

بررسی پیامدهای اخلاقی، ابعاد حقوقی و راهکارهای ریشه‌کنی

ختنه زنان

تهمینه فرج خدا

الناز ایرانی فر

مریم جوانبخت

محمود عباسی

مehشید بکایی^۱

چکیده

این مقاله مروری به ختنه زنان و پیامدهای سلامت، ابعاد حقوقی و راهکارهای پایان‌بخشیدن به آن پرداخته است. ختنه زنان به معنای بریدن بخش‌هایی از دستگاه تناسلی خارجی زنان است که به سه دسته اصلی ۱- کلیتوریدکتومی (برداشتن بخش یا تمامی کلیتوریس) ۲- اکسیژن (بریدن کلیتوریس و لب‌های کوچک با یا بدون برداشتن لب‌های بزرگ) ۳- اینفیبولیشن (محدودسازی مدخل واژن از طرق برش‌دادن و دوختن لب‌های کوچک و یا بزرگ) تقسیم می‌شود. بر اساس آمارهای جهانی حدود ۱۳۵ میلیون زن و دختر در جهان ختنه شده‌اند. هر ساله ۳ میلیون دختر آفریقایی ختنه می‌شوند. آمار دقیقی از میزان شیوع ختنه در بین زنان ایرانی وجود ندارد اما طبق تحقیقی در شهرستان میناب، این عمل از شیوع ۷۰٪ برخوردار است. ختنه زنان به علل مختلف فرهنگی، اجتماعی و مذهبی انجام می‌شود. این کار ریشه در تبعیض‌های شدید جنسیتی علیه زنان دارد. ختنه به عنوان عاملی برای حفظ باکرگی، زیبایی و پاکیزگی زن در نظر گرفته می‌شود. ختنه زنان دارای عوارض فراوانی است. عوارض کوتاه‌مدت نظیر درد، عفونت، مشکلات ادراری، سپتی سمی و پیامدهای بلندمدت مانند درد مزمن، عفونت لگنی، دیس پارونی و افزایش شیوع ناباروری است. ختنه زنان در روند زایمان اختلال

۱. عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، نویسنده‌ی مسؤول

ایجاد می‌کند و میزان مرگ مادر و نوزاد را افزایش می‌دهد. ختنه زنان مصداق خشونت علیه زنان و کودکان و نقض حقوق بشر است. همانطور که ذکر شد زنان و دختران در برخی مناطق ایران ختنه می‌شوند. برای توقف ختنه زنان در کشورمان می‌توانیم از رسانه‌ها، مدارس و گروه‌های مذهبی جهت افزایش آگاهی مردم استفاده کنیم و قوانینی علیه این عمل وضع کنیم. باید در نظر داشته باشیم که راه درازی پیش روی کسانی است که سعی در پایان‌بخشیدن به این عمل دارند.

واژگان کلیدی

ختنه زنان؛ پیامدها؛ راهکارها

بررسی پیامدهای اخلاقی، ابعاد حقوقی و راهکارهای ریشه‌کنی ختنه زنان

ختنه در زنان شامل تمام اقداماتی است که منجر به جداسازی بخش یا تمامی قسمت‌های خارجی دستگاه تناسلی زنان شده و یا به عبارت دیگر وارد آوردن هرگونه آسیب به دلایل غیر پزشکی به این ناحیه است. ختنه زنان ریشه‌های اجتماعی، فرهنگی و مذهبی دارد. بین ۱۴۰-۱۰۰ میلیون زن در سراسر جهان و حدود ۹۲ میلیون دختر بالای ۱۰ سال در افریقا ختنه شده‌اند.^۱ هر ساله ۳ میلیون دختر در افریقا و ۴-۳ هزار دختر در بین مهاجران ساکن انگلستان ختنه می‌شوند.^۲ شیوع آن در مناطق غربی، شرقی و شمال شرقی افریقا و برخی از کشورهای خاورمیانه بیشتر است. در ایران با وجود شایع بودن انجام آن در بعضی از مناطق کشور متأسفانه آمار دقیقی درباره تعداد افراد ختنه‌شده و پیامدهای ناگوار ناشی از آن در دست نیست. در یک مطالعه انجام شده در شهر میناب شیوع ختنه ۷۰٪ گزارش شده است که در این میان شیوع ختنه نوع یک از همه بیشتر بوده است. همچنین طبق نتایج این مطالعه شیوع ختنه با سطح تحصیلات پایین و نگرش‌های نادرست ارتباط معنادار آماری داشته است.^۴ نظر به فقدان انجام مطالعات کافی درباره ختنه زنان و آثار و پیامدهای نامطلوب آن بر سلامت جسمانی و روانی دختران و زنان جامعه‌مان این مطالعه مروری با هدف بررسی پیامدهای ناگوار سلامت و سلامت باروری، ابعاد حقوقی و راهکارهای ریشه‌کنی ختنه زنان طراحی گردید که در پنج محور اصلی انواع ختنه زنان، پیامدهای سلامتی و عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت حین یا بلافاصله بعد از ختنه زنان، علل انجام ختنه زنان، ابعاد حقوقی ختنه زنان و راهکارهای ریشه‌کنی ختنه زنان تحلیل جامعی را در این خصوص ارائه می‌نماید.

انواع ختنه زنان

ختنه زنان^۵ با توجه به دسته‌بندی سازمان بهداشت جهانی به صورت زیر طبقه‌بندی شده است:

نوع یک: بریدن بخش یا تمامی کلیتوریس^۶ و پرپوس (کلیتوریدکتومی^۷) که خود به دو زیر گروه الف (برداشتن پرپوس^۸) و گروه ب (برداشتن کلیتوریس همراه با پرپوس) تقسیم می‌شود.

نوع دو: برداشتن بخش یا تمام کلیتوریس و لب‌های کوچک با یا بدون برش دادن لب‌های بزرگ. اکسیژن^۹ که شامل سه گروه الف، برداشتن فقط لب‌های کوچک؛ ب، برداشتن لب‌های کوچک و کلیتوریس به صورت کامل یا ناقص و ج، برداشتن کامل یا ناقص کلیتوریس همراه با لب‌های کوچک و بزرگ است.

نوع سه: محدودسازی مدخل واژن توسط بریدن و دوختن لب‌های کوچک و یا بزرگ با یا بدون برش دادن کلیتوریس. اینفیبولیشن^{۱۰} نیز به دو زیر گروه الف، برش دادن و دوختن لب‌های کوچک و ب برش دادن و دوختن لب‌های بزرگ تقسیم می‌شود.

نوع چهار: به نوع دسته‌بندی نشده معروف است و شامل سایر اقدامات مضر است که به علل غیر پزشکی روی دستگاه ژنیتال خارجی زنان اعمال می‌شود نظیر سوراخ کردن، بریدن و سوزاندن^۱.

پیامدهای سلامتی و عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت حین یا بلافاصله بعد از ختنه ختنه زنان یا به عبارت دیگر ناقص‌سازی دستگاه تناسلی زنان پیامدهای کوتاه و بلندمدت فراوان و حتی مرگباری را به دنبال دارد. هرچه شدت و میزان آسیب بافتی بیشتر باشد، احتمال ایجاد عوارض نیز افزایش می‌یابد.

- درد شدید ناشی از بریده‌شدن پایانه‌های عصبی و بافت حساس ناحیه تناسلی که با دوره دردناک ترمیم محل زخم نیز همراه است. ختنه نوع سه از سایر موارد تهاجمی‌تر است و انجام آن ممکن است بین ۱۵ تا ۲۰ دقیقه طول بکشد.^{۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶}

- شوک که می‌تواند به علت درد و یا خونریزی باشد^{۱۷-۱۸}. همچنین خونریزی شدید و شوک سپتیک هم گزارش شده است.^{۱۲}

- مشکلات حین دفع ادرار به علت تورم و درد ناحیه ختنه شده.^{۵-۶}

- عفونت که به علت استفاده از ابزارهای غیر بهداشتی و یا ایجاد زخم منتقل می‌شود. انتقال اچ ای وی^{۱۹} به علت استفاده از یک وسیله برای انجام ختنه در تعداد زیادی از دختران ریسک ابتلا را افزایش می‌دهد.^{۲۰-۲۱}

- مرگ به علت عفونت و خونریزی مثل کزاز و شوک^{۲۱}.

- عواقب روانی درد، شوک و استفاده از زور برای انجام عمل، دلایلی هستند که ختنه در زنان را پدیده‌ای تروماتیک قلمداد محسوب می‌نماید^{۷-۹-۲۲}.

- چسبندگی و جوش خوردن لب‌ها در برخی موارد ختنه نوع دو را مبدل به نوع سه می‌نماید^{۶-۲۳}.

- تکرار ختنه به علت عدم موفقیت و ترمیم نامناسب که معمولاً در نوع سوم شایع‌تر است^{۸-۱۲}.

عوارض دراز مدت که ممکن است در هر زمان از زندگی زن ختنه‌شده ایجاد شود شامل موارد زیر است:

- درد: درد مزمن می‌تواند به علت گیرافتادن پایانه‌های عصبی در بقایای محل برش ایجاد شود.^{۲۴}

- عفونت: بروز کیست‌های درمویید^{۲۵}، آبسه و زخم‌های ژنیتال، عفونت‌های مزمن لگنی که می‌توانند دردهای مزمن کمر و لگن را ایجاد کنند. عفونت‌های دستگاه ادراری که می‌توانند منجر به نارسایی کلیه، سپتیمی^{۲۶} و مرگ شوند.^{۲۷}

۲۸-۲۹-۳۰-۳۱-۳۲

- ایجاد بافت کلویید^{۳۳}: ایجاد بافت اسکار تجمع‌یافته در محل برش.^{۳۴-۱۹}
- عفونت‌های دستگاه تناسلی و بیماری‌های مقاربتی: افزایش برخی از عفونت‌های ناحیه تناسلی مثل واژینوز باکتریال^{۳۵} به دنبال ختنه دیده شده است.^{۱۸-۱۲}

- اچ ای وی: به علت افزایش احتمال خونریزی هنگام مقاربت به ویژه در ختنه نوع سه که در برخی موارد نیاز به دفیبولیشن هست؛ شانس ابتلا به این ویروس نیز افزایش می‌یابد.^{۳۶}

- اختلال عملکرد جنسی: برداشتن بافت‌های حساسی مثل کلیتوریس می‌تواند منجر به اختلال در عملکرد جنسی زن نظیر کاهش میل جنسی و دیس پارونی شود. تشکیل بافت اسکار و درد و خاطرات تروماتیک از عمل ختنه نیز می‌تواند به این اختلالات منجر شوند.^{۳۷-۲۳-۲۰}

- اختلالات زایمانی: شیوع سزارین و خونریزی بعد از زایمان افزایش می‌یابد. همچنین پارگی‌های خود به خودی و گسترش پارگی‌های اپیزیاتومی^{۳۸} نیز

بیشتر گزارش شده است. تشکیل فیسچول^{۳۹} به علت لیبرهای طول کشیده نیز گزارش شده است.^{۴۰-۴۱-۴۲-۴۳}

- پیامدهای نوزادی: میزان مرگ در نوزادان متولد شده از مادرانی که ختنه شده‌اند بیشتر است. کاهش نمره آپگار^{۴۴} در این نوزادان دیده شده است.^{۲۸-۲۷}

- پیامدهای روانی: برخی از مطالعات بیانگر افزایش میزان ترس از برقراری رابطه جنسی، اختلال تنش‌زای پس از رویداد^{۴۵}، اضطراب، افسردگی و از دست‌دادن حافظه در این زنان می‌باشد.^{۱۵-۴۶-۴۷}

ختنه نوع سه عوارض شدیدتری را ایجاد می‌کند. برخی از عوارض این نوع ختنه عبارتند از:

- نیاز به جراحی: اینفیوژن باید به منظور برقراری رابطه جنسی و عمل دخول یا زایمان باز شود. دفیوژن در برخی از کشورها با دوباره دوخته‌شدن محل ختنه بعد از بازشدن انجام می‌شود.^{۴۸-۴۹}

- مشکلات ادراری و قاعدگی: جریان آرام و دردناک ادرار و خون قاعدگی ممکن است به علت بسته‌شدن تقریبی مدخل واژن و یورترا^{۵۰} ایجاد شود. در موارد هماتوکولپوس^{۵۱} مداخله جراحی لازم است. خروج قطره‌ای و غیر اختیاری ادرار شایع است که ممکن است به علت عدم توانایی در تخلیه کامل مثانه یا باقی‌ماندن ادرار در زیر بافت اسکار باشد.^{۱۱-۱۲-۲۲-۲۳-۵۲}

- مقاربت دردناک: نزدیکی در چند هفته اول دردناک خواهد بود. همسران زنان ختنه شده نیز ممکن است درد و ناراحتی حین رابطه جنسی داشته باشند.^{۱۲-۵۳-۵۴-۵۵}

- ناباروری: ناباروری رابطه نزدیکی با میزان بافت‌های بریده شده به ویژه بریدن لب‌های بزرگ دارد. هرچه مقدار بافت‌های برداشته شده بیشتر باشد، شانس ابتلا به عفونت هم افزایش می‌یابد.^{۵۶}
- ختنه در زنان و پیامدهای آن هزینه‌های مالی زیادی را بر فرد بر دولت‌ها تحمیل می‌کند که عموماً ناشی از ایجاد عارضه‌های مربوط به ختنه است.^{۵۷}

علل انجام ختنه زنان

ختنه کردن زنان علل مختلفی دارد ولی ریشه اصلی این عمل را باید در تبعیض شدید جنسیتی علیه زنان و دختران، عدم آگاهی از پیامدهای آن و سنت‌ها و نگرش‌های نادرست فرهنگی جست وجو کرد. ختنه زنان نشانگر کنترل و تسلط جامعه بر زنان و دختران است و ارتباط نزدیکی با فقدان قدرت کافی، آگاهی و توانایی زنان دارد.^{۵۸} برخی ختنه زنان را راهی برای پاکیزه و تمیز کردن آن‌ها می‌دانند، آن‌ها معتقدند که با ختنه کردن اعضای مردانه مثل کلیتوریس برداشته شده، در نتیجه ناحیه تناسلی زن زیبا و پاکیزه می‌شود.^{۵۹} گروهی بر این باورند که ختنه در دختران ضامن باکره ماندن آن‌هاست. ولی باید در نظر گرفت در صورتی که دختری پیش از ازدواج رابطه جنسی داشته باشد یا مورد تجاوز قرار گیرد می‌تواند با عمل راینفیبولیشن^{۶۰} بکارت از دست رفته‌اش را باز یابد^{۳۶-۶۱}. عده‌ایی ختنه کردن زنان را یک سنت مذهبی می‌دانند؛ با وجود این که این عمل در میان یهودیان، مسیحیان و مسلمانان انجام می‌شود، در کتب دینی هیچ یک از این ادیان اشاره‌ای به ختنه زنان نشده است. بنا به شواهد تاریخی ختنه زنان پیش از ظهور اسلام و مسیحیت نیز انجام می‌شده است. در دین مبین اسلام در آیات قرآن کریم،

احادیث نبوی (ص) و سایر متون مستند مذهبی به انجام ختنه در زنان توصیه نشده و انجام آن را فقط برای مردان تکلیف نموده‌اند.^{۶۲-۶۴}

ختنه زنان به علت فشارهای اجتماعی نیز صورت می‌گیرد. عده‌ای از زنان به خاطر ترس از طردشدن از جامعه و گروه همسان، تن به این کار می‌دهند. گاهی ممکن است خود دختران به انجام ختنه تمایل نشان دهند زیرا این عمل به آن‌ها منزلت و جایگاه اجتماعی خاصی می‌دهد. هدایا و جشن‌هایی که برای دختران ختنه‌شده برگزار می‌شود می‌تواند سایرین را نیز به انجام این عمل ترغیب کند.^{۱۶-}

۶۵

ابعاد حقوقی ختنه زنان

ختنه زنان نوعی خشونت و تبعیض علیه زنان محسوب می‌شود. نهادهای بین‌المللی ختنه زنان را مصداق خشونت علیه بشریت می‌دانند. از آنجایی که این عمل عموماً روی کودکان صورت می‌گیرد مصداق خشونت علیه کودکان و نهایتاً خشونت علیه زنان است.^{۶۶} ختنه زنان باعث نقض حق سلامتی، امنیت و صحت جسمانی، رهایی از شکنجه و تحقیر و حق زندگی زن می‌شود.^۱ دیده‌بانان حقوق بشر موظف به ثبت موارد ختنه زنان هستند.^{۲۵} نحوه مواجهه با ختنه دختران در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است. در بعضی از کشورها ترس زنان از خطر ختنه‌شدن عاملی برای پذیرش درخواست پناهندگی است. و در برخی کشورها والدینی که قصد ختنه کردن دخترشان را داشته باشند، سرپرستی او را از دست خواهند داد.^{۶۷}

راهکارهای ریشه‌کنی ختنه زنان

اقدامات بسیاری در زمینه کاهش و پایان‌دادن به ختنه زنان صورت گرفته است. بسیاری از کشورها ختنه زنان را عملی غیر قانونی اعلام کرده‌اند. برخی از کشورها در راستای ارتقا سطح دانش و آگاهی جامعه فعالیت کرده‌اند. در این میان باید به نقش سازمان‌های جهانی نیز توجه شود. سازمان بهداشت جهانی و یونسف در سال ۱۹۹۷ م، اولین بیانیه علیه ختنه زنان را صادر کردند. این بیانیه در سال ۲۰۰۸ م، بازنگری شد. تاکید سازمان جهانی بهداشت بر فعالیت در تمامی حیطه‌های مرتبط با سلامت، امور مالی و بودجه‌بندی، آموزش، امور قضایی و امور زنان است. سازمان ملل متحد پایان‌دادن به ختنه زنان را در کنار سایر اهداف هزاره دنبال می‌کند و امیدوار است تا سال ۲۰۱۵ م، ختنه زنان به طور چشمگیری کاهش یابد. این سازمان متعهد شده است که از دولت‌ها، جوامع و زنان و دخترانی که در راستای پایان‌دادن به ختنه زنان قدم بر می‌دارند حمایت نماید.

مطالعات متعدد نشان داده است با وجود این که ختنه زنان عموماً توسط افراد بومی و با ابتدایی‌ترین وسایل مثل شیشه، تیغ، چاقو و... انجام می‌شود مشارکت روزافزون اعضای کادر بهداشتی درمانی در ختنه زنان از موانع ریشه‌کنی این معضل محسوب می‌شود. در برخی از کشورها بیش از یک سوم از موارد ختنه توسط اعضای تیم پزشکی صورت می‌گیرد. باید توجه داشت که در این موارد کادر درمانی نه تنها علیه زنان و کودکان خشونت به کار برده و حق صحت بدنی و سلامتی را از آنان گرفته، بلکه بر خلاف یکی از اصول بنیادی اخلاق پزشکی مبنی بر زیان‌نرساندن به مددجو عمل کرده و سوگند خود را زیر پا گذاشته‌اند.^۲

بنابراین اقدام جدی و برخورد قانونی با این دسته از اعضای گروه پزشکی^{۴۷-۶۸}

که به دلیل منافع شخصی اقدام به انجام چنین عملی نموده‌اند، یکی از راهکارهای مهم مبارزه با انجام ختنه زنان در جامعه است.

یک راهکار دیگر انجام اقدامات پزشکی از جمله عمل دفیویشن به ویژه در دوران بارداری است که می‌تواند کمک کننده باشد اما این اقدام بیشتر یک اقدام درمانی محسوب می‌شود تا یک راهکار پیشگیری کننده.^{۴۸-۳۳-۱}

پایان بخشیدن به ختنه زنان نیازمند تعهدی طولانی مدت و عمیق است. تجارب دو، سه دهه گذشته نشان داده است که هیچ راه حل آسان و سریعی برای پایان دادن به این عمل خشونت بار وجود ندارد. خاتمه دادن به ختنه زنان نیازمند بنیادی قوی است که بتواند از افرادی که نگرش خود را نسبت به ختنه زنان تغییر داده و به مخالفت با آن برخاسته‌اند حمایت کند. همچنین برخورداری از توان مالی و اجرایی لازم برای پیگیری و انجام برنامه‌های بنیادین و نفوذ در میان مردم به منظور جایگزین نمودن ارزش‌های واقعی به جای رسوم زیان بار از مهمترین عوامل ریشه کنی ختنه زنان محسوب می‌شود.^{۷۰-۶۹}

اقدامات و فعالیت‌هایی که در پایان دادن به ختنه زنان انجام می‌گیرد باید اصولی و همه‌جانبه باشد. این اقدامات باید اثرات درازمدت بر افکار عمومی داشته و زودگذر و موقتی نباشند. همچنین کمک گرفتن از افراد صاحب نفوذ محلی و بومی در تمامی مراحل اجرای برنامه ریشه کنی اعم از طراحی، اجرا، بازخورد و بازنگری از راهکارهایی است که سبب می‌شود تا خود مردم از نزدیک با آثار مخرب ختنه زنان آشنا شده و به دنبال راه حل این معزل بگردند.^{۵۲-۵۱}

از آنجایی که مهمترین عامل در پایان دادن به ختنه زنان ایجاد تغییرات مناسب اجتماعی و فرهنگی در جوامع مورد نظر است لازم است خاطر نشان ساخت چنین تغییراتی نیازمند ارتقای سطح درک و آگاهی مردان، زنان و دختران می‌باشد.

دهه‌ها کار و تلاش برای پیشگیری از ختنه زنان توسط کمیته‌های محلی، دولت‌ها، مجامع ملی و بین‌المللی منجر به کاهش شیوع این عمل شده است. اما هنوز راه طولانی تا ریشه‌کنی کامل آن در پیش است.

متأسفانه در کشور ما ختنه زنان در برخی از مناطق جنوبی و غربی کشور هنوز هم به عنوان یک سنت به ظاهر حسنه پابرجاست که ریشه در باورها و ساختارهای بنیادین فرهنگی اجتماعی داشته و بنابراین سایر راهکارهای توصیه‌شده جهانی در خصوص ریشه‌کنی و مبارزه با ختنه دختران و زنان در ایران نیز مصداق داشته و نیازمند آگاه‌سازی جامعه؛ تلاش و یاری رهبران با نفوذ ملی - مذهبی، نهادهای اجتماعی و دولتی، نهادهای مردمی، سیاست‌گذاران و قانون‌گذاران امر سلامت و درمان در مبارزه با این امر خطیر است.

پی‌نوشت‌ها

- ¹ World health organization, fact sheet NO.241, February 2010
- ² Yoder PS, Abderrahim N, Zhuzhuni A. Female genital cutting in the Demographic and Health Surveys: a critical and comparative analysis. Calverton, Macro International Inc 2004.
- ³ Bosch X. Female genital mutilation in developed countries. Lancet 2001; 358:1117-9
- ⁴ Ahad H, Khadivzadeh T, Seyyedalavi GH, Esmaili H. Women's circumcision in Minab: Prevalence, Knowledge, Attitude. The Journal of Qazvin Univ. of Med.Sci 2003; 28
- ⁵ Female genital mutilation
- ⁶ Clitoris
- ⁷ Clitoridectomy
- ⁸ Prepuce
- ⁹ Excision
- ¹⁰ Infibulation
- ¹¹ El-Defrawi MH, Lotfy G, Dandash KF, Refaat AH, Eyada M. Female genital mutilation and its psycho-sexual impact. Journal of Sexual and Marital Therapy, 2001; 27:465-473.
- ¹² Dare FO, Oboro VO, Fadiora SO, Orji EO, Sule-Odu AO, Olabode TO. Female genital mutilation: an analysis of 522 cases in South-Western Nigeria. Journal of Obstetrics and Gynecology 2004; 24:281-283.
- ¹³ Malmström M. Bearing the pain as a woman or becoming ruined for life? Changing views of the meaning and morality of pain and suffering among the popular classes of Cairo. Paper presented at 4th FOKO conference (Nordic Network for Research on FGM), Hansaari, Finland 7-8 September 2007.
- ¹⁴ Chalmers B, Hashi KO. 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. Birth 2000; 27:227-234.
- ¹⁵ Gruenbaum E. The female circumcision controversy: an anthropological perspective. Pittsburgh, University of Pennsylvania Press 2001.
- ¹⁶ Johansen REB. Pain as a counterpoint to culture: towards an analysis of pain associated with infibulations among Somali immigrants in Norway. Medical Anthropology Quarterly 2002; 16:312-340.
- ¹⁷ Almroth L, Bedri HA, Elmusharaf S, Satti A, Idris T, Hashim MS. Urogenital complications among girls with genital mutilation: A hospital based study in Khartoum. African Journal of Reproductive Health 2005; 9:127-133.
- ¹⁸ Dirie MA, Lindmark G. The risk of medical complications after female circumcision. East African Medical Journal 1992; 69:479-482.
- ¹⁹ HIV

- ²⁰ Klouman E, Manongi R, Klepp KI. Self-reported and observed female genital cutting in rural Tanzania: associated demographic factors, HIV and sexually transmitted infections. *Tropical Medicine and International Health* 2005; 10:105-115.
- ²¹ Mohamud OA. Female circumcision and child mortality in urban Somalia. *Genus*, 1991; 47:203-223
- ²² Behrendt A, Moritz S. Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162:1000-1002.
- ²³ Behrendt A. The practice of excision in Moyamba and Bombali districts of Sierra Leone: perceptions, attitudes and practices. Dakar, Plan West Africa Regional Office 2005.
- ²⁴ Fernandez-Aguilaret S, Noel JC. Neuroma of the clitoris after female genital cutting. *Obstetric and Gynecology*, 2003; 101:1053-1054
- ²⁵ Dermoid cysts
- ²⁶ Septicaemia
- ²⁷ Rouzi AA, Sindi O, Bandar Radhan F, Ba'aqueel H. Epidermal clitoral inclusion cyst after type I female genital mutilation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2001; 185:569-571.
- ²⁸ Okonofua FE, Larsen U, Oronsaye F, Snow RC, Slanger TE. The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002; 109:1089-1096.
- ²⁹ Thabet SM, Thabet AS. Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2003; 29:12-19.
- ³⁰ Rushwan H. Etiologic factors in pelvic inflammatory disease in Sudanese women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1980; 138:877-879.
- ³¹ Ismail NHA. Urinary leakage and other complications of female genital mutilation (FGM) among Somali girls in Sweden. Uppsala, Institutionen för kvinnors och barns hälsa 1999.
- ³² Knight R, Hotchin A, Bayly C, Grover S. Female genital mutilation—experience of The Royal Women's Hospital, Melbourne. *Australia New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1999; 39:50-54.
- ³³ Keloid
- ³⁴ Jones H, Diop N, Askew I, Kaboré I. Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes. *Studies in Family Planning* 1999; 30:219-230.
- ³⁵ Bacterial vaginosis

- ³⁶ Eliminating female genital mutilation: an interagency statement. UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, 2008.
- ³⁷ Elnashar RA, Abdelhady R. The impact of female genital cutting on health of newly married women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2007; 97:238–244.
- ³⁸ Episiotomy
- ³⁹ Fistula
- ⁴⁰ Vangen S, Stoltenberg C, Johansen REB, Sundby J, Stray- Pedersen B. Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. *Acta Obstetrics et Gynecologica Scandinavica* 2002; 81:317–322.
- ⁴¹ WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006; 367:1835–1841.
- ⁴² Tahzib F. Epidemiological determinants of vesicovaginal fistulas. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1983; 90:387–391.
- ⁴³ Rushwan H. Female genital mutilation (FGM) management during pregnancy, childbirth and the postpartum period. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2000; 70:99–104.
- ⁴⁴ Apgar score
- ⁴⁵ Post-traumatic stress disorder
- ⁴⁶ Whitehorn J. Female genital mutilation: cultural and psychological implications. *Sexual Relationships and Therapy* 2002; 17:161–170.
- ⁴⁷ Lockhat H. Female genital mutilation: treating the tears. London Middlesex University Press 2006.
- ⁴⁸ Berggren V, Yagoub AE, Satti AM, Khalifa MA, Aziz FA, Bergstrom S. Postpartum tightening operations on two delivering wards in Sudan. *British Journal of Midwifery* 2006; 14:1–4.
- ⁴⁹ Nour NM, Michels KB, Bryant AE. Defibulation to treat female genital cutting. Effect on symptoms and sexual function. *Obstetrics and Gynecology* 2006; 108:55–60.
- ⁵⁰ Vagina and urethra
- ⁵¹ Haematocolpus
- ⁵² Njue C, Askew I. Medicalization of female genital cutting among the Abagusii in Nyanza Province, Kenya. Washington DC, Population Council Frontiers in Reproductive Health 2004.
- ⁵³ Talle A. Transforming women into "pure" agnates: aspects of female infibulation in Somalia. In: Broch- Due V, Rudie I, Bleie T, eds. *Carved flesh, cast selves: gender symbols and social practices*. Oxford, Berg 1993:83–106.

- ⁵⁴ Gruenbaum E. Sexuality issues in the movement to abolish female genital cutting in Sudan. *Medical Anthropology Quarterly* 2006; 20:121
- ⁵⁵ Almroth L, Almroth-Berggren V, Hassanein OM, Al Said SS, Hasan SS, Lithell UB. Male complications of female genital mutilation. *Social Science and Medicine* 2001; 53:1455–1460.
- ⁵⁶ Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N, Obeid A, El Sheikh MAA, Elfadil SM. Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *Lancet* 2005; 366:385–391.
- ⁵⁷ Bishai D, Bonnenfant YT, Darwish M, Adam T, Bathija H, Johansen E, Huntington D; FGM Cost Study of WHO. *Bull World Health Organ.* 2010;88(12):956
- ⁵⁸ UNICEF. Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting. *Innocenti Digest*. Florence, UNICEF 2005.
- ⁵⁹ Ahmadu F. Rites and wrongs: an insider/outsider reflects on power and excision In: Shell-Duncan B, Hernlund Y, eds. *Female "circumcision" in Africa: culture, controversy and change*. Boulder, Colorado, Lynne Rienner 2000; 283–312.
- ⁶⁰ Reinfibulation
- ⁶¹ Talle A. Female circumcision in Africa and beyond: the anthropology of a difficult issue. In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, eds. *Transcultural bodies: female genital cutting in global context*. New Brunswick, Rutgers University Press 2007; 91–106.
- ⁶² Budiharsana M. Female circumcision in Indonesia: extent, implications and possible interventions to uphold women's health rights. Jakarta, Population Council 2004.
- ⁶³ Dellenborg L. A reflection on the cultural meanings of female circumcision: experiences from fieldwork in Casamance, southern Senegal. In: Arnfred, S, ed. *Re-thinking sexualities in Africa*. Uppsala, Nordic Africa Institute 2004; 79–98.
- ⁶⁴ WHO, UNFPA. Towards the elimination of female genital mutilation: a training manual for the affected countries in the Eastern Mediterranean Region. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean 2006.
- ⁶⁵ Satti A, Elmusharaf S, Bedri HA, Idris T, Hashim MSK, Suliman GI, Almroth I. Prevalence and determinants of the practice of genital mutilation of girls in Khartoum, Sudan. *Annals of Tropical Paediatrics: International Child Health* 2006; 26:303–310.
- ⁶⁶ UN General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly, 11 October 2002. New York, United Nations 2002.

- ⁶⁷ Dettmyer R, Laux J, Friedl H, Zedler B, Bratzk H, Parzeller M. Medical and legal aspects of genital mutilation and circumcision part 1: Female genital mutilation. Arch Kriminol, 2011; 227(1-2):1-22
- ⁶⁸ UNICEF. Female genital mutilation/female genital cutting: a statistical report. New York, UNICEF 2005.
- ⁶⁹ WHO. FGM programmes to date: what works and what doesn't. A review. Geneva. Report No: WHO/CHS/WMH/99.5 1999.
- ⁷⁰ Donor Working Group on Female Genital Mutilation/cutting. Toward a common framework for the abandonment of FGM/C. Florence, UNICEF 2007.

یادداشت شناسه‌ی مؤلفان

تهمینه فرج‌خدا؛ دانشجوی دکترای تخصصی سلامت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

الناز ایرانی‌فر؛ دانشجوی مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

مریم جوانبخت؛ دانشجوی مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

محمود عباسی؛ رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

مهشید بکایی؛ عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد (نویسنده مسئول)
نشانی الکترونیکی: bokaie@ssu.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۷/۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۹/۱۲