

This is an electronic reprint of the original article. This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version:

Julia Gäddnäs, Mirjam Snellman, Anita Wiberg : Kvinnlig könsstämpning och sexualitet.
Kätilölehti 4/2020 : 19-21.

Kvinnlig könsstympning och sexualitet

TEXT Julia Gäddnäs, Mirjam Snellman, Anita Wikberg **BILDER** Riikka Käkelä-Rantalainen

Kvinnlig könsstympning påverkar 200 miljoner flickor och kvinnor i världen. Könsstympningen påverkar kvinnans hälsa på flera olika områden, både fysiskt, psykiskt och socialt.

Skribenterna från
Yrkehögskolan Novia:

Julia Gäddnäs,

Barnmorskestuderande,

Mirjam Snellman,

Barnmorskestuderande,

Anita Wikberg,

Lektor i vård, HVD,
barnmorska

Denna artikel är baserad på resultatet av ett examensarbete i form av en litteraturstudie över 21 artiklar. Studien genomfördes under 2018–2019 vid Yrkehögskolan Novia. Examensarbetet förväntas publiceras under år 2020 i Yrkehögskolan Novias publikationsserie i en rapport som heter *Upplevelser och erfarenheter av interkulturell vård och mödravård i Finland*, rapporten kommer att hittas på www.novia.fi. Utöver examensarbetet är artikeln även baserad på resultatet av ett utvecklingsarbete som kommer att publiceras på theseus.fi under år 2020.

Denna artikel fokuserar främst på den sexuella och reproduktiva hälsan, samt vilka vårdåtgärder kvinnan har möjlighet till. I vilken grad kvinnan påverkas beror till stor del på hur omfattande själva könsstympningen är.

Smärta och förlorad sexuell njutning

Smärta är ett av de vanligaste problemen för könsstympade kvinnor. Smärtan är vanligt förekommande både vid menstruation och urinering, samt under och efter samlag. Smärtan kan bero på oelastisk ärrvävnad, klitorala neurom och blockerat menstruationsblod.

För könsstympade kvinnor kan det vara svårt att känna sexuell upphetsning och lust, och ofta försvåras lubrikationen. Detta kan göra att det uppstår problem vid penetrering. Kvinnor som upplevt sexuella relationer innan könsstympningen beskriver att de innan könsstympningen kunde känna sexuell lust, vilket efter könsstympningen försvunnit. Könsstympade kvinnor upplever ofta svårigheter med att känna sexuell njutning och tillfredsställelse, och de kan ha svårt att få orgasm. Sexuell njutning kan ändå uppnås genom stimulering på andra sätt och genom att leva i ett förstående, kärleksfullt och harmoniskt förhållande.

En könsstympad kvinnas äktenskap eller relationer kan till följd av komplikationer som uppstått av könsstympningen påverkas negativt. ▶

KVINNLIG KÖNSTYMPNING

- Det uppskattas att det i världen finns omkring 200 miljoner flickor och kvinnor som lever med kvinnlig könsstympning.
- I Finland uppskattas 10 000 kvinnor leva med kvinnlig könsstympning och ytterligare 650–3080 kvinnor ligger i risk att bli könsstympade.
- Till kvinnlig könsstympning räknas allt som avsiktligt skadar eller ändrar kvinnans könsorgan utan medicinsk orsak.
- Det finns enligt WHO fyra olika typer av kvinnlig könsstympning.
- Kvinnlig könsstympning utövas främst i nordöstra, östliga samt vissa delar av västra Afrika och även i delar av Mellanöstern och Asien. Kvinnlig könsstympning har kommit till Europa och även Finland genom migration från dessa områden.
- I Finland finns ingen specifik lagstiftning mot kvinnlig könsstympning, men alla former av könsstympning är ändå en straffbar handling som skulle falla under grov misshandel. Detta gäller även reinfibulation.
- Deinfibulation innebär att man öppnar upp äret efter en könsstympning av typ 3.
- Reinfibulation innebär att kvinnans underliv sys ihop igen efter en förlossning/deinfibulation.

Olika typer av kvinnlig könsstympningen

Källor: www.1177.se/sjukdomar--besvar/konsorgan/konsstympning--omskarelse-av-flickors-underliv_julkaisut.valtioneuuosto.fi/bitstream/handle/10024/161523/STM_J_06_19_Handlingsprogram_mot_koensstympning_av_flickor_och_kvinnor_FGM.pdf



Typ 1: Klitoridektomi

Delvist eller fullständigt avlägsnande av klitoris och/eller dess förhud.



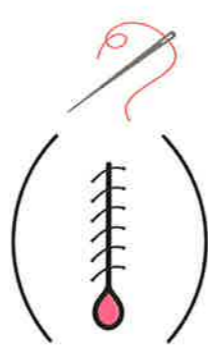
Typ 2: Excision

Delvist eller fullständigt avlägsnande av klitoris och de inre blygdläpparna och ibland även de yttre blygdläpparna.



Typ 3: Infibulation eller faraonisk könsstympning

Bortskärning av de inre och/eller de yttre blygdläpparna och ihopsyning så att enbart en liten öppning lämnas för urin och menstruationsblod. Klitoris kan antingen avlägsnas eller också lämnas kvar under det "lock" som gör slidöppningenträngre eller snävare.



Typ 4: Andra skadliga ingrepp

Alla andra ingrepp som skadar kvinnans könsorgan och som görs av icke-medicinska skäl, till exempel prickning, piercing, skrapning och bränning med hett järn.

Många könsstympade kvinnor undviker sex både på grund av smärta men också eftersom de inte känner sexuell lust eller njutning. Kvinnan kan även leva i förhållanden där kvinnan inte skall ta initiativ till sex.

Könsstympade kvinnor har ofta psykiska symtom

Könsstympade kvinnor känner ofta stress, rädsla eller ångest gentemot sex, ofta till följd av smärtan de upplever. Många könsstympade kvinnor känner rädsla inför sex redan innan sin sexdebut, eftersom de inte

Könsstympade kvinnor känner ofta stress, rädsla eller ångest gentemot sex. ”

vet hur det ska bli och vilka förväntningar de kan ha. En del könsstympade kvinnor känner även en bitterhet eller en frustration i sexlivet.

I samhällen där kvinnlig könsstympning görs är det vanligt att det är tabu att prata om sex, speciellt om smärta eller andra sexuella problem. Kvinnor som lider av fistlar till följd av en svår förlossning har det

speciellt svårt, eftersom samhället har väldigt lite kunskap om sådana komplikationer. I äktenskapet kan kvinnor som har drabbats av komplikationer såsom inkontinens behandlas dåligt även av sina män. Okunskapen kan leda till att drabbade kvinnor får stämpeln att de är förhållande om ryktet sprids. Därför kan kvinnor med fistlar eller till exempel inkontinensproblem få problem i samhället och psykiska problem, såsom depression och självmordstankar.

Kroppsuppfattningen kan vara förändrad för en könsstympad kvinna. Kvinnan kan ha svårt att se på sitt eget underliv och känna distans till sin egen kropp. Kvinnan kan känna att det inte finns något att undersöka med sin egen kropp och detta orsakar en viss besvikelse.

Könsstympade kvinnor kan leva med hemska minnen från när ingreppet utfördes. De kan även leva med en rädsla inför gynekologiska undersökningar, vilket vi som barnmorskor behöver ta i beaktande.

Många kvinnor är rädda inför förlossningen på grund av ökade risker

Under en graviditet eller en förlossning är det mycket vanligt att könsstympade kvinnor känner rädsla eller ångest med tanke på sin könsstympning. De kan vara rädda att dö under förlossningen eller att bli

tvungna att genomgå kejsarsnitt. En rädsla för att bli urin- eller avföringsinkontinent eller att barnmorskan inte skall klara av att hantera en deinfibulation under förlossningen förekommer också. De kan även vara rädda för komplikationer med barnet som en följd av könsstympningen.

Rädslan eller ångesten inför en förlossning är ofta orsakad av att de har en för trång förlossningskanal (könsstympning av typ 3). Förlossningen kan bli lång och utdragen om ingen deinfibulation eller kejsarsnitt görs. En utdragen förlossning kan skada både skada barnet och kvinnan. Barnet kan skadas till den grad att det dör och hos kvinnan kan exempelvis fistlar uppstå. Dessa komplikationer sker främst i de länder eller i de områdena var ingen deinfibulation görs, till exempel ifall kvinnan föder barnet i hemmet.

För barnen till könsstympade kvinnor finns det vid förlossningen en lite större risk för komplikationer. Exempel på dessa komplikationer är andningssvårigheter och återupplivning efter förlossningen. Det finns även en liten ökad risk för att barnet dör under eller efter förlossningen.

En trång förlossningskanal förvärrar även smärtan under en förlossning eller under en gynekologisk undersökning. Det kan under förlossningen även vara svårt att katetrisera kvinnan om det finns behov för det. Könsstympade kvinnor har större risk för stora rupturer, som kan leda till stora blödningar, eftersom infibulationsåret kan spricka samt för att förlossningskanalen kan vara trängre än normalt (främst typ 3). Det är vanligare bland könsstympade kvinnor att det behöver göras en episiotomi under förlossningen. Kejsarsnitt är lite vanligare bland könsstympade kvinnor än hos icke könsstympade kvinnor och det finns även en liten ökning i användning av instrumentella hjälpmedel under förlossningen.

Deinfibulation hjälper vid många gynekologiska problem

Deinfibulation är en enkel åtgärd som görs på cirka femton minuter. Ingreppet kan göras under lokalbedövning, kort narkos eller med spinal- eller epiduralbedövning. Eftersom kvinnan kan återuppleva traumatiska minnen från själva könsstympningen görs deinfibulationen vanligen under kort narkos. Deinfibulationen utförs av en läkare eller barnmorska.

Deinfibulation kan hjälpa vid menssmärtor, smärta i nedre delen av buken, återkommande urinvägsinfektioner, residualurin, svåra infektioner i genitalområdet och andra gynekologiska problem vars diagnostisering eller vård är omöjlig utan en deinfibulation. Deinfibulation hjälper även vid samlagsproblem, såsom smärtor, om de orsakas av en för trång slidöppning. En deinfibulation underlättar även uppföljning av en graviditet, samt vid undersökningar

Det är vanligare bland könsstympade kvinnor att det behöver göras en episiotomi under förlossningen. ”

under en förlossning. Det är bra om partnern är med vid samtal kring en deinfibulation, eftersom det även kommer att påverka deras sexliv och förhållande.

Vid deinfibulation för läkaren eller barnmorskan in 1–2 fingrar eller tång under året för att skydda underliggande vävnad. Året bedövas med lokalbedövning. Året klipps nerifrån och upp så att urinrörsmynningen blir synlig. Sårkanterna sys därefter ihop på båda sidorna så att sårtyterna inte tar ihop med varandra.

Det rekommenderas att deinfibulation görs före eventuell graviditet. Om den inte gjorts innan graviditet bör det göras under mitten av graviditeten. Detta eftersom det överlag är stor risk för missfall under första trimestern, om detta sker och deinfibulationen gjorts finns en risk att kvinnan tror att missfallet skett till följd av deinfibulationen. Om det inte gjorts någon deinfibulation under graviditeten görs det under förlossningen, och utförs då vanligen av en barnmorska. Ingreppet sker då när förlossningens andra skede har startat, före episiotomi om det behövs. Året öppnas då under lokalbedövning. Om infibulationsåret är elastiskt och töjer bra behöver dock ingen deinfibulation göras.

Rekonstruktion av klitoris

Rekonstruktion av klitoris är en relativt ny procedur som beskrevs först under början av 2000-talet. Åtgärden innebär att man öppnar upp huden som täcker klitoris för att få fram de fragment av klitoris som finns kvar. Ärrvävnaden tas bort och körteln placeras på dess normala plats. Operationen utförs vanligen under generell anestesi för att undvika eventuella traumatiska minnen. Syftet med operationen är både att återställa klitoris anatomi och funktion, förbättra kvinnans självkänsla, kroppsuppfattning, sexuella funktion samt att minska smärta vid samlag.

Det har gjorts studier som visar på goda resultat, och kvinnorna kan uppleva orgasm, mindre smärta vid sex samt ökad självkänsla. Det finns även studier som visar på att det finns kvinnor som upplever en försämrad sexuell hälsa efter en rekonstruktionsoperation, därför är det viktigt att man ger information om detta till könsstympade kvinnor som är intresserade av en operation. Det är även bra att alltid först försöka med icke-invasiva metoder, för en del kvinnor räcker det med sexualrådgivning och/eller terapi. ●