

Lars Almroth, leg läkare, barnkliniken, Centralsjukhuset i Kristianstad, doktorand

Vanja Almroth-Berggren, leg sjuksköterska, fil mag, folkhälsovetenskap, Högskolan i Kristianstad, doktorand

Staffan Bergström, med dr, professor i internationell hälsa; samtliga IHCAR (Division of international health), Karolinska institutet, Stockholm

Behov av mer forskning om kvinnlig könsstympning

Brist på kommunikation mellan kvinnor och män bevarar traditionen

■ Kvinnlig könsstympning har väckt mycket uppmärksamhet på senare år, delvis för att denna sedvänja är ny för oss, delvis av andra skäl. Ämnet berör allt från kultur, tradition, religion och könsroller till sexualitet och medicinska aspekter. Rapportering i medier har ofta skett på sätt som beskriver de utsatta kvinnornas situation som förnedrad och undertryckt, särskilt sexuellt, vilket i ett internationellt perspektiv är extra utmanande för oss i det svenska samhället där kampen för jämställdhet gjort stora landvinningar de senaste decennierna, men fortfarande pågår.

Kvinnlig könsstympning har som begrepp utvecklats från att vara en regional afrikansk tradition till att bli en global angelägenhet. Mitt ibland oss, här och nu, finns fenomenet könsstympning: flickor vi möter inom primärvården och på barnkliniker, kvinnor som föder barn, som går på mödravården, som söker abort eller som söker som jourfall inom den gynekologiska öppenvården. Det är därför viktigt att se och förstå både medicinska och andra aspekter. Precis som vid andra tillstånd vi möter inom vården ska vårt handlande grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet, och det är därför viktigt med fortsatt forskning. Våra erfarenheter av forskning om kvinnlig könsstympning i Sudan visar att forskning dessutom kan vara av stort värde för det förebyggande arbetet.

Definitioner

Det finns olika uppfattningar om terminologin i detta ämne. Förut användes vanligen termen kvinnlig omskärelse. Denna term bör dock undvikas eftersom den antyder likhet med den betydligt mindre omfattande manliga omskärelsen. I engelskspråkig litteratur har på sistone termen »female genital cutting« börjat användas. Någon motsvarighet finns ännu inte på svenska. WHO definierar sedvänjan som kvinnlig könsstympning, varför vi valt att använda denna term i texten nedan.

WHO definierar tre olika former av kvinnlig könsstympning [1]; klitoridektomi, mellanformer och infibulation. Infibulation är den allvarligaste formen där klitoris, inre blygdläpparna samt inre delar av yttre blygdläpparna skärs bort varpå kanterna på resterna av de yttre blygdläpparna förs sam-

SAMMANFATTAT

Traditionellt har männen beskrivits som anstiftarna bakom kvinnlig könsstympning. Aktuell forskning visar att männen har andra attityder, och att de snarare kan spela en mycket positiv roll i arbetet mot kvinnlig könsstympning.

Reinfibulation, då vulva utan medicinska skäl sys ihop efter förlossning, är förbjudet i Sverige. Det finns praktiskt taget ingen forskning om denna potentiella brottsgärning.

Inom det medicinska området finns det behov av mer forskning om effekter på graviditet, förlossning och det nyfödda barnet.

Våra erfarenheter från Sudan visar att forskning om kvinnlig könsstympning kan vara av stort värde för det förebyggande arbetet.

man. På så vis skapas ett tak av ärrvävnad över urinrörets och vaginas mynningar, och urin och menstruationsblod får passera genom en liten öppning längst bak.

Männens roll i kvinnlig könsstympning

Det finns en rad olika motiv till att genomföra kvinnlig könsstympning, motiv som dessutom varierar mycket från område till område. Det framförs ofta i litteraturen att kvinnlig könsstympning utförs av kvinnor för att på olika sätt tillfredsställa män, men är det verkligen så enkelt?

Det hävdas att kvinnlig könsstympning kan ses som en garanti för oskuld, dels genom tron att den medför minskad sexuell lust hos kvinnan, dels som ett fysiskt bevis på att kvinnan inte blivit penetrerad genom infibulation. En kvinnas oskuld är ofta förutsättning för framtida giftermål. Den trånga öppningen skapad vid infibulation tros göra det

Annons

Annons



Traditionell barnmorska från Burkina Faso med sina verktyg. Det är ofta denna yrkesgrupp som genomför kvinnlig könsstympning.

mer njutningsfullt för mannen vid samlag. En logisk följd är motivet att det ökar chanserna för giftermål. Sådana här förväntningar kan i själva verket bygga på grava missförstånd. I en av våra studier på den sudanesiska landsbygden visade det sig att många trodde att kvinnlig könsstympning var viktig för framtida giftermål och för att tillfredsställa maken sexuellt. De flesta män kunde dock berätta om egna, ofta sexuella, komplikationer på grund av kvinnlig könsstympning. De flesta unga män uppgav sig föredra giftermål med en kvinna som inte genomgått operationen [2]. Problem som av män upplevdes relaterade till kvinnlig könsstympning var:

- svårigheter att penetrera;
- sår, blödning och inflammation på penis;
- psykiska besvär;
- partnerobehag/-skada vid samlag;
- minskad sexuell lust och njutning för kvinnan;
- ekonomiska problem (sjukvårdskostnader);
- problem efter reinfibulation.

Att män och kvinnor inte kommunicerar med varandra om kvinnlig könsstympning kan vara en av faktorerna som gör att traditionen fortlever i den omfattning man kunnat dokumentera. Detta visas också tydligt i en nyligen genomförd antropologisk studie bland somalier i Malmö [3]. Totalt omfattade studien 30 somalier, varav hälften män. Det visade sig att samtliga män var starka motståndare till infibulation, och endast en kunde tänka sig klitoridektomi. Detta står i bjärt kontrast till vad man kan förvänta sig utifrån litteraturen, men också till vad de somaliska kvinnorna förväntade sig.

Det är viktigt att framhålla att männen inte är »förövarna«. Det har i litteraturen framförts många anklagelser mot männen i de berörda kulturena [4]. Männen har i själva verket sällan någon del i traditionen. Våra tidigare studier i Sudan har visat att männen varit involverade i beslutsprocessen särskilt då beslut tagits att inte genomföra operationen på deras döttrar [5], och kvinnor som inte ville bli reinfibulerade efter förlossning fann ofta stöd för detta hos sina män [6]. Det är sna-

rare kvinnorna som tar beslut om och vidmakthåller kvinnlig könsstympning [3, 7].

Det är anmärkningsvärt att när männen traditionellt har beskrivits som anstiftarna bakom traditionen och ansvariga för att den lever vidare, har deras uppfattningar beskrivits och tolkats av kvinnor utan att männen fått uttala sig direkt. Därför är det också viktigt att direkt involvera och fråga männen i mycket högre grad framöver, både i forskningen om och arbetet mot kvinnlig könsstympning.

Reinfibulation

Infibulerade kvinnor måste, enligt en utbredd tradition, de(in)fibuleras vid eller inför förlossning. Ärrtaget över urinrörs- och vaginamykning skärs då upp i mittlinjen. Detta behöver ibland också göras för att över huvud taget göra samlag möjligt. Efter förlossningen måste sårkanterna åtgärdas. I princip föreligger två möjligheter [8]. Antingen sys kanterna åter samman till sitt tidigare läge för att återskapa ärrtaget och en trång öppning. Denna procedur kallas reinfibulation. Det andra alternativet är att sätta blodstillande stygn längs kanterna på såret i syfte att normalisera anatomin post partum. Detta förhindrar dessutom att de växer ihop av sig själv, och lämnar urinrörsmykning och vagina fria.

Reinfibulation är en medicinskt onödig och potentiellt skadlig sedvänja. Den trånga öppningen skapad vid operationen tros öka den sexuella njutningen för mannen [8, 9]. Ibland görs öppningen trängre än före förlossningen för att efterlikna vulva vid mödom.

I Sudan tas det för givet att kvinnor som deinfibulerats vid förlossning önskar bli reinfibulerade därefter, en förväntan som säkert inte är ovanlig också i väst. Enligt våra egna resultat kan det snarare vara så att unga kvinnor upplever sig som passiva offer för reinfibulation då de egentligen önskat förbli öppna [6]. I Sudan är reinfibulation i praktiken rutin efter förlossning, och utförs ofta av barnmorskor eller läkare.

Reinfibulation är förbjudet enligt svensk lag. Även om personal inom hälso- och sjukvården i Sverige inte får genomföra ingreppet finns det risk att det utförs av andra i kvinnans omgivning efter hemkomst från BB. På så vis blir kvinnorna dessutom potentiella brottsoffer efter varje förlossning.

Trots att reinfibulation anses mycket vanligt i många av de områden där infibulation finns har forskningen varit i stort sett obefintlig inom detta fält, både i Sverige och internationellt. Det finns inga studier tillgängliga som fokuserar på reinfibulation, vilket är anmärkningsvärt med tanke på vilka risker denna upprepade stympning kan tänkas medföra. Fortsatt forskning inom området blir betydelsefullt för både förståelsen av traditionen och framtida kampanjer mot kvinnlig könsstympning.

Hälsorisker

Det primära målet är att helt få bort kvinnlig könsstympning, men på vägen dit är det viktigt att få fram vetenskapligt dokumenterade komplikationer. När en flicka eller kvinna från nordöstra Afrika söker vård i Sverige måste vi inte bara vara medvetna om att hon kan ha genomgått könsstympning, utan också vad det i så fall innebär för bemötande, anamnes, status och differentialdiagnoser.

En rad olika komplikationer till kvinnlig könsstympning finns rapporterade. Det saknas dock systematisk forskning avseende komplikationernas omfattning, särskilt vad gäller långtidseffekter. Effekter på graviditet och förlossning har inte heller klarlagts vetenskapligt [10]. I stället baseras ofta listorna med komplikationer på teoretiska resonemang eller antaganden baserade på lokala kliniska erfarenheter. På senare tid har man ifrågasatt vissa av de sagda komplikationerna, till exempel fistelbildning och infertilitet. Fistlar (mellan sli-



Det finns i Sudan en växande rörelse mot kvinnlig könsstympning. Bilden visar en lokal affisch mot könsstympningen. Där framgår att operationen medför risk för en rad komplikationer, att mödrar ska skydda sina döttrar mot sedvänjan samt att kvinnlig könsstympning inte har stöd i religionen.

dan och urinblåsan respektive ändtarmen) nämns i alla sammanfattningar av komplikationer, också i senare officiella dokument [10]. Det vetenskapliga underlaget för detta är dock mycket tunt. En stor klinisk studie av komplikationer till kvinnlig könsstympning gjord i Sudan på 1960-talet, omfattande mer än 4 000 konsekutiva öppenvårdspatienter inom gynekologi och obstetrik, kunde inte finna några samband med fistlar, som i sig var ovanliga [11]. I en nationell studie i Sudan i början av 1980-talet nämns inte ens fistelbildning som komplikation [12]. Denna aspekt har principiell betydelse eftersom fistelkomplikationen, på otillräcklig vetenskaplig grundval, ibland blivit ett tillhugg i debatten som argument mot könsstympning. Kampanjer mot kvinnlig könsstympning innehåller ofta information om hälsorisker. Det är oerhört viktigt att denna information uppfattas som relevant av mottagarna och att de kan känna igen sig. Vår erfarenhet från forskning om kvinnlig könsstympning på den sudanesiska landsbygden visar att byborna tillsammans ägde kunskap om de flesta komplikationer som finns dokumenterade i litteraturen [2]. Däremot visste de inget om fistlar. Informationsmaterial som berättar om risken för fistlar vore i detta sammanhang irrelevant, eftersom sambandet inte vore logiskt för mottagaren. Trovärdigheten och värdet i övrig information skulle kunna ifrågasättas.

Med tanke på de komplikationer man vet att kvinnlig könsstympning orsakar har man också trots att sedvänjan leder till lägre födelsetal. I en nyligen publicerad större epidemiologisk studie genomförd i Elfenbenskusten, Tanzania och Centralafrikanska republiken kunde man dock inte finna någon statistiskt signifikant skillnad avseende fertiliteten mellan kvinnor som genomgått respektive inte genomgått könsstympning [13]. Det föreligger stora metodologiska problem avseende denna problemställning, och det saknas kliniska studier på könsstympning och infertilitet. Eventuella effekter på barnet vid förlossningen har inte heller klarlagts. Resultaten av sådan forskning vore emellertid av mycket stort värde. I många länder där kvinnlig könsstympning är vanligt värderas barnafödande högt. Det är ofta viktigt för den enskilda kvinnan att kunna föda många barn, både för hennes status och inflytande i familjen och i samhället. Det samma gäller för männen. I vissa länder med nationalistiska tendenser spelar också barnafödandet en stor roll på den politiska nivån. Om kvinnlig könsstympning orsakar infertilitet eller skador på barnet vore detta ett mycket starkt argument mot traditionen på alla nivåer i samhället, ett argument som vore relevant för alla, män liksom kvinnor, byäldste liksom politiker.

Det kan också vara så att vi i väst utsätter könsstympade



Diskussion om kvinnlig könsstympning med kvinnor i en sudanesiske by. En av artikelförfattarna presenterar de preliminära studieresultaten.

kvinnor för onödiga hälsorisker. En studie i Sverige har visat att etiopiska, somaliska och eritreanska kvinnor löper större risk än svenska att deras barn dör i perinatalperioden [14]. Kvinnorna från Afrika hade högre frekvens av »suboptimal« vård, vilket innebär att de inte fick bästa möjliga sjukvård. Detta var en av orsakerna till den större risken för barnet. Infibulerade kvinnor behöver defibuleras inför förlossning, det vill säga ärrvävnaden som täcker vaginas öppning klippas upp i mittlinjen. Detta är för infibulerade kvinnor det naturliga, som också genomförs i deras hemmiljö. I Sudan hävdas bland läkare bestämt att infibulerade kvinnor inte har högre kejsarsnittsfrekvens än andra [O Hassanein, Khartoum, Sudan, pers medd, 1997], men i Frankrike har kvinnor som är infibulerade högre kejsarsnittsfrekvens, trots att de av traditionella skäl ofta själva vill undvika kejsarsnitt [15]. Även om det kan finnas medicinska skäl för en högre kejsarsnittsfrekvens, kan man också spekulera i om den beror på att hälsopersonal som befinner sig i en situation de inte har erfarenhet av eller kunskap om, åtgärder vid infibulation, tenderar att ta beslut om att i stället genomföra kejsarsnitt, en åtgärd de till fullo behärskar. Ett onödigt operativt ingrepp ger också upphov till onödiga risker för patienten. Liksom vid andra tillstånd vi möter inom sjukvården utgör kunskapen grunden för ett professionellt bemötande.

Komplikationer till kvinnlig könsstympning har sannolikt effekter också på samhällsnivån. En studie i Somalia visade att sådana komplikationer var en vanlig orsak till inläggning på gynekologisk avdelning, och utgjorde en mycket stor belastning för det aktuella sjukhuset [16]. Det är möjligt att komplikationer till kvinnlig könsstympning påverkar kvinnors förmåga att delta i samhällslivet, men de kulturer där sedvänjan är utbredd är vanligen starkt patriarkala, vilket gör att det också finns många andra faktorer som begränsar kvinnors deltagande.

Forskning: potential till förändring

Det sprids sällan positiva nyheter om ämnet kvinnlig könsstympning. Det finns emellertid många positiva signaler att hämta ur senare tids forskning. Flera studier har visat att berörda befolkningsgrupper börjar ifrågasätta värdet av kvinnlig könsstympning [3, 5, 17]. I våra studier har vi kunnat visa att männen har en annan inställning än den förväntade och kan spela en mycket positiv roll i kampen mot könsstympning [2]. Studier i Sverige pekar i samma riktning [3]. Det har också visat sig att kvinnor med högre utbildningsnivå tenderar att gå ifrån traditionen [5, 7, 18, 19].

Resultaten av tidigare forskning har kunnat återföras till dem de berör, bland annat genom att påverka informationsmaterial. Våra egna studier i Sudan hade sin upprinnelse i ett

Annons

Annons

biståndsprojekt, »Sudan village concept project«, ett Sida-stött primärvårds- och folkhälsoprojekt som drevs av sudanesiska och svenska medicinstuderande gemensamt. I projektet hade man noterat att kvinnlig könsstympning var ett mycket stort problem för flickor och kvinnor i området. Man hade önskemål om att kunna arbeta preventivt mot detta, men visste inte hur man skulle närma sig ämnet.

Vi genomförde gemensamt en studie om kunskap, attityder och bruk av kvinnlig könsstympning. Som vi nämnt tidigare visade det sig att byborna hade stor kunskap om vilka komplikationer operationen kunde medföra. Det förelåg stora missförstånd mellan kvinnor och män om värdet av operationen, och studien identifierade också en tydlig, men för det allmänna dold, förändring. Unga föräldrar hade börjat ifrågasätta värdet av att utföra könsstympning på sina döttrar, och en del hade bestämt sig för att upphöra med traditionen. Nästan alla trodde dock att alla andra gjorde det. Vad som förelåg i byn var alltså inte kunskapsbrist, utan snarare brist på kommunikation. Den intervention som projektet senare genomförde blev att försöka främja kommunikationen om detta tabubelagda ämne. Efter det att resultaten hade sammanställts presenterades de för byborna på flera öppna möten. Förhoppningsvis kunde denna information, vilken ju hade sitt ursprung hos byborna själva, stärka de pågående attitydförändringarna.

Fördömmande attityd kan motverka sitt syfte

Kvinnlig könsstympning är ett komplext problem som har många andra aspekter än de rent medicinska. Det är viktigt att förstå traditionen från de berördas perspektiv, och för vår del i Sverige att beakta migrationens påverkan på det upplevda värdet av denna gamla tradition. Det är viktigt att förstå att stympningen är ett resultat av ett på lokala och kulturella grunder rationellt fattat beslut, i syfte att flickan/kvinnan ska få åtnjuta de sociala rättigheter ingreppet traditionellt medför. En fördömmande attityd från vår sida i patientarbetet kan motverka sitt syfte. Kanske har kvinnan redan övergett traditionen. Många somalier har till exempel i Sverige ändrat uppfattning om kvinnlig könsstympning, och tänker inte låta sina döttrar genomgå det [3]. De drabbade kan med rätt stöd finna sin egen väg från kvinnlig könsstympning. Vår uppgift inom den svenska hälso- och sjukvården är att stödja denna process genom ett professionellt bemötande med respekt för de berörda personerna, men avståndstagande från stympningen i sig.

Viktiga aspekter, som männens roll och reinfibulation, har tidigare rönt lite uppmärksamhet, liksom möjligheterna med fortsatt forskning. Här finns stor potential att utnyttja i framtida arbete mot kvinnlig könsstympning.

Referenser

1. Female genital mutilation: Report of a WHO technical working group meeting. Geneva: 17–19 July 1995. Geneva: WHO; 1996.
2. Almroth L, Almroth-Berggren V, Hassanein OM, Al-Said SS, Hasan SS, Lithell UB, et al. Male complications of female genital mutilation. *Soc Sci Med* 2001;53(11):1455-60.
3. Johndotter S, Carlbom A, Geesdiir AO, Elmi A. Som Gud skapade oss. Förhållningssätt till kvinnlig omskärelse bland somalier i Malmö. Malmö stads program för sexuell hälsa. Malmö: Malmö stad; 2000.
4. El Dareer A. *Woman, why do You weep?* London: Zed Press; 1982.
5. Almroth L, Almroth-Berggren V, Hassanein OM, El Hadi N, Al-Said SS, Hasan SS, et al. A community based study on the change of practice of female genital mutilation in a Sudanese village. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;74(2):179-85.
6. Almroth-Berggren V, Almroth L, Hassanein OM, El Hadi N, Lithell UB, Bergström S. Re-infibulation among women in a rural area in central Sudan. *Health Care for Women International*. In press.
7. El Dareer A. Attitudes of Sudanese people to the practice of female circumcision. *Int J Epidemiol* 1983;12(2):138-44.
8. Toubia N. Female circumcision as a public health issue. *N Engl J Med* 1994;331(11):712-6.
9. Sami IR. Female circumcision with special reference to the Sudan. *Ann Trop Paediatr* 1986;6(2):99-115.
10. Rushwan H. Female genital mutilation (FGM) management during pregnancy, childbirth and the postpartum period. *Int J Gynaecol Obstet* 2000;70(1):99-104.
11. Shandall A. Circumcision and infibulation of females. *Sudan Medical Journal* 1967;5(4):178-212.
12. El Dareer A. Complications of female circumcision in the Sudan. *Trop Doct* 1983;13(3):131-3.
13. Larsen U, Yan S. Does female circumcision affect infertility and fertility? A study of the Central African Republic, Cote d'Ivoire, and Tanzania. *Demography* 2000;37(3):313-21.
14. Essén B, Bödker B, Sjöberg NO, Langhoff-Roos J, Greisen G, Gudmundsson S, et al. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to sub-optimal perinatal care services? Perinatal audit of infants to women from Africa's Horn delivered in Sweden, 1990–96. *Br J Obstet Gynaecol*. In press.
15. Gallard C. Female genital mutilation in France. *BMJ* 1995;310(6994):1592-3.
16. Dirie MA, Lindmark G. A hospital study of the complications of female circumcision. *Trop Doct* 1991;21(4):146-8.
17. Lowenstein LF. Attitudes and attitude differences to female genital mutilation in the Sudan: is there a change on the horizon? *Soc Sci Med* 1978;12(5A):417-21.
18. Davis G, Ellis J, Hibbert M, Perez RP, Zimbelman E. Female circumcision: the prevalence and nature of the ritual in Eritrea. *Mil Med* 1999;164(1):11-6.
19. Ehigiegba AE, Selo-Ojeme DO, Omorogbe FI. Female circumcision and determinants in southern Nigeria. *East Afr Med J* 1998;75(6):374-6.

SUMMARY

Female genital mutilation – need for more research; lack of communication between women and men conserves the practice

Lars Almroth, Vanja Almroth-Berggren, Staffan Bergström

Läkartidningen 2001;98:5355-60

Several studies in cultures in which FGM is widely performed have shown an emerging questioning of the value of performing the procedure, especially among the younger generations. Traditionally the practice has been said to be carried out by women in order to satisfy men. Recent research findings, however, indicate that men may have attitudes and preferences strikingly different from what has been ascribed to them in the literature. Thus men may play an important and positive role in future work to counteract the practice.

Reinfibulation after delivery implies repeated genital mutilation. Despite this, reinfibulation has attracted little research, and not very much is known about the practice. There is a need for systematic research about the extent of complications of FGM, especially long-term effects including effects on pregnancy, delivery and the newborn child. Our experiences from research on FGM in Sudan indicate that research findings might be very useful in intervention programs.

Correspondence: Lars Almroth, Dept of Pediatrics, Central-sjukhuset, SE-291 85 Kristianstad, Sweden (lars.almroth@hem.utfors.se)