

پیامدهای ختنه در زنان: مروری بر مطالعات موجود

معصومه سیمیر^۱، فاطمه عبدی^۲، فرزانه ظاهری^{۳*}، پوران مختاری^۴، تهیمینه دادخواه تهرانی^۵، روناک شاهوی^۶

۱. دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، کمیته پژوهشی دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۵. کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قم، ایران
۶. استادیار، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی سنندج، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۲۲

انجام اصلاحات: ۱۳۹۳/۱۰/۲۲

دریافت: ۱۳۹۳/۲/۱۱

تجدید

زمینه و هدف: طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، ختنه زنان شامل برداشت یا صدمه به بخشی یا تمام قسمت های دستگاه تناسلی خارجی زنان بدون دلیل پزشکی است. بر طبق گزارش WHO، ۱۰۰ تا ۱۴۰ میلیون زن و دختر در دنیا ختنه شده اند که در مطالعات مختلف عوارض و پیامدهای متعددی برای این عمل ذکر شده است. در مطالعه ی مروری حاضر به بررسی مطالعات صورت گرفته در زمینه ی پیامدهای ختنه زنان پرداخته شده است.

روش بررسی: مطالعه حاضر، نتایج منتشر شده در زمینه بررسی پیامدهای ختنه زنان را در فاصله سال های ۲۰۱۳ - ۲۰۰۳ در پایگاه های WHO، Iranmedex، Emro، Cinahl، Cochran library، Medline، Pubmed و SID مورد بررسی قرار داده است. برای جمع آوری اطلاعات، ابتدا مقالاتی که در متن خود دارای یکی از کلمات کلیدی Female genital mutilation، Infibulations، Female circumcision به تنهایی و یا همراه با کلمات Obstetrics، Gynecologic Consequence، Psychiatric consequence health در کنار کلمات outcome بودند، جستجو شد که در نهایت مجموع آنها به ۷۴ مقاله رسید.

یافته ها: ختنه زنان با عوارض و پیامدهایی مانند عفونت، درد هنگام مقاربت، تکرر ادرار، خونریزی های مداوم، قاعدگی دردناک، عفونت دوران بارداری، احتمال ابتلا به هیپاتیت و نازایی در زنان همراه است. اما با توجه به این که تعداد مطالعات مورد شاهدهی در خصوص بررسی این عوارض در جوامع مختلف بسیار کم است، با قطعیت نمی توان در مورد ارتباط پاره ای عوارض با ختنه ی زنان اظهار نظر نمود.

نتیجه گیری: ختنه زنان یکی از مظاهر نقض حقوق بشر و خشونت علیه زنان و دخترانی است که حق داشتن بدن و جسم سالم را دارند. بنابراین، علیرغم تلاش جهانی، هنوز در مناطقی از دنیا که این سنت وجود دارد نیاز به اقدامات شدیدتر و جدی تر برای متوقف کردن آن احساس می شود.

کلمات کلیدی: ختنه زنان، پیامد جسمی، پیامد روانی، پیامد جنسی، پیامد مامایی

نویسنده مسئول: فرزانه ظاهری

آدرس: ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی
ایمیل: f_z162@yahoo.com

مقدمه

و اتیوپی (۷) نسبت می دهند. بر طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، ختنه زنان شامل برداشت یا صدمه به بخشی یا تمام قسمت های دستگاه تناسلی خارجی زنان بدون دلیل پزشکی است. ختنه زنان در بیش از ۳۰ کشور آفریقایی بخصوص آفریقای زیر صحرا و بخش شمالی آن، برخی کشورهای آسیایی، خاورمیانه،

ختنه زنان به عنوان یک سنت قدیمی که ریشه در فرهنگ، سنن و مذهب بعضی مناطق جهان دارد، به یکی از جدی ترین مشکلات بهداشتی و نگرانی های بزرگ کشورها تبدیل شده است (۵-۱). تاریخچه دقیق ختنه زنان کاملاً معلوم نیست، اما آن را به قرن ۵ قبل از میلاد در مصر، روم باستان، مناطق عربی، روسیه تزاری (۶)

استفاده از وسایل غیر استریل جهت انجام این عمل، واژینوز باکتریال، عفونت های ادراری، بیماری های منتقله از راه جنسی قابل انتقال، خونریزی بعد از نزدیکی (۳۷،۳۶،۲۴)، فاشییت نکروزان (۳۶) حتی مرگ (۳۵) و عوارض دراز مدت به صورت اسکار، زخم ژنیتال و کیست انکلوژیونی درمونیید، دیس پارونی، درد مزمن پایین شکم و نازایی، عوارض لیبر و زایمان (۳۷،۳۵،۲۴) و کاهش کیفیت رابطه جنسی (۳۸) ذکر گردیده است.

این در حالی است که در مطالعاتی دیگر، میزان و شدت برخی عوارض مامایی در مادران و نوزادان فوق با افراد گروه کنترل تفاوتی نداشته است (۳۹). در هر صورت، ختنه زنان به عنوان عملی بسیار مضر و شکلی افراطی از خشونت و نقض حقوق زنان در سطح بین المللی شناخته شده است (۴۰). این عمل ریشه در نابرابری عمیق جنسیتی داشته و در دنیای کنونی نوعی بی احترامی و هتک حقوق کودکان، حق برخورداری از سلامت، سلامت جسمی، حق آزاد بودن از شکنجه و رفتار بی رحمانه، غیرانسانی و تحقیر آمیز و حق زندگی در زمانی است که این عمل سبب مرگ شود (۴۱).

با توجه به شایع بودن این عمل در میان زنان برخی از کشورهای جهان و با توجه به عوارض مختلفی که بعضی از مطالعات به آن اشاره دارند، مطالعه ی مروری حاضر به بررسی مطالعات صورت گرفته در زمینه ی پیامدهای مبتنی بر شواهد موجود ختنه زنان پرداخته است.

روش بررسی:

مطالعه حاضر شامل مطالعات انسانی بود و به نتایج منتشر شده در زمینه بررسی پیامدهای ختنه زنان در فاصله سالهای ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۳ محدود شد. برای دستیابی به مقالات مربوط از پایگاه های اطلاعاتی Pubmed, Medline, Cochran library, Emro WHO, Iranmedex, Cinahl, SID و استفاده گردید. برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز، ابتدا مقالاتی که در متن خود دارای یکی از کلمات کلیدی cutting/Female genital mutilation, Infibulations, Female circumcision به تنهایی و یا به همراه کلمات Obstetrics, Gynecologic Consequence, Psychiatric Consequence Health Outcome بودند، در پایگاه های ذکر شده جستجو شدند که مجموع آن ها به ۹۵ مقاله رسید. از میان آن ها، مقالاتی را که ختنه زنان و یا یکی از پیامدهای

جنوب آسیا و مهاجران به شمال آمریکا، اروپا، استرالیا و نیوزیلند مشاهده می شود (۱۱-۸). تخمین زده شده که حدود ۱۴۰ میلیون زن و دختر در دنیا تحت این عمل قرار گرفته و سالانه ۳-۲ میلیون دختر نیز در معرض خطر انجام یکی از اشکال آن باشند (۱۴-۱۲).

این عمل بیشتر در میان دختران ۱۰-۴ سال صورت می گیرد (۱۵) و دارای شیوعی متفاوت در کشورهای مختلف دنیا است به طوری که شیوع آن در میان کودکان شمال نیجریه ۱۶ درصد (۱۶)، جنوب نیجریه ۹۲/۵ درصد (۱۷)، گامبیا ۷۵/۶ درصد (۱۸) و زنان ۴۹-۱۵ ساله این کشور ۷۸/۳ درصد (۱۹)، کراسای اتیوپی ۳۸/۵ درصد (۲۰)، بورکینافاسو ۷۷/۷ درصد (۲۱)، جیبوتی ۹۸ درصد (۲۲)، دختران ۱۲ ساله و کمتر سومالیایی مقیم شرق اتیوپی ۴۲/۸ درصد (۲۳)، سیرالئون ۸۱/۴ درصد (۲۴)، موریتانی ۷۰ درصد (۲۵)، در نیجر کمتر از ۵ درصد (۲۶)، کویت ۳۸ درصد (۲۷)، اریل در کردستان عراق حدود ۷۰ درصد (۲۸) و در روانسر ایران بر اساس بررسی در یک جمعیت ۳۵۰ نفری، ۵۵/۷ درصد (۲۹) می باشد.

طبق راهنمای سازمان بهداشت جهانی، ختنه زنان به ۴ دسته برش پره پوس، برش کلیتوریس به همراه بخشی یا تمام لایبیا مینور، برداشت یک بخش یا تمام ژنیتالیای خارجی و دوخت و تنگ نمودن مدخل واژن و نوع چهارم آن شامل هر عمل تهاجمی بر روی کلیتوریس و ژنیتالیای خارجی تقسیم می شود (۱۳، ۳۳-۳۰).

سطح سواد و میزان آموزش، محل اقامت (شهر یا روستا)، مذهب، نژاد، سطح درآمد خانواده در کاهش یا افزایش میزان شیوع این عمل موثر دانسته شده است. دیده شده است که میزان ختنه در میان زنان با سن بالاتر که سطح سواد و آگاهی پایین تری داشته اند، بیشتر است و مادرانی که دارای سطح آگاهی و سواد بالاتری هستند تمایل کمتری به انجام ختنه دختران خود دارند (۲۹، ۲۶).

دلایلی که توسط طرفداران ختنه زنان برای انجام این عمل ذکر شده، تشویق سیستم های خانوادگی پدرسالار به انجام آن، روشی برای کنترل موالید، تضمین اخلاقیات و وفاداری به همسر، حفاظت زنان از سوء ظن، نماد زیبایی و زن بودن، بهداشتی بودن و مزایای اقتصادی و سلامتی آن (۱۳) و زایایی (۱۳، ۱۵) و دوری دختران از روابط جنسی قبل از ازدواج و کاهش میل جنسی (۳۴) ذکر شده است.

ختنه زنان با پیامدهای سلامتی معکوسی همراه می باشد. شدت پیامدهای مربوط به سلامت ختنه زنان به میزان قابل توجهی مختلف بوده و به وسعت بافت برداشته شده بستگی دارد. در برخی مطالعات، عوارض و پیامدهای کوتاه مدت این عمل به شکل خونریزی حاد، عفونت موضعی، شوک و تأخیر یا نقص در ترمیم زخم و به دلیل



است، زنان از شوک، مشکلات مربوط به شب اداری، کم خونی، عفونت اداری، بی اختیاری، نازایی، درد، مشکلات مربوط به قاعدگی و درد هنگام نزدیکی شاکی بودند (۱۳).

Rouzi (۲۰۱۰) در مطالعه خود به بررسی حدود ۳۲ مورد برداشت کیست های اپیدرمی کلیتوریسی انکلوژیونی پرداخته است. از این تعداد، ۱۴ مورد سابقه ختنه را داشتند. میانگین قطر کیست ها $4/2 \pm 2$ سانتی متر و اغلب نیاز به عمل جراحی جهت خروج پیدا نمودند. اما عوارض کوتاه و بلند مدت گزارش نگردید. در این راستا به نظر می رسد که کیست های کلیتوریسی یکی از عوارض معمول ختنه زنان باشد (۴۶).

بر مبنای مطالبی که بیان گردید، شانس ایجاد نازایی اولیه زنان بدون حضور سایر فاکتورهای خطر افزایش می یابد، اما باز هم در این زمینه اختلاف نظر وجود دارد. پاره ای از مشکلات مربوط به سیستم ادراری تناسلی نیز بیشتر مشاهده می شود، اما برخی از عوارض هم در همه مطالعات ذکر نشده است و ممکن است مربوط به عوارض واقعی ختنه زنان نباشد. برای رسیدن به نتیجه قطعی در این زمینه انجام مطالعات مورد-شاهدی می تواند کمک کننده باشد.

۲- پیامدهای روانی

از لحاظ پیامدهای روانی، ۸۰ درصد مرور مکرر تجربه رویداد ختنه زنان، ۵۸ درصد اختلال روانی (اختلال خلقی)، ۳۸ درصد اختلال اضطرابی، ۳۰ درصد استرس پس از حادثه از عوارض روانی همراه با ختنه زنان در نمونه های مورد مطالعه می باشد (۲۷). این زنان سابقه تحریک پذیری و کابوس شبانه، بیماری های روانی و عصبی-احشایی را نیز ذکر می کنند (۱۳).

Vloeberghsa و همکاران (۲۰۱۳)، مشکلات روانی و مرتبط با ختنه زنان در ۶۶ زن مهاجر از کشورهای آفریقایی ساکن در کشور هلند را مورد مطالعه قرار دادند. بر طبق نتایج، یک ششم نمونه ها از اختلالات استرسی بعد از تروما رنج می بردند، یک سوم علائم مربوط به افسردگی یا اضطراب را گزارش نمودند. احساس منفی ایجاد شده توسط ختنه زنان در هنگام زایمان یا وجود مشکلات جسمی برجسته تر می نمود. نمونه ها در هلند با آگاهی نسبت به عوارض ختنه زنان، دچار احساس شرم بیشتر در هنگام معاینه توسط پزشکان شده بودند (۴۷).

Kizilhan و همکاران (۲۰۱۱) ۷۹ دختر ۱۴-۸ ساله با ختنه زنان را به طور همزمان با ۳۰ دختر بدون ختنه از همین منطقه و

مرتبط با آن مورد ارزیابی قرار گرفته بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. اکثر مطالعات توصیفی بودند. مطالعه مداخله ای در این میان یافت نشد. همچنین مقاله های مروری چاپ شده در این زمینه نیز مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها:

۱- پیامدهای جسمی

در زنان ختنه شده درجه یک و دو، شیوع مشکلات طولانی مدت مربوط به سیستم تناسلی یعنی دیس منوره، درد واژن و ولو و مشکلات مربوط به ترمیم غیرطبیعی همچون فیروزیس و کلوئید بالاتراست (۱۸). علاوه بر این کزاز، سیتی سمی، احتباس حاد ادراری نیز جزء موارد عوارض متعاقب ختنه زنان ذکر شده است (۴۲).

ختنه زنان با افزایش درد شکم و ترشح همراه است، اما هیچ ارتباطی با نازایی ندارد (۳۷). در یک مطالعه مورد شاهدی، ۹۹ نفر با نازایی اولیه که علت آن هورمونی یا به دلیل جراحی قبلی و یا با علت مردانه نبود در گروه مورد قرار داده شده و همه را تحت لاپاراسکوپی قرار دادند. گروه شاهد را نیز ۱۸۰ زن باردار شکم اول مراجعه کننده جهت مراقبت های دوران بارداری تشکیل می دادند. نتایج نشان داد که ختنه زنان درجه بالا، چه با بسته شدن یا سوچور لایا همراه باشد یا نه، اما با نازایی اولیه در ارتباط است (۴۳). در آخرین گزارش سازمان بهداشت جهانی نیز ارتباط ختنه زنان با نازایی تأیید شده است. در این گزارش اذعان شده که علاوه بر نازایی، وجود کیست، عفونت های مکرر مثانه و مجاری ادراری در زنان ختنه شده مشاهده می شود (۴۱).

Okwudili و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود بر روی یک دختر ۲۳ ساله ختنه شده، با موردی از انسداد مجاری ادراری-تناسلی متعاقب ختنه مواجه شدند که با عمل جراحی، مشکل برطرف گردید. نویسنده با توجه به این مسأله تلاش جدی برای ریشه کن کردن این عمل را خواستار گردید (۴۴).

Johnson و همکاران (۲۰۱۲) مطالعه ای مقطعی بر روی ۲۱۸ زن ساکن در جنوب نیجریه انجام دادند. بیشترین نوع ختنه، درجه دوم بود و بیشتر زنان در سن ۱۲-۶ سالگی این عمل را تجربه نموده بودند (۶۹/۸ درصد) بیشترین عوارض تجربه شده در این مطالعه درد غیر قابل تحمل (۳۶/۶ درصد)، خونریزی شدید (۱۵/۸ درصد) و دفع دردناک ادرار (۲۶/۷ درصد) بود (۴۵). در یک بررسی انجام شده که در زنان با تجربه ختنه انجام گرفته

۳۱ دختر دیگر از سایر مناطق عراق را با استفاده از پرسشنامه شاخص استرس پس از تروما، پرسشنامه شاخص افسردگی کودکان و آزمون عزت نفس مورد مقایسه قرار دادند. در پایان نتایج نشان داد که میزان اختلال استرسی بعد از تروما (۴۴/۳ درصد)، اختلال افسردگی (۳۳/۶ درصد)، اختلال اضطراب (۴۵/۶ درصد)، اختلال جسمانی (۳۶/۷ درصد) در دختران با ختنه بیشتر از هر دو گروه کنترل بوده است، اما تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نبوده است (۴۸).

۳- پیامدهای جنسی

زنان ختنه شده بیشتر در معرض خطر درد و دیس پارونی، عدم تمایل جنسی و رضایت جنسی کمتر هستند (۴۹). به نظر می رسد که انجام ختنه در زنان با افزایش شانس آلوده شدن به ویروس HIV و در نهایت بیماری ایدز همراه باشد. Smolak (۲۰۱۳) در مطالعه خود روی ۱۳۰۱۵ زن در سن باروری کشور مالی به بررسی ارتباط بین ختنه زنان با وضعیت HIV و رفتار پرخطر جنسی پرداخت. او در مطالعه خود دو بار نمونه خون شرکت کنندگان در پژوهش را از نظر آنتی بادی اندازه گرفته و ارتباط آن را با HIV، تعداد شرکای جنسی، زمان شروع رابطه جنسی و رابطه جنسی قبل از ازدواج بررسی نمود. بر طبق نتایج بدست آمده زنان ختنه شده، ۲/۱ برابر بیشتر شانس ابتلا به HIV را داشتند.

اما بین ختنه و تعداد شرکای جنسی، سن شروع روابط جنسی و رابطه جنسی قبل از ازدواج تفاوت آماری معنی دار مشاهده نشد (۵۱). در یک مرور منظم که توسط Iavazzo (۲۰۱۳) بر روی ۲۲۰۵۲ مشارکت کننده ۲۰-۱۰ ساله با درجات مختلف ختنه از ۶ کشور آفریقایی انجام شد، انواع مختلفی از عفونت ادراری-تناسلی، آبسه، سیتی سمی یا حتی HIV مشاهده گردید. بیشتر عفونت ها با درجه سوم ختنه زنان همراه بودند. انواع مختلف پاتوژن ها و HIV نیز در این موارد جدا شدند (۵۱).

اما Kinuthia در مطالعه خود بر روی ۳۲۷۱ زن، آنان را به ۴۰۰ خوشه که ۲۷۱ خوشه آن روستایی و ۱۲۹ خوشه شهری تقسیم نمود و بعد نمونه گیری را با استفاده از پرسشنامه KDHS۲۰۰۳ انجام داد و ارتباط معکوسی بین رخداد ختنه و HIV مشاهده نمود (OR=۰/۵۰۸) (۶).

در یک مطالعه مقطعی که در کشور مصر توسط Kasim در سال ۲۰۱۲ و همکاران با عنوان «تأثیر ختنه زنان بر بهداشت باروری زنان» انجام شد، ۲۰۰ نفر از زنان ختنه شده به عنوان گروه

مورد و ۲۰۰ نفر دیگر نیز به عنوان گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه ارتباط آماری معنی دار بین پیامدهای معکوس بهداشت باروری، عفونت راجعه واژینال و ختنه زنان مشاهده گردید. خطر دیس پارونی در میان زنان ختنه شده با نسبت شانس ۳/۹ بالاتر بود. همچنین میزان رضایت جنسی در زنان گروه مورد کمتر از گروه شاهد بود (۵۲).

Mahdy Zakaria و همکاران (۲۰۱۲) نیز در مطالعه خود بر روی ۲۲۰ زن متأهل، با استفاده از پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی، به بررسی تأثیر سایکوسکچوال ختنه زنان پرداختند. بر طبق نتایج آنها حدود ۷۴/۵ درصد زنان ختنه شده بودند که از این میزان، ۸۰ درصد نوع اول و ۱۴ درصد از نوع دوم و مابقی نوع سوم بودند. نتایج نشان دهنده بیشتر بودن نمرات آیتم های مختلف شاخص عملکرد جنسی در زنان ختنه نشده بود و این تفاوت در نوع دوم ختنه زنان در مقایسه با نوع اول نیز کمتر بود (۵۳).

Alsibiani (۲۰۱۰) در مطالعه خود بر روی دو گروه ۲۶۰ نفری زنان فعال جنسی با و بدون ختنه ساکن در شهر جده عربستان سعودی، با استفاده از پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی ترجمه شده به زبان عربی (FSFI) آنان را مورد ارزیابی قرار داد. نتایج بدست آمده نشان دهنده عدم وجود تفاوت آماری معنی دار بین ۲ گروه از لحاظ میانگین نمره تمایل جنسی و درد بود. ضمن این که بین سایر آیتم های پرسشنامه و همچنین رضایت کلی بین دو گروه تفاوت آماری معنی دار مشاهده گردید (P=۰/۰۳). محقق در نهایت به این نتیجه رسید که ختنه زنان درجه یک و دو با اختلال عملکرد جنسی همراه است (۵۴).

در فراتحلیلی که توسط مرکز علمی نروژ برای خدمات سلامت انجام شد، ۱۷ مقاله که در آن ۱۲۷۵۵ زن با و بدون ختنه مورد مقایسه قرار گرفته بودند، وارد مطالعه شدند. نتایج کلی نشان داد که زنان ختنه شده بیشتر دچار درد هنگام نزدیکی و کاهش رضایت و تمایل جنسی هستند (۵۵).

Rossem و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه ای مروری بر روی ۶۷۵۳ زن، تأثیر ختنه بر روی اولین رابطه جنسی و سن اولین ازدواج را مورد بررسی قرار داده و متوجه شدند که درجه ختنه زنان بر روی سن ازدواج و اولین رابطه جنسی قبل از ازدواج تأثیر معنی دار دارد، اما بر سن اولین رابطه جنسی تأثیر نداشته است. ضمن این که تنوع در رفتارهای جنسی، ارتباطی با نوع ختنه نداشته و بیشتر مرتبط با کاراکترهای اجتماعی مشارکت

نسبت به گروه کنترل غیر فعال از لحاظ جنسی، نمره کلی پایین تری داشتند (۵۹).

Catania (۲۰۰۷) در مطالعه ای در کشور ایتالیا بر روی ۱۳۷ زن ختنه شده، که در غرب این کشور زندگی می کردند، انجام داد. بر مبنای یافته های این مطالعه، از کل ۱۳۷ زنان که انواع مختلفی از ختنه را تجربه نمودند، میزان ارگاسم تجربه شده در زنان، حدود ۶۹ درصد به صورت همیشگی و در ۸۶ درصد در اغلب موارد بوده است. در ۵۸ زن جوان ختنه شده میزان ارگاسم تجربه شده ۹۱/۴ درصد در اغلب اوقات و ۸/۵۷ درصد به صورت همیشگی بوده است. ۱۴ نفر از ۱۵ زنی که عمل ترمیم ختنه برای آنان انجام شده است، ارگاسم را تجربه نموده اند. در زنانی که ختنه در آنان انجام گرفته بود، پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) تکمیل و با گروه زنانی که ختنه نشده بودند مقایسه گردید. میانگین نمره دو گروه از لحاظ تمایل، برانگیختگی، ارگاسم و رضایت در گروه زنان ختنه نشده از زنان ختنه شده بیشتر بود و تفاوت آماری از این لحاظ معنی دار بود. اما میانگین نمره میزان لغزندگی، مرطوب شدگی و درد در دو گروه فاقد تفاوت آماری معنی دار بود (۶۰). در مطالعه مروری Obermeyer (۲۰۰۵) شواهد و مدارک، از نابدی فعالیت جنسی و عدم وجود ارتباط جنسی در موارد ختنه حمایت نمی کند (۳۷). اکثر مطالعات فوق از وجود پیامدهای معکوس جنسی در زنان متعاقب ختنه حمایت می کند و این گونه به نظر می رسد که با بالا رفتن درجه عمل، زنان از مشکلات بیشتری در حین مراحل فعالیت جنسی خود شکایت دارند و باز بر طبق نتایج این پژوهش ها شانس انتقال بیماری های مقاربتی و عفونی با انجام ختنه بخصوص نوع های بالاتر آن افزایش می یابد.

۴- پیامدهای مامایی

پیامدهای مامایی متعاقب ختنه شامل طولانی شدن لیبر، زایمان سزارین، خونریزی بعد از زایمان، مرگ زوردرس نوزادی می باشند (۲۷). در مطالعه Frega و همکاران در سال ۲۰۱۳ بر روی پیامدهای مامایی در ۸۵ زن با ختنه درجه یک و دو و ۹۵ زن به عنوان گروه کنترل انجام شد. سن، نیاز به اکسی توسین در طی لیبر، طول مدت فاز خروج، نیاز به اپیزوتومی، وزن و آپگار و نیاز نوزاد به احیاء در هنگام تولد و در نهایت میزان مرده زایی و همچنین میزان سزارین و اندیکاسیون اصلی انجام آن در هر دو گروه نیز مورد بررسی قرار گرفت. یافته ها نشان دهنده بالاتر بودن استفاده از اکسی توسین، طول مرحله خروج نوزاد، ریسک انجام اپیزوتومی و نیاز به احیاء در بدو تولد و میزان مرده زایی در گروه مورد و تعداد بیشتر نوزادان

کنندگان بوده است (۵۶).

El-Naser (۲۰۱۰) در یک مطالعه مقطعی بر روی ۱۵۰ زن با ختنه و ۵۰ نفر بدون آن با استفاده از پرسشنامه FSFI بررسی تاثیر ختنه بر عملکرد جنسی این زنان پرداخت. مشخص گردید که زنان گروه مورد اکثراً ساکن حومه شهرها، با سطح سواد پایین تر و سن کمتر در هنگام ازدواج بوده اند. در این مطالعه بیشترین ختنه، نوع یک بود (۸۴ درصد). بر طبق نتایج بدست آمده بین امتیاز مراحل جنسی یعنی تمایل، تحریک، ارگاسم، رضایت و درد در دو گروه تفاوت آماری معنی دار مشاهده نشد. اما در گروه کنترل، امتیاز لوبریکانت بطور معنی داری بالاتر بود. در مقایسه نوع اول و دوم ختنه زنان، در شکست برای رسیدن به ارگاسم، تفاوت معنی دار آماری دیده شد ($P=0/007$) اما در نهایت بین میانگین نمره کلی FSFI در هر دو گروه تفاوت معنی دار آماری تأیید نشد. به نظر می رسد نوع دوم ختنه زنان می تواند در ایجاد اختلال عملکرد جنسی نقش داشته باشد (۵۷).

در یک مطالعه مقطعی دیگر که توسط Anis و همکارانش در کلینیک بیماران سرپایی بیمارستان کایرو مصر انجام شد ۶۵۰ زن ۱۶-۵۵ ساله که ۳۳۳ نفر آنان تحت ختنه و مابقی بدون ختنه بودند، شرکت نمودند. نمونه های مطالعه، پرسشنامه عربی FSFI را تکمیل نموده و جهت تأیید ختنه، مورد معاینه بالینی قرار گرفتند. بر طبق نتایج بدست آمده، میانگین سن انجام ختنه ۸/۹ سال بود. در ۸۴/۹ درصد موارد ختنه از نوع یک و حدود ۱۵ درصد از نوع ۲ بود. بعد از تعدیل سن، محل سکونت و سطح سواد، مشخص شد که میانگین نمره FSFI در زنان ختنه نشده بطور معنی دار از گروه دیگر بالاتر است. به عبارت دیگر نمره تمام مراحل جنسی یعنی تمایل، تحریک، لوبریکانت، ارگاسم و رضایت در گروه ختنه نشده به طور معنی دار بیشتر از گروه دیگر بود، اما از لحاظ میانگین درد در دو گروه تفاوت آماری معنی دار مشاهده نشد (۵۸).

در یک مطالعه در بیمارستان آموزشی بزرگ شهر لندن ۷۳ زن با ختنه به عنوان گروه مورد و ۳۷ زن بدون ختنه به عنوان شاهد از نظر کیفیت زندگی جنسی با استفاده از پرسشنامه Sexual Quality of Life-Female (SQOL-F) مورد مقایسه قرار گرفتند. بر طبق نتایج، زنانی که تحت ختنه از هر نوعی قرار گرفته بودند، میانگین نمره کیفیت زندگی جنسی پایین تری داشتند ($P=0/001$). در زنان فعال از لحاظ جنسی و با ختنه نوع سوم نسبت به زنان فعال جنسی گروه کنترل نیز، میانگین نمره کیفیت زندگی جنسی پایین تر بود. زنان غیر فعال از لحاظ جنسی با ختنه، در کل

متولد شده با آپگارهای ۹ و ۱۰ در گروه کنترل بوده است (۳۵).
 Kandil و همکارانش نیز به نتایج مشابهی رسیده بودند (۶۱).
 در مطالعه ایی دیگر در کشور سوئد بر روی زنان آفریقایی تبار با
 ختنه و مقایسه آن با زنان سوئدی، میزان رخداد پارگی اسفنکتر
 آنال در زنان ختنه شده درجه سوم بیشتر بوده است (۶۲).
 در مطالعه Kaplan و همکاران (۲۰۱۳) روی ۵۸۸ زن مراجعه
 کننده به مراکز درمانی گامبیا جهت مراقبت دوران بارداری و
 زایمان، میزان اپی زیوتومی، سزارین، تولد مرده در زنان ختنه
 شده بیشتر بود. ضمن این که عوارض دیگری همچون پارگی
 پرینه، توقف لیبر و همچنین عوارض مرتبط با ترمیم غیر طبیعی
 محل پارگی ها نیز بیشتر بوده است. نوزادان نیز بیشتر در معرض
 دیسترس جنینی و کاپوت در این گروه بودند (۱۸). به دلیل لیبر
 طول کشیده، خطر فیستول نیز جزء عوارض در زنان ختنه شده
 ذکر شده است (۶۳).

Berg (۲۰۱۳) در یک فراتحلیل با ۴۴ مطالعه و حدود ۳ میلیون
 نفر مشارکت کننده، به این نتیجه دست یافت که لیبر طولانی،
 پارگی های هنگام زایمان، زایمان با وسیله، خونریزی زایمانی،
 زایمان مشکل با ختنه همراهی دارد و نشان می دهد که ختنه
 عامل خطر رخداد زایمان های عارضه دار است. اما در این تحقیق
 بر خلاف نتایج مطالعات دیگر، رخداد زایمان سزارین و زایمان با
 اپی زیوتومی تفاوت آماری معنی داری را نشان نداد (۴۰).

محققان با انجام یک مطالعه مورد شاهدی بر روی ۱۲۲ زن ختنه
 شده به عنوان گروه مورد و ۱۰۰ زن در گروه کنترل که از لحاظ
 سن همسان شده بودند، به بررسی تاثیر ختنه زنان بر روی پیامد
 زایمان و سلامت نوزاد پرداختند. بر طبق نتایج در مورد پیامد
 جنینی، خونریزی مادری، طول مرحله زایمان در دو گروه تفاوت
 آماری معنی دار دیده نشد. مادرانی که در آن ها ختنه صورت
 گرفته بود بیشتر در معرض خطر سزارین اورژانسی و پارگی
 درجه سوم واژینال بودند، اما خطر پارگی درجه یک در این
 دسته از مادران کمتر بوده است (۳۹).

گروه مطالعاتی WHO در یک دوره زمانی دو ساله با بررسی
 ۲۸۳۹۳ زایمان تک قلو در ۶ کشور آفریقایی بورکینافاسو، غنا،
 کنیا، نیجریه، سنگال و سودان به این نتیجه رسیدند که زنان ختنه
 شده در معرض خطر بالاتری برای زایمان سزارین، خونریزی بعد
 از زایمان، اقامت بیشتر در بیمارستان، احیای نوزاد، مرده زایی،
 مرگ زودرس نوزادی و وزن کم هنگام تولد قرار دارند.

به نظر می رسد که ختنه زنان سبب بیش از یک تا دو مورد مرگ
 پری ناتال در هر ۱۰۰۰ تولد شود (۵۲) در حالی که Kasim در
 مطالعه خود فقط افزایش خونریزی بعد از زایمان را در زنان ختنه
 شده مشاهده نمود (۶۴). Obermeyer به این نتیجه رسید که
 ختنه زنان فقط با افزایش خطر برخی عوارض بارداری و زایمان
 همراه است و میزان مرگ مادری و نوزادی را افزایش نمی دهد
 (۳۷). با توجه به نتایج مطالعات فوق این گونه به نظر می رسد که
 ختنه زنان پیامدهای معکوس مامایی را در هنگام لیبر و زایمان
 برای مادر افزایش می دهد. ضمن این که پیامدهای معکوس
 نوزادی نیز افزایش می یابد. مطلب قابل اهمیت این است که
 در زمینه احتمال افزایش میزان سزارین با ختنه زنان توافق نظر
 وجود ندارد. با توجه به این که در این زمینه مطالعات مداخله ای
 وجود ندارد، برای رسیدن به نتایج دقیق تر انجام چنین مطالعاتی
 ضروری به نظر می رسد.

مذهب و ختنه زنان

مطالعات مختلف نشان داده است که ختنه زنان در میان مسلمانان
 بیشتر انجام می شود، با این حال این عمل در دین خاصی توصیه
 نشده است و به غلط آنرا به اسلام نسبت می دهند، زیرا این عمل
 در میان مسیحیان کاتولیک و پروتستان ها نیز انجام می شود
 (۶۶). این عمل بیان کننده ریشه های عمیق اجتماعی و وضعیت
 اجتماعی کودک و خانواده او در برخی فرهنگ هاست (۱۰)،
 ۶۲، ۶۵، ۶۶). انجام این عمل با سن، محل سکونت، سطح سواد
 مادر و پدر، میزان توانمندی مادران و شاغل بودن آنان در ارتباط
 بوده است (۶۶).

نتیجه گیری:

بررسی مطالعات موجود نشان دهنده پیامدهای نامطلوب جسمی،
 روانی، جنسی و مامایی متعاقب ختنه است. ختنه زنان یک
 سنت بسیار قدیمی حتی شناخته شده از زمان فراغه است، به
 طوری که نوع سوم آن ختنه فرعوننی نامیده می شود. این عمل
 با استفاده از وسایل تیز و برنده و در برخی موارد غیر استریل،
 تکه های سنگ و یا انگشت بوسيله عاملین محلی زایمان و ختنه
 کنندگان سنتی که بعضاً هیچ اطلاعی از آناتومی ندارند و بدون
 استفاده از هر گونه بی حس کننده انجام می شود و بلافاصله درد،
 خونریزی، عفونت، کزاز و حتی انتقال HIV را می توان انتظار
 داشت. در مرحله بعد محدودیت حرکت، احتباس اداری، آسیب
 به پیشابراه، پرینه و آنوس، فیستول واژن و حتی بی اختیاری

آموزش جنسی برای زنانی که دچار پیامدهای معکوس جنسی شده اند، یا انجام ورزش کگل (Kegel) در مرحله بعد از زایمان به دلیل تغییرات آناتومیک و فیزیولوژیک ایجاد شده و همچنین عمل های جراحی برگشت در نوع سوم موثر خواهد بود (۱۰، ۶۰). در نهایت به دلیل آن که بیشتر مطالعات انجام شده در مورد ختنه زنان و عوارض آن توصیفی است و کمبود مطالعات تحلیلی و کیفی، سبب شده است که نتوان به شکل دقیق و صحیح عوارض و پیامدهای منفی و تجربه زنان از این عمل را شناسایی نمود (۷۳، ۷۴).

اداراری ممکن است رخ دهد. ضمن این که در نوع سوم ختنه، در مراحل بعد زندگی نیاز به انجام عمل برگشت وجود دارد و این عمل خود صرف هزینه های فراوان برای خانواده ها را به دنبال دارد (۶۷). علاوه بر آن، عوارض و پیامدهای مامایی، جسمی و جنسی و روانی مختلفی برای زنان ختنه شده در مطالعات مختلف شناخته شده است. این در حالی است که عوارض نوزادی و مرگ نوزادی نیز در نوزادان مادران ختنه شده افزایش می یابد (۱۱، ۲۷، ۳۵، ۳۹، ۶۳-۴۲).

سازمان بهداشت جهانی تخمین می زند که مرگ حدود ۲۰-۱۰ نوزاد در هر ۱۰۰۰ زایمان به دلیل ختنه باشد (۶۸). با این حال در بیشتر نقاط آفریقا و بسیاری از کشورهای خاورمیانه و مهاجرین به شمال آمریکا، اروپا، استرالیا و نیوزیلند بیش از ۱۴۰ میلیون زن با ختنه زندگی می کنند (۶۹) و بیش از ۳-۲ میلیون نیز در معرض خطر انجام این کار هستند (۱۴-۱۲). به دلیل عوارض مختلف کوتاه و دراز مدت برای این عمل و عدم وجود فواید ثابت شده برای آن (۲۷)، ختنه زنان شکل شدید سوء استفاده و خشونت علیه کودکان، دختران و زنان و یکی از موارد نقض حقوق بشر و یکی از مظاهر اصلی تبعیض و نابرابری جنسیتی است، چون حق برخورداری از بدن سالم را از زن سلب می کند (۱۰، ۶۰، ۶۹) و علی رغم تلاش هایی فراوان توسط سازمان بهداشت جهانی و طرفداران حقوق زنان برای ریشه کن نمودن آن، همچنان به عنوان یک مشکل جهانی و بهداشت عمومی باقی مانده است (۶).

بنابراین؛ تلاش های بیشتر برای کاهش و در نهایت حذف این عمل بسیار ضروری است. در این راستا می توان در جهت تغییر پاره ای از تعیین کننده های عمل ختنه زنان همچون سطح سواد مادر و پدر و توانمندی مادران و شاغل بودن آنان اقدام نمود (۶۶). اولین اقدام برای افزایش سطح آگاهی مادران و پدران و تغییر نگرش آنان به هدف کاهش و در نهایت توقف میزان ختنه زنان، افزایش برنامه ها و کارگاه های مختلف جهت ارتقاء سطح آگاهی مراقبین بهداشتی_درمانی، آموزش روش صحیح مشاوره با والدین در زمینه عوارض ختنه زنان است (۷۰، ۷۱، ۴۵، ۱۹، ۳۵).

همچنین وجود یک چارچوب قانونی حمایت گر و منظم در زمینه مبارزه با این عمل و تقویت، پایش و ارزیابی مراحل اجرایی شدن آن (۷۰)، حمایت رهبران مذهبی و رهبران قبائل از حذف این عمل، فعالیت رسانه ها در سطح ملی (۷۲) می تواند بسیار مفید باشد.

ضمن این که کمک به توانبخشی زنانی که از عوارض متعاقب ختنه رنج می برند به شکل درمان اختلال جنسی و



References:

1. Isman E, Mahmoud Warsame A, Johansson A, Fried S, Berggren V. Midwives' Experiences in Providing Care and Counselling to Women with Female Genital Mutilation (FGMB B T C) Related Problems. *Obstetrics and Gynecology International* 2013;2013: 1-9.
2. Berg RC, Denison EM. A realist synthesis of controlled studies to determine the effectiveness of interventions to prevent genital cutting of girls. *Paediatrics and International Child Health* 2013; 33(4):322-333.
3. Rouzi AA. Facts and controversies on female genital mutilation and Islam. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2013;18(1):10-4.
4. Masho SW, Matthews L. Factors determining whether Ethiopian women support continuation of female genital mutilation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2009;107:232-237.
5. Sipsma HL, Chen PG, Ofori-Atta A, Ilozumba UO, Karfo K, Bradley EH. Female genital cutting: current practices and beliefs in western Africa. *Bulletin of the World Health Organization* 2012;90:120-127.
6. Kinuthia, Rosemary G. The Association between Female Genital Mutilation and the Risk of HIV/AIDS in Kenyan Girls and Women (15-49 Years)" (2010). *Public Health Theses. Paper 98.*
7. Nour NM. Female Genital Cutting:A Persisting Practice. *Obstet Gynecol.* 2008;1(3):135-139.
8. Sharfi AR, Elmegboul MA, Abdella AA. The continuing challenge of female genital mutilation in Sudan. *African Journal of Urology*.2013: 19: 136-140.
9. Serour GI. Medicalization of female genital mutilation/cutting. *African Journal of Urology* 2013: 19:145-149.
10. Abdulcadir J, Margairaz C, Boulvain M, Irion O. Care of women with female genital mutilation/ cutting. *Swiss Med Wkly* 2011;140:w13137.
11. Yirga W SH, Kassa NA, Gebremichael WM, Aro AR. Female genital mutilation: prevalence, perceptions and effect on women's health in Kersa district of Ethiopia. *International Journal of Women's Health*2012: 4:45-54.
12. Moeed SM, Grover SR. Female genital mutilation/cutting (FGM/C): survey of RANZCOG fellows, diplomates & trainees and FGM/C prevention and education program workers in Australia and New Zealand. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2012;52(6):523-7.
13. Utz-Billing I, Kentenich H. Female genital mutilation: an injury, physical and mental harm. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2008 :29(4):225-9.
14. Schultz JH, Lien IL. Meaning-making of female genital cutting: children's perception and acquired knowledge of the ritual. *International Journal of Women's Health*2013: 5:165-175.
15. Sipsma HL, Chen PG, Ofori-Atta A, Ilozumba UO, Karfo K, Bradley EH. Female genital cutting: current practices and beliefs in western Africa. *Bulletin of the World Health Organization* 2012;90:120-127.
16. Garba I.D, Mohammad Z, Abubakr I.S. Prevalence of female genital mutilation among female infants in kano, northern Nigeria. *Arch Gynecology Obstet*2012;286: 423-428.
17. Johnson OE, Okon RD. Perception and practice of female genital cutting in a rural community in southern Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2012;16(4):132-9.
18. Kaplan A, Forbes M, Bonhoure I, Utzet M, Martin M, Manneh M, Ceesay H. Female genital mutilation. Cutting in the Gambia: long term health consequences and complications during delivery and for the newborn. *International Journal of women,s health* 2013;5: 323-330.
19. Kaplan A, Hechavarría S, Martín M, Bonhoure I. Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reproductive Health* 2011, 8:26:1-6.
20. Yirga W SH, Kassa NA, Welday M, Gebremichael, Aro AR. Female genital mutilation: Prevalence, perceptions and effects on women,s health in kersa district of Ethiopia. *International Journal of women,s health*2012;4:45-53.
21. Karmaker B, Kandala NB, Chung D, Clarke A. Factors associated with female genital mutilation in Burkina Faso and its policy implications. *International Journal for Equity in Health* 2011: 10:20.
22. Martinelli M, Ollé-Goig JE. Female genital mutilation in Djibouti. *African Health Sciences* 2012;4: 412 – 415.
23. Kaplan A, Hechavarrío S, Martín M, Bonhour I. Health consequences of female genital mutilation/ cutting in the Gambia, evidence in to action. *Reproductive Health* 2011;8: 26:1-6.
24. Bjälkander O, Grant DS, Berggren V, Bathija H, Almroth L. Female Genital Mutilation in Sierra Leone: Forms, Reliability of Reported Status, and Accuracy of Related Demographic and Health Survey Questions. *Obstetrics and Gynecology International*2013:2013:1-15
25. Ouldzeidoune N, Keating J, Bertrand J, Rice J. A Description of Female Genital Mutilation and Force-Feeding Practices in Mauritania: Implications for the Protection of Child Rights and Health. *Plos one*2013;8(4):9-1.
26. *The World's Women 2010 Trends and Statistics.* United Nations New York, 2010:135-137.
27. Chibber R, El-saleh E, El harmi J. Female circumcision: obstetrical and psychological sequelae continues unabated in the 21st century. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011: 24(6): 833-836.
28. Yasin BA, Al-Tawil NG, Shabila NP, Al-Hadithi TS. Female genital mutilation among Iraqi Kurdish women: a cross-sectional study from Erbil city. *BMC Public Health* 2013, 13:809.
29. Pashaei T, Rahimi A, Ardalan A, Felah A, Majlessi F. Related Factors of Female Genital Mutilation in Ravansar (Iran). *J Women's Health Care* 2012, 1:2.
30. Rouzi AA. Epidermal clitoral inclusion cysts: nota rare complication of female genital mutilation. *Human Reproduction*2010;25(7):1672-1674.
31. Anand E, Singh J. Female Genital Mutilation and its effects over women's health. 27th IUSSP Conference. 2013, Busan, South Korea.
32. Perron L, Senikas V, Burnett M, Davis V, Burnett M, Aggarwal A, Bernardin J and et al. Female genital cutting. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35(11):1028-45.
33. Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. United Nations Children's Fund (UNICEF), July 2013.
34. Habibizadeh F. Female genital mutilation in the Middle East. *www.thlancet.Com* 2013:382.
35. Frega A, Puvio G, Maniglio P. Obstetric and neonatal outcomes with 1 and 2 in San Camillo Hospital, Burkina Faso. *Arch Gynecol Obstet* 2013: 288:513-519.
36. Ali AAA. Female Genital Mutilation is Still a Challenge in Developing Countries. *Women's Health Care* 2012: 1(4):1.
37. Obermeyer CM. The consequences of female circumcision for health and sexuality: An update on the evidence. *Culture, Health & Sexuality.* 2005;7(5): 443-461.





38. Andersson S, Rymer J, Joyce D, Momoh C, Gayle C. Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a case-control study. *BJOG* 2012; 119:1606–1611.
39. Wuest S, Raio L, Wyssmueller D, Mueller MD, Stadlmayr W, Surbek DV, Kuhn A. Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland. *BJOG* 2009; 116:1204–1209.
40. Berg RC, Underland V. The Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obstetrics and Gynecology International* 2013;2013:1-15.
41. WHO. Female genital mutilation. Fact sheet N 241. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en>. 2014.
42. Serour GI. Medicalization of female genital mutilation/cutting. *African Journal of Urology* 2013; 19: 145–149.
43. Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N, Obeid A, El Sheikh M AA, Elfadil SM, et al. Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *The Lancet* 2005;366(9483): 385 – 391.
44. Okwudili O, Chukwudi O. Urinary and genital tract obstruction as a complication of female genital mutilation: case report and literature review. *Journal of surgical technique and case report*: 2012(1):64-66.
45. Johnson OE, Okon RD. Perception and practice of female genital cutting in a rural community in southern Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2012;16(4):132-9.
46. Rouzi AA. Epidermal clitoral inclusion cysts: not a rare complication of female genital mutilation. *Human Reproduction* 2010;25(7): 1672–1674.
47. Vloeberghsa E, Van der Kwaakb A, Knipscheerdc J, van den Muijsenberghae. Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethn Health*. 2012;17(6):677-95.
48. Kizilhan JI. Impact of psychological disorders after female genital mutilation among Kurdish girls in Northern Iraq. *Eur. J. Psychiat*.2011; 25(2):92-100.
49. Berg RC, Denison E. Does Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Affect Women's Sexual Functioning? A Systematic Review of the Sexual Consequences of FGM/C. *Sex Res Soc Policy* (2012) 9:41–56.
50. Smolak A. The Association of Female Circumcision with HIV Status and Sexual Behavior in Mali: A Multilevel Analysis. *Acquir Immune Defic Syndr*. 2013.
51. Iavazzo C, Sardi TA, Gkegkes ID. Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2013;287(6):1137-1149.
52. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries . *The Lancet* 2006;367:1835–1841.
53. Zakaria Mahdy I, Magdy R A, Rashed M M, Psychosexual impact of female genital mutilation / cutting among Egyptian women. *Human andrology* 2012;2(2):36-41.
54. Alsibiani SA, Rouzi AA. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertil Steril*. 2010;93(3):722-4.
55. Berg RC, Denison E, Fretheim A. Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies. Report from Kunnskapssenteret nr 13–2010.
56. Rossem RV, Gage AJ. The Effects of Female Genital Mutilation on the Onset of Sexual Activity and Marriage in Guinea. *Archives of Sexual Behavior* 2009 ;38(2):178-185.
57. El-Naser TA, Farouk A, El-Nashar AER, Mostafa T. Sexual Side Effects Of Female Genital Mutilation/Cutting May Be Type Dependent: A Hospital-Based Study. *KAJOG; Kasr Al-Aini of Obstetrics & Gynecology Journal* 2010;1(2):65-74.
58. Anis TH, Aboul Gheit S, Awad HH, Saied HS. Effects of female genital cutting on the sexual function of Egyptian women. A cross-sectional study. *J Sex Med*. 2012;9 (10):2682-92.
59. Andersson S, Rymer J, Joyce D, Momoh C, Gayle C. Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a case-control study. *BJOG* 2012; 119:1606–1611.
60. Catania L, Abdulcadir O, Puppo V, Verde JB, Abdulcadir J, Abdulcadir D. Pleasure and Orgasm in Women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). *J Sex Med*. 2007 ;4(6):1666-78
61. Kandil M. Female circumcision: Limiting the harm. *F1000Research* 2012, 1:23: 1-6.
62. Berggren V, Gottvall K, Isman E, Bergström S, Ekéus C. Inbubulated women have an increased risk of anal sphincter tears at delivery: a population-based Swedish register study of 250000 births. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(1):101-8.
63. Farajkhoda T, Iranifār E, Jvanbakht M, Abbasi M, Bbokaie M. Ethical outcome, legal aspects, eradication strategies of FGM/C. *Journal of medical ethics* 2011;5(18): 55-71.
64. Kasim KH, Shaaban S, Ei Sadak A, Hassan H. Impact of female genital mutilation on women,s reproductive health. *J Community Med health Edu* 2012;2(3):65-68.
65. Goma A. The Islamic view on female circumcision. *African Journal of Urology* 2013; 19: 123–126.
66. Exterkate M. Female Genital Mutilation in the Netherlands Prevalence, incidence and determinants. *Pharos Centre of Expertise on Health for Migrants and Refugees*: January 2013.
67. Groeneveld AE. Female genital mutilation: Tradition versus human rights. *African Journal of Urology* 2013; 19: 134–135.
68. Adam T, Bathija H, Bishai D, Bonnenfant YT, Darwish M, Huntington D, et al. Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries. *Bull World Health Organ* 2010; 88:281–288.
69. Shabila NP, Saleh AM, Jawad RK. Women's perspectives of female genital cutting: Q-methodology. *BMC Women's Health* 2014, 14:11
70. Rushwan H. Female genital mutilation: A tragedy for women's reproductive health. *African Journal of Urology* 2013; 19: 130–133.
71. Edouard E, Olatunbosun O, Edouard L. International efforts on abandoning female genitalmutilationE. *African Journal of Urology* 2013; 19: 150–153.
72. UNICEF-UNFPA. Joint program on FGM/C: Accelerating change annual reports 2012.
73. Balogun OO, Hirayama F, Wariki WMV, Koyanagi A, Mori R. Interventions for improving outcomes for pregnant women who have experienced genital cutting. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2:No.CD009872.
74. Anand E, Singh J. Female Genital Mutilation and its effects over women's health. Draft Paper for Presentation in the Session 285 at the 27th IUSSP Conference, 26-31 August 2013, Busan, South Korea.



Original Article

Simbar & Colligues...

Outcomes of circumcision in women: A review of existing studies

Masoomeh Simbar¹, Fatemeh Abdi², Farzaneh Zaheri³, Pooran Mokhtari⁴,
Tahmineh dadkhah tehrani⁵, roonak shahoi⁶

1. Faculty member of shahid Beheshti University of medical sciences, nursing and midwifery faculty. Tehran, Iran
2. Reproductive health PhD student, shahid Beheshti University of medical sciences, Tehran, Iran
3. Reproductive health PhD student, shahid Beheshti University of medical sciences, Tehran, Iran.
4. Msc of midwifery, Zanjan University of medical sciences, nursing and midwifery faculty of Zanjan, Iran
5. Msc of midwifery, Qom University of medical sciences, nursing and midwifery faculty of Qom, Iran
6. PhD of women health Faculty member of Kurdistan University of medical sciences, nursing and midwifery faculty of Sanandaj, Iran

Received: 2014.5.1

Revised: 2015.1.12

Accepted: 2015.1.12

Abstract

Background & Objective: According to the World Health Organization (WHO), Female genital mutilation (FGM) involves the withdrawal or damage to a part or all of the external genitalia of women without a medical reason. According to the WHO, 100 to 140 million girls and women worldwide are circumcised and in various studies, the numerous consequences of this action are mentioned. In this review, we investigated the studies on the outcomes of FGM.

Method: In this study, the results of studies on the effects of FGM between years 2013 – 2003 in PubMed, Medline, Cochran library, Cinahl, Emro, WHO, Iranmedex and SID databases were investigated. In order to gather the information, first, articles that had one of the following keywords in their text (cutting / female genital mutilation, Infibulations, Female circumcision) either alone or with words Obstetrics / Gynecologic Consequence Psychiatric consequence health outcome, were searched and at the end a sum of 74 articles were collected.

Results: FGM is accompanied with complications, such as infection, painful intercourse, frequent urination, constant bleeding, painful menstruation, infection during pregnancy, and possibility of developing hepatitis and infertility in women. But since only few case-control studies have been conducted on investigating these effects in different countries, it's not possible to deduce from some complications associated with FGM.

Conclusion: FGM is one of the manifestations of human rights violations and violence against women and girls who have the right to have a healthy body. Despite the global efforts, there are still areas of the world that respect this tradition, Thus stronger and more serious measures to stop such actions are strongly suggested.

Keywords: female genital mutilation, physical consequences, psychological consequences, sexual consequences, obstetric consequences

Corresponding Author: Farzaneh Zaheri
Address: shahid Beheshti University of medical sciences, Tehran, Iran.
Email: f_z162@yahoo.com

Please cite this paper as: Simbar M, Abdi F, Zaheri F, Mokhtari P, Dadkhah tehrani T, Shahoi R. Outcomes of circumcision in women: A review of existing studies. Hakim Jorjani J. 2015; 2(1):1-10.

