga informanter beskrev att de hade begränsade uppfattningar om kvinnors upplevelser av att vara defibulerade eftersom de saknade uppföljning. Det saknas idag rutinmässiga återbesök, där man undersöker bland annat ingreppets inverkan på kvinnans liv. Uppföljning bokas som regel enbart om man exempelvis förväntar sig komplikationer postoperativt eller

om kvinnan själv söker på grund av besvär till exempel smärta eller stygn som skaver; i båda fall sker detta sällan på grund av låg komplikationsrisk. Uppföljning har tidigare funnits men avskaffades då de flesta inte kom på besöken. Uppföljning via telefon eller brevkontakt har diskuterats på en av mottagningarna, dock försvåras detta på grund av språk och skrivsvårigheter. Det kan även vara på grund av resursbrist. En annan aspekt är också att det är få som gör operationen.

"Jag tror att det är resursbrist, vad jag upplevde att vi inte ger patienter återbesök på grund av. resursbrist om det inte är något särskilt. Jag förväntar mig att det här blir en komplikation eller det här vill jag följa upp för min egen skull..." P8

Att följa dessa kvinnor på mödravården i samband med efterkontroller postpartum är också komplicerat då många kvinnor inte kommer på besöken.

9.5.2 Frågor och svar är fåordiga

Barnmorskorna beskriver både att frågorna de ställer till kvinnor om deras upplevelser av att vara defibulerad samt svaren de får ifrån kvinnorna är väldigt kortfattade och koncisa. De berättar att kvinnorna inte alltid beskriver så mycket, möjligen för att frågor som rör exempelvis sexualitet och parrelationen anses vara intima och generande att prata om.

" Vet du...det är inte något mångordigt beskrivande varken fysiskt eller psykiskt, det är ganska kortfattat att nämen det är okej, det är bra" P4

Kvinnor som blir defibulerade under förlossningen ger ibland intryck att de känner att deras egen upplevelse inte bör vara fokus utan inriktar tankarna på det nyfödda barnet istället. De flesta informanterna anger att de inte frågar så djupgående frågor heller, varvid man får begränsade svar också.

"Jag tycker det blir bortglömt lite grann i de här diskussionerna allt det här psykosociala eller psykiska problemen därför det är så lätt att fokusera på ärret. Det synliga kroppsärret, men det stora ärret det sitter nog här inne hos många." P6.

9.5.3 Patienterna ger intryck av att vara nöjda

Den allmänna uppfattningen bland informanterna var att patienter ger intryck att de är nöjda och positivt inställda över att ha gjort öppningsoperationen. De känner oftast en stor lättnad att ha fått hjälp med sina besvär. Detta utgör en annan anledning till varför det känns onödigt att boka rutinmässiga återbesök.

"Men dem som valt att göra det, flertalet där om jag ska höfta, så dem är nöjda, det känns bra." P4

9.5.4 Ökad kunskap hos informanterna

Samtliga informanter beskrev att de har fått ökad kunskap och förståelse ju längre de arbetat med dessa kvinnor. Det leder till ökad medvetenhet som i sin tur resulterat att man har mer riktlinjer och rutiner kring handläggningen. Informanterna uttryckte att de känner sig tryggare i att handlägga dessa frågor nu jämfört med tidigare. Trygghet i sig själv, sin kunskap och erfarenhet beskrevs av informanterna. En del av informanterna som arbetat inom sin profession innan 90-talet berättade att respektive yrkesutbildning inte undervisat om könsstämpning över huvud taget och att de då bara hade kunskap om den normala gynekologiska anatomin. Detta försvårade den initiala kontakten något med dessa kvinnor då den stora migrationen av bland annat somalier till Sverige skedde först runt början på 90-talet. De angav dock att trots att deras kunskap och förståelse har ökat har de fortfarande samma inställning som de haft initialt; att vara emot könsstämpning.

"Jag känner mig ju mycket mer trygg i vad det innebär eftersom jag har mött flera patienter, jag vet mycket mer kring det så jag känner mig mycket mycket tryggare". P1

Vidare beskrev informanterna att den ökade kunskapen genom bland annat media och olika projekt har belyst könsstämpning och behandling för infubulering allt mer, och man vågar prata om det i större utsträckning. Enligt informanterna har detta även bidragit till att flera kvinnor vågar söka vård då det finns specifika mottagningar för könsstämpade exempelvis AMEL-mottagningen. Det finns nu alltmer projekt så som Dessert flower och mer utbildningsmaterial för personal som arbetar med könsstämpade kvinnor.

10. DISKUSSION

10.1 Resultatdiskussion

I denna studie har vårdares beskrivningar av kvinnors upplevelse av defibulering studerats. Informanterna beskriver att kvinnor uppger att de upplever positiva fysiska förändringar så som att menstruationen och miktionen underlättas, de känner trygghet inför förlossningen och samlivet samt en förbättrad självbild med ökat självförtroende. Det kan även finnas kvarstående negativa känslor efter infibuleringen trots defibuleringen så som PTSD, depression och tillitsproblem. Vidare framgår det att det kan finnas både positiva och negativa sociala och psykologiska faktorer som kan påverka upplevelsen av ingreppet så som rädsla för utanförskap men även tillhörighet till det nya samhället. Kvinnorna beskriver sina upplevelser kort och koncist. Vårdarna tyckte att det många gånger var svårt att få en helhetsbild av de fysiska, psykiska samt sociokulturella aspekterna.

Samtliga informanter beskrev brist på uppföljning och kommunikation. Brist på uppföljning och kommunikation utgör svårigheter i att få ett så noggrant och mer ingående resultat som möjligt. Att kvinnorna ger intryck av att vara nöjda utgör ännu ett dilemma för vårdarna att fortsätta följa upp dessa kvinnor. Informanterna anser att uppföljningen faller bort dels på grund av resursbrist men även på grund av bristande kommunikation. Författarna anser att resursbrist och språkbarriärer kan vara orsaker men ibland kan det möjligen beror på att kvinnan inte har en referensram av vad som kan kännas "normalt" och vad som kan vara fortsatt problematiskt. Det kan alltså handla om både språk och kulturskillnader. När kvinnan då uppmanas att ta kontakt med vårdgivaren igen vid besvär efter en defibulering, kan detta bli ett dilemma. Problemet kan då grunda sig i att dessa kvinnor har levt med infibuleringen större delen av sitt liv och troligtvis växt upp i ett samhälle där besvär av infibuleringen inte anses vara problematiskt. Franck (2010) menar att många kvinnor har problem med underlivet på grund av sin könsstympning och detta har accepterats som en norm i ursprungssamhället. Vidare beskrivs att kvinnor från länder där könsstympning är vanligt förekommande anses leva med smärta främst tre gånger i sitt liv; vid infibuleringen, vid första samlaget samt vid förlossning. Vi menar att dessa kvinnor som levt i ett samhälle där smärta och andra besvär är normaliserat skall plötsligt kunna skilja mellan vad som fysiskt sätt känns "normalt" och "onormalt" efter en defibulering, vilket kan vara ett dilemma för dessa kvinnor.

Kulturskillnader och migrationen har också en signifikant inverkan på kvinnans fysiska, psykiska och sociokulturella upplevelse samt välbefinnande. Kvinnan kan ha ett socialt tryck

eller krav i sitt ursprungsland att infibuleras för att tillhöra den sociala samhörigheten och därmed bli förskönad och få ett tecken på bland annat sin kvinnlighet likt det som förklaras enligt Rymer (2003). I enlighet med detta anser vi att migrationen till ett land där seden tvärtom är kriminell och anses göra flickan eller kvinnan defekt eller onormal kan vara mycket omtumlande för henne. Det är av yttersta vikt att betona att det kan vara en synnerligen känslomässigt påfrestande situation där kvinnan initialt behöver infibuleras för att integreras i sitt ursprungssamhälle, till att sedan defibuleras för att inte känna en segregation i det nya samhället och dess normer. Detta överensstämmer med Morison, Dirir, Elmi, Warsame och Dirir (2007) som beskriver att både män och kvinnor kan uppleva en kulturkrock i samband med migration och anpassning till det nya samhället. De beskriver att kvinnor kan känna ett ännu större tryck från familjen att kontrollera sina sexuella behov där män och kvinnor lever mer integrerat i det västerländska samhället. Samtidigt kan männen känna tryck från familjen att välja en partner som är infibulerad även om de själva inte anser att detta är nödvändigt. Studien visar vidare att åldern vid migrationen har avgörande betydelse för defibulering och önskan om anpassning till det nya samhället; ju yngre kvinnan eller mannen är vid invandringen desto större är viljan att bli defibulerad och känslan att tillhöra det nya samhället. Det handlar då inte enbart om integration i det nya samhället utan även samhörigheten med andra medlemmar från samma ursprung. Vidare beskrivs att en del kvinnor är motvilliga till infibulering men kan tänka sig en mildare grad av könsstympning till exempel klitoridektomi för att kunna tillhöra sitt ursprungliga sociala samfund och det som till exempel föräldrar och släktingarna tillhör. Ett annat skäl ansågs vara att inte behöva bemöta problem kring att finna en partner för giftermål om mannen förväntade sig en infibulerad partner (a.a).

Som vårdgivare anser vi att det är essentiellt att förstå helheten kring kvinnan och hur hon kan uppleva defibulering. Men detta menar vi att kvinnan kan uppleva fysiska, psykiska och sociokulturella förändringar, likt det som framkom i resultatet. Det är viktigt framför allt då det kan finnas många individuella skillnader när det gäller de psykosociala aspekterna och att kvinnans upplevelser inte alltför sällan präglas av mannens åsikter, som även framkommit i resultatet av denna studie. Informanterna beskrev att en del kvinnor kan känna oro över att partnern kommer att ha svårt att acceptera kvinnans förändrade fysiska utseende medan andra kvinnor beskrev att den fysiska förändringen givit ett bättre samliv och parrelation.

Safari (2011) som intervjuat kvinnor om deras upplevelser efter en defibulering menar att relationsstatus är en avgörande faktor för hur kvinnor upplever att leva med en defibulering. Man såg att de kvinnor som defibulerats efter giftermålet efter ett gemensamt beslut med maken upplevde ett mer positivt resultat av operationen. Deltagarna beskrev att defibulering innan giftermål kan vara problematiskt och icke accepterat, då det associeras med att kvinnan eller flickan inte är oskuld i mötet med sin blivande make. Detta kan skapa svårigheter för kvinnan att ingå i en relation (a.a). Vårt resultat visar dessutom att svårigheten i att ingå i en relation inte enbart kan vara problematiskt på grund av sociokulturella faktorer utan kan också bero på psykiska faktorer. Det framgår av resultatet av denna studie att kvinnan kan ha kvarstående besvär med självuppfattningen och sin sexualitet trots defibulering och att det i sig kan leda till att hon har svårt att kunna ta till sig en man och ingå i en relation. Informanterna beskrev vidare psykisk skörhet så som mardrömmar och dessa kan sitta långt in och kan vara svårare att vårda eller bearbeta än enbart ett kirurgiskt ingrepp som defibulering. För att kvinnan ska få ett optimalt resultat av defibuleringen behöver kvinnans fysiska men även psykiska behov tillgodoses. Detta förstärker anledningen till att se defibuleringen som en helhet runt kvinnan där man tar hänsyn till flera faktorer än enbart de fysiska och synliga.

Safari (2011) nämner vidare att en kvinna som var singel vid defibuleringen beskrev att hennes fästman avbrutit deras relation när han fick reda på att hon genomgått ingreppet medan en annan berättade att hon möttes av stor acceptans av fästmannen, dock inte från föräldrarna. En tredje kvinna beskrev att defibulering föreslogs av maken själv. Vidare beskrivs att majoriteten var nöjda med resultatet, men ett fåtal hade svårt att anpassa sig till sitt förändrade utseende och upplevde det som onormalt gentemot det hon levt med tidigare (a.a). Detta stämmer till en viss del överens med resultatet av vår studie. Vi anser att det är av den anledningen nödvändigt som vårdgivare att handlägga frågan om defibulering med respekt och förståelse för eventuella sociokulturella konsekvenser och följder för kvinnan då det kan finnas stora skillnader kring varje individs livssituation, sociala krets, familjesituation, ålder och självuppfattning. Defibulering som förstärker den ena kvinnans integration i det hon uppfattar som sitt samhälle kan segregera en annan från det som hon uppfattar som sitt. Även detta är förenligt med resultatet då informanterna beskrev att ingreppet kan ha positiva så väl som negativa psykosociala och sociokulturella påföljder. En del kvinnor beskrev rädsla för socialt utanförskap för informanterna vilket kan försvåra giftermål, medan andra kvinnor beskriver positiva följder och ett gott stöd från omgivningen. Därför är det av yttersta vikt att

följa upp dessa kvinnor under en längre tid, där man belyser aspekter som berör inte bara det fysiska utan även psykiska och psykosociala upplevelser.

En annan aspekt som bör poängteras är att kollisioner mellan olika kulturer inte nödvändigtvis är negativt för kvinnorna, utan kan tvärtom bidra till att man lämnar traditioner genom integration med andra kulturer och genom ökad kunskap. Mulongo et al. (2014) menar att infibulation och andra former av könsstympning utförs bland annat på grund av övertygelser om att det är ett religiöst krav, trots att många själva inte har läst heliga skrifter som Koranen, Bibeln eller Torah. När kvinnor och män migrerar till andra länder integrerar de med andra muslimer och kristna från andra länder i världen som inte könsstympar kvinnor. På så vis får de ökad kunskap, att könsstympning strider mot alla religioner och detta kan bidra till att kvinnorna blir mer kritiska till könsstympning. NCK (2011) beskriver liknande fenomen. Vidare menar vi att migration till ett mer modernt samhälle kan leda till mer utbildning, och mer kunskap kring könsstympningens myter som enligt Rymer (2003) kan vara till exempel att könsstympning förebygger dödföddhet, att det är hygieniskt samt att det ökar fertiliteten.

Kunskapen om defibulering och upplevelser av att leva med detta är idag begränsad eftersom att endast få studier belyser ämnet. Dessutom är omfattningen av operationen är liten enligt en utav våra informanter är det ca 15 % av alla infibulerade i Sverige som genomgår defibulering, vilket begränsar forskningsmöjligheter inom detta område.

10.2 Metoddiskussion

Eftersom vårt syfte var att få en djupare kunskap kring uppfattningar och erfarenheter av informantens livsvärld valde vi en kvalitativ intervjumetod med semi-strukturerade frågor. Trost (2010) nämner att vid semi-strukturerade intervjuer ges utrymme till informanten att utveckla sina upplevelser och tankar, därav anser vi att metoden var lämplig utifrån studiesyftet. Initialt valde vi att intervjua tre barnmorskor och tre gynekologer men efter dessa sex intervjuer saknades en del information om psykiska och psykosociala aspekter vilket kompletterades med tillägg av ytterligare en barnmorska. Vi ansåg att detta bidrog till ett mer fylligt material. Vi anser att det är för få deltagare i studien för att få ett resultat som är överförbart till andra sammanhang. Enligt Polit & Beck (2008) innebär överförbarhet att studieresultatet kan tillämpas i annan kontext. Dock tror vi att vårt studieresultat är överförbart inom Sverige, där vårdarnas perspektiv troligtvis är relativt likartat. För att bättre förstå problemområdet skulle vi dock ha velat intervjua defibulerade kvinnor direkt om hur de

beskriver sina upplevelser istället för att gå via vårdgivare. Valet att istället intervjua barnmorskor och gynekologer var grundad på att etiskt tillstånd skulle ha behövts och inom givna tidsramar var det inte möjligt att hinna få ett sådant.

Olsson och Sörensen (2011) beskriver att transkriberingen bör ske så snart intervjun är avslutad för att minimera risken för misstolkning. Vi turades om att intervjua och transkriberingen gjordes direkt efter varje intervju och den utfördes av den som intervjuade. Detta medför en minskad risk för feltolkning av rådata och förstärker studiens tillförlitlighet. Vi hade fem huvudfrågor som ställdes till alla informanter, det kompletterades med följdfrågor som var relevanta utifrån syftet. Sedan har följdfrågorna varierat för att få ett djupare svar utifrån vad som framkommit i föregående intervju. Ju flera intervjuer som vi gjorde desto mer förbättrades intervjutekniken eftersom ingen av författarna hade tidigare erfarenhet av att utföra intervjuer. Fördelen med att båda författarna var tillsammans vid intervjuerna var att den som inte intervjuade kunde koncentrera sig på att lyssna och läsa av kroppsspråk och icke verbal uttryck. På så vis kunde den passiva intervjuaren även komma på och ställa följdfrågor. Ytterligare en fördel med att vara tillsammans under intervjun var att få bra överblick i materialets helhet samtidigt.

Enligt Trost (2010) kan miljön ha en påverkan på informanterna och för att minimera den risken fick informanterna själva välja intervjuplats. Intervjuerna skedde på informanternas arbetsplatser enligt deras önskemål och har troligtvis bidragit till att de var bekväma i den självvalda miljön. Resultatanalysen gjordes tillsammans. Först lästes intervjuerna ett flertal gånger för att kunna skapa en bättre överblick av innehållet. Efter detta färgades meningsbärande enheter som ansågs svara på syftet för att sedan läsas flera gånger tillsammans för att inkluderas eller exkluderas i subkategorier och kategorier. Vid dataanalysen har vi framtagit flera olika citat som har presenterats i resultatet för att göra det så textnära som möjligt och undvika egna djupare tolkningar. Patel och Davidson (2003) redogör att det finns en risk att om citaten är för få kan läsaren bli utlämnad åt en färdig tolkning. Detta kan göra att läsaren kan själv inte avgöra dess trovärdighet. Vi anser med grund till detta, att användning av citat kan öka studieresultatets trovärdighet.

Graneheims och Lundman (2004) nämner att trovärdigheten ökas med involvering av erfarna handledare. Därför skickade vi studien både till huvudhandledaren samt bihandledaren, som har stor kunskap om ämnet. Initialt användes ordet deinfibulering i intervjun och i

informationsbrevet som informanterna erhöll. Två av informanterna reagerade på denna term och menade att den korrekta termen är defibulering.

10.3 Studie förslag till vidare forskning.

Förslag på vidare studier är att intervjua infibulerade kvinnor som har genomgått defibulering kring deras upplevelser av att leva med ingreppet. Ett annat förslag är att intervjua och följa kvinnor i begrepp att låta sig defibuleras och efter genomgången defibulerig belysa upplevelser och tankar före och efter ingreppet d.v.s. att kunna jämföra.

10.4 Etikdiskussion

Informanterna har fått både skriftlig och muntlig information. Under intervjun användes två ljudupptagningsapparater som informanterna hade godkänt. Efter transkriberingen avkodades materialet för att skydda konfidentialiteten hos informanterna. Varje informant har erhållit skriftligt medgivande till studien där det framgår att studien är frivillig och att informanten kan lämna sitt deltagande när som helst utan att behöva ange orsak. Medgivandet har sedan signerats av varje informant. (Var god se bilaga 3). Samtliga informanter erhöll även informationsbilaga där metoden beskrevs så att läsarna skall kunna följa processen. Använda citat i studien har först godkänts av de informanter som uttryckt önskemål om detta. Författarna anser att etiska aspekter har beaktas.

11. SLUTSATS OCH KLINISK TILLÄMPNING

Enligt informanterna upplever kvinnorna defibulering som en positiv upplevelse i sin helhet. Besvär med urin och smärtsamma menstruationer avtar då menstruationsblödningen och urinen får lättare passage. Det är inte helt ovanligt att en del kvinnor har kvarstående psykiska besvär efter könsstymningen så som PTSD eller depression trots genomgången defibulering. Samtidigt framgår det att defibulering kan avhjälpa det psykiska traumat som kan finnas. Idag saknas rutinmässiga besök där man följer upp kvinnans upplevelser och ingreppets inverkan på hennes liv. Bokning av uppföljning sker som regel enbart om man förväntar sig komplikationer postoperativt eller om kvinnan själv söker på grund av besvär med exempelvis smärta eller stygn.

Studiens resultat betonar kvinnors fysiska, psykiska, och sociokulturella upplevelser samt eventuella besvär. Vår studie kan hjälpa vårdgivare som arbetar med könsstympade kvinnor att kunna informera samt stödja dessa kvinnor kring olika förändringar som ingreppet kan

innebära. Vårdgivare kan med ökad kunskap och helhetsförståelse förstärkas i sin professionella yrkesroll, vilket i sin tur kan förmedla trygghet till patienterna. Med helhetsförståelse menas att flera aspekter bejakas för att främja hälsa hos kvinnan, så som fysiska, psykiska och sociokulturella.

Studien är kliniskt tillämpningsbart på så sätt att den kan bidra till att vårdgivare på kliniker får en helhetssyn på ingreppet och kan på så vis bidra till ökad förståelse. Med stöd av studien kan specialiserad kunskap utvecklas som kan leda till optimalt och professionellt omhändertagande av infibulerade kvinnor som önskar eller lever med defibulering.

12. REFERENSLISTA

- Abdulcadir, J. Rodriques, M I. Petignat, P& Say, L. (2015). Clitoral Reconstruction after Female Genital Mutilation/Cutting: Case Studies. *International Society for Sexual Medicine*, 12, 274-28 doi: 10.1111/jsm.12737
- Abdulrahim, A. R., Al-Sibiani, S. A., Al-Mansouri, N. M., Al-Sinani, N. S., Al-Jahdali, E.A., & Darhouse, K. H. (2012). Defibulation During Vaginal Delivery for Women With Type III Female Genital Mutilation. *Obstetrics & Gynecology*, 120 (1), 98–103 doi: 10.1097/AOG.0b013e3182590343
- Behrendt, A., & Moritz, S. (2005). Posttraumatic stress disorder and Memory Problems After Female Genital Mutilation, *Am J Psychiatry*, 162(5), 1000-1002.
- Berggren, V., Gottvall, K., Isman, E., Bergström, S., & Ekéus, C. (2013). Infibulated women have an increased risk of anal sphincter tears at delivery: a population-based Swedish register study of 250 000 births. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 9 (1), 01-08.
- Chalmers, B., Hashi Omer, K. (2000). 432 Somali Women's Birth Experiences in Canada after Earlier Female Genital Mutilation. *BIRTH*, 27, (4), 227-234.
- Chibber, R., El-saleh, E., & El harmi, J. (2011). Female circumcision: obstetrical and psychological sequelae continues unabated in the 21st century. *Department of Obstetrics and Gynaecology, College Of Medicine Kuwait University/King Faisal University Dammam*. 24(6), 833-836. doi:10.3109/14767058.2010.531318
- Franck, M. (2010). *Multikulturell kvinnohälsa: med fokus på gynekologi och obstetrik*. Stockholm :FörslagetGothia AB.
- Foldès, P. Cuzin, B. and Andro, A (2012). Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *French Urological Association*. 380. 134-141 [doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60400-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60400-0)
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* (24), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.00

- Jacobsen, D. (2007). *Förståelse, beskrivning och förklaring: Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Jonhsson, C. (2007). Surgical Techniques: Defibulation of Type III Female Genital Cutting. *J Sex Med*, 4, 1544–1547.
- Krause, E., Brandner, S., Mueller, M. & Kuhn, A. (2011). Out of Eastern Africa: defibulation and sexual function in woman with female genital mutilation. *The journal sexual Medicine*, 8, 1420–1425.
- Kvale, S. & Torhell, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Morison, L. A., Dirir, A., Elmi, S., Warsame, J., & Dirir, S. (2007). How experiences and attitudes relating to female circumcision vary according to age on arrival in Britain: a study among young Somalis in London. *Ethnicity & Health*, 9 (1) 75–100
- Mulongo, P., Mc Andrew, S., & Hollins-Martin, C. (2014). Crossing borders: discussing the evidence relating to the mental health needs of women exposed to female genital mutilation. *International Journal of Mental Health Nursing* 23(4):296-305. doi: 10.1111/inm.12060
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (2011). *Kvinnlig omskärelse/könstymning i Sverige : en kunskaps och forskning översikt*. (NCK – rapport 2011:1). Uppsala: Edita Västra Aros.
- Nour, N. M., Michels, K. B., & Bryant, A. E. (2006). Defibulation to treat female genital cutting: effect on symptoms and sexual function. *Obstetrics & Gynaecology*. 108(1), 55-60 (doi: 10.1097/01.AOG.0000224613.72892.77).
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- Patel, R., & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Linköping: Studentlitteratur.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practices*. (8 ed.) Philadelphia: Lippincott.

Rushwan, H. (2013). Female genital mutilation: A tragedy for women's reproductive health. *African Journal of Urology*.19(3), 130–133 doi.org/10.1016/j.afju.2013.03.002

Rymer, J. (2003). Female genital mutilation. *Current obstetrics & gynecology*. 13(03), 185-190. Doi.10.1016/50957-5847

Safari, F. (2011). A qualitative study of womens lived experience after defibulation in the UK. *Midwifery*, 29, 154-158. Doi: 10.1016/j.midw.2011.12.005

SFS (1999:267). Hämtad den 29 januari 2015

<http://www.lagboken.se/Views/Pages/GetFile.ashx?portalId=56&cat=59924&docId=41084&propId=5->

Socialstyrelsen (2015) *Flickor och kvinnor i Sverige som kan ha varit utsatta för könsstympning – en uppskattning av antalet*. Hämtad den 20 januari 2015, från Socialstyrelsen.

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer/2015/2015-1-32>

Socialstyrelsen (2005). *Kvinnlig könsstympning. Ett utbildningsmaterial för skol, socailtjänsten och hälso-ochsjukvård*. Hämtad den 20 januari 2015, Från Socialstyrelsen.

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9960/2005-110-4_20051104.pdf

Socialstyrelsen (2002). *Kvinnlig könsstympning*. Hämtad den 29 januari 2015, från Socialstyrelsen.

http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/11036/2002-11477_200211477.pdf

Stockholms läns landsting. (2007). *Fokusrapport: Mötet med könsstympade kvinnor i vården*. Stockholm: Stockholms läns landsting.

Trost, J. (201). *Kvalitativa intervjuer*, Studentlitteratur, Lund

Utz- Billing, I. & Kentenich, H. (2008). Female Genital Mutilation: an injury, physical and mental harm. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 29 (4), 225-229.
Doi:10.1080/01674820802547087.

Vårdgivarguiden. (2010). *Könsstympade Kvinnor*. Hämtad den 3 februari 2015. Från Vårdgivarguiden.
<http://www.vardgivarguiden.se/Omraden/Barnmorskemottagning/Riktlinjer/dokument/Konsstympade-kvinnor/>

WHO- Female genital mutilation and other harmful practices.Hämtad 20 januari 2015. Från WHO. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/defibulation_type_iii/en/

WHO (2014) Female genital mutilation.Hämtad den 20 January 2015.Från WHO.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

Medicinska Ordboken. Hämtad 5 mars 2015
<http://medicinskordbok.se/component/content/article/9-b/56497-sepsis>

Ord och begreppförklaring. Hämtad den 5 mars 2015
<http://home.swipnet.se/isop/ordforklaringar.htm#S>

AMEL- mottagningen. Hämtad 26/3-2015
<http://www.sodersjukhuset.se/Avdelningar--mottagningar/Mottagningar/Mottagning-for-konsstymade>



**Karolinska
Institutet**

2 februari 2015

KAROLINSKA INSTITUTET
Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa
Kurs VK 14

Informationsblad

Studiens syfte är att belysa barnmorskors och gynekologers uppfattning av defibulering och hur kvinnor beskriver upplevelser av defibulering för dem.

Frågeställningar som vi har till studien är följande:

- Vilka erfarenheter och uppfattningar har barnmorskor och gynekologer av mötet med könstympade kvinnor som genomgått defibulering?
- Hur beskriver kvinnorna sin upplevelse och eventuella besvär att vara defibulerad för barnmorskor/gynekologer?
- Hur ser barnmorskors och gynekologers uppfattning ut nu gentemot när de började arbeta med dessa kvinnor?

Den planerade studien är kvalitativ där vi önskar intervjua vårdpersonal som har erfarenhet av fenomenet och kan besvara frågeställningarna. Enskilda semi-strukturerade intervjuer skall göras vilket innebär inhämtning av information genom öppna frågor till intervju personen. Dessa kompletteras sedan med olika följdfrågor. Vi kommer att använda oss utav ljudinspelningsapparater. Det insamlade materialet kommer sedan att transkriberas till skriftlig form.

Informanterna och insamlade materialet kommer att behandlas med konfidentialitet vilket innebär att vi vet vem vi fått svar ifrån men det är enbart vi som har tillgång till de uppgifterna, det framgår inte i studien vem informanten är. Deltagandet är frivilligt med rätt till avbrytande när som helst under förloppet utan att behöva ange orsak till avbrytandet.

Författare:
Amrish Khokhar
Barnmorskestudent
tayyibah.khokhar@stud.ki.se

Handledare:
Eva Nissen
Professor
eva.nissen@ki.se

Caisha Ahmed Arai
Barnmorskestudent
caisha.ahmedarai@stud.ki.se
lena.rolfhamre@karolinska.se

Bihandledare:
Lena Rolfhamre
Leg barnmorska, adjungerad klinisk
adjunkt. Specialistbarnmorska i HIV



2015-02-02

Informerat samtycke till studien

Studiens syfte är att belysa barnmorskor och gynekologers uppfattning om hur infibulerade kvinnor beskriver sin upplevelse och eventuella besvär. Undertecknad har tagit del av informationsbladet om studie syfte, metod, hur materialet kan komma att användas samt annan relevant information om studien. Undertecknad har delgets att personuppgifterna kommer att behandlas med konfidentialitet. Undertecknad har även fått information om att deltagandet är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst utan att behöva ange orsak.

Datum och
namnteckning.....



2015-02-07

E-post utskick

Hej!

Vi är två barnmorskestuderande på sista terminen på Karolinska Institutet som skriver vår magister studie om defibulering och könsstympning. Till studien intervjuar vi barnmorskor och gynekologer som har erfarenhet av att bemöta patienter med problemet. Vi skriver till dig för att ge information om studien då vi önskar intervjua en arbetstagare på en klinik där du är enhetschef på. Vi bifogar informationsblad gällande syfte, metod, kondfidentialitet och annan väsentlig information.

Hör gärna av dig vid frågor eller funderingar.

Med vänliga hälsningar,

Amrish Khokhar
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestuderande, Karolinska Institutet

Caisha Ahmed Arai
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestuderande, Karolinska Institutet