

Kvinnlig könsstypning – ett utmanande kunskapsområde

**– en empirisk studie om
barnmorskornas kunskap om
kvinnlig könsstypning**

Judin Bea och Köhler Veronika

Examensarbete för vård (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för barnmorskearbete

Vasa 2010



EXAMENSARBETE

Författare: Judin Bea och Köhler Veronika
Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa
Inriktning/alternativ/Fördjupning: Barnmorske arbete
Handledare: Koskinen Monika, Matintupa Eva och Alanko Gabriella

Titel: Kvinnlig könsstympning – ett utmanande kunskapsområde
— en empirisk studie om barnmorskornas kunskap om kvinnlig könsstympning

Datum 26.4.2010

Sidantal 62

Bilagor 4

Sammanfattning

Syftet med lärdomsprovet är att kartlägga barnmorskornas kunskap och kunskapsbehov om kvinnlig könsstympning samt belysa deras trygghetskänsla i denna kunskap. Studien görs för att vid senare tillfälle ha bättre förutsättningar för utveckling av kunskap om det så behövs samt för att kunna stärka barnmorskornas trygghet i den kunskap som krävs i arbetssituationerna. Problempreciseringen är följande: Vilken kunskap har barnmorskorna om kvinnlig könsstympning? I vilken omfattning känner barnmorskorna sig trygga i den kunskap de har? Vilken kunskap om kvinnlig könsstympning upplever barnmorskorna att de behöver?

Lärdomsprovets teoretiska utgångspunkter grundade sig på Benners och Bentlings teori om kunskap samt Anderssons och Peplaus teori om trygghet. För att samla in material har respondenterna utformat ett frågeformulär med öppna och slutna frågor. Sammanlagt fördes 60 frågeformulär ut till förlossningssalar och en BB-avdelning och 34 barnmorskor svarade på enkäten.

Materialet analyserades med hjälp av deskriptiv statistik och innehållsanalys. Som resultat kom respondenterna fram till att barnmorskorna upplevde sin kunskap om kvinnlig könsstympning vara bristfällig. Många kände sig otrygga i kunskapen. Barnmorskorna önskade få mera undervisning om kvinnlig könsstympning, bland annat för att känna sig tryggare. Barnmorskorna verkade ha vilja att lära sig mera och deras visade empati är en betydelsefull egenskap som är en bärande kraftkälla för både barnmorskan och patienten.

Språk: Svenska Nyckelord: Kvinnlig könsstympning, kunskap, kompetens, trygghet, säkerhet, barnmorskearbete

Förvaras: Yrkeshögskolan Novia

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Judin Bea ja Köhler Veronika
Koulutusohjelma ja paikkakunta: Hoitotyö, Vaasa
Suuntautumisvaihtoehto: Kätilötyö
Ohjaajat: Koskinen Monika, Matintupa Eva ja Alanko Gabriella

Nimike: Naisten ympärileikkaus — haastava tietotaidon alue
— empiirinen tutkielma kätilöiden omaamasta, naisten ympärileikkausta koskevasta tietotaidosta.

Päivämäärä 26.4.2010

Sivumäärä 62

Liitteet 4

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa kätilöiden tietämystä ja mahdollista tiedon tarvetta naisten ympärileikkauksista sekä selvittää, tuntevatko kätilöt itsensä varmoiksi kyseessä olevassa tietotaidossa. Tämä tutkimus tehdään, jotta tulevaisuudessa voitaisiin tarvittaessa parantaa kätilöiden tietotaitoa ja näin vahvistaa kätilöiden itseluottamusta niissä työtehtävissä, joissa potilas on ympärileikattu.

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat pohjautuivat Bennerin ja Bentlingin teorioihin tiedosta sekä Anderssonin ja Peplaun teorioihin turvallisuudesta. Tutkimusmateriaalin keräämistä varten luotiin avoimia ja suljettuja kysymyksiä käsittävä kyselylomake. Kaikkiaan 60 kyselylomaketta vietiin kahdelle synnytysosastolle ja yhdelle synnyttäneiden vuodeosastolle. Yhteensä 34 kätilöä vastasi kyselyyn.

Tutkimusmateriaali analysoitiin deskriptiivisen tilastomallin ja sisällön-analyysin avulla. Opinnäytetyössä tultiin siihen tulokseen, että kätilöt pitivät naisten ympärileikkausta koskevaa tietotaitoansa puutteellisena. Monet olivat epävarmoja omasta tietämyksestään. Kätilöt toivoivat saavansa lisää opetusta naisten ympärileikkauksesta muun muassa siksi, että he voisivat tuntea olonsa varmemmiksi. Kätilöillä vaikutti olevan tahtoa hankkia lisää tietoa ja osaamista. Kätilöistä huokuva empatia on merkittävä ominaisuus, joka on kantava voima niin kätilölle itselleen kuin potilaillekin.

Kieli: Ruotsi Avainsanat: Naisten ympärileikkaus, tieto, kompetenssi, turvallisuus, varmuus, kätilötyö

Arkistoidaan: Yrkeshögskolan Novia



BACHELOR'S THESIS

Author: Bea Judin and Veronika Köhler

Degree Programme: Nursing, Vaasa

Specialization: Midwifery

Supervisors: Monika Koskinen, Eva Matintupa and Gabriella Alanko

Title: Female genital mutilation — a challenging area of knowledge
— an empirical study on midwives' knowledge concerning female genital mutilation

Date 26.4.2010

Number of pages 62

Appendices 4

Summary

The aim of this study is to map the midwives' knowledge and need for knowledge about female genital mutilation, and also to highlight their sense of security in having this knowledge. The study is done in order to improve later possibilities to develop knowledge if needed and to increase the midwives' security in the knowledge that is needed in a work situation.

The theoretical basis of this bachelor's thesis is founded on Benner and Bentling's theory about knowledge and Andersson and Peplau's theory about security. The material was collected through a questionnaire with open and closed questions. A total of 60 questionnaires were brought to two delivery rooms and a maternity unit, and 34 midwives filled out the questionnaire.

The material was analyzed with descriptive statistics and content analysis. The results showed that the midwives felt that their knowledge about female genital mutilation was not good enough. Many felt insecure in their knowledge. The midwives wished to get more education about female genital mutilation, i.e. to feel more secure. They seemed to have the will to learn more and they showed empathy which is an important characteristic and an essential source of power for both the midwife and the patient.

Language: Swedish

Key words: Female genital mutilation, knowledge, competence, security, safety, midwifery

Filed at: Novia University of Applied Sciences

Innehåll

1 Inledning	1
2 Syfte och problemprecisering	2
3 Teoretisk utgångspunkt	3
3.1 Kunskap	3
3.2 Trygghet	5
4 Teoretisk bakgrund.....	8
4.1 Olika typer av kvinnlig könsstympning	8
4.2 Orsak till kvinnlig könsstympning	9
4.3 Kvinnlig könsstympning globalt	9
4.4 Könsstympningens inverkan på hälsan	10
4.5 Könsstympningens inverkan på förlossningsvården	11
4.6 Lagstiftning och riktlinjer i Finland	11
5 Tidigare forskning.....	12
5.1 Vårdpersonalens kunskaper och erfarenheter	12
5.2 Barnmorskornas tankar om kvinnlig könsstympning	15
5.3 Upplevelser av gynekologisk vård.....	16
5.4 Hälsovård för könsstympade kvinnor	17
5.5 Trygghet och självförtroende i vårdarens arbete.....	17
5.6 Kompetens, självutvärderad kompetens och tro på egna färdigheter	19
5.7 Sammanfattning av de tidigare forskningarna	19
6 Undersökningens genomförande.....	21
6.1 Val av informanter	21
6.2 Enkät som datainsamlingsmetod.....	21

6.3	Dataanalys	23
6.4	Undersökningens praktiska genomförande	26
7	Resultatredovisning.....	26
7.1	Barnmorskornas arbetserfarenhet i år	27
7.2	Barnmorskornas kunskap om kvinnlig könsstympning	27
7.3	Barnmorskornas erfarenheter	38
7.4	Barnmorskornas upplevelse av egen kunskap.....	40
8	Tolkning	50
8.1	Barnmorskornas teoretiska kunskap	50
8.2	Barnmorskornas erfarenhet	53
8.3	Barnmorskornas upplevelse av egen kunskap.....	53
9	Kritisk granskning.....	57
10	Diskussion.....	60

Litteratur

Bilagor

1 Inledning

Enligt World Health Organisation, WHO, finns det 100 till 140 miljoner flickor och kvinnor i världen som är könsstympade. Årligen utsätts ca tre miljoner av det kvinnliga könet för stympning. Kvinnlig könsstympning härstammar huvudsakligen från östra Afrika samt från några länder i Mellanöstern och Asien, men det blir ett världsomfattande fenomen via emigrationen. WHO påpekar att kvinnlig könsstympning bryter mot mänskliga rättigheter; det är diskriminering mot det kvinnliga könet och en form av våld mot flickor och kvinnor. (WHO, 2008, 1-11, 29). I Finland tolkas kvinnlig könsstympning som grov misshandel (Strafflagen 2001/654, kap 21, § 6). WHO har definierat kvinnlig könsstympning som ett ingrepp som innebär partiell eller total bortskärning av yttre genitala delar eller annan skadegörelse av kvinnans yttre könsorgan av icke-medicinska orsaker. (WHO, 2008, 1-11). En annan term för kvinnlig könsstympning är kvinnlig omskärelse som lämpar sig bättre inom det förebyggande arbetet (Tiilikainen, 2007, 10).

Speciellt efter 1990-talet har det via immigration kommit invandrare till Finland, en stor del från länder där könsstympning av kvinnor är vanligt (Tiilikainen, 2007, 4). I Finland bor det cirka 15 000 människor som är vana vid denna tradition (Kivimäki, 2010, 3) men det finns inga siffror på hur många flickor och kvinnor i vårt land är drabbade. Eftersom det i Österbotten finns en flyktingförläggning, kan man tänka sig att det finns en större mångfald i nationaliteter i trakten. Studeranden och yrkesmän inom social- och hälsovården i Finland får endast lite eller inte alls någon undervisning om kvinnlig könsstympning (Kivimäki, 2010, 3). Syftet med lärdomsprovet är att kartlägga barnmorskornas kunskap och kunskapsbehov om kvinnlig könsstympning samt belysa deras trygghetskänsla i denna kunskap. Studien görs för att vid senare tillfälle ha bättre förutsättningar för utveckling av kunskap om det så behövs samt för att kunna stärka barnmorskornas trygghet i den kunskap som krävs i arbetssituationerna. Enkäter med öppna och slutna frågor skickades till barnmorskor vid två förlossningssalar och -avdelningar. Som beställare bekantar sig Förbundet för mänskliga rättigheter med denna forskningsrapport.

Vi tycker att temat är viktigt med tanke på att den teoretiska kunskapsbasen måste vara tillräckligt stor för att kunna stödja sig på den ifall den praktiska kunskapen inte är tillräcklig. Vi som blivande barnmorskor måste ha kunskap om könsstympling eftersom det är sannolikt att vi kommer att stöta på det under yrkeslivet så länge det fortfarande existerar i världen.

2 Syfte och problemprecisering

Eftersom kvinnlig könsstympling inte ursprungligen finns i det finländska samhället, väcks frågan om könsstympade flickor och kvinnor får den vård, det stöd och den förståelse som de behöver. Därför är det viktigt att man börjar med att utreda barnmorskornas kunskap. Syftet med lärdomsprovet är att kartlägga barnmorskornas kunskap och kunskapsbehov om kvinnlig könsstympling samt belysa deras trygghetskänsla i denna kunskap. Studien görs för att vid senare tillfälle ha bättre förutsättningar för utveckling av kunskap om det så behövs samt för att kunna stärka barnmorskornas trygghet i den kunskap som krävs i arbetssituationerna.

Problempreciseringen i detta arbete är följande:

1. Vilken kunskap har barnmorskorna om kvinnlig könsstympling?
2. I vilken omfattning känner barnmorskorna sig trygga i den kunskap de har?
3. Vilken kunskap om kvinnlig könsstympling upplever barnmorskorna att de behöver?

3 Teoretisk utgångspunkt

Till detta lärdomsprov har respondenterna valt följande teoretiska utgångspunkter; kunskap och trygghet. Teorin om kunskap belyses med hjälp av Bentling samt Benner medan trygghet förklaras med hjälp av teoretikerna Andersson och Peplau. För att läsaren får bättre förståelse i trygghet presenteras även några andra författares tankar som stöd. Dessa två vårdvetenskapliga begrepp är väsentliga för arbetets syfte, eftersom studien går ut på att utreda barnmorskornas kunskap och deras trygghetskänsla i kunskapen. Trygghetskänslan för båda parterna i vårdsituationen kan stärkas genom att barnmorskan har bästa möjliga kunskapsbas. Gällande begreppet trygghet kommer tyngdpunkten att vara på den trygghet som barnmorskan får när hon har bredare teoretisk kunskap att stå på.

3.1 Kunskap

Bonniers svenska ordbok (1991) definierar ordet kunskap som vetande, lärdom och insikt. I detta kapitel behandlas Bentlings och Benners teorier om kunskap. När man talar om begreppet kunskap inom vårdvetenskap kommer Dreyfusmodellen ofta fram. Den har blivit vidareutvecklad av Benner och den förklaras kort i detta kapitel.

Bentlings teori om kunskap

Bentling förklarar att i professionell kunskap ingår praktiska färdigheter, erfarenheter, intuition och ett personligt förhållningssätt. Begreppet kunskap är inte entydigt eller lätt att beskriva. Flera forskare har försökt klara upp kunskapsbegreppets innehåll. Bentling har dock sammanfattat olika forskares tankar kring kunskap. Hon har bl.a. kommit fram till att detta begrepp handlar om motsättningar mellan teoretisk och praktisk kunskap. Hon menar att kunskap inte enbart är teori och vetenskap utan också kunnande och konst eller förmåga. Inom yrkessammanhanget utvecklas och fördjupas kunskapen genom reflektion. Då kopplar man den teoretiska kunskapen till den verklighet som man med sina sinnen har upplevt. (Bentling, 1995, 76, 153).

Benners teori om kunskap

Benner (1993, 23) har uttryckt den teoretiska kunskapen som ”veta att” och den praktiska kunskapen som ”veta hur”. Teoribaserade undersökningar och kartlagda praktiska kunskaper kan användas till utökning av den praktiska kunskapen. Genom att ha kunskap i ”veta att” kan vi öka kunskapen i ”veta hur”.

Benner (1993, 32) förklarar Dreyfusmodellen som ursprungligen är utvecklad av Dreyfus H. och Dreyfus S. Enligt denna modell utvecklas ens färdigheter i fem olika stadier. Dessa är: novis, avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och expert.

Första stadiet: Novis

Noviser har inte erfarenheter, vilket gör att de inte kan agera i situationer som det förväntas. Novisen lär sig genom övning och börjar med enkla vårduppgifter som inte kräver tidigare erfarenhet av vårdsituationer, dessa är till exempel puls, blodtryck, vikt och andra liknande värden som kan mätas och av dessa börjar bygget av erfarenheter. Även de som är expertsjuksköterskor kan vara noviser om denna sjuksköterska blir flyttad bort från sitt expertområde till ett annat som inte är bekant för henne. Då handlar hon på samma vis som en novis. (Benner, 1993, 37-38).

Andra stadiet: Avancerad nybörjare

När den avancerade nybörjaren har ställts inför nya situationer flera gånger eller handledaren har uppmärksammat dem på dessa specifika delar kan den avancerade nybörjaren urskilja delar i situationen som har betydelse. Den avancerade nybörjaren kan inte uppfatta hela situationen ännu, men han/hon kan tack vare lite erfarenheter se de delar som är mer väsentliga än andra i en vårdsituation. Den avancerade nybörjaren behöver dock stöd av handledare för att utveckla denna förmåga. (Benner, 1993, 38-40).

Tredje stadiet: Kompetent

När sjuksköterskan arbetat under ungefär likadana förhållanden mellan två och tre år kan denna börja kallas kompetent. Den kompetenta sjuksköterskan börjar se längre framåt i vården, han/hon kan se långsiktiga mål och planer i patientens vård samt är aktiv i att uppnå

dessa. En god planering av vården gör även att sjuksköterskan på denna nivå blir mera effektiv och organiserad i sitt arbete (Benner, 1993, 40-41).

Fjärde stadiet: Skicklig

Sjuksköterskan som kommit upp till detta stadie kan se helheten i en vårdsituation. Han/hon är väl insatt i sitt vårdområde och kan märka små förändringar i till exempel en patients andning som någon i de tidigare stadierna inte skulle märka och inte veta hur de skulle handla i den situationen. Genom mycket erfarenhet lär sig den skickliga sjuksköterskan vad som kan väntas hända i vårdsituationer och kan tack vare detta ändra vårdplaner enligt sådana händelser. Den skickliga sjuksköterskan kan i en vårdsituation se om det förväntade inte händer och kan agera efter detta. Detta stadie uppnås när sjuksköterskan jobbat inom sitt område i cirka tre till fem år. (Benner, 1993, 42-45).

Femte stadiet: Expert

Expertsjuksköterskan behöver inte längre förlita sig på regler eller riktlinjer för att veta hur han/hon skall handla i en situation. Experten kan snabbt besluta vad som bör åtgärdas i en vårdsituation. Även en expert kan göra misstag, det kan hända att vårdsituationen inte utvecklas som det var tänkt och då kan experten inte falla tillbaka på erfarenheter. Han/hon måste lösa problemet på annat vis till exempel med analytisk problemlösning. Detta visar att ingen någonsin blir riktigt fullärd. (Benner, 1993, 45-47).

Benner beskriver även utvecklingsprocessen som tre olika typer av förändringar. Den första innebär att man inte längre är beroende av abstrakta principer utan att man kan använda sina egna upplevda erfarenheter. Den andra förändringen är att man inte ser situationer i olika delar utan att det blir en helhetsbild där man kan se de delar som är av större betydelse. Den tredje innebär att man inte längre är observatör utan man deltar i situationen.

3.2 Trygghet

Bonniers svenska ordbok (1991) definierar trygghet som att vara trygg och med begreppet trygg menas det att man är utom fara, skyddad, säker, pålitlig, lugn, förtröstansfull,

obekymrad och ombonad. Andersson (1984, 12) beskriver upplevelsen av trygghetskänslan som något positivt såsom balans, glädje, harmoni, lycka, värme, förtroende, lugn, tillit, vila, ro, energifrigörelse och själsfrid. I allmänhet anses det att trygghet är gott, någonting värt att sträva efter. Sarvimäki och Stenbock-Hult (1995, 75) påpekar dock att människan behöver utmaningar och krav för att utvecklas, vilket ibland skapar en otrygg känsla.

Trygghetskänslan kan delas i inre och yttre trygghet samt i pseudotrygghet. Inre tryggheten uppbyggs av människans erfarenheter, hennes positiva upplevelser, bearbetning av otrygghet och av att ta sig igenom en kris. En människa som har inre trygghet ”känner sig själv och är vän med sig själv”. Inre trygghet kan även ha förankring i människans tro. (Andersson, 1984, 12-18). En människa som har inre trygghet har också en bra självkänsla och har goda förutsättningar att anpassa sig i oförväntade situationer (Masreliez-Steen & Modig, 2004, 40). Yttre trygghet indelas i materiell trygghet, miljötrygghet, relationstrygghet och i kontrolltrygghet. Materiell trygghet innebär bl.a. att man har arbete eller tak över huvudet. Med miljötrygghet menas det att man t.ex. får uppleva naturen. Relationstryggheten uppbyggs av ett socialt nätverk där människan får ett gott bemötande. (Andersson, 1984, 12-18). Relationstrygghet förklaras även av Eriksson (1986, 24) som menar att patienten får trygghet i vårdrelationen då han märker att han är omhändertagen av experter och att vårdarna, som är kunniga och professionella yrkesutövare, strävar till patientens bästa. När den professionella vårdaren är säker och målvedveten i vård situationerna, överförs vårdarens trygghet till patienten. (Eriksson, 1986, 22). Kontrolltryggheten stärks då människan får en upplevelse av att ha kunskap och kontroll över den situation hon befinner sig i (Andersson, 1984, 14, 18). Masreliez-Steen och Modig (2004, 39) tillägger att människor vars trygghet mest består av den yttre tryggheten vill undvika osäkra och oförutsägbara situationer. Pseudotrygghet är förfalskad trygghet vars grund ligger på okunnighet och inbillningar (Andersson, 1984, 14, 18). Trygghetskänslan hos människan utvecklas bland annat av hennes kunskaper, vilket ger självförtroende. När kunskapen får användas i praktiken, förstärks självförtroendet och man lär sig att lita på sina egna färdigheter. Man skall dock komma ihåg att trygghet inte enbart skapas av situationer som ger självförtroende, utan också självkänsla behövs. Graden av självförtroende varierar beroende på människans aktuella situation. Självkänsla är en inre

trygghet som är stabil oberoende av de yttre omständigheterna. (Masreliez-Steen & Modig, 2004, 13-17, 138).

Både tillfredsställelse av behov och känslan av trygghet är resultat av att ha nått ett mål. Dessa båda är viktiga för att utveckla en personlighet. Om dessa mål blockeras eller av annan orsak inte kan nås, bildas frustration som i sin tur kan bli ett hot mot eller ha hämmande effekt på personligheten. Att känna sig trygg och få olika behov tillfredsställda är två av de största faktorerna som påverkar en människas uppförande. Genom att undvika sådant som man inte förstår eller inte vill vara delaktig i, kan en känsla av trygghet skapas. (Peplau, 1991, 86-87, 108).

De mänskliga behoven leder ofta till spänning och denna spänning måste på ett eller annat sätt frisättas så att spänningen minskar. Då spänningen släpper kan det kännas som en belöning, en tillfredsställelse, en trygghet eller en lättnad från något obekvämt. Att tackla det svåra eller undgå det som är svårt och problematiskt är ett sätt att förvandla energin som finns i spänningen till belöning, tillfredsställelse eller lättnad som känns i och med trygghet. Känslan av trygghet kan uppnås av en individ när denna styr sina mål mot något man försöker göra upp för, till exempel brister, efterlängtan eller förtryck som man känt i det förflutna. Man styr sina mål så att man upplever sig mindre hotad, mindre kraftlös, mindre hjälplös eller mindre ångestfylld än man gjort i det förflutna. Ofta måste trygghet först uppnås innan man kan känna av tillfredsställelse. Om något kommer i vägen för att nå ett mål och före trygghet eller tillfredsställelse känts, uppstår en frustration som kan ge sig i uttryck i aggression. (Peplau, 1991, 130-131).

En vårdare som hjälper en patient att känna sig trygg så att behov kan uttryckas och tillfredsställelse kan uppnås, hjälper även patienten att få mera styrka som behövs för produktiva sociala aktiviteter. En vårdare som är medveten om sina egna känslor och säker/trygg i sina professionella färdigheter klarar av en situation där patienten inte kan samarbeta. Hon kan se då det rätta tillfället kommer för att hjälpa patienten att se sina egen problem. Om en patient genomgår något mycket svårt, till exempel en panikattack, kan det att vårdaren bara finns där vara en trygghet för patienten. Att vårdaren finns där och lyssnar

och finns till för patientens behov även om det betyder att inte göra något, inger trygghet. (Peplau, 1991, 133, 207, 256).

Man uppnår trygghet genom säkerhet (secrecy) mer än genom att avslöja för andra vad man känner. Säkerhet är ofta relaterat till känslan av att vara skyldig. En lucka i kunskap är inte något som ofta avslöjas, men då det händer kan ångest kännas. Då luckorna är framhävda så är vägen öppen för att växa och gå framåt i utvecklingen. Att reflektera över gamla erfarenheter och samla upp så många ledtrådar som möjligt från tidigare utveckling kan hjälpa en individ att uppnå något av en trygghetskänsla. (Peplau, 1991, 137, 241).

4 Teoretisk bakgrund

I detta kapitel behandlas bakgrundsfakta om kvinnlig könsstympling. Om barnmorskan har tillräcklig teoretisk kunskap, kan hon ha bättre förutsättningar att känna sig tryggare i sitt arbete och i mötet med den könsstympade kvinnan som patient.

4.1 Olika typer av kvinnlig könsstympling

Enligt WHO finns det fyra huvudtyper av kvinnlig könsstympling. Typ I innebär bortskärning av en del av eller hela klitoris med eller utan bortskärning av förhuden. Könsstympling som är utförd på sätt II innebär att man gör en partiell eller fullständig bortskärning av klitoris och de inre blygdläpparna, med eller utan bortskärning av de yttre blygdläpparna. Typ III kallas även för infibulation, vilket innebär att man gör vaginalöppningen trängre genom att man täcker en del av den med fastsydda inre eller yttre blygdläppar. Även klitoris kan vara bortskuren. I typ IV ingår alla andra former av kvinnlig könsstympling av icke-medicinska orsaker, utom de tidigare nämnda. Exempel på detta är att man gör hål, snitt eller skrapar i blygdläpparna. Även tånjning av blygdläpparna åt sidan förekommer. (WHO, 2008, 4).

4.2 Orsak till kvinnlig könsstympning

Förekomsten av kvinnlig könsstympning har stark koppling till vissa sociala, ekonomiska och politiska strukturer. Exempel på sociala strukturer är att samhället har kontroll över kvinnan. Trots att många vet om könsstympningens ogynnsamma följder, väljer man ofta att utföra en stympning av flickans könsorgan på grund av att de sociala fördelarna anses ha större betydelse. På vissa ställen firar man den nyss könsstympade flickan och ger gåvor till henne. (WHO, 2008, 5-7).

På vissa ställen accepteras endast könsstympade kvinnor som hustrun. Ibland anses könsstympning som en garanti för oskuld men även för trohet i äktenskapet. Somliga kvinnor har tanken att deras könsstympning medför större sexuell njutning för mannen. Klitoris betraktas ibland som ett manligt könsorgan, vilket då är en orsak till varför man vill skära bort den. Kvinnlig könsstympning förekommer i kristna, judiska och muslimska kretsar men varken Bibeln, Tanakhen (Toran) eller Koranen innehåller text som skulle uppmuntra kvinnor att låta sina könsorgan bli stympade. (WHO, 2008, 5-7).

4.3 Kvinnlig könsstympning globalt

Enligt WHO:s uppskattning finns det 100–140 miljoner flickor och kvinnor i världen som har genomgått kvinnlig könsstympning av typ I-III. Det finns stora regionala skillnader i förekomsten av kvinnlig könsstympning, men den etniska bakgrunden är mest avgörande. Oftast gör man könsstympningen på flickor under det första levnadsåret upp till 15 års ålder. (WHO, 2008, 4-5).

Kvinnlig könsstympning har blivit känt över hela världen men huvudsakligen utförs det i västra, nordöstra och östra Afrika, såsom i Sierra Leone, Guinea, Gambia, Mali, Egypten, Sudan, Eritrea, Djibouti, Etiopien och Somalia. Av dessa länder förekommer könsstympning hos flickor och kvinnor i åldern 15-49 minst i Etiopien (74,3 %) och mest i Somalia (97,9 %). Det har rapporterats att även i några asiatiska länder, i mellanöstern samt

i invandrarsamhällen i Nordamerika och Europa finns det flickor och kvinnor som har blivit könsstympade. (WHO, 2008, 1, 29).

På 1990-talet blev kännedomen om kvinnlig könsstympning i Finland allt bättre på grund av att det kom flera flyktingar hit från områden där ingreppet är vanligt (Tiilikainen, 2007, 4). År 2007 bodde det sammanlagt 326 invånare i Vasa vars hemland var Somalia, Etiopien, Egypten, Eritrea, Sudan och Gambia (Pynttäre, 2008).

4.4 Könsstympningens inverkan på hälsan

Tiilikainen uppger att könsstympningens följder mycket beror på könsstympningstypen, instrument som används, hur skickligt ingreppet utförts samt vilka andra omständigheter som råder under operationen och efter det. Både WHO (2008, 11, 33-34) och Tiilikainen (2007, 16) redogör för könsstympningens omedelbara följder. Bland annat uppräknas svår smärta, blödningar, chock, svårigheter vid urinering, infektioner såsom HIV och i värsta fall död. Även psykosociala problem har rapporterats.

På längre sikt kan flickan eller kvinnan ha liknande besvär som omedelbart efter könsstympningen. Dessutom nämns kronisk smärta, smärta vid menstruationen och samlag, menstruationsblödning som kvarstår i slidan, infektioner t.ex. i andra könsorgan eller i urinvägar, infertilitet och minskad sexuell njutning. Även psykosociala problem, såsom posttraumatiskt stressyndrom, minnesluckor, depression och rädsla inför sex, kan vara könsstympningens långvariga åkommor. (WHO 2008, 11, 33-34; Tiilikainen, 2007, 16-17).

Risken vid barnafödande blir betydligt större om den födande kvinnan är könsstympad. Det kan vara svårare att följa barnets tillstånd och förlossningens framskridande. Många lider av blödningar efter förlossningen på grund av bristningar och allt fler kvinnor måste genomgå kejsarsnitt. Även barnet kan drabbas av sin mammas könsstympning. Mortaliteten hos barn under och direkt efter förlossningen ökar ju svårare mammans könsstympningsgrad är. (WHO 2008, 11, 33-34; Tiilikainen, 2007, 16-17).

4.5 Könstymplingens inverkan på förlossningsvården

När förlossningen börjar komma igång kan den fastsydda vulvan och oelastiska ärrvävnaden vara ett hinder för den inre undersökningen samt införandet av skalpelektrod och/eller inre värkmätare. Om man anser att något av dessa ingrepp behövs, skall deinfibulation, d.v.s. öppnandet av vulva, göras genast. Infibulationen (könstympling av typ III) kan också orsaka problem när fostret föds. Om fostret mår bra är den finska rekommendationen att ingreppet görs i början av utdrivningsskedet. Deinfibulation utförs så att man för in två fingrar under ärrvävnaden för att skydda underliggande vävnad och fostrets huvud. Under lokalanestesi klipps ärret upp nerifrån med sax så långt att urinrörsmynningen kommer fram. Såren som uppkommit sys fast med stygn. Före man utför ingreppet är det mycket viktigt att informera kvinnan (och hennes man) om vad deinfibulation innebär, speciellt vilka följder den har. Det är också viktigt att berätta att reinfibulation (vulva sys åter ihop) efter förlossningen inte är tillåtet i Finland. (Tiilikainen, 2007, 37-38; Socialstyrelsen 2005, 58-63).

4.6 Lagstiftning och riktlinjer i Finland

I Finland finns det ingen specifik lag om kvinnlig könstympling trots att tre lagmotioner har gjorts hittills. Kvinnlig könstympling samt reinfibulation tolkas som grov misshandel och de är därmed straffbara handlingar. (Tiilikainen, 2007, 20). Enligt strafflagen (2001/654, kap 21, § 6) är misshandeln grov om det utförs på ett rått eller grovt sätt och orsakar allvarlig kroppsskada, sjukdom eller ett livshotande läge. Man kan få två till tio års fängelsestraff, även om en flicka förs utomlands för könstympling. Enligt barnskyddslagen (13.4.2007/417, § 25) är personalen t.ex. inom hälso- och sjukvården pliktig att anmäla till kommunens socialvård om man misstänker att ett barn behöver vård och omsorg eller om barnets utveckling äventyras. Därmed utgör detta ett undantag i tystnadsplikten.

Ett häfte med riktlinjer och allmän information om kvinnlig könstympling har utvecklats och publicerats av Förbundet för mänskliga rättigheter för personal inom social- och hälsovården i Finland. Det som man med informationshäftet vill uppnå är ett effektivt

förebyggande av kvinnlig könsstympning och främjande av vården för kvinnor och flickor som utsatts för könsstympning. (Tiilikainen, 2007, 4-6).

Det förebyggande arbetet sker genom att de som arbetar med barnfamiljer är skyldiga att ta upp och diskutera kring kvinnlig könsstympning med familjen. Även vid misstanke av ingrepp skall det dokumenteras och vid dokumenteringen skall man även beskriva ingreppets omfattning. (Tiilikainen, 2007, 22, 39-40).

5 Tidigare forskning

Efter att immigrationen från Afrika till Europa har ökat på 1980- och 1990-talet, har kvinnlig könsstympning allt oftare varit intresseobjektet i forskningar. I detta kapitel presenteras forskningar som behandlar kvinnlig könsstympning. Speciellt har respondenterna varit intresserade av forskningar som berör barnmorskornas och annan vårdpersonals kunskaper. Även trygghetskänslan samt självförtroendet hos vårdaren har varit ett forskningsobjekt som behandlas i detta kapitel. Sambandet mellan kompetens, självutvärderad kompetens och tro på sina egna färdigheter framkommer i en av artikelpresentationerna. Artikelsökning gjordes via databasen Ebsco och DOAJ med sökorden ”knowledge”, ”female genital mutilation”, ”female genital cutting”, ”female circumcision”, ”safety”, ”competence”, ”self-efficacy”, ”professional self-confidence” och ”midwifery”. Artiklarna som valdes var från år 2004 och framåt. Många av de artiklar som hittades behandlade förekomst och följder av kvinnlig könsstympning, men dessa artiklar var inte av intresse i denna studie.

5.1 Vårdpersonalens kunskaper och erfarenheter

Zaidi, Khalil, Robert och Browne (2007, 161-164) bildade forskargruppen som undersökte obstetrikers och barnmorskors kunskap om kvinnlig könsstympning. Den ökade

immigrationen till Storbritannien har ökat kunskapsbehovet om kvinnlig könsstympning hos landets vårdpersonal. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) ville därför skapa riktlinjer för vårdpersonalen. Forskarna utredde också hur bra RCOG:s riktlinjer hade blivit tillämpade. Det anonyma frågeformuläret cirkulerade i Homerton University Hospital under mars-augusti år 2005 och 45 obstetiker och barnmorskor deltog i undersökningen. (Zaidi m.fl., 2007, 161-164)

Det kom bl.a. fram att de flesta kunde definiera ”female genital mutilation”, kvinnlig könsstympning. Ca 80 % hade gjort en gynekologisk undersökning av en kvinna med könsstympning men bara 4 % kunde klassificera korrekt de fyra olika typerna av kvinnlig könsstympning. Av de tillfrågande visste 58 % inte om att gravida kvinnor i denna riskgrupp borde identifieras och dokumenteras när tid för vårdbesök bokas. Man fick även reda på att 47 % av undersökningsdeltagarna felaktigt trodde att kejsarsnitt är den enda metoden att klara av förlossningen om vaginal undersökning inte lyckas under första förlossningsskedet. Forskargruppen kom till slutsatsen att det finns stora brister i teoretisk och praktisk kunskap, speciellt hos barnmorskorna som ofta är i direkt vårdkontakt med patienterna. Zaidi m.fl. antog även att det skulle behövas mera undervisning och att varje arbetsgivare borde utbilda sin personal så att könsstympade kvinnor får välfungerande vård och betjäning. (Zaidi m.fl., 2007, 161-164).

Tamaddon, Johnsdotter, Liljestränd och Essén (2006, 709-722) har undersökt hurdana erfarenheter och kunskaper vårdpersonalen i Sverige har om kvinnlig könsstympning. Frågan är aktuell i Sverige, eftersom en stor del av vårdpersonalen kommer i kontakt med kvinnor som redan tidigare har blivit könsstympade. Under juni-juli år 2003 skickades 2 707 kvantitativa frågeformulär till vårdpersonal i fyra storstäder i Sverige och 769 enkäter blev besvarade. Undersökningsdeltagarna var gynekologer, barnläkare, barnmorskor, skolhälsovårdare och skolläkare. Av dessa informanter hade 60 % träffat könsstympade flickor och kvinnor. Trots detta ansåg endast 28 % att de hade adekvat kunskap om könsstympning. Somliga uttryckte att personalen har behov av vägledande riktlinjer och skolning om kvinnlig könsstympning. Som slutsats ansåg forskargruppen att könsstympade kvinnliga patienter ofta förekommer inom vården i Sverige. Tamaddon m.fl. antog dock att

ingreppet ytterst sällan eller aldrig utförs inom landets gränser eftersom bara sju av dem som svarade på undersökningsfrågorna misstänkte att de hade sett en nyligen könsstympad flicka/kvinna. Utav forskningsresultaten kom man även fram till att vårdpersonalen behöver mera klinisk och kulturell kunskap om kvinnlig könsstympning för att professionellt kunna hantera situationer där patienten är könsstympad. (Tamaddon m.fl., 2006, 709-722).

Leye m.fl. (2008, 182-190) har i Flandern, Belgien, forskat i gynekologernas kunskap om och inställning till kvinnlig könsstympning samt hur vården bedrivs av denna yrkesgrupp. På våren 2006 skickades 724 enkäter till flamländska gynekologer och 334 frågeformulär blev besvarade. I undersökningen kom man fram till att knappt hälften av informanterna visste att könsstympning av flickor och kvinnor är olagligt i Belgien och bara 23,7 % av dessa hade klart för sig vad lagstifningen i praktiken innebär. T.ex. om reinfibulation får utföras skapade osäkerhet bland gynekologerna och eftersom det inte nämns i lagstifningen lämnas vårdpersonalen ensam i ovissheten med denna fråga. Över hälften av gynekologerna hade haft könsstympade flickor eller kvinnor som patienter men bara 1,2 % var medvetna om sjukhusets riktlinjer vad beträffar kvinnlig könsstympning. Informanterna uttryckte bl.a. att de vill ha mera information om lagstifningen och praktiska riktlinjer för att kunna klara av det kliniska arbetet samt vägledning i etiska frågor såsom i utförandet av en reinfibulation. Även denna forskargrupp vill lyfta fram det att bl.a. gynekologer behöver mera stöd för att kunna förbättra sin kunskap och vårdpraxis. Också de etiska frågorna behöver diskuteras grundligt så att spelreglerna blir tydliga för alla de som på något sätt kommer i kontakt med kvinnlig könsstympning. (Leye m.fl., 2008, 182-190).

Kaplan-Marcusan, Torán-Monserrat, Moreno-Navarro, Fábregas och Muñoz-Ortiz (2009, 1-8) har i Spanien gjort en forskning om vårdpersonalens kunskaper om och attityder till kvinnlig könsstympning. Undersökningen genomfördes med hjälp av enkäter under två tillfällen, åren 2001 och 2004, vilket möjliggjorde en analys av förändringar som hade skett under dessa år. Informantgruppen bestod sammanlagt av 225 respektive 186 allmänläkare, barnläkare, gynekologer, barnmorskor och sjukskötare under dessa två undersökningstillfällen. Informanternas kunskap om kvinnlig könsstympning testades med tentliknande frågor. Dessutom ville forskargruppen veta om vårdpersonalens yrkeserfarenheter och

attityder gällande kvinnlig könsstympling samt om de hade intresse för att t.ex. veta mera om temat. Forskningsmaterialet analyserades deskriptivt. Som resultat kom man bl.a. underfund med att de flesta kände sig för trygga i sin kunskap eftersom de trodde att de visste mera om kvinnlig könsstympling än vad de egentligen gjorde. Av manliga respektive kvinnliga informanter påstod 98 %/96 % att de visste vad kvinnlig könsstympling innebär, men bara 40 % av svararna kunde korrekt identifiera de fyra olika könsstymplingstyperna och endast 30 % kunde rätt ange de länder var detta ingrepp vanligen utförs. Även om antalet könsstympade patienter hade ökat på vårpersonalens mottagningar från året 2001 till 2004, hade kunskapen blivit sämre under dessa år. Forskargruppen vill lyfta fram detta problem och anser att man borde utveckla vårdpersonalens teoretiska kunskaper om kvinnlig könsstympling samt förbättra sinnet för transkulturellt bemötande. (Kaplan-Marcusan m.fl., 2009, 1-8).

5.2 Barnmorskornas tankar om kvinnlig könsstympling

Leval, Widmark, Tiskeman och Ahlberg gjorde en undersökning, vars syfte var att utreda hur svenska barnmorskor diskuterar om sexualiteten hos könsstympade afrikanska kvinnor. Barnmorskorna fick diskutera om temat i åtta grupper och en del blev intervjuade. I tolkningen tillämpades analysenheter och ofta förekommande begrepp blev huvudkategorier. (Leval m.fl., 2004, 743-760).

Som slutsats märkte man att sexualitet och könsroller diskuterades i fyra olika sammanhang. Barnmorskorna uttryckte att de hade begränsat förstånd om afrikanska könsstympade kvinnors sexualitet. De jämförde även synen på sin egen sexualitet med könsstympade kvinnors sexualitet. Forskarna i sin tur uttryckte detta första sammanhang som en ”etnocentrisk syn på sexualiteten”. Det andra temat som kom fram i undersökningen var att barnmorskorna hade en ”paradoxal inställning till kunskapen gällande könsstympling och sexualitet”. Barnmorskorna hade många frågor och funderingar om sex hos könsstympade kvinnor men de uttryckte ingen vilja att själva skaffa mer kunskap om saken. De accepterade att de kanske aldrig får veta mera om temat. Det

tredje sammanhanget där sexualiteten diskuterades var ”könsstympade kvinnors svaghet”. Barnmorskorna menade att könsstympade kvinnor blev förtryckta av män och av samhället. Det fjärde temat gällde ”mötet som bryter myten”; de män som barnmorskorna träffade på sin arbetsplats var omsorgsfulla, gav stöd och var ibland även underlydande i förhållandet.

Leval m.fl. är oroliga över att barriären mellan vårdpersonal och könsstympade kvinnor växer, eftersom målgruppens barnmorskor hade bristfällig kunskap om könsstympade kvinnor, mäns och kvinnors roller i förhållandet samt stymplingens inverkan på sexualiteten. (Leval m.fl., 2004, 743-760).

5.3 Upplevelser av gynekologisk vård

Thierfelder, Tanner och Bodiang (2005, 86-90) har utrett hur könsstympade kvinnor upplever den gynekologiska vården i Schweiz samt om läkare och barnmorskor erbjuder adekvat vård och rådgivning för dessa kvinnor. Frågan var aktuell eftersom ännu år 2005 hade Schweiz inga evidensbaserade riktlinjer för vårdpersonalen gällande kvinnlig könsstympling även om det var uppskattat att 6 000 könsstympade kvinnor bor i landet. I undersökningen deltog 37 vårdgivare samt 29 kvinnor från Somalia och Eritrea som har genomgått könsstympling. Materialinsamlingen skedde med hjälp av öppna intervjufrågor via telefonsamtal och diskussionsgrupper. Många kvinnor upplevde att gynekologiska undersökningar var obehagliga. Detta berodde på att kvinnorna kände sig så annorlunda och kränkta i vårdsituationen. Kvinnorna märkte även att vårdgivarna var oerfarna gällande könsstympling och att könsstymplingen ibland ignorerades. I undersökningen kom man även fram till att en del av kvinnorna blev reinfibulerade efter förlossningen, både utan och med begäran. Detta är mot WHO:s rekommendationer. Kvinnorna önskade att det skulle finnas mera utrymme för diskussion, information och rådgivning vid besöket hos läkaren eller barnmorskan. De förväntade sig också ett mer empatiskt vårdmöte. Många var även rädda för att de skulle förlösa barnet genom kejsarsnitt i onödan, eftersom de hade hört att på många ställen utförs kejsarsnitt som rutinförlossning när kvinnan är könsstympad. Forskargruppen kom till slutsatsen att vårdpersonalen borde få mera kunskap om kvinnlig könsstympling för att kunna ge adekvat information om sexualitet, graviditet och

förlossning till den könsstympade kvinnan. Bättre kunskaper behövs även för att kunna utföra en smidigare gynekologisk undersökning. I mötet med patienten borde man även ha som rutin att fråga om hon har tänkt låta sin dotter bli stympad. Eftersom könsstympning sällan öppet diskuteras i parförhållandet, borde man mera aktivt ta kvinnans partner med i vårdituationerna. (Thierfelder m.fl., 2005, 86-90).

5.4 Hälsovård för könsstympade kvinnor

Forskargruppen bestående av Leye, Powell, Nienhuis, Clayes och Temmerman (2006, 362-378) gjorde en studie som baserar sig på två tidigare gjorda projekt om könsstympade kvinnliga invandrare i Europa. Leye m.fl. ville med studien lyfta fram några etiska problem som vårdpersonal inom Europa kan möta, få en överblick om de redan existerande riktlinjerna, identifiera bristerna i vården av den könsstympade kvinnan samt framföra möjliga lösningar. Som resultat kom man fram till att vården av den könsstympade kvinnan inte enbart borde fokusera på klinisk vård, utan också på att ge professionell rådgivning på ett kulturellt sensitivt sätt. Dessutom borde man hitta de vårdgivare som regelbundet är i kontakt med kvinnlig könsstympning och ordna adekvat skolning för dem. Etiska frågor såsom inställningen till reinfibulation skall diskuteras på nationell nivå så att vårdpersonalen har tydliga regler och riktlinjer. Om vårdgivaren inte har tillräcklig kunskap om kvinnlig könsstympning skall hon ha kännedom om vart flickan eller kvinnan remitteras vidare. Forskargruppen poängterar ännu att vårdgivare som stöter på kvinnlig könsstympning på ett eller annat sätt skall få skolning om klinisk vård, kommunikation och attityder, etiska frågor samt förebyggande av könsstympning. Forskarna Leye m.fl. anser dessutom att undervisning om kvinnlig könsstympning skall ingå i sjukskötar-, barnmorske- och läkarutbildningen. (Leye m.fl., 2006, 362-378).

5.5 Trygghet och självförtroende i vårdarens arbete

Forskarna Lundgren och Berg (2007, 220) gjorde på basen av åtta svenska kvalitativa undersökningar en sekundär analys om förhållandet mellan barnmorskan och kvinnan. Informanterna i de tidigare utförda åtta forskningarna var både födande kvinnor och

barnmorskor. Lundgren m.fl. identifierade sex olika par av centrala begrepp som beskriver detta förhållande både i normal- och högrisksituationer. Intressanta begrepp i förhållandet är bl.a. ”surrender - availability”, där kvinnan kastar sig in i förlossningsarbetet, kanske tappar kontrollen och flyter med flödet. Då är barnmorskan i sin tur ”tillgänglig och närvarande” och svarar på kvinnans behov. ”Availability” innebär också att hon är tillgänglig för sig själv och använder sig som redskap. Barnmorskan utnyttjar sin teoretiska och praktiska kunskap samt är plikttrogen till sin intuition. Ett annat intressant begreppspar är ”trust – mediation of trust”. För den födande kvinnan är det viktigt att kunna lita på sig själv, födelseprocessen, barnmorskan och annan vårdpersonal. Barnmorskan i sin tur skall kunna förmedla tillit. Om barnmorskan känner sig otrygg och osäker i situationen förmedlas detta till den födande kvinnan, vilket kan orsaka ett hinder för föderskan att klara av förlossningsarbetet. Andra dimensioner hos kvinnan i förlossningssituationen är delaktighet, ensamhet, olikhet och skapande av meningsfullhet. Barnmorskan svarar på dessa dimensionsbehov med ömsesidig växelverkan, bekräftelse, stödande av kvinnans unikheter och meningsfullhet. Forskarna menar att dessa sex centrala begrepp eller dimensioner hos kvinnan och barnmorskan skall ingå i vårdarbetet för att kunna nå maximal hälsa för föderskan och det nyfödda barnet. (Lundgren m.fl., 2007, 220-228).

White (2009, 103-114) har med hjälp av en teoretisk konceptanalys forskat begreppet självförtroende, som är en väsentlig egenskap för vårdaren. Som undersökningsmaterial användes förutom ord- och läroböcker, också 31 vetenskapliga artiklar från ämnesområdena vård, psykologi, utbildning och ekonomi. För att få förståelse i det undersökta begreppet fördjupade sig forskaren i vad självförtroende är, hur man kan få det och vad självförtroende kan ge upphov till. Som resultat kom det fram att självförtroende kan förklaras som att man litar på sig själv, är bestämd och självmedveten. Denna egenskap kräver framgång det vill säga lyckade prestationer. För att i sin tur nå positiva upplevelser i sina prestationer behöver man kunskap, uppmuntran, erfarenhet och förberedelse. Om man har självförtroende har man möjlighet att inverka positivt på andra och kan agera självständigt. White påpekar att framför allt vårdstuderanden saknar gott självförtroende. Därför borde vårdstuderanden få mycket uppmuntran, skaffa så mycket kunskap som möjligt och få tillfällen där man kan använda sin kunskap samt vara väl förberedd i dessa

situationer. När vårdaren eller vårdstuderanden har ett gott självförtroende, har han/hon bättre klinisk prestationsförmåga, möjlighet att påverka förändringar, kan skaffa sig nya utmaningar, samarbeta med kollegor och motivera andra. Därmed drar klienterna och patienterna samt anhöriga större nytta av vården. En vårdare som är säker i sin kunskap betar sig inte endast kraftfullt utan är kraftfull. (White, 2009, 103-114).

5.6 Kompetens, självvärderad kompetens och tro på egna färdigheter

Lauder m.fl. (2008, 35) har forskat i vårdstuderandes kompetens, deras självvärderade kompetens och tro på sina egna färdigheter (self-efficacy). Bakgrunden till denna undersökning ligger i tidigare forskning om yrkesskicklighet hos vårdstuderande och hos nyblivna vårdare där man har kommit fram till att nyblivna vårdare har brister i kliniska färdigheter och att de inte kan erbjuda tillräckligt god vård. Målgruppen i undersökningen bestod av 99 sjukskötar- och barnmorskestuderanden som redan tidigare hade svarat på ett frågeformulär i en annan undersökning. Var och en av dessa 99 vårdstuderanden observerades i tre olika praktiska OSCE-prover (objective structured clinical examination), i läkemedelsräkning, handhygien och kommunikation, under åren 2004 och 2005. Forskningsmaterialet från OSCE-proven analyserades statistiskt med ett SPSS-program. Forskarna kom fram till att självvärderad kompetens inte har tydligt samband med den kompetens som granskades under OSCE-tillfällena. Därmed vill forskarna frågeställa tillförlitligheten i självvärdering av ens kunskap. Endast i OSCE-provet i läkemedelsräkning kunde man se ett samband med tron på sina egna färdigheter (self-efficacy). Lauders m.fl. anser att man borde träna studeranden att lära känna sina egna färdigheter. (Lauder m.fl, 2008, 35-43).

5.7 Sammanfattning av de tidigare forskningarna

Det som framkommit i forskningarna om vårdpersonalens kunskap och som är av stor betydelse i samband med detta lärdomsprov är att den kunskap som vårdpersonalen har är yttlig och bristfällig. Till exempel var det svårt för vårdpersonalen att identifiera de olika könsstymplingstyperna. Få visste hur lagstiftningen i informantens hemland löd eller skulle

tillämpas i en situation där den vårdsökande kvinnan var könsstympad. Till exempel om reinfibulation var tillåtet eller inte var oklart. Okunskapen hos vårdarna orsakade rädsla hos de könsstympade kvinnorna vad beträffar en förlossning. I forskningen som gjordes i Spanien visade resultaten att vårdgivarna trodde sig ha bättre kunskap än vad de egentligen hade. Forskarna i en svensk undersökning var oroliga över att den bristfälliga kunskapen skapar en barriär mellan barnmorskor och könsstympade kvinnor. Kvinnor som deltagit i den schweiziska undersökningen upplevde att de blev kränkta i vårdsituationen på grund av sin könsstymning. Denna känsla förstärktes av vårdgivarens oerfarenhet. I var och en av de sju först presenterade forskningarna kom det fram att det finns ett behov av tydliga riktlinjer, stöd för vårdgivarna, undervisning i transkulturellt bemötande samt i praktisk och teoretisk kunskap om kvinnlig könsstymning. Denna undervisning borde ske redan under barnmorske- eller läkarutbildningen. Också diskussion om etiska frågor på nationell nivå behövs. (Tamaddon, 2006, 719; Leye, 2008, 185-188; Kaplan-Marcusan m.fl, 2009, 7; Zaidi m.fl., 2007, 163; Leval m.fl., 2004, 756; Thierfelder m.fl., 2005, 88; Leye m.fl., 2006, 373-374).

De vetenskapliga artiklarna som behandlar förhållandet mellan barnmorskan och kvinnan samt vårdarens självförtroende poängterar vikten av tillit till sin professionalitet. Barnmorskan skall kunna förmedla tillit och trygghet i sin omgivning. Däremot inverkar barnmorskans känsla av otrygghet negativt på den födande kvinnan. Det är viktigt att barnmorskan har goda teoretiska och praktiska kunskaper eftersom hon skall använda sig själv som redskap. En vårdare har stor nytta av ett professionellt självförtroende, vilket bland annat kan förstärkas med hjälp av goda teoretiska kunskaper. Vårdaren är kraftfull om hon är säker i sin kunskap.

Artikeln som behandlade sambandet mellan självvärderande kompetens och kompetens frågeställer tillförlitligheten i egen utvärdering av kunskap. Forskarna poängterar vikten av att vårdarna ärligt granskar sina egna färdigheter. Detta skulle öka vårdarnas äkta tro på sina egna kunskaper och förbättra möjligheten till yrkesutveckling. (Lundgren m.fl., 2007, 225-227; White, 2009, 103-114; Lauder m.fl., 2008, 41).

6 Undersökningens genomförande

I detta kapitel beskrivs de metoder som användes för att samla in det behövda datamaterialet samt hur det analyserades. Som datainsamlingsmetod användes enkäter. Det skulle ha blivit alltför tidskrävande om datainsamlingen skulle ha skett genom intervjuer. Enkäter som innehöll både öppna och slutna frågor riktades till barnmorskor på två förlossningssalar och en förlossningsavdelning. De dataanalysmetoder som användes var deskriptiv statistik för det kvantitativa materialet och innehållsanalys för det kvalitativa materialet. Antalet informanter önskades vara mellan 30 och 50.

6.1 Val av informanter

Eftersom det i Österbotten finns en flyktingförläggning har nationaliteternas mångfald ökat på detta område efter 1990-talet. Enligt Pynttäre (2008) är 4,2 % av Vasas invånare av annan nationalitet än Finlands. Därför var respondenterna intresserade av att veta om barnmorskorna i förlossningssalen och -avdelningen har tillräckligt med kunskap om könsstympning av kvinnor. Enkäterna gällde alla barnmorskor; både nyblivna och erfarna barnmorskor. Deltagarantalet blev ändå inte tillräckligt stort även om avdelningssköterskor ombads att påminna barnmorskorna att svara på frågeformuläret. Därför kontaktades en förlossningssal till på annat håll i Finland och barnmorskor på denna avdelning fick delta i undersökningen.

6.2 Enkät som datainsamlingsmetod

Ordet ”enkät” har sitt ursprung i det franska ordet ”enquête” som betyder vittnesförhör, men det har även använts i betydelsen rundfråga. Förr hade rundfråga betydelsen att fråga endast sakkunniga personer om till exempel samhällseliga ting, medan frågorna nu kan ställas till slumpmässigt valda personer som ombes att svara på frågeformuläret. (Dahmström, 2000, 60).

I denna studie kommer en modifierad version av en gruppenkät att användas. Gruppenkäten delas ut till den målgrupp den är avsedd för. Vanligen är gruppen samlad vid ett och samma tillfälle och fyller i enkäterna, men målgruppen i denna studie har möjlighet att fylla i enkäten när de själva tar sig tid att göra det. (Dahmström, 2000, 60-61). Respondenternas målgrupp är barnmorskor och de får fylla i enkäten som finns på deras avdelning när de själva finner sig ha tid för det.

En enkät kan vara kvantitativ och/eller kvalitativ, vilket betyder att den kan innehålla slutna och eller öppna frågor. De slutna frågorna (kvantitativa) har utgivna svarsalternativ och används då man vill ta reda på till exempel hur många i en grupp tycker på ett visst sätt. Dessa resultat kan användas i statistiska tabeller. Man kan till exempel ange resultaten i procent, vilket då också kan åskådliggöras i olika tabeller eller diagram. De öppna frågorna (kvalitativa) däremot ger svar på till exempel varför man tycker på ett visst sätt och enkätifyllaren kan fritt formulera ett svar. Dessa kan ge förståelse i resoneringen och i hur människan reagerar på olika händelser. (Trost, 2001, 21-22).

Det finns både för- och nackdelar med enkäter, precis som det finns med andra datainsamlingsmetoder. Några fördelar med enkäten: den är inte så kostsam som till exempel det är att göra en intervju, den kan göras med ett större urval samt inom ett större geografiskt område om man jämför med en intervju. Något som undersökningsdeltagaren uppskattar är att i lugn och ro få fylla i frågeformuläret. Det finns även frågor som är lättare att få skriva svaret på än att säga det muntligt som i en intervju. En enkät är strukturerad och frågorna samt svarsalternativen är samma för alla deltagare, vilket ger även fördelen att man relativt lätt kan tolka svaren. Nackdelar som enkäten kan ha är att alla inte svarar, det är lättare att lämna den obesvarad än om man deltar i en intervju. I en enkät kan det inte finnas för många frågor (ca 40-50) och vid en enkätundersökning har inte deltagaren möjlighet att fråga ifall det är någon fråga som är oklar. Frågorna i en enkät är inte så djupgående och när svaren kommit in kan man inte ställa följdfrågor. Någon som har svårt att uttrycka sig i ord eller som på grund av en språkbarriär inte kan svara på enkäten ökar bortfallet av deltagare. (Ejlertsson, 1996, 10-12).

6.3 Dataanalys

För dataanalysen har vi valt två metoder eftersom enkäten är strukturerad med öppna och slutna frågor och detta kräver olika analysmetoder. Vi kommer att använda en kvantitativ och en kvalitativ metod. Den kvantitativa metoden behövs för de slutna frågorna och den kvalitativa för de öppna frågorna. Vi kommer att göra tabeller och diagram för den kvantitativa delen. Denna teknik kallas deskriptiv statistik. Innehållsanalys används för den kvalitativa delen.

Deskriptiv statistik

När man använder deskriptiv statistik, är det viktigt att tänka på att det material som analyseras och den information som fås av det används i ett mått och diagram eller en tabell som det passar i. Den deskriptiva statistiken skall ge uttryck för det specifika datamaterialet och dess variablers/variablers egenskaper. Man bör vara noggrann med att materialet svarar på syftet med undersökningen samt de frågor som man vill ha besvarade. (Dahmström, 2005, 33). Det råmaterial som man får av sin informantgrupp skall bearbetas, man måste själv välja de tabeller eller diagram som är lämpliga för materialet. (Ejvegård, 1993, 64). När en tabell eller ett diagram framställs i ett arbete skall figuren vara numrerad och även ha en beskrivande text för vad den illustrerar. (Bell, 2006, 241).

Det finns olika sorts diagram för kvalitativa och kvantitativa variabler, vilka spelar in på den form av diagram som resultatet framställs i. De kvantitativa variablerna kan framställas i diagram där variablerna är diskreta och variabelvärdena är ett fåtal, där variablerna är kontinuerliga eller diskreta och har många olika variabelvärden. (Dahmström, 2005, 33).

Med ett stapeldiagram kan man illustrera fördelningen av en variabel. Till exempel för svaren på en enkätfråga som har flera svarsalternativ, där alternativen är en variabel för sig, kan svarsfördelningen illustreras i ett stapeldiagram. Alternativen finns utsatta på en axel som ligger vågrätt och sedan går antalet svarande i en lodrätt axel, detta skapar då staplarna. Det går även att framställa svaren i ett så kallat cirkeldiagram. Cirkelns olika delar skall proportionerligt motsvara variabelvärdenas frekvens. Cirkeln är 360° , vilket då

motsvarar 100 %, alltså det totala antalet svar. De olika variabelernas frekvens räknas ut procentuellt och de tar sin del av cirkeln. Om en variabel är kontinuerlig och kan klassindelas går denna att illustrera i ett histogram. Den kontinuerliga variabeln kan till exempel vara arbetserfarenhet i år. Denna delas då in i till exempel 1-5-10-15 och så vidare på den vågräta axeln och den lodräta axeln står för antalet svar. Det bildar en rektangulär vars yta skall vara proportionell mot antalet svar och den kontinuerliga variabelns frekvens. (Dahmström, 2005, 34-39). I analysen av denna studie användes stapeldiagram och cirkeldiagram.

Kvalitativ innehållsanalys

Med de kvalitativa metoderna kan man komma in i andra dimensioner i människan samt nå kunskap som med en kvantitativ metod är svår att nå. Man kan finna ny kunskap i forskningsområdet även om tidigare kunskap redan finns. (Eliasson, 1995, 119). I en kvalitativ undersökning har informationen alltså en annan form jämfört med en kvantitativ undersökning. Det finns inga fullständigt utvecklade rutiner, procedurer eller tekniker för bearbetningen av materialet. Struktureringen och organiseringen är ändå typiska för analysen av kvalitativ information men till skillnad från det kvantitativa analys sättet sker det först efter insamlingen av materialet. När man analyserar text kan man göra det med hjälp av helhetsanalys eller delanalys. I en helhetsanalys försöker man se helheten av den insamlade informationen. Man väljer teman eller problemområden och formulerar lämpliga frågeställningar. Efter att man har gjort kategoriseringen av hela materialet, flyttar man de olika analyserade ”pusselbitarna” och prövar sig fram tills man uppnått en helhetsbild. Om analys texten genast går att delas i olika kategorier gör man en delanalys. Utifrån kategorierna försöker man bygga en totalförståelse av materialet. (Holme & Solvang, 2008, 139-146).

Det material som används vid en kvalitativ innehållsanalys kan vara djupgående svar t.ex. från öppna svar på frågor i en enkät. Det går att avgränsa frågorna och deras djup, vilket gör att analysen avgränsas en aning. Exempelvis kan en fråga om smärtupplevelse avgränsas till var smärtan i en viss del av kroppen sker. (Olsson & Sörensen, 2007, 129).

Enligt Kyngäs och Vanhanen (1999, 3-12) är kvalitativ innehållsanalys ett sätt att ordna, beskriva och kvantifiera fenomenet som man vill undersöka. Man försöker även uttrycka undersökningsobjektet i en mer kompakt form. Resultatet uttrycks ofta i form av kategorier, begrepp eller begreppskartor som beskriver olika begrepps hierarkier eller förhållanden sinsemellan. Innehållsanalysen kan göras deduktivt eller induktiv. I denna studie lämpade sig den induktiva analysmetoden bättre eftersom enkätsvaren användes som utgångspunkt, medan i induktiv innehållsanalys står materialet som utgångspunkt. Man ställer frågor till materialet och analyserar sedan svaren. (Kyngäs & Vanhanen, 1993, 3-12).

Kvalitativa innehållsanalysen skall börjas med att bestämma om man vill analysera endast det som har tydligt uttryckts i dokumentet (manifest content) eller om man även vill tolka gömda meddelanden (latent content). (Kyngäs & Vanhanen, 1993, 5; Graneheim & Lundman, 2004, 106). I enkäten som användes i denna studie var svaren mera konkreta, vilket inte gav stora möjligheter till att "läsa mellan raderna". Därför föredrogs användning av manifest content - metoden i detta arbete. Nästa steg i den kvalitativa innehållsanalysen är att skapa en analysenhet samt läsa igenom datamaterialet flera gånger. Själva analysprocessen börjar sedan med kondensering, sortering och abstraktion. (Kyngäs & Vanhanen, 1993, 5). Eftersom enkätens syfte med öppna frågor är att få svar på ett begränsat område, finns det redan i de formulerade frågorna preliminära kategorier som är till hjälp vid analysering av svaren. Graneheim & Lundman (2004, 107) förklarar att det är likheter och olikheter i innehållet som skapar kategorierna. Dessa kategorier kan vidare indelas i underkategorier som hittas i datamaterialet. Begreppet tema är den röda tråden som fäster ihop alla kategorier till en större helhet i tolkningen eller analysen.

Problemet med innehållsanalys är det att man ofta ifrågasätter dess tillförlitlighet på grund av att forskarens tolkning anses vara subjektiv. I studier kan man använda sig av "face - validitet", vilket innebär att en person som känner till det undersökta fenomenet läser igenom forskningsresultaten och ger en utvärdering av resultatens tillförlitlighet. (Kyngäs & Vanhanen, 1993, 10-11).

6.4 Undersökningens praktiska genomförande

Arbetets beställare var Förbundet för mänskliga rättigheter. Då forskningsplanen var godkänd, skickade respondenterna ut en anhållan (bilaga 3) om tillstånd för en enkätundersökning till avdelnings- och översköterskan på de ifrågavarande enheterna. Enkäten utformades så att den besvarar studiens frågeställningar. En pilotstudie gjordes innan enkäterna fördes till förlossningsavdelningen och förlossningssalen. En del förändringar gjordes i enkäten, såsom omformulering av frågor och förbättring av layouten. När anhållan om tillstånd för enkätundersökningen var godkänd, förde respondenterna följebrev (bilaga 1) och enkäterna (bilaga 2) till avdelningarna i juni. Barnmorskorna fick lämna de besvarade enkäterna i en förseglad låda som respondenterna även lämnat på avdelningarna. Efter att barnmorskorna påmindes om att svara på frågeformulären, hämtades lådorna i augusti och allt som allt fick respondenterna 26 besvarade enkäter, önskat antal var över 30. En till avdelning vid en annan enhet kontaktades och när anhållan (bilaga 4) till denna avdelning var godkänd, förde respondenterna dit enkäter och en förseglad låda i början av september och hämtade dem därifrån två veckor senare. Det sammanlagda antalet enkäter blev 34.

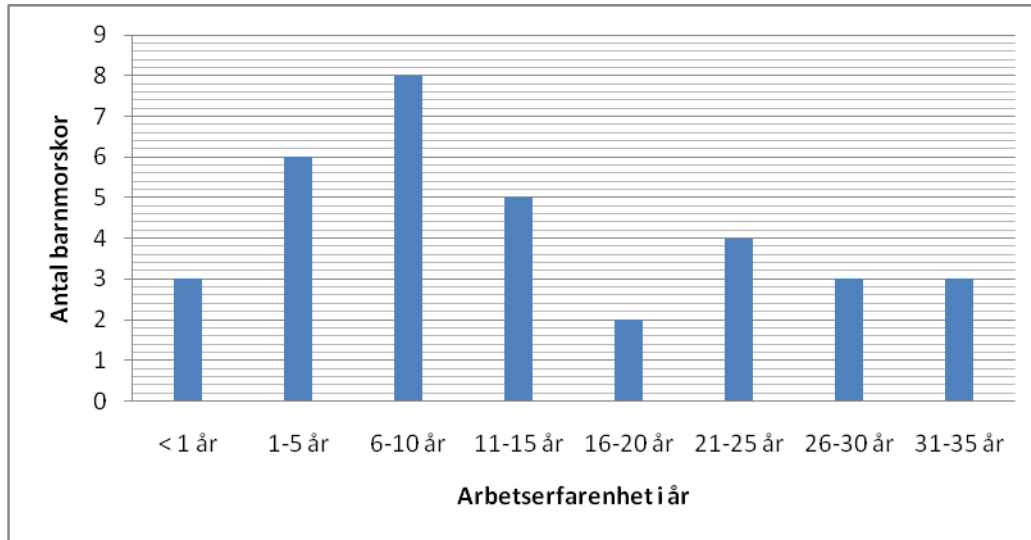
Det insamlade materialet renskrevs på dator. De slutna frågornas svar sammanställdes i tabeller eftersom de då blev lättare att få en överblick av dem, medan de öppna frågornas svar skrevs i flytande text. Den renskrivna kvalitativa delens svar klipptes i bitar för hand och pusslades ihop i passande kategorier. Materialet analyserades sedan med hjälp av deskriptiv statistik och kvalitativ innehållsanalys.

7 Resultatredovisning

I detta kapitel kommer respondenterna att redovisa för det resultat som framkommit av enkäterna som barnmorskorna har svarat på. Resultaten beskrivs med hjälp av två dataanalysmetoder; deskriptiv statistik samt kvalitativ innehållsanalys.

7.1 Barnmorskornas arbetserfarenhet i år

Variationen i arbetserfarenhet bland informanterna var stor. Hos de svarande barnmorskorna fanns en variation i arbetserfarenhet från 4 månader till 34 år. Figur 1 presenterar barnmorskornas arbetserfarenhet i år.



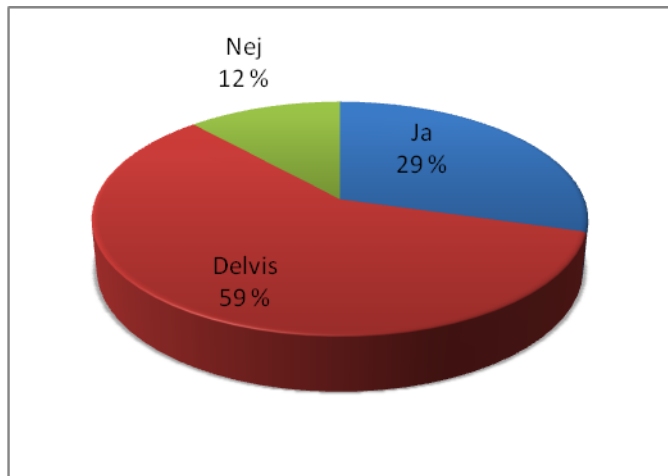
Figur 1. Informanternas arbetserfarenhet i år.

7.2 Barnmorskornas kunskap om kvinnlig könsstympning

Barnmorskorna fick svara på frågor som berörde deras uppfattning om sin egen kunskap om kvinnlig könsstympning. De frågor som barnmorskorna besvarade handlade om de olika typerna av kvinnlig könsstympning, geografiska ursprunget av kvinnlig könsstympning, orsaker till varför man utför det, de direkta och långsiktiga följderna av kvinnlig könsstympning, hur man praktiskt skall gå tillväga vid en förlossning när kvinnan är infibulerad, kunskap om lagstiftningen samt hur barnmorskan har fått den kunskap som hon har.

Olika typer av kvinnlig könsstympning

Barnmorskorna fick svara på ifall de känner till de olika huvudtyperna av kvinnlig könsstympning. De kunde kryssa för alternativet ”ja”, ”delvis” eller ”nej”. Av de 34 svarande svarade 29 % ”ja”, 59 % svarade ”delvis” och 12 % svarade ”nej”. Detta visualiseras i figur 2.



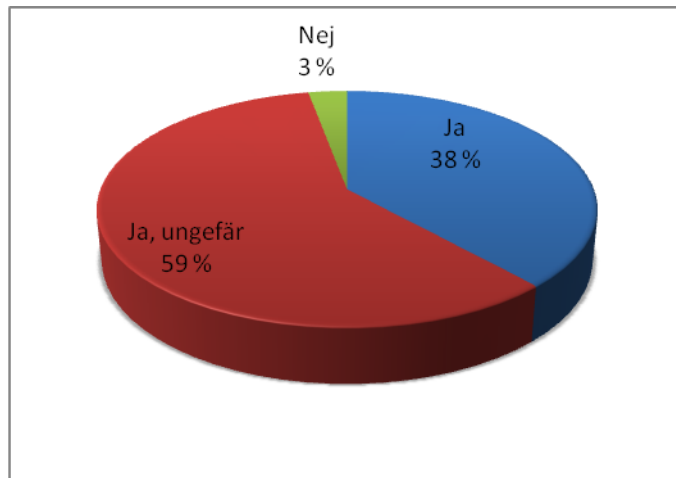
Figur 2. Kunskap om könsstymplingstyper.

Geografiskt ursprung av kvinnlig könsstympling

I fråga 3, där respondenterna ville veta om barnmorskorna anser sig ha kunskap om kvinnlig könsstymplings geografiska ursprung, fick barnmorskorna kryssa för alternativet ”ja”, ”ja, ungefär” samt ”nej” och ge exempel om de kunde. På denna fråga hade en svarat både ”ja” och ”ja, ungefär” och en hade kryssat för alla alternativen. Detta gör det svårt att veta vilket svarsalternativ som var menat. Största delen av informanterna (68 %) nämnde ”Afrika” och 53 % nämnde Somalia. Dessutom nämndes Asien och länder såsom Sudan, Ghana, Etiopien, Kenya, Nigeria och Tansania. Alla utom en nämnde Afrika och/eller Somalia som exempel. De exempel som inte innehöll ett specifikt land eller en världsdel var följande: ”Islamreligion-länder, hedniska religioner, icke kristna människor”.

Orsaker till utförandet av kvinnlig könsstympling

Respondenterna ville utreda vad barnmorskorna visste om orsaker till varför kvinnlig könsstympling utförs. Därför ombads informanterna i fråga 4 svara på detta genom att kryssa för ”ja”, ”ja, ungefär” eller ”nej” och ge exempel. Det var 13 stycken (38 %) som kryssade för ”ja”, 20 stycken (59 %) som kryssade för ”ja, ungefär” och 1 (3 %) som kryssade för ”nej”, vilket visualiseras i figur 3.



Figur 3. Kunskap om orsakerna till könsstympning.

Med hjälp av innehållsanalys skapades sju kategorier av svarsexemplen: **kultur och tradition, religion, kontroll över kvinnans sexualitet, samhälle och sociala skäl, renhet och dygd, vidskepelse samt estetik.**

Kultur och tradition

Den första kategorin innehåller exempel där barnmorskorna i någon form har nämnt att orsaken till kvinnlig könsstympning är relaterad till tradition eller kultur. Denna kategori var en av de största, så en stor del av exemplena berörde den. Följande citat är några av exemplena som gavs:

”Gammal tradition som ingen vågar ifrågasätta.”

”Av kulturella orsaker.”

Religion

Den andra kategorin bygger på exempel där barnmorskorna nämner religiösa skäl som orsak. Lika många exempel på religiösa skäl gavs som till kultur och tradition. Informanternas svar var följande.

”Säännöt liittyen vanhoilliseen uskontoon.”

”I vissa länder religiöst relaterat.”

”Religiös övertygelse.”

Kontroll över kvinnans sexualitet

Följande kategori skapades av svarexemplen där barnmorskorna beskrev att en av de orsaker till varför kvinnlig könsstympning utförs är för att ha kontroll över kvinnans sexualitet på flera olika sätt. Exempel som följande gav barnmorskorna:

”Nainen ei saa nauttia!”

”Att kvinnor skall säkert vara oskulder när de gifter sig. Ej känna lust till andra män.”

”För att hindra kvinnan att njuta av sex och vara otrogen.”

Samhälle och sociala skäl

Fjärde kategorin innehåller exempel som tyder på att samhället och sociala skäl är orsaker till att kvinnor blir könsstympade. Dessa exempel belyser samhället och sociala skäl som orsaker:

”Tyttö ei pääse naimisiin ellei ole ympärileikattu.”

”Mansdominerande samhällen.”

”En kvinna som inte är omskuren accepteras inte, hon är mindre värd.”

Renhet och dygd

Den femte kategorin skapades av de exempel där barnmorskor beskrev att renhet och dygd låg bakom som orsaker. Informanterna uttryckte följande:

”Varmistetaan naisen puhtaus aviomiehelle.”

”Ädit haluavat tehdä sen tyttärelleen jotta hän olisi ’puhdas’ tulevalle miehelleen (ei koraani).”

”Hygienia.”

Vidskepelse

Den sjätte kategorin bildades av exempel där man beskrev folketro som en orsak till att kvinnlig könsstympning utförs. Barnmorskorna gav följande exempel:

”Luulo ja uskomus.”

”Vidskepelse.”

Estetik

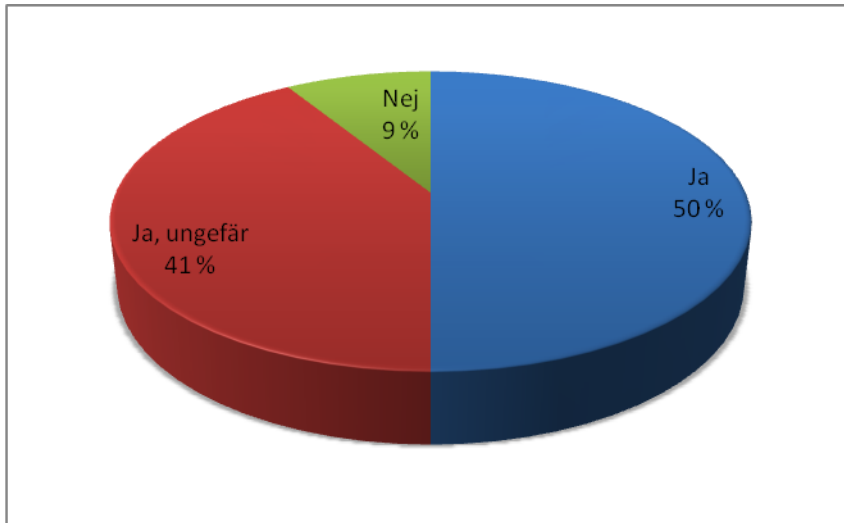
Den sista kategorin är baserad på beskrivningar om kvinnans skönhet, att ett stympat kön ser vackrare ut. Citatet som följer är en av beskrivningarna till estetiken:

” Ympärileikatut naiset ovat ’sievempiä’.”

Av alla svarsexemplena är 69 % angivna i de tre första kategorierna **kultur och tradition**, **religion** och **kontroll över kvinnans sexualitet**. Den som har svarat ”nej” har inte kunnat ge något exempel som orsak till kvinnlig könsstympning.

Direkta följder av kvinnlig könsstympning

I fråga 5 fick informanterna uttrycka sin kunskap om de direkta följderna av kvinnlig könsstympning. Svartalternativen var ”ja”, ”ja, ungefär” och ”nej”. De fick ge exempel om de kunde. Fördelningen av svaren var följande: 50 % ”ja”, 41 % ”ja, ungefär” och 9 % ”nej”. Fördelningen visualiseras i figur 4.



Figur 4. Kunskap om direkta följder av könsstympning.

De exempel på direkta följder som informanterna gav skapade åtta kategorier: **infektion, blödning, smärta, sepsis, död, urineringsbesvär, psykisktrauma** och **gynekologiska problem.**

Infektioner

Av alla barnmorskor nämnde 82 % att infektion av något slag är en direkt följd av kvinnlig könsstympning och de svarsexemplena skapade denna kategori.

Blödning

Olika typer av blödningar nämndes av 58 % av barnmorskorna och det bildade denna kategori.

Smärta

Många barnmorskor (38 %) kunde säga att någon typ av smärta är en direkt följd av könsstympning. Detta utgjorde den tredje kategorin.

Urineringsbesvär

Nio av barnmorskorna gav som exempel olika urineringssvårigheter, vilket skapade den fjärde kategorin. Exempel som de följande gavs:

”Urininkontinens.”

”Deformerat urinrör.”

Gynekologiska problem

Den femte kategorin bildades av exempel där barnmorskorna har beskrivit olika gynekologiska hinder som direkt följd av en könsstympling. Sju exempel har angivits av barnmorskorna och följande är några av dem:

”Omöjligt att göra gyn.undersökning per vagina.”

”Samlagshinder.”

”Förlossningshinder eller svårigheter.”

De tre sista kategorierna **sepsis**, **död** och **psykisktrauma** fick var och en fyra exempel. En del av de exemplena följer här:

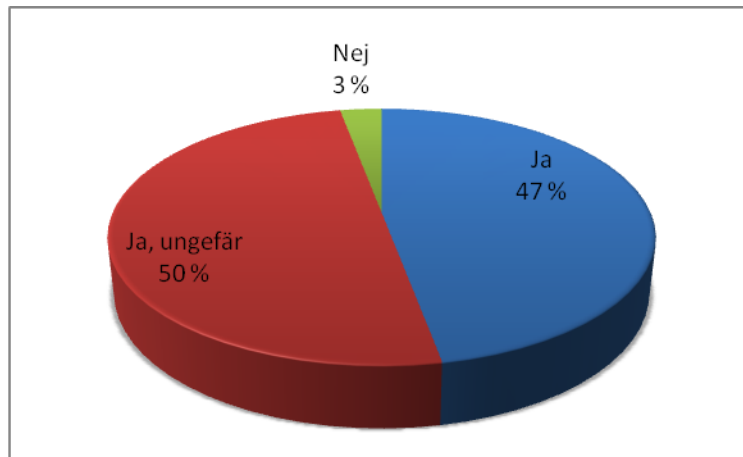
”Blodförgiftning.”

”Leder ganska ofta till döden.”

”Naisen henkinen jaksaminen.”

Långsiktiga följder av kvinnlig könsstympling

I fråga 6 ville respondenterna veta om barnmorskorna tyckte sig känna till de långsiktiga följderna av kvinnlig könsstympling och ifall de kunde ge exempel på det. Av informanterna svarade 47 % ”ja”, 50 % ”ja, ungefär” och 3 % ”nej”. Figur 5 visualiserar dessa siffror.



Figur 5. Kunskap om långsiktiga följder av könsstympling.

Det gavs flera olika sorters exempel, vilka skapade tio kategorier. Alla exempel lades in i en kategori som passade.

Sexuella problem

Sexuella problem var den allra största kategorin där 65 % av barnmorskorna har beskrivit att en långsiktig följd kan vara någon form av sexuella problem. Informanterna gav följande kommentarer:

”Beroende på stymplingens omfattning; smärta vid samlag, nedsatt känsel.”

”Ett försämrat sexliv (t.ex. om clitoris avlägsnats.)”

”Smärtsamma samlag om det överhuvudet är möjligt med samlag.”

Urineringsbesvär

Knappt hälften av barnmorskorna nämnde urineringsbesvär som en långsiktig följd, vilket bidrog till den andra kategorin. Följande sorts exempel gestaltar kategorin:

”Virtsaamingsgelmia.”

”Urininkontinens.”

Förlossningsproblem

Den tredje kategorin kommenterades av 41 % av barnmorskorna. De beskrev att förlossningen kan bli problematisk som en långsiktig följd av att kvinnlig könsstympning utförts. Informanterna gav följande exempel som belyser förlossningsproblem:

”Synnytys, vaikeat repeämät niiden yhteydessä.”

”Synnytyskanavan ahtaus.”

”Stora ’skador’ i underlivet i samband med förlossningen.”

Smärta

Barnmorskorna beskrev olika sorters smärta som en av de långsiktiga följderna. Exempel som följande gavs:

”Kroonisia kipuja.”

”Hermokipuja.”

Infektioner

Barnmorskorna har också nämnt olika slag av infektioner som en långsiktig följd och dessa skapade denna kategori. Det följande exemplet beskriver en av de olika infektionerna:

”Vitrsatientulehduksia.”

Menstruationsproblem

Fem barnmorskor gav exempel som föll under denna kategori, olika problem som är relaterade till menstruationen. Barnmorskorna nämnde följande exempel:

”Menstruationsblödningen kommer ej igenom.”

”Smärtsamma menstruationer,”

Ärrvävnad

Barnmorskorna gav som exempel att ärrvävnad hörde till en av de långsiktiga följderna. Dessa citat belyser barnmorskornas tankar:

”Genitaalialueen arpeutuminen.”

”Ärrbildning.”

Psykiska problem

Några barnmorskor nämnde även olika psykiska problem som en långsiktig följd, vilket resulterade i denna kategori. Följande framkom ur barnmorskornas svar:

”Psykiska trauma.”

”Naisen henkinen jaks. (psyykkinen keh.).”

Gynekologiska problem

En del av barnmorskorna gav olika gynekologiska problem som exempel på vad en kvinnlig könsstympling kan ge för långsiktiga följder. Exemplena som följer är några av de gynekologiska problemen:

”Emätt. puhdistuminen.”

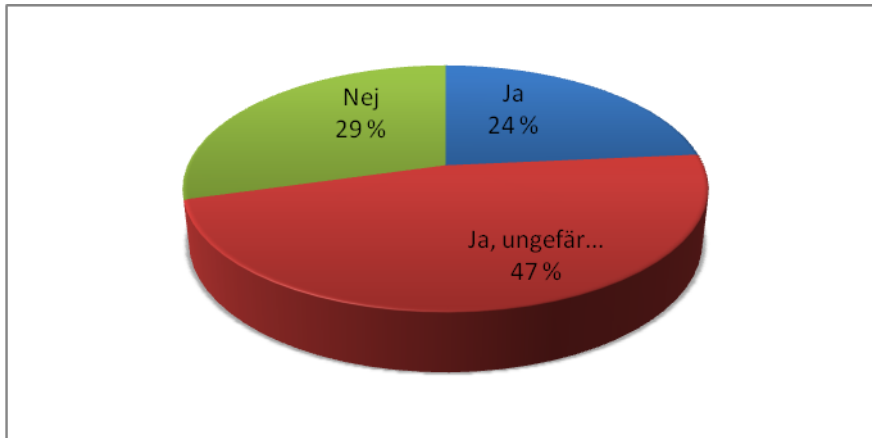
”Sterilitet.”

Exemplen *”rasismi”, ”sepsis”, ”anemia”, ”vuoto”* och *”död”* blev utanför de tidigare nämnda kategorierna. De passade inte in i någon av dem.

Praktiskt tillvägagångssätt vid infibulation

Respondenterna frågade barnmorskorna om de visste hur de praktiskt skulle gå tillväga vid en förlossning där kvinnan är infibulerad. Svartalternativen var ”ja” (24%), ”ja ungefär. Jag är lite osäker” (47 %) och ”nej” (29 %). Frågan fick även några kommentarer: *”Vad är faraoniskt sätt/typ III?”*. *”Vet i teorin, har haft en läkare närvarande”* samt *”Vet inte ens hur omfattande den könsstymplingen är...”*

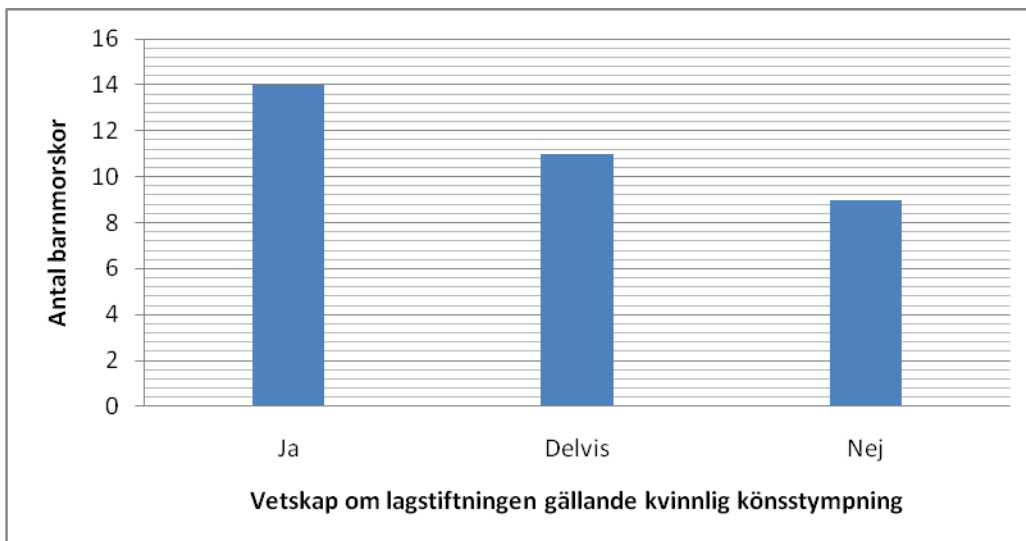
Fördelningen av barnmorskornas svar visualiseras i figur 6.



Figur 6. Kunskap om praktiskt tillvägagångssätt.

Finlands lagstiftning

Barnmorskorna tillfrågades om de visste hur Finlands lagstiftning ser ut när det gäller kvinnlig könsstympning. Det var en sluten fråga med tre svarsalternativ. Dessa var ”ja”, ”delvis” och ”nej”. Fördelningen av dessa ses i följande stapeldiagram.

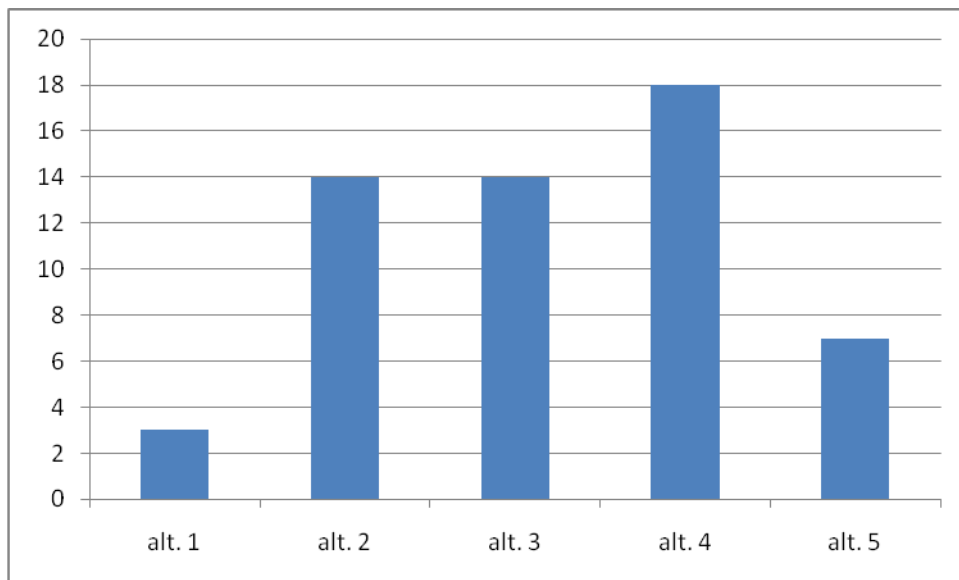


Figur 7. Kunskap om lagstiftning.

Frågan fick även en kommentar: ”Förbjudet i Finland!”

Källa för erhållen kunskap

Med fråga 9 ville respondenterna utreda varifrån barnmorskorna har fått sin kunskap om kvinnlig könsstympning. De fick kryssa för ett eller flera av alternativen: ”Jag har fått skolning på arbetsplatsen” (**alt. 1**), ”Jag har sökt information via Internet, böcker och/eller brochyror” (**alt. 2**), ”Jag har fått kunskap under grundutbildningen” (**alt. 3**), ”Jag har av praktiska erfarenheter fått tillräcklig kunskap” (**alt. 4**) och ”Jag har skaffat kunskap på något annat sätt” (**alt. 5**). Det var fyra av de svarande som kryssat för alt. 4 som hade strykt över ordet ”tillräcklig”. Dessutom kommenterade några av barnmorskorna: ”TV-dokumentär, artiklar”, ”Potilasta/synnyttäjää hoidettaessa keskustellaan lääkärin kanssa kuinka toimitaan”, ”Äldre barnmorskor berättat” och ”Olen saanut tietoa opiskeluni aikana (eli lähes sata vuotta sitten)”. Figur 8 redovisar alternativens uppdelning.



Figur 8. Källan för kunskap om kvinnlig könsstympning.

7.3 Barnmorskornas erfarenheter

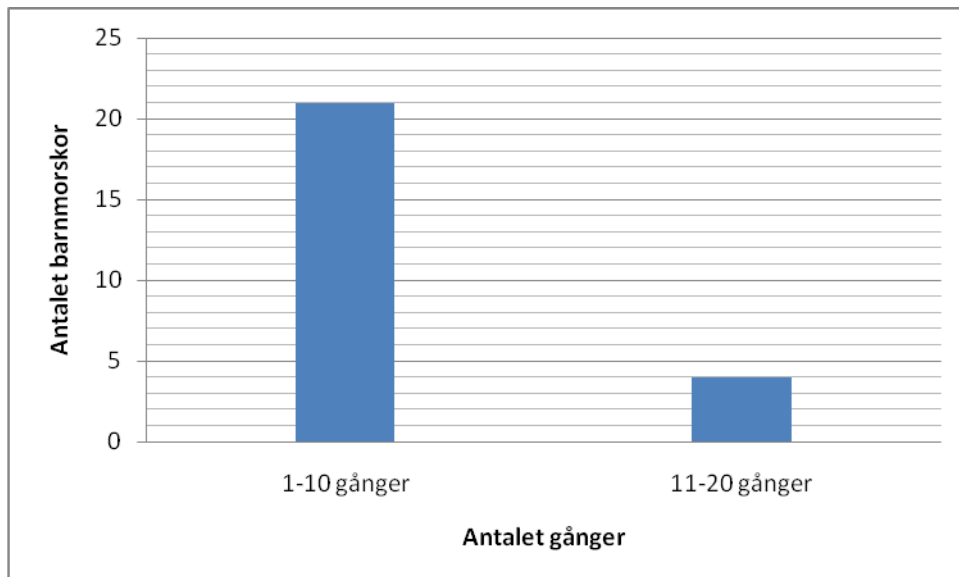
Förutom kunskap är barnmorskornas erfarenheter av intresse i denna undersökning. Barnmorskorna fick ange om de hade deltagit i vården av en könsstympad kvinna samt uppskatta hur många gånger de kommit i kontakt med dessa kvinnor i sitt arbete.

Deltagande i vård av könsstympad kvinna

Med fråga tio ville respondenterna utreda ifall barnmorskorna under sin karriär deltagit i vården av en könsstympad kvinna. På denna fråga kunde de antingen svara ”ja” eller ”nej”. Hos de 34 svarande blev fördelningen 82 % ”ja” och 18 % ”nej”.

Uppskattade antal möten

De som svarade ”ja” på fråga tio fick i fråga elva uppskatta hur många gånger de under sin yrkeskarriär stött på någon form av kvinnlig könsstympling. För barnmorskorna var könsstympling av typ III den mest bekanta. Typ III är då man gör vaginalöppningen trängre genom att man täcker en del av den med fastsydda inre eller yttre blygdläppar, även klitoris kan vara bortskuren. De 28 barnmorskorna svarade att könsstympling av typ III hade förekommit sammanlagt 16-27 gånger. Denna resultatsiffra blev bred på grund av att barnmorskorna fick uttrycka sin uppskattning helt fritt. Könsstympling av typ I och typ IV har uppskattningsvis framträtt tre gånger och typ II två gånger påstår de 28 barnmorskorna.



Figur 9. Antalet gånger barnmorskorna har varit i kontakt med en könsstympad kvinna.

I figur 9 ser man hur många gånger barnmorskorna har stött på någon form av kvinnlig könsstympling, men det har varit svårt för barnmorskorna att specifikt säga vilken/vilka typer av könsstympling det har varit. Resultatet visar att 21 barnmorskor 1-10 gånger under

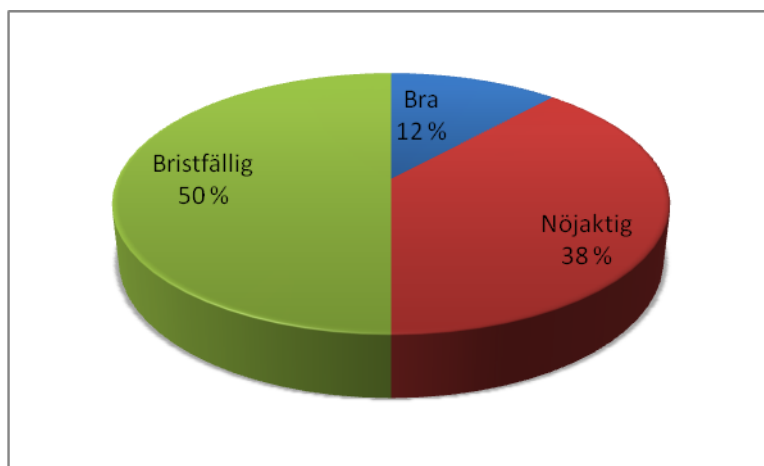
sin karriär har stött på en könsstympad kvinna och 4 barnmorskor har 11-20 gånger under sin karriär stött på en könsstympad kvinna.

7.4 Barnmorskornas upplevelse av egen kunskap

I frågeformuläret besvarade barnmorskorna frågor som berörde deras egen upplevelse om kunskapen de själva har samt om kunskapen inger en trygghetskänsla. Barnmorskorna tillfrågades om de själva skulle kunna ge stöd och information till en könsstympad kvinna och hennes partner. Till sist fick barnmorskorna berätta om något område som berör kvinnlig könsstympning är oklart samt vilket som vore ett lämpligt sätt att klargöra detta område på.

Upplevd kunskap

I fråga 12 ville respondenterna få veta hur barnmorskorna upplevde sin egen kunskap om kvinnlig könsstympning. De kunde kryssa för alternativen ”bra”, ”nöjaktig” eller ”bristfällig”. Endast 12 % upplevde sin kunskap vara ”bra”, 38 % upplevde sig ha ”nöjaktig” kunskap och 50 % tyckte att deras kunskap var ”bristfällig”, vilket visualiseras i figur 10.



Figur 10. Barnmorskornas upplevelse av sin egen kunskap.

Informanterna ombads även ge en kommentar på sitt svar. Dessa kommentarer analyserades och skapade kategorier som beskrev barnmorskornas tankar.

Eget initiativ

I den första av de sex kategorierna beskriver barnmorskorna att de upplever att de bör ta eget initiativ för att få ny kunskap om ämnet. De följande citaten belyser informanternas svar:

”Man kan aldrig veta allt och måste aktivera sig och ta reda på.”

”Man kan alltid lära sig mera. Könstymningen ser väldigt olika ut från fall till fall. Ibland mycket svårt att se vad som är omskuret o. vad som är normala anatomiska avvikelser.”

Ytlig kunskap

I andra kategorin uttryckte barnmorskorna att den kunskap som de hade var ytlig eller otillräcklig. Det visar dock att de har någon form av kunskap om ämnet. Barnmorskorna uttalade sig på följande sätt:

”Ytlig kunskap med en del saker i ämnet.”

”Asiasta on todella vähän oikeaa fakta-tietoa!”

”Tietoa niukasti joka karttunut lähinnä tapauskohtaisesti.”

Avsaknad av praktisk erfarenhet

Barnmorskorna uttryckte att de helt saknade praktisk erfarenhet och/eller att de hade för lite praktisk erfarenhet av att vårda en könstympad kvinna. De uttryckte följande:

”Käytännön kokemusta puuttuu.”

”Erittäin vähäinen kokemus työskentelystä ympärileikatun pot:n kanssa.”

”Pot. tulee kohdalle kuitenkin suht. harvoin.”

Skolning behövs

Fjärde kategorin skapades av de kommentarer där barnmorskorna talade för att mera skolning skulle behövas om ämnet kvinnlig könsstympning. Exempel som dessa gavs:

”Mera skolning behövs på arbetsplatsen!”

”Skulle vara på sin plats med lite skolning.”

Osäkerhet i klassificering

Kategori fem bildades då barnmorskorna i sina kommentarer beskrev sin osäkerhet i de olika typerna av kvinnlig könsstympning. De visste inte vad som hörde till vilken typ av könsstympning. De beskrev sin osäkerhet med följande ord:

”Eri tyylit menevät sekaisin ja synn.hoidollisesti tietoa ei tahdo saada.”

”Vet följer av könsstympningen i bred grad men kan ej riktigt specifikt särskilja på typ 1-4 t.ex.”

”Osäker om hur de graderas typ 1-4, vet i stora drag hur det går till.”

Arbetserfarenhet

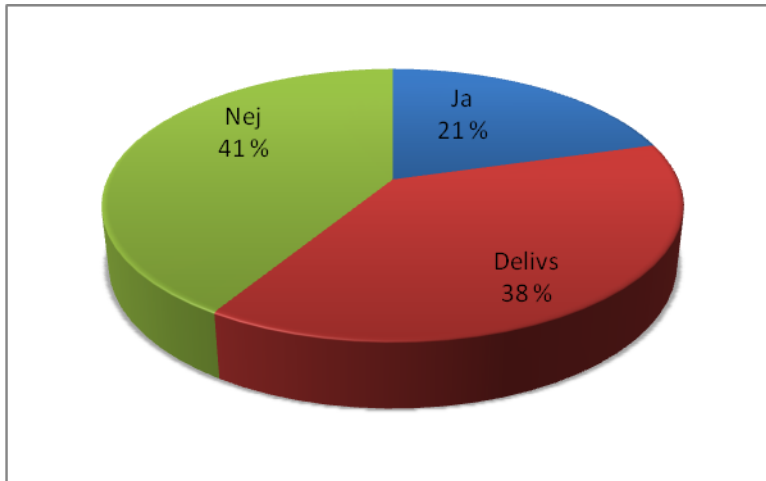
Sjätte och sista kategorin blev till av de kommentarer där barnmorskorna uttryckte att de upplevde att arbetserfarenhet gett dem kunskap. Så genom praktisk erfarenhet som de fått via sitt arbete har de fått en del av den kunskap som de har. Följande citat belyser en barnmorskas erfarenhet:

”Har haft turen att jobba med läkare, som jobbat i Afrika, fått handgriplig kunskap.”

Alla andra kategorier, förutom den sista, visade att de flesta barnmorskorna upplevde att det fanns någon brist i deras kunskap.

Trygghet i kunskapen

Fråga 13 riktade sig till barnmorskornas upplevelse av trygghet i deras kunskap. Svartalternativen för om de upplevde trygghet var ”ja”, ”delvis” och ”nej”. De fick gärna ge en kommentar till. Den procentuella fördelningen av svaren blev följande, ”ja” 21 %, ”delvis” 38 % och ”nej” 41 %, vilket ses i figur 11.



Figur 11. Upplever barnmorskorna trygghet i sin egen kunskap?

De kommentarer som barnmorskorna gav har analyserats och fördelats i sju kategorier.

Har praktisk erfarenhet

Den första kategorin baserar sig på kommentarer där barnmorskorna beskrev sin praktiska erfarenhet som trygghetsgivande. Informanterna uttryckte sig enligt följande:

”Käytännön pitkäaikainen kokemus on sen aikaansaanut.”

Praktisk erfarenhet, avsaknad av teori

Andra kategorin innehöll kommentarer där barnmorskorna beskrev sig kunna ge vård praktiskt men att de saknade mer omfattande teoretisk kunskap. Dessa kommentarer var de som barnmorskorna gav:

”Tietoni riittää hoitotilanteessa, mutta infoa antaessa niukempaa.”

”Klarar nog att handlägga förlossningen.”

Innehavande av teoretisk kunskap

Kategori tre bestod av kommentarer som visade att en del teoretisk kunskap fanns men den var inte heltäckande. Informanterna beskrev sina svar på följande sätt:

”Jag känner till en del om det fysiska men t.ex. om hur den könsstympade upplever sin situation eller hur det påverkar hennes liv känner jag sämre till.”

”Teoretisk kunskap i hur att bemöta kvinnan som gått igenom könsstympning.”

Oerfarenhet i praktik

Den fjärde kategorin bildades av kommentarer där barnmorskorna fann sig oerfarna i den praktiska vården. I barnmorskornas svar framkom följande:

”En tiedä miten käytännössä toimitaan ko tilanteessa. Mitä synnytyksessä leikataan, mistä ja mitä ommellaan.”

”Vielä on ollut niin vähän ympärileikattuja naisia minun hoidettavani, että haluan kumminkin konsultoida useimmiten vanhempaa kolleegaa, jos kohdalleni tällöinen tapaus osuu.”

Otillräcklig kunskap

Kategori fem bestod av kommentarer av barnmorskor som uttryckte att de hade otillräcklig kunskap om ämnet. Följande citat belyser barnmorskornas svar ur enkäten:

”Tycker mig inte ha tillräcklig kunskap, skulle behöva mera skolning.”

”Tulee harvoin vastaan (edes työyhteisössä) ja synn.hoidon suhteen ei kunnolla ole tietoa.”

Ytlig kunskap

Sjätte kategorin baserar sig på kommentarer där barnmorskorna uttrycker att de har en del kunskap som de klarat sig med men ändå upplever de att den inte är tillräcklig.

Osäkerhet

Den sjunde kategorin bestod av kommentarer där barnmorskorna upplevde att de var osäkra och ville veta mera. Några av de kommentarer som gavs om osäkerhet var följande:

”Osäkerhet finns i.o.m. att det är ganska sällsynt att ha en könsstympad patient.”

”Aina tulee kysyneeksi myös muilta/lääkäreiltä asiasta.”

Den otillräckliga kunskapen (kategori fem) kommenterades mest (35%) av barnmorskorna.

Förmåga att ge stöd och information

Med fråga 14 ville respondenterna veta om barnmorskorna upplevde att de kunde ge tillräckligt stöd och information till en könsstympad kvinna och hennes partner. Barnmorskorna fick svara ”ja”, ”delvis” eller ”nej” samt kommentera. Av de 34 svarande har en kryssat för alla alternativ och en för både ”delvis” och ”nej”. Detta gör att det är svårt att ge en procentuell bild av svarsalternativens fördelning eftersom man inte vet vilket svarsalternativ som var menat. Om alla ikryssade alternativ räknas blir fördelningen 6 stycken ”ja”, 9 stycken ”delvis” och 22 ”nej”. Kommentarererna som barnmorskorna gav har analyserats och fem kategorier bildades.

Innehavande av praktisk erfarenhet

Den första kategorin grundar sig på att den praktiska erfarenheten ingav barnmorskorna en känsla av att kunna ge tillräckligt med stöd och information.

Behov av mera information

I den andra kategorin beskrev barnmorskorna att de ville ha mera information för att själva kunna ge det vidare. De gav till exempel kommentarer som följande:

”Parempi taustatieto antaisi enemmän eväitä tukemiseen. Myös informaatio olisi enemmän korrektia paremmalla omalla tiedolla.”
”Tukea saa hyvin työyhteisöltä ja yrittää hakea tarv. tietoa enemmän.”

Grundinformation

Tredje kategorin bestod av kommentarer där barnmorskans sociala förmåga och den grundinformation de har möjliggör för dem att ge stöd och information. De upplevde att de klarar sig med den grundkunskap som de har.

Hinder

I den fjärde kategorin beskrev barnmorskorna språkbarriär och kulturskillnader som hinder för att kunna ge stöd och information. De uttryckte följande:

”Det beror helt på. Ofta finns tyvärr inget gemensamt språk. Ganska sällsynt att partnern deltar vid förlossningen. Om tolken är manlig eller kvinnlig spelar också roll.”
”Ofta har man ju språkbarriären emot sig med dessa kvinnor och att ta upp dessa frågor med en tolk är väldigt skrämmande för dessa kvinnor, då det ofta är en självklarhet för dem att bli könsstympade.”

Avsaknad av kunskap

Femte kategorin baserades på kommentarer där barnmorskorna uttryckte en känsla av avsaknad av kunskap och erfarenhet för att ge stöd och information åt patienten. Barnmorskorna har uttalat sig på följande sätt:

”Tiedon puute, empatia on ainoa todellinen väline.”
”Saknar tillräckligt med kunskap. Känner ej att jag vet hur man skall ta sig an problemet.”

En barnmorska har även kommenterat: ”*Vården i förlossningssalen går till skötseln av förlossningen och tryggheten under den processen. STÖD och INFO skall ske någon annanstans (före och efter partus!)*”.

Oklara områden som berör kvinnlig könsstympning

I fråga 15 ville respondenterna utreda om barnmorskorna upplevde att det fanns något område som berör kvinnlig könsstympning som var oklart och fanns det något de ville veta mera om. Av alla de kommentarer som barnmorskorna gav på denna öppna fråga skapades fem kategorier.

Global kunskap

Den första kategorin innehåller behovet av att få mera information om det världsomfattande aktuella läget för kvinnlig könsstympning. De ville veta sådant som följande:

”T.ex. om den minskat eller utförs i lika stor utsträckning som tidigare?”

Bakgrundsfakta

Den andra kategorin uttrycker att barnmorskorna vill ha mera bakgrundsfakta och djupare fakta om ämnet, till exempel varför och hur man utför en könsstympning på kvinnor. De gav kommentarer som dessa:

”Tämän täytettyäni huomaan, että en taida tietää kovinkaan paljon asiasta, tai syvällisemmät tiedot puuttuvat.”

”Tekisikö ympärileikattu äiti saman omalle tyttärellään esim.”

Olika typerna

I tredje kategorin uttrycktes ett behov av att få mera kunskap om de olika typerna av kvinnlig könsstympning, hur man skall bedömma vad som är av vilken typ.

Praktisk tillvägagång

Fjärde kategorin baserade sig på barnmorskornas uttryck för ett behov av att få mera kunskap om det praktiska tillvägagångssättet vid en förlossning. Till exempel sa de följande:

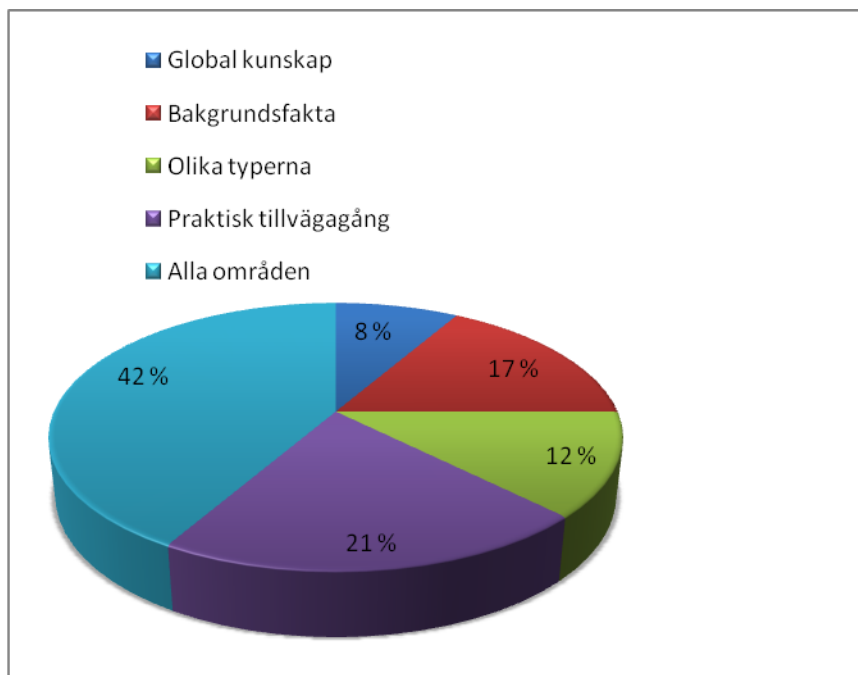
”De olika typerna, hur gå till väga vid en förlossning; ska man ’klippa’ och hur göra efteråt med suturering?!”

”Främst hur det påverkar förlossningar och hur man bäst kan handlägga en förlossning och krystningskede.”

”Käytännön hoidosta eri leikkaustyypeillä. Myös kulttuuritaustoja, Suomen lainsäädäntöä jne.”

Alla områden

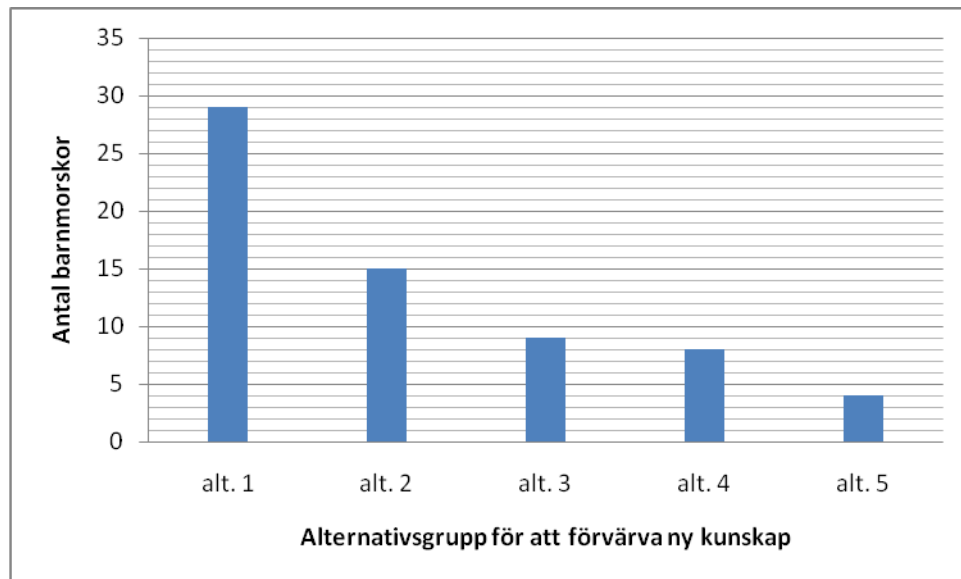
Den femte och sista kategorin bestod av de kommentarer där barnmorskorna önskade sig få mera kunskap om allt kring området kvinnlig könsstympling. Figur 12 beskriver hur barnmorskornas behov av mer information är fördelat över kategorierna. Den största delen (42 %) av barnmorskorna önskar få ytterligare information från alla områden som gäller kvinnlig könsstympling.



Figur 12. Oklara områden inom kvinnlig könsstympling.

Erhållningssätt av ny kunskap

I fråga 16 ville respondenterna utreda vilket sätt barnmorskorna tycker skulle lämpa sig för att förvärva ny teoretisk eller praktisk kunskap ifall det skulle behövas. De utsatta svarsalternativen som fanns var ”Skolningsdag med expertföreläsare” (**alt. 1**), ”Tillfälle där personal och andra som har personlig erfarenhet av könsstympling får diskutera tillsammans” (**alt. 2**), ”Internet, böcker och /eller broschyrer” (**alt. 3**), ”Man bör under sin utbildning få en tillräcklig kunskap om temat” (**alt. 4**) och ”Annat sätt att skaffa kunskap. Berätta hur!” (**alt. 5**). De fick kryssa för fler än ett alternativ om de ville. Figur 13 visualiserar fördelningen.



Figur 13. Sätt att förvärva ny kunskap på.

De flesta (85,3 %) av barnmorskorna föredrar expertföreläsare eller skolningsdag för att förvärva teoretisk och praktisk kunskap om kvinnlig könsstympling.

8 Tolkning

I detta kapitel tolkas resultatet mot de teoretiska utgångspunkterna som använts i denna studie och de tio tidigare forskningarna som presenterats i kapitel fem.

8. 1 Barnmorskornas teoretiska kunskap

Fråga 2. Av 34 barnmorskor som svarade på enkäten tyckte 29 % att de kunde klassificera rätt de fyra olika könsstymplingstyperna, 59 % av svararna ansåg att de kände de olika typerna bara delvis, medan 12 % erkände att de inte kände till dessa typer. I Spanien var typologin bekant för knappt 40 % av informanterna (Kaplan-Marcusan m.fl., 2009, 1). I en brittisk forskning av Zaidi m.fl (2007, 162) kom det fram att 42 % av informanterna var ”medvetna om könsstymplingstyperna” men bara 4 % kunde korrekt identifiera dessa typer. Den brittiska undersökningen visar att betydligt färre yrkespersoner har rätt kunskap om klassificeringen av könsstympling än vad som man först skulle tro. Barnmorskorna, som var informanter till detta lärdomsprov, fick själva utvärdera sin kunskap men om kunskapen skulle ha testats så är det möjligt att betydligt färre än 29 % skulle ha identifierat de fyra könsstymplingstyperna korrekt.

Fråga 3. Det finns ingen märkbar skillnad i de angivna exemplena mellan de barnmorskor som svarat ”ja”, de vet och de som svarat ”ja, ungefär”. Oberoende av vad barnmorskorna har kryssat i för alternativ har exemplena som de gett varit lika ospecifika och specifika. Alla utom en barnmorska nämnde i sina svarsexempel att kvinnlig könsstympling härstammar från Afrika och/eller Somalia, vilket är helt rätt. Den barnmorskan som inte nämnde något geografiskt område skrev ”Islamreligion-länder, hedniska religioner, icke kristna människor”. Detta är inte helt korrekt, eftersom kvinnlig könsstympling hör även till vissa kristna människors traditioner (WHO, 2008, 5-7). Enligt den spanska undersökningen påstod ca 80 % av informanterna att de visste var i världen kvinnlig könsstympling är vanligt men bara under 30 % kunde korrekt identifiera de ifrågavarande länderna (Kaplan-Marcusan m.fl., 2009, 4).

Fråga 4. Informanterna har fått möjlighet att ge exempel på orsaker till varför kvinnlig könsstympning utförs. Det finns ingen märkbar skillnad i svarsexemplena när man jämför de som svarat ”ja” och de som svarat ”ja, ungefär” på frågan om de vet orsakerna till varför kvinnlig könsstympning utförs. Största delen (59 %) av barnmorskorna ansåg att de ungefär visste vilka orsaker som ligger bakom könsstympning av flickor och kvinnor. Trots att en stor del av barnmorskorna uttryckte osäkerhet i sina kunskaper genom att svara ”ja, ungefär” på frågan, var svarsexemplen av samma slag jämfört med de som hade svarat ”ja”. Inga relevanta orsaker till varför kvinnlig könsstympning utförs fattas när man ser på helheten av alla exempel som givits. Av alla svarsexemplen var 69 % angivna i kategorierna ”kultur och tradition”, ”religion” och ”kontroll över kvinnans sexualitet”. Kaplan-Marcusan m.fl. (2009, 4) hade i sin forskning kommit fram till liknande resultat; majoriteten av informanterna trodde att religion och tradition är de mest betydelsefulla orsakerna till att flickor och kvinnor könsstympas. I en annan forskning diskuterade en grupp av svenska barnmorskor om att tillhörigheten i samfundet, religionen och äldre kvinnors påtryckning är de främsta orsakerna till varför flickor könsstympas (Leval, 2004, 752).

Fråga 5 och 6. De angivna exemplen skiljer sig inte från varandra när man jämför de som tycker sig veta och de som tycker sig veta ungefär vilka följder en könsstympning kan ha både på kort och på lång sikt. Enkätfrågan om följderna av en kvinnlig könsstympning är de frågor som barnmorskorna är mest säkra på, eftersom 50 % respektive 47 % av svararna tycker att de vet de direkta och långsiktiga följderna. Som direkta följder nämnde barnmorskorna mest infektioner, blödningar och smärta. Som långsiktiga följder uppgav barnmorskorna problem på det sexuella området, vid urinering och förlossning. Ingen av informanterna har nämntt benbrott som följd av fasthållning eller skador i närliggande vävnad. I den brittiska forskningen av Zaidi m.fl. (2007, 162) kom det fram att 84 % av informanterna var ”medvetna om” könsstympningens komplikationer. Att skillnaden mellan dessa informantgrupper är så stor kan bero på lite avvikande frågeställning. Thierfelder m.fl. (2005, 87) redogör att både de intervjuade kvinnorna och vårdgivarna

nämnde bland annat problem vid samlag, menstruation och urinering som långsiktiga följder av könsstympningen.

Fråga 7. Knappt en tredjedel av barnmorskorna upplevde att de inte hade kunskap om hur de skulle ta hand om en förlossning där kvinnan är infibulerad. I sin forskning kom Zaidi m.fl. (2007, 163) till resultat som tyder på liknande problem. Bara 40 % av informanterna visste att deinfibulation är rekommenderat om en vaginal undersökning under öppningsskedet inte är möjlig på grund av infibulation och 47 % trodde att kejsarsnitt är lösningen i denna situation. Av barnmorskorna som deltog i den brittiska undersökningen hade 55 % inte kunskap om den rätta tekniken för att göra en deinfibulation. (Zaidi m.fl., 2007, 163). Det är viktigt att barnmorskan har korrekt kunskap om praktiska tillvägagångssätt vid en förlossning där den födande kvinnan är infibulerad eftersom många könsstympade föderskor är rädda för ett onödigt kejsarsnitt (Thierfelder m.fl., 2005, 89).

Fråga 8. Av barnmorskorna påstod 41 % att de visste hur Finlands lagstiftning tillämpas i samband med kvinnlig könsstympning och över en fjärdedel ansåg att de inte hade kunskap om lagstiftningen. Den nationella lagstiftningen verkar vara oklar också för många andra europeiska vårdgivare. Bara knappt hälften av belgiska vårdgivare visste att könsstympning av flickor och kvinnor är olagligt och endast 20 % av brittiska barnmorskor hade bekantat sig med de juridiska riktlinjerna vad beträffar kvinnlig könsstympning (Leye, 2008, 184; Zaidi, 2007, 163). Kunskaper om lagstiftningen hos barnmorskor från olika länder är svårt att jämföra eftersom paragraferna är så annorlunda. T.ex. i Belgiens lagstiftning är kvinnlig könsstympning specifikt nämnd (Leye, 2008, 183) men i Finland faller det under lagen om grov misshandel, eftersom det inte finns någon specifik paragraf om könsstympning (Strafflagen 2001/654, kap 21, § 6).

Fråga 9. Över hälften (53 %) av barnmorskorna hade tack vare av praktiska erfarenheter fått kunskap om kvinnlig könsstympning. Både grundutbildningen och informationen via internet, böcker samt broschyrer hade givit kunskap åt 41 % av barnmorskorna. I Leyes (2008, 184) undersökning kom det fram att de yngre informanterna hade fått mera undervisning om kvinnlig könsstympning jämfört med de äldre.

8.2 Barnmorskornas erfarenhet

Fråga 10. Av de barnmorskor som var informanter till detta lärdomsprov uppgav 82 % att de hade deltagit i vården av en könsstympad kvinna. I sin forskning märkte Zaidi m.fl. (2007, 162) att 70 % av en grupp barnmorskor i Storbritannien hade erfarenhet av att undersöka kvinnor som blivit könsstympade. I Sverige var motsvarande siffra 79 % (Tamaddon, 2006, 714). Att siffran i Finland är högst kan bero på att barnmorskorna tillfrågades om de hade ”deltagit i vården” av en könsstympad kvinna, inte om de hade undersökt en sådan patient.

Fråga 11. Även om så många som 82 % av barnmorskorna har deltagit i vården av en könsstympad kvinna har största delen (84 %) av dessa gjort det bara 1-10 gånger under sin karriär. Eftersom erfarenheten på detta område inte är så påtaglig, tyder det på att vårdaren är en novis eller avancerad nybörjare i dessa situationer (Benner, 1993, 37-40). Barnmorskorna uppskattade att infibulation var den vanligaste typen av kvinnlig könsstympning som de hade sett. Även Leye m.fl. (2008, 185) och Tamaddon m.fl. (2006, 713) har i sina forskningar kommit fram till att infibulation har förekommit oftast i vårdssammanhang.

8.3 Barnmorskornas upplevelse av egen kunskap

Fråga 12. I frågeformuläret fick barnmorskorna utvärdera sin kunskap om kvinnlig könsstympning. Det kom fram att bara 12 % av barnmorskorna upplevde att deras kunskap var bra, 38 % tyckte sig ha nöjaktig kunskap och majoriteten (50 %) av svararna upplevde att kunskapen var bristfällig. Med hjälp av innehållsanalysen kom det även fram att barnmorskorna anser sig ha ansvar för att också själva skaffa sig kunskap samtidigt som de önskar få skolning t.ex. på arbetsplatsen. En stor del av barnmorskorna upplever att den nuvarande kunskapen är ytlig och att de har endast lite praktisk erfarenhet. Den arbetserfarenheten som de under åren har fått har dock förbättrat kunskapen. I sin undersökning tillbad Tamaddon m.fl. (2006, 716) barnmorskor att utvärdera sin kunskap om kvinnlig könsstympning. Av dessa svenska barnmorskor upplevde 29 % att de hade

adekvat kunskap om temat. Forskningen utförd av Lauder m.fl. (2008, 35-43) visar att självutvärderad kompetens inte hade samband med den kunskap som testades med hjälp av OSCE-prover. Därmed kan man fråga sig hur mycket man kan lita på de värden som beskriver vårdarens egen uppfattning om sin kunskap.

Fråga 13. Även om bara 12 % av barnmorskorna upplevde att deras kunskap om kvinnlig könsstympning var bra, tyckte 21 % att den nuvarande kunskapen ger trygghet i en vårdssituation där patienten är könsstympad. Trots att 50 % ansåg att deras kunskap var bristfällig, tyckte 41 % att kunskapen inte gav trygghet. Detta tyder på att trygghetskänslan i den ifrågavarande arbetssituationen inte är helt beroende av kunskapen, utan ibland kan till och med ytlig kunskap ge lite trygghet. En barnmorska skrev: *”vähäinenkin tieto auttaa”*. Barnmorskornas kommentarer avslöjade även att trygghetskänslan i regel var större om det fanns praktiska erfarenheter i bagaget. Många hade ändå ett behov av att beskriva sin oerfarenhet, osäkerhet samt den otillräckliga och ytliga kunskapen. De som tyckte att de känner trygghet i sin kunskap beskrev att de har någon typ av praktisk erfarenhet. De som svarade ”delvis” på frågan om kunskapen har gett trygghet, var optimistiska med tanke på hur de klarar av en vårdssituation där kvinnan är könsstympad. Dessa barnmorskor kommenterade bland annat att de konsulterar de som har erfarenhet och kunskap om kvinnlig könsstympning. Man märker att de litar på sina kunskaper och färdigheter så att de klarar av att handlägga situationen även om kunskapen inte är den bästa möjliga. De som tyckte att kunskapen inte ger trygghet, beskrev tydligt att de saknar kunskap. Detta resultat har likheter med Whites (2009, 103) forskning som kommit till slutsatsen att kunskap, uppmuntran, erfarenheter och förberedelser behövs för att uppnå självförtroende eller trygghet i en arbetssituation.

Resultatet stämmer med Sarvimäki m.fl. (1995, 75) och Peplau (1991, 137) som påminner att utmaningar och krav på att utvecklas ofta skapar otrygghet. De barnmorskor som har erfarenhet, har haft positiva upplevelser och klarat av en otrygg situation har enligt Andersson (1984, 12-18) fått möjlighet att utveckla sin inre trygghet. Detta leder till att hon har byggt på sin självkänsla och har goda förutsättningar att anpassa sig i oväntade

situationer (Masreliez-Steen & Modig, 2004, 40). Det tyder på att de barnmorskor som helt eller delvis känner sig trygga i den kunskap de har, har erhållit inre trygghet.

Fråga 14. Barnmorskorna fick utvärdera om de kände att de kunde ge tillräckligt stöd och information till en könsstympad kvinna och hennes partner. Endast 16 % anser att de skulle kunna ge stöd och information och 24 % anser att de delvis skulle kunna ge detta. Majoriteten (60 %) upplever dock att de inte har färdigheter för att tillräckligt stödja och informera en könsstympad kvinna och hennes partner. En stor del av barnmorskorna hade ett behov av att beskriva sin okunnighet i att ge stöd och information, där tre av de fem kategorierna (behov av mera information, hinder såsom språkbarriär och avsaknad av kunskap) beskrev detta. I forskningen av Thierfelder m.fl. (2005, 88-89) tar de fram att könsstympade kvinnor lider av att de känner sig så annorlunda och inte vet vem de skall vända sig till för att få svar på sina funderingar. Hinder såsom språkbarriärer, kulturella, könsrelaterade och sociala skäl leder till att vårdpersonalen inte vågar ta upp ämnet. Det kommer även fram att kvinnorna önskar att de skulle få mera information om förlossningen och allmänt om kvinnlig könsstympning. Dessutom önskade de att de skulle få mera empatisk vård och rum för diskussion där även partnern tas med. Leye m.fl. (2006, 373) poängterar att de könsstympade kvinnorna behöver professionell rådgivning på ett kulturellt sensitivt sätt. En barnmorska, som svarade på respondenternas enkät, kommenterade: *"tiedon puute, empatia on ainoa todellinen väline"*. Detta citat får respondenterna att resonera kring citatens betydelse. Citaten förmedlar att den empatiska barnmorskan har goda förutsättningar att stödja den unika kvinnan på ett kulturellt sensitivt sätt, även om hon saknar kunskap. Empati är också en egenskap som driver vårdaren att skaffa sig den kunskap som behövs för att kunna informera patienten. Enligt Lundgren (2007, 223) kan patienten vara mer delaktig i vården om hon hela tiden får motta information och stöd från barnmorskan. I sin forskning poängterar Lundgren m.fl. att barnmorskan skall kunna stöda den unika kvinnan och kunna ge information i en unik vårdsituation. Barnmorskorna borde få information så att de själva kan ge adekvat rådgivning till de patienter som har någon koppling till kvinnlig könsstympning (Leye, 2006, 374). Enligt Peplau (1991, 133) kan det räcka med att vårdaren finns där för patientens behov.

Fråga 15. Barnmorskorna fick berätta om det fanns något område som berörde kvinnlig könsstympling som de tyckte var oklart och som de tyckte att de ville veta mera om. Barnmorskorna ville bland annat få mera kunskap om den världsomfattande situationen, bakgrundsfakta såsom varför och hur man utför en könsstympling, de olika könsstymplingstyperna och praktiskt tillvägagångssätt. Majoriteten (42 %) av barnmorskorna nämnde att de skulle behöva kunskap om allt som berör kvinnlig könsstympling. Tamaddon m.fl. (2006, 719) kom fram till att barnmorskor i Sverige ville veta mera om sociala, kulturella, etiska och medicinska problem med kvinnlig könsstympling. I en annan svensk undersökning kom det däremot fram att barnmorskorna var intresserade av de könsstympade kvinnornas sexliv men de uttryckte ingen vilja att själva söka svar på sina frågor (Leval m.fl., 2004, 749). Enligt en annan undersökning ville 70 % av spansk vårdpersonal som möter könsstympade kvinnor veta mera om ämnet (Kaplan-Marcusan m.fl., 2009, 6). I studien gjord av Leye m.fl. (2008, 185) kom det fram att informanterna ville få mera information om lagstiftningen, praktiska tillvägagångssätt och om etiska frågor såsom hur man skall inställa sig till reinfibulation. Bara 12 % av informanterna ansåg att de inte behövde mera information. Enligt Benner som presenterar teorin om kunskap (1993, 37-47) är det ingen skillnad om man är novis eller expert, man är aldrig fullärd.

Fråga 16. Största delen (85 %) av barnmorskorna, som var informanter till respondenternas lärdomsprov, ansåg att en skolningsdag med expertföreläsare skulle lämpa sig bäst för att erhålla ny teoretisk och praktisk kunskap om kvinnlig könsstympling. Enligt Leye (2006, 373) vill barnmorskorna ha mera stödande riktlinjer över vad de kunde göra istället för att en lag instruerar dem till vad de inte skall göra. I den andra forskningen av Leye m.fl. (2008, 186) ville de deltagande i studien söka information i litteraturen, hos kollegorna och vara med på teoretiska och praktiska föreläsningar om temat. Tamaddon m.fl. (2006, 719) kom underfund med att majoriteten av undersökningsslagarna önskade få kliniska riktlinjer som är användbara i praktiken.

9 Kritisk granskning

I detta kapitel kommer respondenterna att använda sig av Larssons (1994) kvalitetskriterier eftersom kvalitativa metoder har använts i denna studie. Med hjälp av Larssons kvalitetskriterier kommer studien att kritiskt granskas av respondenterna.

Larsson (1994, 165-166) beskriver att för att en del av något innehåll skall ha någon betydelse måste denna del kunna relateras till helheten av innehållet, vilket skapar en förståelse. Med hjälp av förståelsen kan man kartlägga utgångspunkterna och detta ger studien en högre kvalitet. Läsaren borde genom en tydlig förståelse kunna utreda forskarens perspektiv. I respondenternas lärdomsprov har förståelsen beaktats i inledningen, teoretiska utgångspunkten samt teoretiska bakgrunden. I inledningen beskrivs intresse, syfte och mål för studien. Även teoretiskt material om kvinnlig könstympling finns i inledningen för att fånga läsarens intresse samt för att ge en överblick av ämnet. Respondenterna har valt att i teoretiska utgångspunkten använda sig av Bentlings (1995) teori om kunskap och Benners (1993) teori om utvecklingen från novis till expert för att beskriva vad och hur kunskap erhålls. Även trygghet var en av utgångspunkterna och det har beskrivits av Andersson (1984), Eriksson (1986) och Peplau (1991). Enligt respondenterna har resultaten som tagits upp i tolkningen gått att relatera till de teoretiska utgångspunkterna, men endast till Peplau (1991) i teoretiska utgångspunkten trygghet. Inledningen, teoretiska utgångspunkten och teoretiska bakgrunden ger en djupare förståelse för studien så att läsaren då lättare kan följa den röda tråden i arbetet.

Larsson (1994, 168-170) anser att en så kallad intern logik är ett av de kvalitetskriterier som bör uppfyllas i en kvalitativ studie. Den interna logiken är en harmoni mellan forskningsfrågor, datainsamling och analysteknik. Larsson beskriver hur det i den interna logiken finns en idé om att varje enskild del skall kunna relateras till helheten. För att respondenterna skulle få svar på forskningsfrågorna behövdes en datainsamlingsmetod. Den metod som passade bäst för denna kvalitativa och kvantitativa studie var en enkät som innehöll både öppna och slutna frågor. Informanterna fick fylla i enkäten när det passade dem och lämna dem i en förseglad låda på avdelningen där de arbetade. Enkäten

genomgick en pilotstudie, där fyra personer fick fylla i enkäten och kommentera frågorna så att respondenterna skulle kunna omformulera och förbättra frågorna innan den slutliga enkäten fördes till de avdelningar som bekräftat sitt deltagande i studien. Då lådorna med enkäter hämtades från avdelningarna såg respondenterna att antalet ifyllda enkäter hade överskridit minimiantalet, den slutliga summan ifyllda enkäter var 34 stycken. När svaren på enkäterna gick igenom och analysen började, märkte respondenterna brister i en del av frågorna. Vissa frågor hade behövt en följdfråga för att svaren skulle ha fått en större betydelse. Fråga 11, som gällde antalet möten med könsstympade kvinnor, borde ha varit omstrukturerad och förenklats. Den var svår att analysera och svaret blev inte så givande som man hoppats. Fråga 14, som handlade om barnmorskans förmåga att ge stöd och information, märkte respondenterna att inte gav ett betydelsefullt resultat. Med mera öppna frågor hade respondenterna fått mera text och innehåll om barnmorskornas upplevelse av kunskap och trygghet. Dock var innehållsanalysen och den deskriptiva statistiken passande analysmetoder för enkäten.

Larsson förklarar att de metoder som man väljer påverkar perspektiv som i sin tur påverkar de resultat som framkommer.

Det etiska värdet som Larsson (1994, 171-172) nämner syftar på att forskaren skall uppvisa god etik i sin studie. Intresset för att få ny kunskap med hjälp av studien måste vägas mot kravet att kunna skydda anonymiteten hos individer, lokaliteter och institutioner. Anonymiteten hos informanterna har skyddats på så vis att ingen annan än respondenterna har kunnat läsa de ifyllda enkäterna efter att de satts i inlämningslådan på de avdelningar som deltagit. Det finns inte nämnt någon specifik lokalitet för forskningen. De citat som finns med i resultatredovisningen är oförändrade svar från informanterna. Det vore fel att ändra dem och det skulle kunna ändra resultatet.

I en kvalitativ studie vill man gestalta materialet så att det blir betydelsefullt, skriver Larsson (1994, 172-175). Därför är det viktigt att lägga tyngd på hur man framställer detta, strukturen är betydelsefull. Resultaten skall vara lättöverskådliga men inte på något vis fördunkla varandra. Det skall vara lätt för läsaren att följa den röda tråden utan att viktiga upptäckter bortfaller. Respondenterna har lagt upp resultatet så att det är överskådligt utan

att viktig information faller bort eller blir gömd. En stor del av resultatet redovisas med hjälp av cirkeldiagram och stapeldiagram som alla har en förklarande text innan eller efter figuren. Respondenterna har noggrant läst igenom alla besvarade enkäter och de öppna frågornas svar sammanställdes och analyserades med hjälp av innehållsanalys. Svaren bildade kategorier som är skrivna med fet stil för att göra det lättare att urskilja dem i texten. Tillhörande citat ses i kursivstil.

En av de kvaliteter som Larsson (1994, 175,177) redogör för är den där man kan relatera sina forskningsresultat till tidigare teorier och se om resultaten kan förändra teorin. I alla tio forskningar fanns områden som kunde relateras till respondenternas studie men det fanns ingen som i sin helhet kunde kopplas till respondenternas resultat. Den teoretiska utgångspunkten trygghet har visat sig vara en utmanande del i studien. Vårdarens trygghet har inte direkt forskats om. Dessutom har det i olika teorier och forskningar kommit fram sådana begrepp som ligger nära begreppet trygghet, till exempel självkänsla, självförtroende och säkerhet. Ännu större utmaning har det varit när man har läst engelska texter som beskrivit begrepp såsom security, self-confidence och self-efficacy. Det har varit svårt att veta hur mycket dessa ord står för trygghet. För att förstå begreppet trygghet har respondenterna varit tvungna att ta med författare som hjälp i kapitlet om teoretiska utgångspunkten. Dessa författare har inte varit teoretiker men de har skrivit en för respondenterna och läsaren betydelsefull text. Dessa är till exempel författarna Sarvimäki och Stenbock-Hult (1995) samt Masreliez-Steen och Modig (2004).

Studiens heuristiska värde är ett validitetskriterie som Larsson (1994, 179-180) beskriver som ett nytt sätt att se på verkligheten. Det är att man genom gestaltningen av sina resultat kunnat frambringa något nytt. Frågan om barnmorskorna kände sig trygga i sin kunskap var något nytt som ingen av de teoretiska forskningarna direkt tog ställning till. De teoretiska utgångspunkterna ”kunskap” och ”trygghet” har ingendera beskrivit fenomenet att känna trygghet i kunskapen. Av barnmorskorna uttryckte 41 % att de inte kände sig trygga i den nuvarande kunskapen och den vanligaste orsaken till detta var otillräcklig kunskap.

10 Diskussion

Respondenterna anser att alla problempreciseringar har blivit besvarade. Första frågeställningen var: Vilken kunskap har barnmorskorna om kvinnlig könsstympning? I lärdomsprovet kom respondenterna fram till att barnmorskorna har kunskap om orsaker till varför kvinnlig könsstympning utförs och om direkta samt långsiktiga följder av ingreppet. Största delen av barnmorskorna upplevde att de visste ungefär hur de skulle gå praktiskt tillväga i vården av en könsstympad kvinna. Största delen av informanterna påstod att de visste hur Finlands lagstiftning löd när det gäller kvinnlig könsstympning. Nästan alla informanter visste eller visste ungefär det geografiska ursprunget av kvinnlig könsstympning. Den ”typiska” barnmorskan har deltagit i vården av en infibulerad kvinna mindre än tio gånger under sin arbetskarriär. Majoriteten av barnmorskorna upplever att deras kunskap är bristfällig eller nöjaktig, hälften av alla anser att den är bristfällig. Av de sex kategorier som bildades av barnmorskornas kommentarer var det endast en som inte beskrev den bristfälliga kunskapen.

Barnmorskorna har en hel del ytlig kunskap och de flesta har någon enstaka praktisk erfarenhet. Enligt Benners teori kan en sådan barnmorska inte vara skicklig eller expert på detta område, utan närmare en novis eller avancerad nybörjare. Hon påpekar ändå att ingen blir någonsin fullärd (Benner, 1993, 37-47).

Den andra frågeställningen var: I vilken omfattning känner barnmorskorna sig trygga i den kunskap de har? Som resultat blev det att den största delen av informanterna upplevde otrygghet i den kunskap som de hade och vanligaste orsaken till detta var att barnmorskorna tyckte att deras kunskap var otillräcklig. Många uttryckte sin otrygghet på det viset att de svarade ”ja, ungefär” och ”delvis” även om deras kommentarer var lika som de som svarade ”ja” på frågorna. Det skulle vara viktigt att vårdpersonalen är bekant med riktlinjerna som naturligtvis grundar sig på lagstiftningen. Om barnmorskan till exempel

tillbeds att reinfibulera kvinnan efter förlossningen, skall barnmorskan ha det mycket klart för sig på vilket sätt och i hur stor omfattning hon får suturera såren.

Barnmorskorna borde få så mycket kunskap att de känner sig trygga med den. Det borde finnas en person eller en bok som de kan vända sig till. Barnmorskans trygghet utstrålas till patienten och detta kan även ha en trygghetsgivande effekt på patienten. Enligt Peplau (1991, 241) har man möjlighet till utveckling då luckor i kunskapen avslöjas.

Den tredje frågeställningen var: Vilken kunskap om kvinnlig könsstympning upplever barnmorskorna att de behöver? Resultatet blev att barnmorskorna uttryckte att de ville ha mera kunskap om olika områden som berör kvinnlig könsstympning. De ville veta mera om hur det ligger till med kvinnlig könsstympning globalt, bakgrundsfakta, de olika typerna, det praktiska tillvägagångssättet och en stor del av barnmorskorna uttryckte att de behövde kunskap på alla områden som gäller kvinnlig könsstympning. Nästan alla önskar få en skolningsdag med expertföreläsare som ett sätt att få ny kunskap. Respondenterna har fått ett tydligt svar på vad barnmorskorna vill veta och på vilket sätt de helst får den nya kunskapen.

Tillförlitligheten i resultatet vore större ifall fler barnmorskor hade deltagit i studien. Också andra faktorer påverkar tillförlitligheten, till exempel är upplevelsen av ens kunskap eller trygghet relativ. Även informantens humör kan inverka på de svar som ges, vilket då också påverkar resultatens tillförlitlighet. Till exempel om barnmorskan nyligen har upplevt ett misslyckande i sitt arbete kan hon uttrycka sig mindre positivt; att hon känner sig mindre trygg och har mindre kunskap än vad hon egentligen har i sitt arbete.

En aspekt, som respondenterna har funnit att är ny, är viljan hos barnmorskorna att själva ta reda på ny kunskap. I de tidigare forskningarna kom det fram att barnmorskorna snarare var passiva med tanke på informationssökning (Leval m.fl. 2004, 747). Barnmorskorna upplevde i regel otrygghet i sin kunskap, vilket inte har blivit forskat tidigare.

Det som man skulle kunna forska i är hur könsstympade kvinnor i Finland har upplevt vården under graviditeten, förlossningen och vården efteråt. Hur de upplevt vård i allmänhet vore även intressant att veta, om kvinnorna har känt sig otrygga i vården och hur de har blivit bemötta.

Respondenterna anser att detta lärdomsprov har gett en inblick i barnmorskornas kunskap om kvinnlig könsstymning och en inblick i trygghetskänslan som kunskap för med sig. Respondenterna är glada att informanterna i sina svar har visat empati och att svaren återspeglar ödmjukhet i kunskapsbristerna samt att de uttrycker en vilja att utvecklas som yrkesmänniskor.

Litteratur

Andersson, K. (1984). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Arlöv: Esselte studium.

Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. Danmark: Studentlitteratur.

Benner, P. (1993). *Från novis till expert –mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

Bentling, S. (1995). *Sjuksköterskeprofessionen*. [Falköping]: Liber.

Bonniers svenska ordbok, (1991). Stockholm: Bonnier fakta bokförlag AB.

Dahmström, K. (2000). *Från datainsamling till rapport – att göra en statistisk undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Dahmström, K. (2005). *Från datainsamling till rapport – att göra en statistisk undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (1996). *Enkäten i praktiken – en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Ejvegård, R. (1993). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Eliasson, R. (1995). *Forskningsetik och perspektivval*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1986). *Vårdteknologi*. Stockholm: Nordstedts Förlag.

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.

Holme, I. M. & Solvang, B.K. (2008). *Forskningsmetodik – om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Kaplan-Marcusan, A., Torán-Monserrat, P., Moreno-Navarro, J., Fàbregas, M. & Muñoz-Ortiz, L. (2009). Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence. *BMC Health Services Research*, 9 (11), 1-8.

Kivimäki, A. (2010, 13. mars). Tyttöjen ympärileikkaukset yhä vieraita hoitajille. *Helsingin Sanomat*, s. 3.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 11 (1), 3-12.

Lauder, W., Roxburgh, M., Topping, K., Watson, R., Johnson, M., Porter, M. & Behr, A. (2008). Measuring competence, self-reported competence and self-efficacy in pre-registration students. *Nursing Standard*, 22 (20), 35-4.

Leval, A., Widmark, C., Tishheman, C. & Ahlberg, B.M. (2004). The encounters that rupture the myth: contradictions in midwives' descriptions and explanations of circumcised women immigrants' sexuality. *Health Care for Women International*, 25, 743-760.

Leye, E., Powell, R.A., Nienhuis, G., Claeys, P. & Temmerman, M. (2006). Health Care in Europe for Women with Genital Mutilation. *Health Care for Women International*, 27, 362-378.

Leye, E., Ylsebaert, I., Deblonde, J., Claeys, P., Vermeulen, G., Jacquemyn, Y. & Temmerman, M. (2008). Female genital mutilation: Knowledge, attitudes and practice of Flemish gynaecologists. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13 (2), 182-190.

Lindström, U. (1994). *Psykiatrisk vårdlära*. Falköping: Liber Utbildning.

Lundgren, I. & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife – woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 220-228.

Masreliez-Steen, G. & Modig, M. (2004). *Självkänsla*. Stockholm: Natur och kultur.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Peplau, H.E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer Publishing.

Pynttari, H. (2008). *Vaasalaiset kansalaisuuden ja äidinkielen mukaan*. Vaasan kaupunki.

[Online] http://www.vaasa.fi/WebRoot/380444/Vaasa2005_default.aspx?id=417870 (hämtat 27.1.2009).

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (1995). *Hoito, huolenpito ja opetus*. Helsingfors: WSOY.

Socialstyrelsen, (2005). *Kvinnlig könsstympning. Ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård*. 2 uppl. [Online] <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/6925D237-1684-4242-8CA2-D5F1A5F5677C/3639/20051104.pdf> (hämtat 29.4.2009).

Tamaddon, L., Johnsdotter, S., Liljestränd J. & Essén, B. (2006). Swedish health Care Providers' Experience and Knowledge of female Genital Cutting. *Health Care for Women International*, 27, 709-722.

Thierfelder, C., Tanner, M. & Bodiang, C. (2005). Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health*, 15 (1), 86-90.

Tiilikainen, M. (2007). *Kvinnlig omskärelse i Finland*. Helsingfors: Förbundet för mänskliga rättigheter.

Trost, J. (2001). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

White, K.A. (2009). Self-Confidence: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 44 (2), 103-114.

World Health Organization & Department of Reproductive Health and Research. (2008). *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*. WHO. 1-48. [Online] http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf (hämtat 15.3.2009)

Zaidi, N., Khalil, A., Rovberts, C. & Browne, M. (2007). Knowledge of female genital mutilation among healthcare professionals. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27 (1), 161-164.

Finlands författningssamling:

Strafflagen 13.7.2001/654. (19.12.1889/39)

Barnskyddslagen 13.4.2007/417.

Bilagor

Vasa, juni 2009

BÄSTA BARNMORSKOR!

Vi är två barnmorskestuderanden från Yrkeshögskolan Novia i Vasa och vi håller på att skriva vårt lärdomsprov. Undersökningen handlar om kvinnlig könsstympning och vi försöker belysa temat ur barnmorskans synvinkel. Syftet med lärdomsprovet är att kartlägga barnmorskornas kunskap och kunskapsbehov om kvinnlig könsstympning samt belysa trygghetskänslan i denna kunskap. Studien görs för att vid senare tillfälle ha bättre förutsättningar för utveckling av kunskap om så behövs samt för att kunna stärka tryggheten i den kunskap som krävs i arbetssituationerna.

Deltagandet i enkätundersökningen är frivilligt men vi hoppas att så många som möjligt deltar. Vi ber dig att ge spontana svar på frågorna. Du skall svara på frågeformuläret anonymt och lägga den besvarade enkäten i insamlingslådan. Svaren kommer att behandlas konfidentiellt, bara vi två studerande kommer att gå igenom dina svar. Efter att de besvarade enkäterna har analyserats kommer de att förstöras.

Ett varmt tack för visat intresse!

Hälsningar:

Barnmorskestuderande

Bea Judin och Veronika Köhler

045 - 1272783

050 - 5116315

Handledande lärare

Eva Matintupa och Monika Koskinen

3285329

3285346

Vaasassa kesäkuussa 2009

HYVÄT KÄTILÖT!

Olemme kaksi opinnäytetyötä tekevää kättilöopiskelijaa Yrkeshögskolan Noviasta, Vaasasta. Tutkimuksemme aiheena on naisten ympärileikkaus ja yritämme valaista aihetta kättilöiden näkökulmasta. Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa kättilöiden tietämystä ja tiedontarvetta naisten ympärileikkauksesta sekä selvittää tiedon antamaa turvallisuudentunnetta. Pyrkimyksenämme on, että myöhemmässä vaiheessa olisi tarvittaessa paremmat edellytykset kehittää tiedontasoa ja vahvistaa turvallisuudentunnetta niissä työtilanteissa, joissa kyseessä olevaa tietoa vaaditaan.

Kyselylomakkeeseen vastaaminen on täysin vapaaehtoista, mutta toivomme mahdollisimman monen vastaavan. Me pyydämme sinua antamaan spontaanin vastauksen kysymyksiin. Vastaa kyselylomakkeeseen nimettömänä ja laita lomake vastauslaatikkoon. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja vain me kaksi opiskelijaa käymme ne läpi. Sen jälkeen, kun kyselylomakkeet ovat analysoitu, ne tuhotaan.

Lämmin kiitos kiinnostuksen osoituksesta!

Terveisin:

Kättilöopiskelijat

Bea Judin ja Veronika Köhler

045 - 1272783

050 - 5116315

Ohjaavat opettajat

Eva Matintupa ja Monika Koskinen

3285329

3285346

Vänligen besvara alla frågor, det tar ca 10-15 minuter att svara på enkäten. Om svarsraderna inte räcker till kan du använda tomrummet under frågan eller baksidan av pappret.

BAKGRUNDSFRÅGOR

1. Hur många år har du jobbat som barnmorska? _____ år



DINA KUNSKAPER OM KVINNLIG KÖNSSTYMPNING

2. Känner du till de olika huvudtyperna av kvinnlig könsstympning?

- () Ja
- () Delvis
- () Nej

3. Vet du från vilka länder/världsdelar kvinnlig könsstympning härstammar?

() Ja. Ge exempel _____

() Ja, ungefär. Ge exempel _____

() Nej

4. Vet du orsaker till varför man utför kvinnlig könsstympning?

() Ja. Ge exempel _____

() Ja, ungefär. Ge exempel _____

() Nej

5. Vet du vilka följderna kan vara direkt efter en kvinnlig könsstympling?

Ja. Ge exempel _____

Ja, ungefär. Ge exempel _____

Nej

6. Vet du vilka långsiktiga följder en könsstympling kan ha på kvinnan?

Ja. Ge exempel _____

Ja, ungefär. Ge exempel _____

Nej

7. Vet du hur du praktiskt skall gå tillväga vid en förlossning där kvinnan är infibulerad d.v.s. könsstympad på faronikt sätt/typ III?

Ja

Ja ungefär. Jag är lite osäker.

Nej

8. Vet du hur Finlands lagstiftning tillämpas när det gäller kvinnlig könsstympling?

Ja

Delvis

Nej

9. Varifrån har du fått den kunskap om kvinnlig könsstympning som du har?
(Välj ett eller flera alternativ som passar dig.)

- Jag har fått skolning på arbetsplatsen.
 Jag har sökt information via Internet, böcker och/eller broschyrer.
 Jag har fått kunskap under grundutbildningen.
 Jag har av praktiska erfarenheter fått tillräcklig kunskap.
 Jag har skaffat kunskap på något annat sätt. Berätta hur!
-
-



DINA ERFARENHETER OM KVINNLIK KÖNSSTYMPNING

10. Har du under din karriär deltagit i vården av en könsstympad kvinna?

- Ja
 Nej

11. Om du svarade ja på föregående fråga, hur många gånger under din yrkeskarriär har du stött på någon form av kvinnlig könsstympning? Uppskatta!

Typ I _____ gånger

Typ II _____ gånger

Typ III _____ gånger

Typ IV _____ gånger

Jag har svårt att specifikt säga vilken/vilka typer det har varit, men sammanlagt har jag stött på en könsstympad kvinna ca _____ gånger.



DINA UPPLEVELSER OM DEN KUNSKAP DU HAR OM KVINNLIK KÖNSTYMPNING

12. Hur upplever du den kunskap du har om kvinnlig könsstympning? Ge gärna en kommentar.

() Bra _____

() Nöjaktig _____

() Bristfällig _____

13. Upplever du att den kunskap du har ger dig trygghet i en vårdsituation där kvinnan är könsstympad?

() Ja. Beskriv noggrannare. _____

() Delvis. Berätta på vilket sätt. _____

() Nej. Berätta varför inte? _____

14. Känner du att du skulle kunna ge tillräckligt med stöd och information till en könsstympad kvinna och hennes partner?

() Ja. Berätta mera. _____

() Delvis. Berätta mera. _____

() Nej. Berätta mera. _____

15. Om något område som berör kvinnlig könsstympning är oklart, finns det något du vill veta mera om? _____

16. Om du upplever att du skulle behöva mera teoretisk eller praktisk kunskap om kvinnlig könsstympning, vilket sätt skulle lämpa sig bäst för att få den nya kunskapen? (Välj ett eller flera alternativ.)

- Skolningsdag med expertföreläsare
- Tillfälle där personal och andra som har personlig erfarenhet av könsstympning får diskutera tillsammans.
- Internet, böcker och/eller broschyrer.
- Man bör under sin utbildning få en tillräcklig kunskap om temat.
- Annat sätt att skaffa kunskap. Berätta hur! _____

Ett varmt tack för dina svar!



Vastaa kaikkiin kysymyksiin. Vastaamiseen menee noin 10-15 minuuttia. Jos rivit eivät riitä, voit kirjoittaa kysymyksen jälkeiseen tyhjään tilaan tai paperin kääntöpuolelle.

TAUSTAKYSYMYS

1. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt kättilönä? _____ vuotta



SINUN TIETOSI NAISTEN YMPÄRILEIKKAUKSISTA

2. Tunnetko WHO:n määrittelemät päätyypit naisten ympärileikkauksista?

- Kyllä
- Osittain
- En

3. Tiedätkö, missä maanosissa/maissa naisten ympärileikkaus on tavallinen käytäntö?

Kyllä. Anna esimerkki _____

Kyllä, suunnilleen. Anna esimerkki _____
 En

4. Tunnetko syitä miksi naisten ympärileikkauksia tehdään?

Kyllä. Anna esimerkki/esimerkkejä _____

Kyllä, suunnilleen. Anna esimerkki _____

En

5. Tiedätkö, mitkä voivat olla välittömät seuraukset naisen ympärileikkauksen jälkeen?

() Kyllä. Anna esimerkki _____

() Kyllä, suunnilleen. Anna esimerkki _____

() En

6. Tiedätkö, mitä pitkäaikaisia seurauksia ympärileikkaus voi aiheuttaa naiselle?

() Kyllä. Anna esimerkki _____

() Kyllä, suunnilleen. Anna esimerkki _____

() En

7. Tiedätkö, miten sinun käytännössä tulee toimia synnytyksessä, kun nainen on infibuloitu tavalla III eli ympärileikattu faraonisesti?

() Kyllä

() Kyllä suunnilleen. Olen hieman epävarma.

() En

8. Tiedätkö, miten Suomen lainsäädäntöä sovelletaan, kun kyseessä on naisten ympärileikkaus?

() Kyllä

() Osittain

() En

9. Mistä olet saanut sen tiedon, mikä sinulla on naisten ympärileikkauksista?
(Valitse yksi tai useampi vaihtoehto)

- Olen saanut koulutusta työpaikalla.
 - Olen hankkinut tietoa Internetistä, kirjoista ja/tai esitteistä.
 - Olen saanut tietoa opiskeluni aikana.
 - Olen käytännön kokemuksen kautta saanut riittävästi tietoa.
 - Olen hankkinut tietoa muulla tavalla. Kerro miten!
-
-



SINUN KOKEMUKSESI NAISTEN YMPÄRILEIKKAUKSISTA

10. Oletko kättilöurasi aikana osallistunut ympärileikatun naisen hoitoon?

- Kyllä
- En

11. Jos vastasi "Kyllä" edelliseen kysymykseen, niin kuinka monta kertaa olet kättilöurasi aikana kohdannut jonkun seuraavista ympärileikkaustyypeistä?
Arvioi!

Tyyppi I _____ kertaa

Tyyppi II _____ kertaa

Tyyppi III _____ kertaa

Tyyppi IV _____ kertaa

Minun on vaikea eritellä mikä/mitkä tyytit ovat minun kohdallani olleet kysessä, mutta olen kohdannut ympärileikatun naisen työssäni noin _____ kertaa.



KUINKA KOET OMAN TIETOTAITOSI?

12. Minkälaisena koet sen tietotason, mikä sinulla on aiheesta? Kerro mielellään tarkemmin.

() Hyvänä _____

() Tyydyttävänä _____

() Puutteellisena _____

13. Koetko sinulla olevan tietotaidon antavan sinulle turvallisuuden tunteen hoitotilanteessa, jossa nainen on ympärileikattu?

() Kyllä. Kuvaile tarkemmin. _____

() Osittain. Kerro tarkemmin. _____

() Ei. Kerro miksi. _____

14. Koetko, että voisit antaa riittävästi tukea ja informaatiota ympärileikatulle naiselle ja hänen kumppanilleen?

() Kyllä. Kerro tarkemmin. _____

() Osittain. Kerro tarkemmin. _____

() En. Kerro tarkemmin. _____

15. Jos joku aihealue koskien naisten ympärileikkausta on sinulle epäselvä, niin mistä asiasta haluaisit saada tietää enemmän?

16. Jos koet, että tarvitsisit enemmän tietoa tai käytännön taitoa naisten ympärileikkauksesta, niin mikä tapa soveltuisi parhaiten tiedon hankkimiseen? (Valitse yksi tai useampi vaihtoehto.)

- Koulutuspäivä asiantuntevan luennoitsijan kanssa.
- Tilaisuus, jossa henkilökunta ja muut, joilla on henkilökohtaisia kokemuksia naisten ympärileikkauksesta voivat keskustella yhdessä.
- Internet, kirjat ja/tai esitteet.
- Kätilöopintojen aikana pitäisi saada tarvittava tieto aiheesta.
- Jokin muu tapa soveltuisi tiedon hankkimiseen parhaiten. Kerro mikä!

Lämmin kiitos vastauksistasi!



Ansökan om tills-
tånd för utförande
av lärdomsprov

19 / 5 2009

Sjukhus _____

Resultatenhet

FÖRLOSSNINGSSAL / FÖRLOSSNINGSADELNING

Studeranden	VERONIKA KÖHLER BRÄNDVÄGEN 34 B VASA 050-5116315	BEA JUDIN OLYMPIAGATAN 14C4 VASA 045-1272783
Yrkkeshögskolan / yr- kesinstitut	YRKESHÖGSKOLAN NOVIA	
Utbildningsprogram	VÅRD - BARNMORSKEARBETE	
Handledare	EVA MATINTUPA OCH MOMIKA KOSKINEN	
Ansvarsperson vid sjukvårdsdistrikt	AVD SKÖTARE	
Lärdomsprovets namn	EMPIRISK STUDIE ÖVER BARNMORSKORNAS KUNSKAP OM KVINNLIG KÖNSSTYMPNING	
Lärdomsprovets syfte	- KARTLÄGGA BARNMORSKORNAS KUNSKAP OCH KUNSKAPS- BETOV SAMT BELYSA DERAS TRYGGHETS KÄNSLA I DENNA KUNSKAP ⇒ FÖR SENARE TILLFÄLLE HA BÄTTRE FÖRVT- SÄTTNINGAR FÖR UTV. AV KUNSKAP OM SÅ BETEVS SAMT FÖR ATT KUNNA STÄRKA BARNMORSKORNAS TRYGGHET I DEN KUNSKAP SOM KRÄVS I ARBETS SITUATIONERNA.	
Informanter	BARNMORSKOR I FÖRLOSSNINGSSALEN	
Antal	30-50	
Datainsamlingsmetoder	ENKÄT MED ÖPPNA OCH SLUTNA FRÅGOR	
Tidpunkt för datainsamling	JUNI-JULI 2009	

Analysmetod	KVALITATIV INNEHÅLLSANALYS DESKRIPTIV STATISTIK SOM KVANTITATIV ANALYS- METOD
Tidpunkt då lärdomsprovet beräknas vara färdigt	HÖSTEN 2009

Tillstånd för lärdomsprovet

beviljats enligt anhållan

förkastats

beviljas med följande korrigeringar

Datum

28.05.09

§ 350 överskötare / OPER 2

Underskrift

Handledande lärare Monika Koskinen

Janne Koskinen 22.5.09

OPINNÄYTETYÖN LUPA-ANOMUS

Naistentaudit ja synnytykset

Opiskelijat:

Veronika Köhler, Palosaarentie 34 B 19, 65200 Vaasa, 050-5116315

Bea Judin, Olympiakatu 12-14 C 4, 65100 Vaasa, 045-1272783

Ammattikorkeakoulu:

Yrkeshögskolan Novia

Koulutusohjelma: Hoitotyö – kätilötyö

Ohjaajat: Eva Matintupa, Monika Koskinen

Vastuhenkilö

Ylihoitaja

Opinnäytetyön nimi: Kvinnlig könsstymning – en empirisk studie om barnmorskornas kunskap om kvinnlig könsstymning

Opinnäytetyön tarkoitus: Kartoittaa kätilöiden tietämystä ja tiedontarvetta naisten ympärileikkauksesta, selvittää tiedon antamaa turvallisuudentunnetta -> myöhemmässä vaiheessa olisi tarvittaessa paremmat edellytykset kehittää tiedontasoa ja vahvistaa turvallisuudentunnetta niissä työtilanteissa, joissa ko. tiedontarvetta vaaditaan.

Kohderyhmä: Synnytysalin kätilöt

Koko: 30-50

Tiedonkeruumenetelmä: Kyselylomake

Tiedonkeruuna ajankohta: Elo-syyskuu 2009

Analyysimenetelmät: Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen analyysi ja sisällön analyysi.

Opinnäytetyön valmistumisajankohta: Lokakuu 2009

Opiskelijoiden allekirjoitukset ja ohjaavan opettajan allekirjoitus:

Bea Judin
Veronika Köhler
Monika Koskinen

Vaasassa 13.8.2009

Lupa opinnäytetyöhön

Myönnetty anomuksen mukaan

Hylätty

Myönnetään seuraavin korjauk^s

Ylihoitajan allekirjoitus : _____

Kvinnlig könsstämpning i ditt arbete

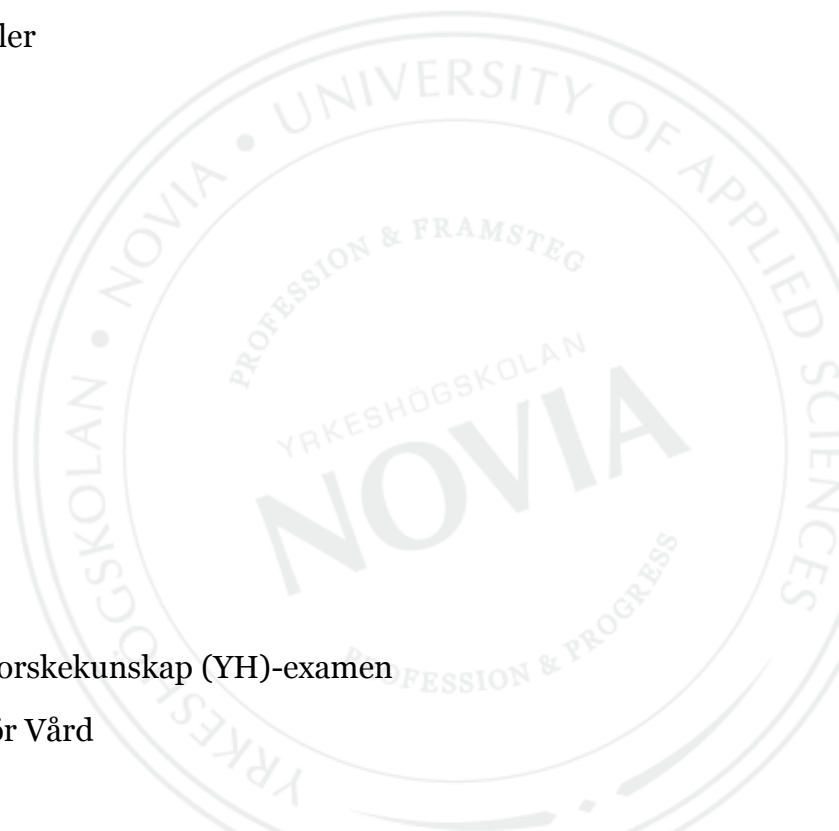
Föreläsning för barnmorskestuderanden

Bea Judin & Veronika Köhler

Utvecklingsarbete i barnmorskekunskap (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för Vård

Vasa 2010



UTVECKLINGSARBETE I BARNMORSKEKUNSKAP

Författare: Judin Bea och Köhler Veronika
Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa
Inriktning/alternativ/Fördjupning: Barnmorskearbete
Handledare: Koskinen Monika och Matintupa Eva

Titel: Kvinnlig könsstämpning i ditt arbete - Föreläsning för barnmorske-
studeranden

Datum 9.12.2010 Sidantal 11 Bilagor 2

Sammanfattning

Syftet med detta utvecklingsarbete är att förmedla kunskap om kvinnlig könsstämpning åt barnmorskestuderanden för att dessa blivande barnmorskor skall känna sig trygga i ett möte med en könsstämpad kvinna. Problempreciseringen är: Vilken kunskap om kvinnlig könsstämpning behöver barnmorskestuderandena?

Att hålla en föreläsning valdes som metod för att förmedla denna kunskap. I detta utvecklingsarbete i barnmorskekunskap har respondenterna beskrivit hur en föreläsning skall planeras och hållas samt vad man bör tänka på då en föreläsning hålls. Respondenterna beskriver hur de själva hållit en föreläsning för barnmorskestuderande.

Språk: Svenska Nyckelord: kvinnlig könsstämpning, föreläsa

Förvaras: Examensarbetet finns tillgängligt antingen i webbiblioteket Theseus.fi eller i biblioteket.

EXPERT KNOWLEDGE IN MIDWIFERY

Authors: Bea Judin and Veronika Köhler

Degree Programme: Nursing, Vaasa

Specialization: Midwifery

Supervisors: Monika Koskinen, Eva Matintupa

Title: Female genital mutilation in your work - A lecture for midwife students

Date 9.12.2010

Number of pages 11

Appendices 2

Summary

The aim of this expert knowledge project is to impart knowledge about female genital mutilation to midwife students so that these future midwives would have a sense of security in the encounter with a circumcised woman. The research question is: What kind of knowledge do the midwife students need regarding female genital mutilation?

A lecture was chosen as the method to pass on this knowledge. In this expert knowledge project the respondents describe how to plan a lecture, how to give a lecture and what should be taken into consideration when lecturing. The respondents describe how the lecture for the midwife students was done.

Language: Swedish

Key words: Female genital mutilation, lecturing

Filed at: The examination work is available either at the electronic library Theseus.fi or in the library.

Innehåll

1 Inledning	1
2 Syfte och problemprecisering	2
3 En föreläsning	2
3.1 Planering	3
3.2 Målgrupp och edukandanalys	3
3.3 Att föreläsa	4
3.4 Att tänka på	5
4 Resultat	6
4.1 Förberedelse	6
4.2 Genomförande	8
5 Kritisk granskning och diskussion	9

Litteratur

Bilagor

1 Inledning

Kvinnlig könsstympling är ett fenomen som inte ursprungligen hör till den finländska kulturen, men som via immigration når även Norden. Detta utgör en utmaning bland annat för yrkesmän inom social- och hälsovården, speciellt i områden där det finns en mångfald av flera nationaliteter. I sin lärdomsprovsstudie ville respondenterna utreda vilken kunskap och hurudant kunskapsbehov barnmorskor har om kvinnligköns - stympling samt om barnmorskorna känner sig trygga med den kunskap som de har. Lärdomsprovets teoretiska utgångspunkter grundade sig på Benners och Bentlings teori om kunskap samt Anderssons och Peplaus teori om trygghet. På basen av detta lärdomsprov kom respondenterna fram till att majoriteten av barnmorskorna upplever att de har bristfällig eller nöjaktig kunskap. Barnmorskorna har en hel del ytlig kunskap om temat och de flesta har bara några enstaka gånger kommit i kontakt med kvinnlig könsstympling i praktiken. Största delen av barnmorskorna uttryckte att de känner sig otrygga med den ifrågavarande kunskapen eftersom informationen som de har om temat är otillräcklig. Barnmorskorna uppgav vissa informationsområden som de speciellt önskade få kunskap om men största delen av barnmorskorna angav att de skulle vilja ha kunskap på alla områden som berör kvinnlig könsstympling. (Judin & Köhler, 2010, 1, 60-61).

På basen av informationen som respondenterna har fått från sitt lärdomsprov har tanken om att utvidga vårdpersonalens kunskaper förstärkts. I beaktande av resurserna har respondenterna valt att erbjuda barnmorskestuderanden en möjlighet att utvidga sin teoretiska kunskapsbas inom kvinnlig könsstympling. Syftet med detta utvecklingsarbete är att förmedla kunskap om kvinnlig könsstympling åt barnmorskestuderanden för att dessa blivande barnmorskor skall känna sig trygga i ett möte med en könsstympad kvinna.

Respondenterna kommer att hålla en två timmars undervisning för barnmorske studeranden om kvinnlig könsstympling. Undervisningsinnehållet kommer att uppbyggas bland annat på basen av resultatet från respondenternas lärdomsprov. På sina

framtida arbetsplatser kan dessa nyblivna barnmorskor dela sina kunskaper till annan personal.

2 Syfte och problemprecisering

Efter utförandet av lärdomsprovet har respondenterna kännedom om vad informant gruppens barnmorskor vet om kvinnlig könsstympling och att största delen av barnmorskorna inte känner sig trygga med den ifrågavarande kunskapen. Respondenterna har också kännedom om vad barnmorskor vill veta mera om och hur de skulle vilja förvärva denna kunskap. Tillämpningen av denna information riktas mot studeranden. Syftet med detta utvecklingsarbete är att förmedla kunskap om kvinnlig könsstympling åt barnmorskestuderanden för att dessa blivande barnmorskor skall känna sig trygga i ett möte med en könsstympad kvinna.

Fråga: Vilken kunskap om kvinnlig könsstympling behöver barnmorskestuderandena?

3 En föreläsning

Eftersom respondenterna vill ge ny kunskap åt de yngre studerandena, är en föreläsning en passande metod för utvecklingsarbetet. En föreläsning består av flera olika skeden och det finns mycket som skall tas i beaktande bland annat med tanke på vem man föreläser för och vad föreläsningen behandlar.

3.1 Planering

Planeringen är en nödvändig och tidskrävande del av presentationen. Det finns sex väsentliga helheter i planeringen som skall tas i beaktande. Första steget är att fundera på målsättningen. Innehållet skall anpassas enligt framställningens och åhörarnas krav eller förväntningar. Det är viktigast att sträva efter att åhörarna känner sig nöjda. När målsättningen börjar klarna, skall man fortsätta med faktainsamling. Det tredje steget är att fundera på dispositionen – i vilken ordning eller struktur skall innehållet presenteras för att det passar för målgruppen. Följande sak som man behöver fundera på är vilka hjälpmedel som kan användas och som förstärker presentationens budskap. Femte steget är att göra ett manuskript t.ex. i punktform. Manuskriptet hjälper föreläsaren att komma ihåg allt och i den rätta ordningen, vilket ökar hans trygghet under presentationen. Manuskriptet är bra att ha eftersom samtidigt som man framställer skall man ha ögonkontakt med åhörarna, tala tydligt, variera röstläget, uppmuntra åhörarna att ställa frågor, vara engagerad, tänka på kroppsspråket, kontrollera tiden samt vara glad och naturlig. Den sjätte och sista helheten i planeringen är repetition. Man går igenom framställningen och ser hur länge den kommer att ta. Repetitionen hjälper föreläsaren att känna sig bekant med materialet, vilket ger trygghet. (Holmqvist, 1997, 25-28, 32).

3.2 Målgrupp och edukandanalys

Eftersom det i respondenternas lärdomsprovsresultat framkom att barnmorskorna tyckte att man borde få mera kunskap om kvinnlig könsstympning under studietiden, så håller respondenterna en föreläsning om ämnet för barnmorskestuderanden.

Man skall bekanta sig med den grupp som man skall föreläsa för så att man kan anpassa föreläsningssättet enligt gruppen. Det man bör veta om sina åhörare är varför de är där, vad de förväntar sig, vad de önskar och vad de behöver, hur mycket de vet, på vilket sätt de förhåller sig till mig och mina synpunkter samt påverkar deras tidigare erfarenheter deras attityd mot mig? (Stuart, 2001, 20-21)

Varför är de där? Har de kommit för att lyssna av egen fri vilja eller är det bestämt för dem att vara där. Detta kan påverka deras förhållningssätt till föreläsaren. Om det är så

att de som deltar har den attityden att de inte vill vara där och lyssna så får man försöka ändra attityden och få åhörarna intresserade av det som skall föreläsas. Vad väntar de sig? Man måste svara på åhörarnas förväntningar. Man skall inte börja tala om något som inte är menat att tala om. Det får åhörarna att tappa intresset och sluta lyssna. (Stuart, 2001, 21-23).

Vad önskar de och vad behöver de? För att få alla åhörare med till målet måste man göra resan behaglig. Ämnet måste svara på åhörarnas behov, man måste sätta sig in i åhörarens situation och framföra sitt ämne genom deras synvinkel. Om åhörarna redan från början verkar ointresserade kan man redan då förklara för dem varför de drar nytta av att lyssna. Hur mycket vet de? Några frågor som man bör tänka på är hur mycket vet åhörarna om ämnet, hur mycket tror åhörarna att de vet, hur mycket vill de veta och hur mycket behöver de veta för att de skall komma till det mål som lagts upp? Den sista frågan är den viktigaste, men den kan endast besvaras då man fått veta åhörarnas nuvarande kunskapsnivå. Man måste veta vilken kunskapsnivå man skall föreläsa på, inte använda för lätt eller för svårt språk. På båda sätten kan man förlora åhörarnas intresse. (Stuart, 2001, 23-26).

3.3 Att föreläsa

En föreläsning är som en presentation av ett visst ämne som skall läras ut eller förmedlas till åhörarna. Enligt Hedin (2003, 13-21) består en presentation av fem olika delar. Dessa delar är start, inledning, informationsdel, sammanfattning och avslut. Starten på en presentation är det allra första som sägs. Den kan bestå av endast några få ord, men den skall fånga intresse eftersom åhörarna under denna lilla stund hinner bilda en uppfattning om hur presentationen kommer att vara. Efter starten kommer inledningen där man presenterar sig själv samt sitt föreläsningämne. Man bör även göra klart för när man tänker avsluta. Inledningen skall ge en överblick över vad föreläsningen kommer att innehålla och den skall väcka intresse. Informationsdelen är följande steg i föreläsningen. Här tar man upp det ämne som man vill framföra. Det är viktigt att ta upp det mest väsentliga och på så vis begränsa sitt material. Efter detta kommer sammanfattningen som skall dra ihop föreläsningen. Man kan ta en snabb återblick på föreläsningen och ta emot frågor som inte kanske vågat ställas tidigare.

Sammanfattningen skall vara kort och ta upp endast det väsentligaste. Som sista punkt i föreläsningen avslutar man. Avslutningen skall vara tydlig och inte vara längre än 20 sekunder. I avslutningen kan man gärna anknyta till sin start.

Hedin (2003, 24) berättar om en så kallad rubrikteknik som dispositionssätt. Respondenterna har valt att använda denna i sin föreläsning. Den så kallade rubriktekniken innebär att materialet som skall behandlas är inlagt under passande rubriker. Materialet skall vara anpassat till åhörarna. Rubrikerna skall ge en blick över innehållet samt väcka intresse. Till denna teknik är det passande att använda bilder som förstärkning. Tekniken fungerar bra då man vill ta upp flera olika delar av ett ämne. Rubrikerna hjälper föreläsaren och åhörarna att hålla fast vid den röda tråden.

3.4 Att tänka på

Det finns mycket man bör tänka på då man håller föreläsning. Sådana saker som att ska man använda bilder eller andra hjälpmedel samt hur man använder tiden. Man måste hålla i tankarna vilken kunskapsnivå åhörarna är på, skapa intresse, använda kroppsspråk och hålla den röda tråden.

Bilder kan säga mer än tusen ord. Genom att använda sig av bilder kan man förstärka det som man berättar för åhörarna. De har lättare att koppla texten och komma ihåg texten till en bild än om det bara var text efter text. När det gäller tiden för föreläsningen bör man avsluta den på överrenskommen tid eller någon minut före. Man måste respektera att åhörarna kan ha annat de ska göra eller någon annanstans de ska vara efter föreläsningen. (Hedin, 2003, 37-45).

Det går att använda flera olika hjälpmedel och alla dessa har för- och nackdelar. Med PowerPoint kan man visa bra bilder, den är snabb och effektiv, men kan lätt bli opersonlig och tråkig. Man skall känna till hur man använder apparaturen och komma ihåg att starta den i tid. (Hedin, 2003, 57-58).

Använder man sitt hjärta och vågar visa vad man tycker och känner får man intresse och reaktioner från åhörarna. Även det att man visar kunnighet i ämnet som man föreläser i väcker intresse. Man ska vara sig själv. Att ta emot deltagarens frågor och synpunkter ger dem en känsla av att de också är intressanta. Man skall hålla ett öppet kroppsspråk till deltagarna, vara vänd mot deltagarna, söka ögonkontakt, le och visa intresse. Genom detta får man bättre kontakt med deltagarna. Det kan få deltagarna att våga vara mera delaktiga i föreläsningen. Då kommunikationen är dubbelriktad får föreläsningen större betydelse. (Hedin, 2003, 64-66).

Hedin (2003, 46-49) berättar om att hålla sig till den röda tråden. För att göra detta så måste man klara av två problem. Det första av dessa är att man har gjort en tydlig föreläsning, en röd tråd som allt hänger med i. Alltså skall det vara tydliga övergångar från en sak till en annan, då kan lyssnaren bäst följa med. Det andra problemet är att kunna hitta tillbaka till sin röda tråd. Kommer man av sig eller in på ett sidospår kan det vara svårt att hitta tillbaka ibland. Man kan se tillbaka på föregående punkt eller bild. Man skall inte börja ursäkta sig utan bara fortsätta.

4 Resultat

I kapitlet beskrivs hur målgruppen har analyserats, hur föreläsningen har planerats steg för steg, hur respondenterna har förberett den och hur föreläsningen sedan genomfördes.

4.1 Förberedelse

Respondenterna har utfört en edukandanalys av de åhörare som ämnar komma till föreläsningen. Med hjälp av denna analys är föreläsningens innehåll format.

Åhörarna som kommer att delta i föreläsningen är barnmorskestuderanden som är inne på sin tredje och sista termin. De har alltså varit ute på barnmorskepraktik och har fått en del praktisk erfarenhet av barnmorskearbetet. Gruppen består av 11 stycken unga

vuxna kvinnor, i ca 20-30 års ålder. De har alla bakom sig en sjuksköterskeutbildning. Under denna tid har de varit på någon föreläsning om kvinnlig könsstympning och en del av deltagarna har till och med gjort grupparbeten om temat. Så respondenterna måste ta i beaktande att åhörarna redan kan en del om ämnet och att föreläsningen ska föra med sig något nytt till åhörarna. Respondenterna tog reda på vad åhörarna ungefär redan visste. Det kom fram att de hade kunskap om en del bakgrundsfakta om kvinnlig könsstympning och om de olika typerna av kvinnlig könsstympning som finns. Respondenterna valde att i föreläsningen endast kort repetera bakgrundsfakta och de olika typerna. Största tyngden låg på att informera åhörarna om bemötande, det praktiska i vården, före, under och efter graviditet, samt hur man helt kliniskt praktiskt går tillväga vid en deinfibulation. Materialet måste anpassas till åhörarnas kunskapsnivå. Åhörarna går en yrkesexamensutbildning inom vården och de begrepp som används är sådana som borde vara bekanta för dem vid det här laget.

När åhörarnas kunskapsnivå var kartlagd startade informationsinsamlingen. De data som behövdes söktes och hittades bland annat publikationer av World Health Organisation (WHO) samt i andra vetenskapliga publikationer. Data bearbetades och ordnades i passliga kategorier. Informationens strukturering gjordes enligt målsättningen; materialet ordnades med hjälp av huvudrubriker i kronologisk ordning och genom att först placera informationen om teori och sedan om praktik.

För att få varierande inlärningsmetoder planerade respondenterna vilka hjälpmedel som kunde vara användbara. PowerPoint (se bilaga1) valdes som ett hjälpmedel så att åhöraren samtidigt som de lyssnar kan uppfatta det viktigaste innehållet även visuellt. Användningen av OH värderades, men eftersom bildmaterial kunde kopieras och scannas på PowerPoint-dokumentet så valdes PowerPoint. För att få annan variation i presentationen och i åhörarnas inlärningsportar söktes passliga videobilder. Passligt videomaterial hittades. Respondenterna bad om lov och fick tillståndet för att använda filmen som en del av föreläsningmaterialet (se bilaga2). Även bilder söktes som stöd för skriftlig och muntlig information. Passliga bilder hittades i WHO:s publikationer där användning av innehållet var tillåtet. Andra bilder skapades med hjälp av egen konstnärlig hand. För att kunna lära målgruppen hur man klarar ett visst kliniskt

arbetsmoment, värderades olika hjälpmedel. Respondenterna valde att utveckla rekvisitan som var och en av barnmorskestuderanden skulle få öva med.

Manuskriptet gjordes med hjälp av PowerPoint som också skulle fungera som stöd både för åhörarna och för föreläsarna. Föreläsarnas manuskript klipptes i kortform och där skrevs även viktiga nyckelord som stöd. Till sist övade respondenterna för sig själva och tillsammans i att presentera innehållet och försökte uppskatta hur länge föreläsningen skulle ta.

Utrymmet där presentationen skulle hållas var bekant från tidigare så respondenterna gick bara igenom apparaturen samt tog färdigt fram rekvisita och hjälpmedel som skulle användas. Tidpunkten hade bokats till den 1.12.2010 kl. 13.15-15. Vid behov kan en 15 minuters paus hållas. Det har planerats att åhörarna sitter framför respondenterna i en u-formad osluten cirkel. Frågor får ställas när som helst under föreläsningen.

4.2 Genomförande

Presentationen började 1.12.2010 kl. 13.15. Respondenterna presenterade sig själva, sitt tema och önskade alla åhörare som satt i en u-formad cirkel välkomna. Respondenterna turades om att stå framme och presentera innehållet.

Före själva huvudtemat informerades målgruppen varför de kommer att få denna undervisning, det vill säga vilken målsättning föreläsningen hade. Bakgrunden till detta utvecklingsarbete, respondenternas lärdomsprov, presenterades kort. Själva huvudtemat påbörjades genom att framföra de mest väsentliga bakgrundsfakta, det vill säga vem som utsätts för kvinnlig könsstympning, varifrån traditionen härstammar och varför det berör oss i Finland. Olika könsstympningstyper repeterades och dess följder förklarades. Resten av viktig bakgrundsfakta (bland annat hur det görs, varför och av vem) kunde åhöraren plocka från videofilmen. Videons avsikt var också att hjälpa åhöraren att förstå kulturen som ligger bakom kvinnlig könsstympning. Blivande barnmorskor fick också undervisning om den lagstiftning som berör detta tema.

Sedan diskuterades vad man skall ta i beaktande vid bemötande av en flicka, kvinna eller familj som på något sätt berörs av kvinnlig könsstymning. Det viktiga förebyggande arbetet genomgicks. Vården under antenatal-, perinatal- och postpartum tiden förklarades. Barnmorskestuderanden fick undervisning om öppnandet av vulvan samt göra kliniska övningar (bedöva, klippa och sy) på skumgummi som föreställde en infibulerad kvinnas genitalier. Till slut diskuterades det tillsammans om två olika påhittade patientfall.

Avslutningsvis repeterades tre viktiga punkter som respondenterna ansåg att varje barnmorskestuderande borde komma ihåg om denna presentation. Respondenterna påminde om hur viktig roll och stort inflytande dessa blivande barnmorskor har samt önskade att alla fått mera kunskap och att de skulle känna sig tryggare med den såsom det visades på den sista bilden i Slideshowen. Presentationen avslutades kl 15.00, vilket inkluderande en 15 minuters paus.

5 Kritisk granskning och diskussion

I detta kapitel kommer respondenterna att diskutera kring hur utvecklingsarbetet blev, nådde arbetet sitt syfte, besvarades frågeställningen och finns det något som skulle kunnat göras annorlunda eller förbättrats? Respondenterna kommer även att utgående från metoden som använts i detta utvecklingsarbete kritiskt granska de resultat som framkom.

Respondenterna har planerat sin föreläsning enligt hur Holmqvist (1997, 25-28, 32) beskrivit att en planering borde ske. Åhörarnas kunskap och kunskapsnivå togs reda på och materialet blev lättare att välja ut då det fanns ett klarare mål att följa. Innehållet var upplagt enligt de behov som framkom att åhörarna hade och en tydlig disposition gjordes. Rubrikerna gjorde det lättare att följa den röda tråden i och med att de kom i en logisk ordning så som Hedin (2003, 24) skrivit i sin bok. Hedin (2003, 57-61) berättar

om olika hjälpmedel som kan användas vid en föreläsning. Respondenterna hittade passande, behändiga och varierande hjälpmedel.

Hedin beskriver även en föreläsningens fem olika delar. Dessa anser respondenterna att alla togs i beaktande i föreläsningen. Starten på föreläsning var att hälsa på åhörarna, sedan inledde respondenterna med att berätta kort vad som skulle tas upp och hur länge föreläsningen skulle hålla på. I informationsdelen kom det fram vad respondenterna ville förmedla till åhörarna. Sammanfattningsvis tog respondenterna upp tre punkter som respondenterna ansåg vara de viktigaste. Tillslut avslutades med en bild som återspeglade den andra bilden som visades i introduktionen. Åhörarna verkade uppfatta den röda tråden och såg att föreläsningen hade kommit till sitt slut. (Hedin, 2003, 13-21).

Både Hedin (2003, 64-66) och Holmqvist (1997, 32) berättar om vikten av att ha ett öppet kroppsspråk och vara naturlig då man talar samt att se på åhörarna, våga möta deras blickar och få dem delaktiga. Respondenterna försökte enligt bästa förmåga följa detta och åhörarna gav respons genom frågor samt kommentarer. Därmed upplevde respondenterna att interaktionen olika parter emellan var god.

Respondenterna gjorde en edukandanalys av åhörarna där det tydligt framkommer deras kunskapsnivå samt behov av kunskap. Med hjälp av detta kunde passlig information om temat väljas. Respondenterna anser att analysen av målgruppen lyckades och åhörarnas behov och förväntningar uppfylldes.

Svårast i planeringen var att uppskatta tidsramen. I början av presentationen kändes det som om tiden var alltför lång och i slutet kändes det som om tiden skulle ta slut för snabbt. Respondenterna lyckades trots detta hålla tiden och fick allt planerat innehåll med utan problem.

Allt som allt är respondenterna nöjda med sin föreläsning och anser att samtidigt som utvecklingsarbetets syfte kunde nås, uppfylldes även lärdomsprovets mening. Det har

känts meningsfullt att konkretisera en önskan om att få mera kunskap om kvinnlig könsstämpning – redan under utbildningen.

Litteratur

Hedin, A. (2003). *Presentationsteknik-en handbok i framgång*. Lund: Studentlitteratur.

Holmqvist, T. (1997). *Presentationsteknik–En handbok för underhållande presentationer*. Malmö: Liber Ekonomi.

Judin, B. & Köhler, V. (2010). *Kvinnlig könsstympling- ett utmanande kunskapsområde. En empirisk studie om barnmorskors kunskap om kvinnlig könsstympling*. Opublicerad avhandling för barnmorske examen. Yrkehögskolan Novia, Vasa.

Stuart, C. (2001). *Viesti tehokkaasti, esiinny vakuuttavasti*. Juva: WSOY.

Kvinnlig könsstymning i ditt arbete



FÖRELÄSNING FÖR BARNMORSKESTUDERANDEN

©BEA JUDIN OCH VERONIKA KÖHLER
UTVECKLINGSARBETE 1.12.2010

Öka kunskap och trygghet!



- Målet för denna föreläsning är att öka er kunskap om kvinnlig könsstymning så att ni känner er trygga! 😊



Föreläsningens innehåll



- Vårt lärdomsprov
- Bakgrundsfakta om kvinnlig könsstympning
 - - typerna, geografiskt / kulturellt ursprung, vem och hur många utsätts för samt av vem, följer
- Film
- Hur man praktiskt går tillväga i vården (bemötande, förebyggande, antenatal, perinatal, postpartum)
- Praktisk övning
- Case study

Bakgrundsfakta; vem, när, var, av vem



- Flickor i åldern 4-10 (också nyfödda-vuxna kvinnor)
- Ca 140 miljoner flickor /kvinnor i världen, 6000 kvinnliga könsstympningar dagligen
- 28 av Afrikas länder, bl.a. Sierra Leone, Guinea, Gambia, Mali, Egypten, Sudan, Eritrea, Djibouti, Etiopien (74,3 %) och Somalia (97,9 %).
- Utförs av kvinnor i byn/slakten, även traditionella omskärerskor, barberare
- Immigration till Finland fr.o.m. 1990-talet
- Svårt att uppskatta hur många könsstympade flickor/kvinnor i Finland

Olika typer:

- Normal vulva

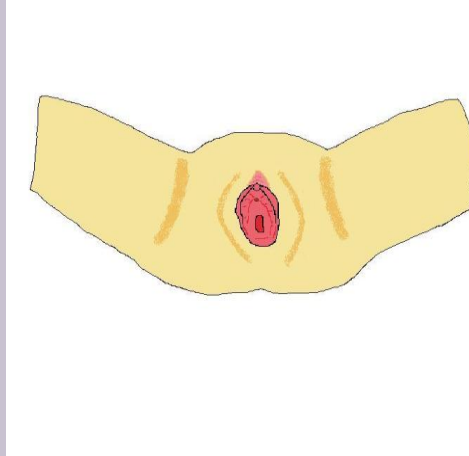


Bild: Veronika Köhler

Typ I

- bortskärning av en del av eller hela klitoris med eller utan bortskärning av förhuden

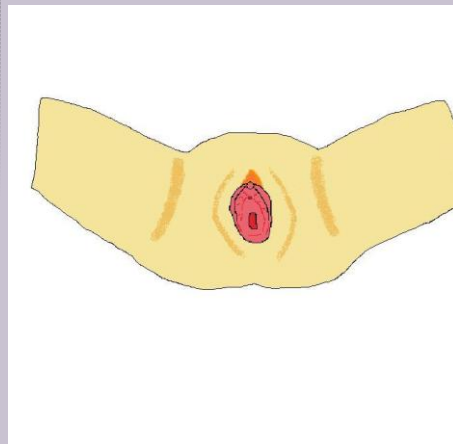


Bild: Veronika Köhler

Typ II

- partiell eller fullständig bortskärning av klitoris och de inre blygdläpparna, med eller utan bortskärning av de yttre blygdläpparna

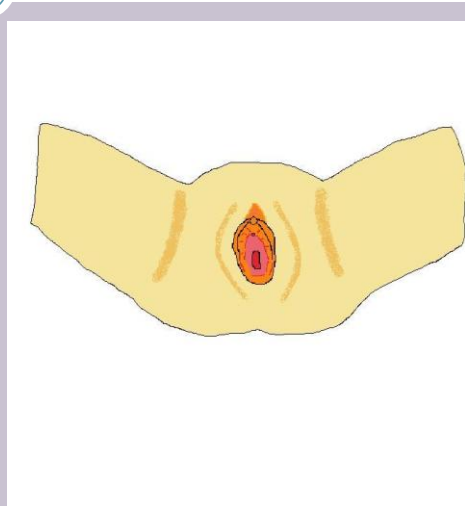


Bild: Veronika Köhler

Typ III

- vaginal- öppningen trängre genom att man täcker en del av den med fastsydda inre eller yttre blygdläppar. Även klitoris kan vara bortskuren
- Infibulation
- Faraonisk omskärelse

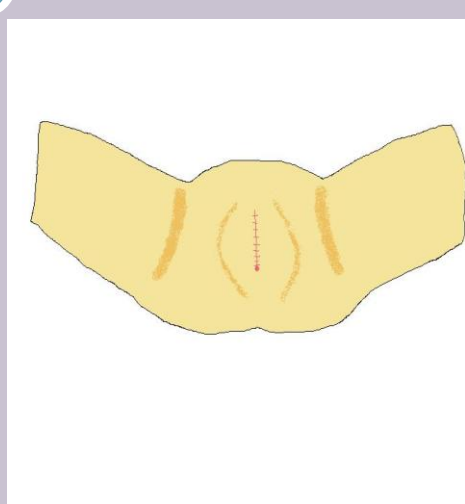
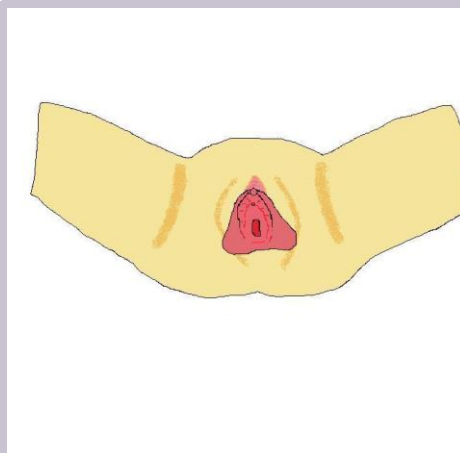


Bild: Veronika Köhler

Typ IV

- alla andra former av kvinnlig könsstumpning av icke-medicinska orsaker, utom de tidigare nämnda. Exempel på detta är att man gör hål, snitt eller skrapar i blygdläpparna. Även tånjning av blygdläpparna åt sidan förekommer



Direkta följder

- - svår smärta
- -blödningar
- -chock
- -svårigheter vid att eliminera urin eller avföring
- -infektioner; HIV, hepatit, stelkramp, sepsis, urinvägsinfektion
- -psykosociala problem
- -benbrott
- -i värsta fall DÖD!!!

Långvariga men



- -kronisk smärta
- -cystor, fistlar, urinvägsinfektioner, PID, även kroniska infektioner, HIV, genital herpes, bakteriell vaginos
- -minskad sexuell njutning, smärta under samlag, även mannen kan uppleva smärta, att ha vaginal samlag kan vara omöjligt
- -psykosociala följder; -obehagskänsla under sex, rädsla för samlag, posttraumatisk stressyndrom, ångest, depression
- -problem vid menstruation och urinering
- -barnlöshet
- -vaginal undersökning och katetrisering kan vara svårt eller omöjligt
- -ifall trångt introitus kan vulvan öppnas (deinfibuleras) enligt behov

Inverkan på förlossningen



- kan hindra vaginal undersökning och uppföljning under graviditeten och förlossningen
- katetrisering kan bli svårt eller omöjligt
- alla fyra olika könsstypningstyper kan förlänga förlossningen eller utgöra ett hinder för förlossningen
- En vaginal infektion på grund av könsstypning eller införsel av naturläkemedel i vaginan kan orsaka ärrbildning och oelastisitet i slemhinnan, vilket försvårar förlossningens framgång
- större risk för kejsarsnitt
- större risk för episiotomi och perineala rupturer



- fistlar
- rikligare blödning efter förlossning
- enligt who:s källor har kvinnor som är infibulerade 55 % högre risk att förlora sitt barn under eller direkt efter förlossningen jämfört med kvinnor som inte är könsstympade
- inget samband med perinatal mortalitet och kvinnlig könsstympning i Sverige
- Förlossningsrädsla
- ökar risken för maternell död

Film



- Har fått tillstånd av finska missionssällskapet att visa filmen!
- (Marttinen & Ruohotie, 2008)

Lagstiftning



- För att veta vad du får göra och vad du inte får göra måste du känna till lagar som tillämpas vid denna fråga
- Får inte sy ihop vagina efter öppnande
- Enligt strafflagen (2001/654, kap 21, § 6) är misshandeln grov om det utförs på ett rått eller grovt sätt och orsakar allvarlig kroppsskada, sjukdom eller ett livshotande läge. Man kan få två till tio års fängelsestraff, även om en flicka förs utomlands för könsstympning.
- Enligt barnskydds- lagen (13.4.2007/417, § 25) är personalen t.ex. inom hälso- och sjukvården pliktig att anmäla till kommunens socialvård om man misstänker att ett barn behöver vård och omsorg eller om barnets utveckling äventyras. Därmed utgör detta ett undantag i tystnadsplikten.

Hur du praktiskt skall gå tillväga?



- Bemötande
- Förebyggande
- Antenatal vård
- Perinatal vård
- Postpartum vård

Bemötande



- finkänslig och sensitiv
- Visa respekt för kvinnan! Kom ihåg att kvinnlig könsstympning är naturligt och kulturellt positivt i många länder.
- akta för att du inte betar dig förnedrande, ställer kränkande/generade frågor, eller skuldbelägger kvinnan (eller mannen!)
- Om du tycker synd om flickan/kvinnan eller är väldigt häpnad över det du hör eller ser – visa inte det för henne. Var empatisk men saklig.
- Kom ihåg att säga att du har tystnadsplikt
- Notera; med klienter och i det förebyggande arbetet pratar man om OMSKÄRELSE! –detta ord har svagare känsloladdning än begreppet kvinnlig könsstympning

Förebyggande arbete...



- börjar då kvinnan är gravid
- viktigt att ta detta ämne på tal t.ex. under första antenatala besöket
- när man pratar med kvinnan/familjen använd hellre begreppet omskärelse
- Använd gärna öppna frågor
- genom diskussion och undersökning utreda hurudan situation flickan/kvinnan/familjen har gällande omskärelse samt DOKUMENTERA allt som man fått reda på, vad man diskuterat om.
- ge passlig information för klienten (som hjälp kan du printa ut skriftlig info på finska, svenska, engelska och somaliska från social- och hälsoministeriets webbsidor: www.stm.fi -> publikationer -> invandrare – informationsmaterial)

...förebyggande arbete.



- när en flicka har fötts kan frågan tas upp igen, situationen kan uppföljas och diskuteras på rådgivningen t.ex. vid blöjbyte. När barnet närmar sig skolåldern kan man fråga t.ex. vad familjen skall göra på sommaren, och skapa så en diskussion om temat. Dokumentera efteråt!
- om det väcks en misstanke om att en flicka kommer att könsstympas eller blivit könsstympad i Finland, skall man ta upp frågan med föräldrarna och vid behov be att få göra en gynekologisk undersökning. Om misstanken förstärks **är du pliktig att kontakta barnskyddet!** Barnskyddet värderar om fortsatta åtgärder och om polisen skall inblandas.

Antenatal vård...



- Utredda könsstymplingstypen -> rätt uppföljning och vård under graviditeten och den framtida förlossningen
- diskutera! (öppna frågor)
- Försök skapa ett bra vårdförhållande så att ni kan diskutera så öppet som möjligt:
 - om hur det har påverkat kvinnans liv, hur det har påverkat parförhållandet, hur paret inställer sig till saken
 - om de får en flicka vad de kommer att göra, vilka följer en könsstympling har, att det är förbjudet, att det är mot mänskliga rättigheter, att man får fängelsestraff om man låter sin dotter bli könsstympad i Finland eller utomlands

...antenatal vård



- noggrann uppföljning beträffande eventuella infektioner; UVI, vaginit, bakteriell vaginos. Märk att det kan vara svårt/omöjligt att få ett tillförlitligt prov. Om engångskatetrisering inte är möjligt, överväg öppnande av vulva.
- pre-eklampsi? -> nödvändigt att få tillförlitliga u-prov. Om urinrörsmynningen är täckt, överväg öppnande av vulva.
- vid andra trimestern rekommenderas deinfibulation polikliniskt på sjukhus ifall det behövs

Missfall/abort



- tömning graviditetsmaterialet kan delvis förhindras p.g.a. trångt introitus. Därför skall öppnande av vulva övervägas

Förlossningsvård



- Om man under öppningsskedet kan utföra behövda undersökningar via vaginan kan öppnandet av vulva vänta tills början av utdrivningsskedet.
- Om öppnandet behöver göras redan under första förlossningsskedet kan man suturera såret först efter att barnets fötts för att ärrvävnad sällan blöder rikligt.
- Om fostret behöver fås ut snabbt, klipp upp vävnaden raskt. Kom ihåg att lämna ärrvävnaden ovanför urinrörsmynningen oklippt.
- Sy såren och rupturerna efter att placentan har fötts (som vanligt)

Postpartum vård



- samma postpartum vård som hos alla kvinnor men ta i beaktande att en könsstympad kvinna kan ha större rupturer och rikligare blödning jämfört med andra föderskor
- tillräcklig smärtlindring

Deinfibulation = öppnandet av vulva



- **Många anledningar till deinfibulation:**
 - Urinretension, UVI, PID, infektion i genitalier
 - hematokolpos (mensblödning kvarstannar i slidan), andra menstruationsproblem
 - problem vid samlag
 - ofullständigt missfall, förlossning
 - användning av vissa preventivmedel
 - om ärrvävnaden inte är tillräckligt elastiskt
 - Om inre undersökning eller vaginal medicinering vid gynekologisk sjukdom inte är möjligt (pga att introitus är 1 cm eller mindre) men nödvändigt

...deinfibulation...



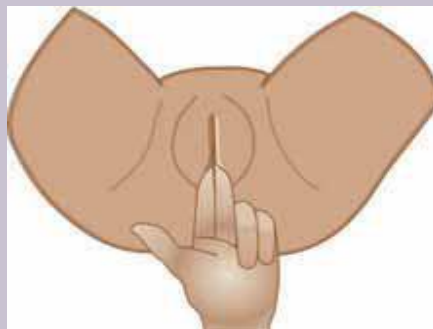
- **Diskutera om deinfibulationen med kvinnan (och hennes man) före**
 - Gå igenom vad öppning av vulva innebär, visa hur normal anatomi ser ut och hur hon kommer att se ut, vilka följder det har (urineringen sker snabbare och är hörbart, menstruationsblödningen kan kännas rikligare, man kan känna sig "för öppen" – luft kan komma in i slidan, samlag kan kännas bekvämare)
- **Kom ihåg att omfattande deinfibulation inte är "tillåtet" i alla kulturer, i vissa kulturer återsys området fast efteråt, vilket inte är acceptabelt i Finland – diskutera detta med kvinnan.**

Tidpunkt för deinfibulation

- rekommenderas att utföras före sexdebut eller före äktenskap för att undvika onödig obehagskänsla hos kvinnan och mannen
- rekommenderas att utföras före en graviditet, för att säkerställa tillräcklig uppföljning av graviditeten och fostrets mående
- om kvinnan redan är gravid, rekommenderas deinfibulation bara under **2. trimestern**. Om man gör det under första trimestern och spontant missfall sker kan man felaktigt tro att det har berott på öppnandet
- om det görs först under förlossningen är bästa tidpunkten i början av utdrivningsskedet (före eventuell episiotomi)

Hur du öppnar vulvan, deinfibulerar

- 1) Berätta för kvinnan vad du gör
- 2) lägg märke till aseptiskt arbetssätt
- 3) Lokalisera introitus, rengör området
- 4) lyft upp ärrvävnaden från underliggande vävnad med ditt finger



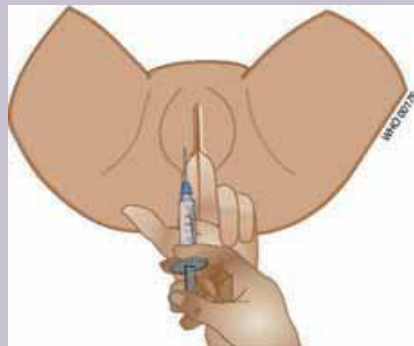
• WHO, 2001a, 77

- Bild: Dr Harry Gordon (WHO, 2001b, 17)



...deinfibulation

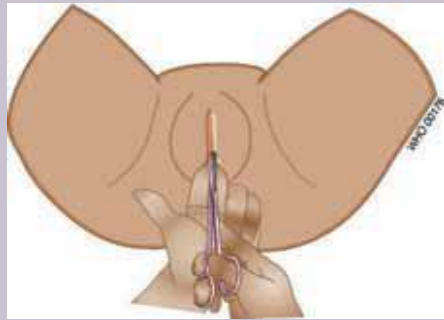
5) Bedöva ärrvävnaden samt båda sidorna runt ärrvävnaden med lokalbedövning. Spinal- eller epiduralbedövning passar också. (Om kvinnan har väldigt traumatiska minnen från könsstymningen kan det vara bäst att utföra ingreppet under allmän anestesi)



- (WHO, 2001a, 78)

...deinfibulation...

- 6) Håll ett finger under så att det skyddar underliggande vävnad eller fostrets huvud. Börja klippa från hålet rakt uppåt. Sluta klippa när du når urinrörsmynningen, akta för att du inte skadar det. Om det är fråga om en infibulation, brukar det kvarstå 4-5 cm fastsytt ärrvävnad från urinrörsmynningen uppåt mot klitoris.



- (WHO, 2001a, 78)

- 7) Suturena kanterna på sidorna med smältbara stygn (3-0 eller 4-0 dexion/vicryl) så att de inte blöder och så att sammanväxningar inte formas. Informera om att vulvan inte får sys fast igen utan introitus lämnas öppen.
- 8) Såren tillfrisknar inom en vecka. Informera om eftervården (daglig nedredelstvätt) samt att paret får ha samlag tidigast om 10-14 dagar. Om infibulation görs under förlossningen kan det vara bra att sexdebuten sker ännu senare.



- Bild: Dr Harry Gordon (WHO, 2001a, 79)

Praktisk övning



- Öva nu att bedöva och öppna en fastsydd vulva. Sy sedan sårkanterna PÅ SIDAN!

Case study 1



- 14 åriga Nataly (från Etiopien) kommer till gynekologikliniken pga långvarig värk i nedre magen. Du ber henne att lämna ett urin-prov och sedan komma in i mottagningsrummet. Hon berättar att hon hade svårigheter i att lämna provet men fick i alla fall några droppar i burken. Hon berättar om sina besvär och du får tanken att fråga om hon har blivit omskärdd. Hon berättar att hon blivit omskärdd (typ II) i sitt tidigare hemland när hon var 4 år. Hur fortsätter mottagningsbesöket?

Case study 2



- Mary som kommer från Eritrea är 22 år och skall gifta sig om några månader. Hon kommer på familjeplaneringsmottagningen och berättar att hon är väldigt rädd för att börja äktenskapslivet med sin blivande man. Hon förklarar att hon har genomgått en faraonisk omskärelse när hon var liten. Hur fortsätter ni?

Case study 3



- Den somaliska kvinnan Anne har just fött en dotter och du gör det första rådgivningsbesöket till deras hem. Anne hade en svår förlossning. Bl.a. måste man göra episiotomi och hon fick ruptur som började från en gammal ärrvävnad. Hur fortsätter hembesöket?

Case study 4



- Klara är en 20 årig förstföderska och kommer till förlossningsalen med barnvattenavgång och sammandragningar. Hon vill inte att inre undersökning skall göras vid mottagningen. Ni tar henne till en förlossningsal där ni sedan märker att Klara är könsstympad av typ III. Vaginal ingången är inte mera än 1 cm. Ni förklarar för Klara och hennes man att ni kommer troligtvis att behöva deinfibulera. Klara vägrar. Hur fortsätter ni vården?

Sammanfattning



- **DET SOM DU GÖR OCH SÄGER KAN HA STÖRRE INFLYTANDE ÄN DU SKULLE TRO**
- 1) Var finkänslig
- 2) Bry dig och skjut inte över ditt ansvar på någon annan
- 3) Ge tid åt klienten

Önskar er alla trygga stunder i ert framtida yrke!



Källor

Bikoo, M. (2007). Female genital mutilation: Classification and management. *Nursing standard*. 22, (7), 43-49

Judin, B. & Köhler, V. (2010). Opublicerad avhandling. *Kvinnlig könsstympning- ett utmanande kunskapsområde. En empirisk studie om barnmorskors kunskap om kvinnlig könsstympning.*

Marttinen, J. & Ruohotie, V. (2008). *Naisten sukuelinten silpominen- Faaraon hovista savimajaan.* Finska Missionssällskapet. [Online] http://www.mission.fi/aineistopankki/vidcot/naisten_sukuelinten_silpominen/ (hämtat 1.12.2010)

Ogunsiji, O, Wilkes, L & Jackson, D. (2007). Female genital mutilation: Origin, beliefs, prevalence and implications for health care workers caring for immigrant women in Australia. *Contemporary Nurse*.25 (1-2), 22-25

Tiilikainen, M. (2007). *Kvinnlig omskärelse i Finland.* Helsingfors: Förbundet för mänskliga rättigheter.

World Health Organization. (2001). Female Genital mutilation: Integrative the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery. WHO. 1-104. [Online] http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.4.pdf (hämtat 29.11.2010)

World Health Organization. (2001). *Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation.* WHO. 1-46. [Online] http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR_01_13_en/index.html (hämtat 29.11.2010)

World Health Organization & Department of Reproductive Health and Research. (2008). *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement.* WHO. 1-48. [Online] http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf (hämtat 15.3.2009)

From: @mission.fi> Wednesday - November 24, 2010 4:06 PM To:
Bea Judin <Bea.Judin@novia.fi> Subject: VS: video naisten sukupuolielimien silpomisesta
Attachments: Mime.822 (18 KB) [\[View\]](#) [\[Save As\]](#)

Hei Bea!

Olemme erittäin iloisia, jos käytätte materiaaliamme opetuksessa – sen takiahan me täällä niitä tuotamme. Sen verran jos muistatte vain sanoa, että kyseessä on meidän videomme.

Ystävällisin terveisin,

Verkkoviestinnän suunnittelija / Web Communications
Suomen Lähetysseura / Finnish Evangelic Lutheran Mission (FELM)
Tähtitorninkatu 18, 00141 Helsinki
p. (09) 1297273, 043 8242 154
www.mission.fi