التخلص من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى

بيان مشترك بين الوكالات

مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان (OHCHR)،
وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة فيروس عوز المناعة البشرية ومتلازمة عوز المناعة المكتسب (UNAIDS)،
وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، ولجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لأفريقيا (UNECA)،
ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (UNESCO)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA)،
ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR)، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF)،
وصندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة (UNIFEM)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO)،

منظمة الصحة العالمية

التخلص من
تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى

بيان مشترك بين الوكالات

مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان (OHCHR)،
وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة فيروس عوز المناعة البشرية ومتلازمة عوز المناعة المكتسب (UNAIDS)،
وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، ولجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لأفريقيا (UNECA)،
ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (UNESCO)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA)،
ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR)، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF)،
وصندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة (UNIFEM)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO)

United Nations Human Rights
OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS

UNAIDS
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS
UNHCR UNICEF WFP UNDP UNFPA UNODC ILO UNESCO WHO WORLD BANK

UNDP

Economic Commission for Africa

UNESCO
United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNFPA

UNHCR
The UN Refugee Agency

unicef

United Nations Development Fund for Women
UNIFEM

World Health Organization

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Eliminating female genital mutilation: an interagency statement UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO.

1. Circumcision, Female. 2. Clitoris - surgery. 3. Cultural characteristics. 4. International cooperation. I. World Health Organization.

ISBN 978 92 4 659644 7 (NLM classification: WP 660)

© منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٨

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من إدارة شؤون الصحافة والطباعة، منظمة الصحة العالمية 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (هاتف رقم: ٣٢٦٤ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ فاكس رقم: ٤٨٥٧ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ عنوان البريد الإلكتروني: bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية – سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري – إلى إدارة التسويق والتوزيع على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم: ٤٨٠٦ ٧٩١ ٢٢ ٤١+؛ عنوان البريد الإلكتروني: permissions@who.int).

التسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

وذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك يتم توزيع المواد المنشورة دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمنياً. وتقع مسؤولية ترجمة المواد واستخدامها على عاتق القارئ. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية في أي حال المسؤولية عما يقع من أضرار نتيجة استخدامها.

طبع في فرنسا

المحتويات

التخلص من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى	١
ما هو الداعي لإصدار هذا البيان الجديد؟	٣
تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى – ما هو سبب استمراره	٤
تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى انتهاك لحقوق الإنسان	٨
تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى يسفر عن عواقب وخيمة	١١
اتخاذ الإجراءات للتخلص كلياً من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى	١٣
خاتمة	٢١
الملحق ١: ملاحظة بشأن المصطلحات	٢٢
الملحق ٢: ملاحظة حول تصنيف تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى	٢٣
الملحق ٣: البلدان التي تم فيها توثيق تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى	٢٩
الملحق ٤: المعاهدات ووثائق توافق الآراء الدولية والإقليمية التي توفر الحماية وتحتوي على ضمانات ضد تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى	٣١
الملحق ٥: المضاعفات الصحية المترتبة على تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى	٣٣
المراجع	٣٦

التخلص من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى: الضرورة الملّحة

يشير مصطلح «تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى» (الذي يسمى أيضاً «جدع الأعضاء التناسلية للأنثى» وتشويه/جدع الأعضاء التناسلية للأنثى) إلى جميع الإجراءات التي تنطوي على نزع الأعضاء التناسلية الظاهرة للأنثى جزئياً أو كلياً أو إلحاق الأذى بالأعضاء التناسلية للأنثى لأسباب غير طبية. وتكشف التقديرات عن أن ما يتراوح بين ١٠٠ و١٤٠ مليون فتاة وامرأة في العالم خضعن لهذه الإجراءات، وما يقدر بـ ٣ ملايين فتاة يتعرضن لخطر الخضوع لها سنوياً. وتبين التقارير أن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى يحصل في كل أرجاء العالم، لكنه أشد انتشاراً في المناطق الغربية والشرقية والشمالية – الشرقية من أفريقيا، وفي بعض بلدان آسيا والشرق الأوسط، وفي صفوف جماعات معينة من المهاجرين في أمريكا الشمالية وأوروبا.

وليس لتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى أية منافع صحية معروفة. بل على النقيض من ذلك من المعروف أنه يسبب الأذى للفتيات والنساء بالعديد من الطرق. فأولاً وقبل كل شيء هو أمر يسبب الألم والرضوح. فنزع الأنسجة السوية للأعضاء التناسلية أو إلحاق الضرر بها يتدخلان في الوظيفة الطبيعية للجسم ويسببان عدة عواقب صحية فورية وطويلة الأمد. والمثال على ذلك ارتفاع معدل وفيات الولدان في صفوف الأطفال الذين تلدهم أمهات خضعن لتشويه أعضائهن التناسلية بالمقارنة مع أطفال اللاتي لم يخضعن لهذه الإجراءات.

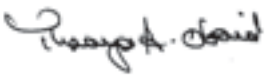
وتتحدث المجتمعات التي تمارس تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى عن شتى الأسباب الاجتماعية والدينية للاستمرار في هذه العملية. وإذا ما نظر إليها من منظور حقوق الإنسان فإن هذه الممارسة تعكس عدم مساواة عميق الجذور بين الجنسين، وتعد شكلاً متطرفاً من أشكال التمييز ضد المرأة. ويكاد يقتصر تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى دوماً على القاصرات وبالتالي فهو انتهاك لحقوق الطفل. كما أنه ينتهك الحق في صحة وأمن الأفراد وسلامتهم البدنية والحق في التحرر من التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، وكذلك الحق في الحياة عندما تؤدي هذه الإجراءات إلى الموت.

وقد دأبت المجتمعات المحلية طوال عقود من الزمن على الاضطلاع بأعمال الوقاية من هذه الممارسات، وساهمت الحكومات والمنظمات الوطنية والدولية في الحد من انتشار تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى في بعض المناطق. وقد تمكّنت المجتمعات التي اعتمدت عملية اتخاذ القرارات الجماعية من الإقلاع عن هذه الممارسات. والواقع أنه حيثما قررت المجتمعات الممارسة لهذه العادة نفسها الإقلاع عن هذا التشويه أمكن التخلص منه بمنتهى السرعة. وقد سنّت عدة حكومات تشريعات ضد هذه الممارسات وحيثما استُكملت هذه التشريعات بالتثقيف الذي يراعي الثقافة السائدة وبأنشطة رفع مستوى الوعي عموماً، انحسرت هذه الممارسات. ولعبت المنظمات الوطنية والدولية دوراً أساسياً في الدعوة إلى مناهضة هذه الممارسة وتوليد المعطيات التي تؤكد ما يترتب عليها من عواقب ضارة. ويشكل «الإعلان الرسمي بشأن المساواة بين الجنسين في أفريقيا» و«البروتوكول الملحق بالميثاق الأفريقي بشأن حقوق الإنسان والشعوب وحقوق النساء في أفريقيا» الصادرين عن الاتحاد الأفريقي مساهمة كبرى في تعزيز المساواة بين الجنسين والتخلص من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى.

غير أنه رغم مما تحقق من نجاح فإن المعدل الإجمالي لانحسار انتشار هذه الممارسة يعد بطيئاً، وعليه فإن ثمة ضرورة ملحة عالمية لتعزيز العمل على التخلص من هذه الممارسة، وهو أمر أساسي الأهمية في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

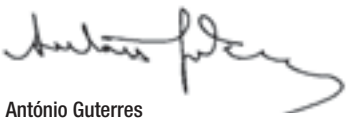
ويشكل هذا البيان دعوة لجميع الدول والمنظمات الدولية والوطنية والمجتمع المدني والمجتمعات المحلية التي تمارس تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى لدعم حقوق الفتيات والنساء وتأييدها. وهو دعوة أيضاً لجميع الهيئات والمجتمعات لتضع وتعزز وتدعم الإجراءات المحددة والملموسة الرامية إلى التخلص من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى ضمن فترة جيل واحد.

ونحن نؤكد من جديد نيابة عن وكالاتنا كلها، التزامنا بالتخلص من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى في غضون جيل واحد.



Thoraya A. Obaid
المدير التنفيذي
صندوق الأمم المتحدة للسكان

Louise Arbour
المفوض السامي
مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان



António Guterres
المفوض السامي لشؤون اللاجئين
مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين

Peter Piot
المدير التنفيذي
برنامج الأمم المتحدة المشترك لمكافحة فيروس عوز المناعة البشرية ومتلازمة عوز المناعة المكتسب

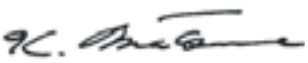
Ann M. Veneman
المدير التنفيذي
منظمة الأمم المتحدة للطفولة

Kemal Dervis
مدير
برنامج الأمم المتحدة الإنمائي

Joanne Sandler
المدير التنفيذي بالإنابة
صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة

Abdoulie Janneh
وكيل الأمين العام والأمين التنفيذي
لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لأفريقيا

Margaret Chan
المديرة العامة
منظمة الصحة العالمية



Koïchiro Matsuura
المدير العام
منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة

ما هو الداعي لإصدار هذا البيان الجديد؟

أصدرت في عام ١٩٩٧ كل من منظمة الصحة العالمية (WHO) ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF) وصندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA) بياناً مشتركاً عن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى تضمّن وصفاً لمقتضيات هذه الممارسة فيما يتعلق بالصحة العمومية وحقوق الإنسان وأعلنت تأييدها للإقلاع عنها.

وبذلت منذئذ جهود حثيثة لمناهضة تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، وذلك من خلال البحوث الرامية إلى توليد المزيد من البيّنات كي تستند التدخلات عليها، والعمل مع المجتمعات، والقيام بالدعوة وسن القوانين. وتم إحراز التقدم على المستويين الدولي والمحلي فقد شارك في هذه الأعمال المزيد من وكالات الأمم المتحدة، وأدانت هيئات مراقبة معاهدة حقوق الإنسان والقرارات الدولية هذه الممارسة، وتحسنت الأطر القانونية في العديد من البلدان. وأخذ الدعم السياسي يتزايد بغية وضع حدّ لتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى. بل الأهم من ذلك كله أن انتشار هذه الممارسة تراجع في بعض البلدان، وأعلن عدد متزايد من النساء والرجال في المجتمعات التي تطبق هذه الممارسة تأييدهم ودعمهم للإقلاع عنها.

وعلى الرغم من هذه البوادر الإيجابية، ما زال مدى انتشار الممارسة في مناطق كثيرة كبيراً وثمة حاجة ملحة لتكثيف وتوسيع وتحسين الجهود إذا أُريد التخلص من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى في غضون جيل واحد. ويستدعي بلوغ هذا الهدف زيادة الموارد والتنسيق والتعاون بهذا الصدد.

وأعدّ البيان الجديد المشترك بين الوكالات ووقّع عليه عدد أكبر من وكالات الأمم المتحدة مما كان عليه الحال في البيان السابق، بهدف دعم الدعوة للإقلاع عن هذه العادة. ويستند البيان إلى بيّنات وعبر جديدة تم استخلاصها على مدى العقد الفائت. ويسلط الضوء على الاعتراف الواسع النطاق بحقوق الإنسان والأبعاد القانونية لهذه المشكلة ويوفر معطيات راهنة عن انتشار هذه الممارسة. كما أنه يلخص نتائج البحوث المتصلة بأسباب استمرار الظاهرة، مؤكداً أنها تشكل عرفاً اجتماعياً لا يمكن تغييره إلا بالعمل الجماعي المنسق من جانب المجتمعات التي تمارس هذا التشويه. ويوجز البيان المشترك أيضاً البحوث الجارية مؤخراً بشأن آثار التشويه الضارة وبصحة النساء والفتيات والولدان. ويصف البيان الجديد، بالاعتماد على الخبرة المكتسبة من التدخلات في بلدان كثيرة، العناصر اللازمة للعمل على الإقلاع التام عن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى إضافة إلى توفير الرعاية والعناية للاتي عانين، ومازلن يعانين، من العواقب المترتبة عليه.

ملاحظة بشأن المصطلحات

يستخدم مصطلح «تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى» في هذا البيان كما استخدم في البيان المشترك الصادر عام ١٩٩٧. وتشدد كلمة «تشويه» على خطورة هذا الفعل. وتلجأ بعض وكالات الأمم المتحدة إلى استعمال مصطلح «تشويه/جدع الأعضاء التناسلية للأنثى» حيث القصد من المصطلح الإضافي «جدع» أن يعكس أهمية استخدام مصطلحات خالية من الأحكام المسبقة فيما يخص المجتمعات التي تمارس هذا العمل. ويؤكد كلا المصطلحين على واقع أن هذه الممارسات تشكل انتهاكاً لحقوق الإنسان الخاصة بالفتيات والنساء. وللاطلاع على المزيد من التوضيح لهذه المصطلحات انظر الملحق ١.

تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى - ما هو سبب استمراره

يشمل تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى جميع الإجراءات المنطوية على نزع الأعضاء التناسلية للأنثى بصورة جزئية أو كلية أو أية إصابة أخرى للأعضاء التناسلية للأنثى لأسباب غير طبية (منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف، صندوق الأمم المتحدة للسكان، ١٩٩٧).

وصنّف البيان المشترك الصادر عن الجهات المذكورة أعلاه تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى في أربعة أنماط. وتكشفت الخبرة المكتسبة من استعمال هذا التصنيف على مدى العقد الفائت عن بعض أوجه الالتباس. ولذا فإن التصنيف الحالي يتضمن تعديلات للتلاؤم مع أوجه القلق ومواطن الضعف، مع الإبقاء على الأنماط الأربعة (انظر الملحق ٢ لشرح مفصل لهذا الموضوع والاطلاع على التقسيمات الفرعية للأنماط).

التصنيف

النمط ١: نزع البظر و/أو القلفة جزئياً أو كلياً (استئصال البظر).

النمط ٢: نزع البظر والشفرين الصغيرين جزئياً أو كلياً، مع أو بدون هذا الاستئصال الشفرين الكبيرين (التبتيك).

النمط ٣: تضييق فوهة المهبل بإحداث سداد يسترها بجدع ومقاربة الشفرين الصغيرين و/أو الشفرين الكبيرين، مع استئصال البظر أو بدونه (التبتيك).

النمط ٤: جميع الإجراءات الضارة الأخرى المطبقة على الأعضاء التناسلية للأنثى لأغراض غير طبية، من قبيل الوخز والثقب والشق والسحج (الكشط) والكي.

ويتم تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى في الغالب الأعم في صفوف الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٥ سنوات و١٥ سنة. غير أنه يتم أحياناً إخضاع البالغات والمتزوجات أيضاً لهذا الإجراء. وتتفاوت السن التي يتم فيها تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى وفقاً للتقاليد والظروف المحلية، لكن هذا التشويه أخذ ينحسر في بعض البلدان الآن (اليونيسيف، ٢٠٠٥أ).

مدى انتشار الممارسة

تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن ما يتراوح بين ١٠٠ و١٤٠ مليون فتاة وامرأة في كل أرجاء العالم سبق أن خضعن لأول ثلاثة أنماط من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى (منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٠أ). وتبين التقديرات المرتكزة على أحدث معطيات الانتشار إلى أن ٩١,٥ مليون فتاة وامرأة فوق سن التاسعة من العمر في أفريقيا يتعايشن الآن مع العواقب الناجمة عن هذا التشويه (يورد وخان، ٢٠٠٧). وثمة ما يقدر بـ ٣ ملايين فتاة في أفريقيا يتعرضن لخطر تشويه أعضائهن التناسلية كل عام (يودر وزملاؤه، ٢٠٠٤).

وتم توثيق الأنماط الأول والثاني والثالث من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى في ٢٨ بلداً في أفريقيا وبعض البلدان في آسيا والشرق الأوسط (انظر الخريطة). كما أشارت التقارير أيضاً إلى وجود بعض أشكال التشويه هذا في بلدان أخرى، بما في ذلك في أوساط فئات إثنية معينة في أمريكا الوسطى والجنوبية. وقد زادت الهجرة المتزايدة من عدد الفتيات والنسوة اللاتي يعشن خارج بلدانهم الأصلية واللاتي خضعن لتشويه أعضائهن التناسلية (يودر وزملاؤه، ٢٠٠٤) أو قد يواجهن خطر الخضوع لهذه الممارسة.

وقد تم تقدير مدى انتشار تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى بإجراء مسوحات وطنية واسعة النطاق تم فيها طرح سؤال على النساء بين سنّي ١٥–٤٩ سنة عمّا إذا كنّ قد خضعن للجدع أنفسهن. ويتفاوت مدى انتشار ذلك تفاوتاً كبيراً، وذلك ضمن كل من الأقاليم والبلدان (انظر الخريطة والملحق ٣)، حيث

كانت الصبغة الإثنية العامل الأهم في هذا الصدد. ويعد مدى الانتشار على الصعيد الوطني في سبعة بلدان عاماً وشاملاً تقريباً (أكثر من ٨٥٪)؛ وتشهد أربعة بلدان انتشاراً شديداً (٦٠–٨٥٪)؛ ويشاهد الانتشار المعتدل (٣٠–٤٠٪) في سبعة بلدان والانتشار المتدني، الذي يتراوح بين ٠,٦٪ و٢٨,٢٪ في البلدان التسعة المتبقية. بيد أن المتوسطات الوطنية (الملحق ٣) تحجب أوجه الاختلاف الملحوظة في مدى الانتشار في مختلف أجزاء معظم البلدان (انظر الشكل ١).

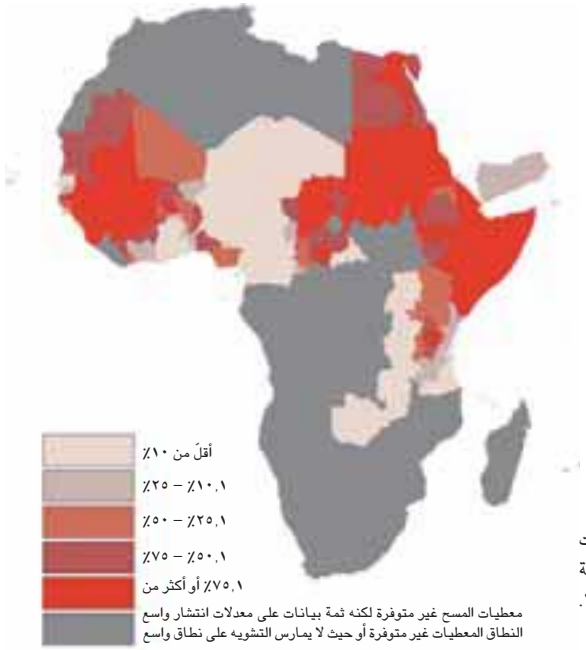
هذا ويتفاوت نمط الإجراء المتبع أيضاً، وذلك في الغالب مع اختلاف العوامل الإثنية. وتبيّن التقديرات الحالية أن قرابة ٩٠٪ من حالات تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى تشمل النمطين الأول والثاني والحالات التي تم فيها «ثلم» الأعضاء التناسلية للفتيات ولكن دون نزع اللحم (النمط الرابع). وقرابة ١٠٪ منها من النمط الثالث (يودر وخان، ٢٠٠٧).

أسباب استمرار هذه الممارسة

يعتبر تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى في كل مجتمع يمارس فيه هذا التشويه مظهراً من مظاهر عدم المساواة بين الجنسين الضارب الجذور والمتأصل في الهياكل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية. ويمثل تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى سيطرة المجتمع على النساء مثله مثل عصب القدمين في الصين الذي تم الإقلاع عنه الآن وممارسة تقاضي المهر (الدوطة) وزواج الأطفال. ويترتب على هذه الممارسات أثر سرمدة الأدوار الجنسوية النموذجية غير المتساوية وإلحاق الضرر بالنساء. وتظهر تحليلات المعطيات الصحية الدولية وجود صلة وثيقة بين قدرة المرأة على التحكم في حياتها، واعتقادها بوجوب التوقف عن هذه الممارسة (اليونيسيف، ٢٠٠٥ب).

وحيثما تتم ممارسة هذا التشويه على نطاق واسع، فإنها تحظى بتأييد الرجال والنساء على حد سواء، ودون

الشكل ١: انتشار تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى في أفريقيا واليمن (النساء بين ١٥ إلى ٤٩ عاماً)



تظهر في الخريطة المناطق التي يتم فيها تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى وبما أن ذلك يمكن أن يتفاوت بصورة ملحوظة بين مختلف أجزاء البلد المعني، فلم يتم تبيان الحدود الوطنية في الخريطة.

المصادر: الدراسة الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات (MICS)، والدراسة الاستقصائية الديموغرافية والصحية (DHS) وغيرها من المسوحات الوطنية، ١٩٩٧–٢٠٠٦.
الخريطة من إعداد اليونيسيف، ٢٠٠٧

طرح أية تساؤلات في أغلب الأحيان، وقد يتعرض أي شخص ينحرف عن هذه القاعدة للإدانة والمضايقات والنبذ. وبذا فإن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى يشكل تقليداً اجتماعياً عرضة للمكافأة والعقاب اللذين يشكلان دافعاً قوياً لاستمرار هذه الممارسة. وبالنظر إلى الطبيعة التقليدية لتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى فإنه من الصعب أن تقلع الأسر عن هذه الممارسة دون دعم المجتمع الأوسع نطاقاً. وفي واقع الحال، فإنه تتم ممارسة هذا التشويه حتى عندما يعرف بأنه يلحق الأذى بالفتيات لأن المنافع الاجتماعية المرجوة منه تعتبر أكبر بكثير من مساوئه (اليونيسيف، ٢٠٠٥أ).

وعادة ما يشارك أفراد الأسرة الموسعة في اتخاذ القرارات بشأن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، رغم أن النساء هن اللاتي يتحملن عادة مسؤولية الترتيبات العملية لهذا الاحتفال. ويعتبر تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى ضرورياً لتنشئة الفتيات تنشئة صحيحة وإعدادهن للبالغيّة والزواج (يودر وزملاؤه، ١٩٩٩، أحمدو، ٢٠٠٠)، هيرنلند، ٢٠٠٣، دلينبورغ، ٢٠٠٤). وفي بعض المجتمعات تعتبر هذه الممارسة متأصلة في شعائر الاحتفال ببلوغ سن الرشد، وذلك أحياناً بهدف الالتحاق بالجمعيات النسائية السرية، مما يعتبر ضرورياً لتصبح الفتيات بالغات وعضوات يتحليّن بروح المسؤولية في المجتمع (أحمدو، ٢٠٠٠؛ هرنلند، ٢٠٠٣؛ بيرنت، ٢٠٠٥؛ جونسون، ٢٠٠٧). وقد ترغب الفتيات أنفسهن في الخضوع لهذا الإجراء نتيجة للضغوط الاجتماعية من الزميلات وخشية الوصم والرفض من جانب مجتمعاتهن إذا لم يتبعّن هذه التقاليد. وكذلك الأمر فإن الفتيات اللاتي يخضعن لهذا الإجراء في بعض الأماكن، يحصلن على المكافآت كالاحتفالات والتقدير والهدايا (بيرندت، ٢٠٠٥؛ اليونيسيف، ٢٠٠٥أ). وعليه فإن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى في الثقافات التي تمارس ذلك أصبح جزءاً هاماً من الهوية الثقافية لأفراد المجتمع المعني.

وثمة توقعات في غالب الأحيان بأن لا يتزوج الرجال سوى الإناث اللاتي خضعن لهذه الممارسة. وقد تفسر استمرار هذه الممارسة الرغبة في الزواج المناسب الذي يعد أساسياً في الغالب للأمن الاقتصادي والاجتماعي، علاوة على التمسك بالمثاليات المحلية المتصلة بالصفات النسوية والأنثوية.

وترتبط بعض المبررات الأخرى المقدمة لتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى بقابلية الفتيات للزواج وتنسجم مع الميزات التي تعد ضرورية كي تصبح المرأة زوجة «لائقة». وغالباً ما يسود الاعتقاد بأن هذه الممارسة تضمن وتحفظ عذرية المرأة وبكارتها (نال، ١٩٩٣، ٢٠٠٧؛ برغن وزملاؤه، ٢٠٠٦؛ غروينباوم، ٢٠٠٦). وتعتبر في بعض المجتمعات وسيلة لكبح الرغبة الجنسية، وبذا تضمن الإخلاص للزوج وتمنع السلوك الجنسي الذي يعد منحرفاً وغير أخلاقي (أحمدو، ٢٠٠٠؛ هرنلند، ٢٠٠٠، ٢٠٠٣؛ أبو شرف، ٢٠٠١؛ غروينباوم، ٢٠٠٦). كما أنه يعتقد بأن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى يجعل الفتيات «طاهرات» وجميلات. وأن إزالة الأجزاء التناسلية يعني التخلص من الأجزاء «الذكورية» كالبظر مثلاً (تال، ١٩٩٣؛ أحمدو، ٢٠٠٠؛ جوهانسن، ٢٠٠٧)، أو في حالة التبتيك لتحقيق النعومة التي تعد من صفات الجمال (تال، ١٩٩٣؛ غروينباوم، ٢٠٠٦). وثمة اعتقاد تعبر عنه النساء في بعض الأحيان بأن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى يعزز المتعة الجنسية لدى الرجال (ألموث – بيرغن وزملاؤه، ٢٠٠١).

وقد تدعم هذه الممارسة بعض المعتقدات المتصلة بالدين في العديد من المجتمعات أيضاً (بوذي هارسانا، ٢٠٠٤؛ دولنزغ، ٢٠٠٤؛ غروينباوم، ٢٠٠٦، كلارنس – سميث، ٢٠٠٧؛ عبدي، ٢٠٠٧؛ جونسون، ٢٠٠٧). ورغم أن هذه الممارسة طبقت في أوساط المسيحيين واليهود والمسلمين، فإنه ما من نص مقدس في أيّة واحدة من هذه الديانات يقضي

بتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، وتسبق هذه الممارسة من الناحية الزمنية كلا من المسيحية والإسلام (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٦أ؛ منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠٠٦). ويختلف دور رجال الدين من مكان لآخر فالذين يؤيدون هذه الممارسة يميلون إما إلى اعتبارها طقساً دينياً، وإما ينظرون إلى جهود التخلص منها على أنها خطر يتهدد الثقافة والدين. ويؤيد رجال دين آخرون التخلص من هذه الممارسة ويشاركون فيه. وعندما لا يكون رأي رجال الدين واضحاً أو عندما يتجنبون المسألة، فقد ينظر إليهم على أنهم يؤيدون هذه الممارسة.

وغالباً ما تدعم هياكل النفوذ والسلطة المحلية، من قبيل الزعماء التقليديين ورجال الدين والخاتنون والمسنون وحتى بعض العاملين الطبيين، ممارسة تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى. بل هناك بيّنات على ازدياد هذه الممارسة من جانب العاملين الطبيين (انظر الإطار «ينبغي ألا يقوم المهنيون الصحيون أبداً بتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى» في صفحة ١٢). وفي بعض المجتمعات، تضطلع النساء الأكبر سناً اللاتي خضعن لهذه الممارسة في كثير من الأحيان بدور الوصي على أدائها، حيث ينظر إليها كأمر أساسي بالنسبة لهوية النساء والفتيات. وقد يكون ذلك أحد الأسباب التي تزيد من احتمال دعم النساء لها، وذلك في أغلب الأحيان بالنسبة للأكبر سناً من بينهن، ويملن إلى اعتبار الجهود لمحاربتها تهجماً على هويتهن وثقافتهن (طوبيا وشريف، ٢٠٠٣؛ درايجي، ٢٠٠٧؛ جونسون، ٢٠٠٧). ومن الجدير بالملاحظة أن بعض هؤلاء الأطراف يلعبون دوراً أساسياً أيضاً في الجهود الرامية إلى التخلص من هذه الممارسة.

وتلجأ فئات جديدة في مناطق جديدة بعد الهجرة والنزوح في بعض الأحيان إلى تبني هذه الممارسة (أبو شرف، ٢٠٠٥، ٢٠٠٧). وقد تعرضت مجتمعات أخرى للتأثير من قبل فئات مجاورة كي تتبنى هذه الممارسة (لنارد، ٢٠٠٠؛ لينبورغ، ٢٠٠٤) وفي بعض الأحيان من خلال حركات تجديد روح الاهتمام بالدين أو التقاليد (نيبان، ١٩٩١). وقد يكون الحفاظ على الهوية الإثنية كعلامة على التميّز عن فئات أخرى غير ممارسة لهذه العادة أمراً هاماً أيضاً وخصوصاً في فترات التغيير الاجتماعي المكثف. والمثال على ذلك تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى الذي تمارسه جماعات المهاجرين في بلدان ليس لديها تقاليد من هذا القبيل (دمبور، ٢٠٠١؛ جوهانسن، ٢٠٠٢، ٢٠٠٧؛ جونسون، ٢٠٠٧). هذا ويتم تشويه الأعضاء التناسلية من وقت لآخر للنساء وبناتهن المنتميات إلى فئات لا تمارس هذه العادة عندما يتزوجن من فئات تمارس هذا التشويه على نطاق واسع (شيل – دنكان وهيرنلند، ٢٠٠٦).

وتشارك في اتخاذ القرار بتشويه أعضاء الفتيات التناسلية طائفة كبيرة ممّن قد تكون لديهم آراء مختلفة ودرجات نفوذ متفاوتة (شيل – دنكان وهيرنلند، ٢٠٠٦؛ ودراجي، ٢٠٠٧). وهذا ينطبق أيضاً على ممارسة إعادة تبتيك البالغات (برغرن وزملاؤه، ٢٠٠٦). وفي فترات التغيير يمكن أن تثير هذه الممارسة مناقشات وخلافات، وثمة حالات تم فيها قيام بعض أفراد الأسرة، ضد إرادة الآخرين، بتنظيم هذا الإجراء (دراجي، ٢٠٠٧). وبالإضافة إلى ذلك يمكن لكل من الأفراد والمجتمعات تغيير أفكارهم وآرائهم عدة مرات بهذا الصدد (نيبان، ١٩٩١؛ شل – دنكان وهيرنلند، ٢٠٠٦). وعملية اتخاذ القرارات في هذا المجال عملية معقدة، فالأسر الراغبة في الاقلاع عن هذه الممارسة يمكنها أن تتخذ قرارها وتتمسك به دعماً لحقوق الفتيات، ولا بد من أن تتوصل فئات عريضة من الناس إلى اتفاق حول إنهاء هذه الممارسة (انظر الفرع المعنون «اتخاذ الإجراءات للتخلص كلياً من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى»، الصفحة ١٣).

تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى انتهاك لحقوق الإنسان

لقد تم التسليم بأن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى من أي نمط كان يعدّ ممارسة ضارة وانتهاكاً لحقوق الإنسان بالنسبة للفتيات والنساء. فحقوق الإنسان المدنية والثقافية والاقتصادية والسياسية والاجتماعية – منصوص عليها في عدة معاهدات دولية وإقليمية. وقد استكمل هذا النظام القانوني بوثائق صدرت بتوافق الآراء كتلك التي وضعتها المؤتمرات والقمم العالمية التي عقدتها الأمم المتحدة وأكدت فيها من جديد على حقوق الإنسان ودعت فيها الحكومات إلى العمل على احترامها وحمايتها وتحقيقها.

وقد تناولت العديد من هيئات رصد معاهدات حقوق الإنسان التابعة للأمم المتحدة موضوع تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى في ملاحظاتها الختامية بصدد طريقة وفاء الدول بالتزاماتها بموجب المعاهدات. وقد نشطت اللجنة المعنية بالقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، ولجنة حقوق الطفل، ولجنة حقوق الإنسان في إدانة هذه الممارسة والتوصية باتخاذ التدابير لمكافحتها، بما في ذلك تجريم هذه الممارسة. وأصدرت اللجنة المعنية بالقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة توصياتها العامة بشأن ختان الإناث (التوصية العامة الرابعة عشرة) التي تدعو الدول إلى اتخاذ تدابير مناسبة وفعالة بغرض استئصال هذه الممارسة وتطلب إليها توفير المعلومات عن التدابير التي يتم اتخاذها للقضاء على تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى في تقاريرها المقدمة إلى اللجنة (اللجنة المعنية بالقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، ١٩٩٠).

مصادر حقوق الإنسان الدولية والإقليمية

تتضمن المعاهدات والوثائق الدولية والإقليمية الصادرة بتوافق الآراء والمتعلقة بحقوق الإنسان دعماً شديداً لحماية حقوق الإنسان والفتيات في الإقلاع عن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى. وهذه الصكوك من بين أمور أخرى هي:

المعاهدات الدولية

- اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة
- العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية
- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية
- اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة
- اتفاقية حقوق الطفل
- الاتفاقية الخاصة بوضع اللاجئين والبروتوكول الخاص بوضع اللاجئين

الاتفاقيات الإقليمية

- الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب (ميثاق بانجول)،وبروتوكوله الخاص بحقوق المرأة في أفريقيا
- الميثاق الأفريقي لحقوق الطفل
- الاتفاقية الأوروبية لحماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية

الوثائق الصادرة بتوافق الآراء

- إعلان ومنهاج عمل بيجين للمؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة
- إعلان الجمعية العامة بشأن القضاء على العنف ضد المرأة
- برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية
- الإعلان العالمي بشأن التنوع الثقافي الصادر عن اليونسكو
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة، لجنة وضع المرأة (E/CN.6/2007/L.3/Rev.1) القرار المتعلق بـ «وضع حد لممارسة تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى».

(انظر الملحق ٤ للاطلاع على التفاصيل الكاملة للمعاهدات والوثائق الصادرة بتوافق الآراء).

حقوق الإنسان التي ينتهكها تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى

ينتهك تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى طائفة من المبادئ والقواعد والمعايير الراسخة في مجال حقوق الإنسان بما في ذلك مبادئ المساواة وعدم التمييز على أساس الجنس، والحق في الحياة، عندما يسفر هذا الإجراء عن الموت، والحق في عدم التعرض للتعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة علاوة على الحقوق الوارد تحديدها أدناه. وبما أن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى يضر الأنسجة التناسلية السليمة دون ضرورة طبية ويسفر عن عواقب وخيمة على صحة المرأة البدنية والنفسية، فإنه يعدّ انتهاكاً لحق الإنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه.

حقوق الطفل

بالنظر إلى سرعة تأثر الأطفال وحاجتهم للرعاية والدعم فقد منحهم قانون حقوق الإنسان حماية خاصة. وينص أحد المبادئ الإرشادية في اتفاقية حقوق الطفل على إيلاء الاعتبار الأول «لمصالح الطفل الفضلى». ويرى الآباء والأمهات الذين يعرضون بناتهم لتشويه أعضائهن التناسلية أن المنافع الممكن جنيها من هذا الإجراء تفوق المخاطر المترتبة عليه. غير أن هذا الموقف لا يمكن أن يبرر ممارسة دائمة يمكن أن تغير حياتهن حيث إنها تشكل انتهاكاً لحقوق الإنسان الأساسية للفتيات.

وتشير اتفاقية حقوق الطفل إلى القدرة المتطورة للأطفال على اتخاذ القرارات المتعلقة بالمسائل التي تمسهم. لكن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، حتى في الأوضاع التي توافق عليها أو ترغب فيها الفتيات ظاهرياً بالخضوع لهذا الإجراء، إذ إن ذلك في الواقع نتيجة الضغوط الاجتماعية وتوقعات المجتمعات وينشأ عن توق الفتيات لقبولهن كعضوات كاملات في المجتمع. ولذا فإن قرارهن في الخضوع لتشويه الأعضاء التناسلية لا يمكن أن يسمى قرار حراً أو مستنيراً أو خال من الإكراه.

وتدعو الصكوك القانونية لحماية حقوق الأطفال على وجه التحديد إلى إلغاء الممارسات التقليدية التي تلحق الضرر بصحتهم وحياتهم. وتشير اتفاقية حقوق الطفل إشارة صريحة إلى الممارسات التقليدية الضارة وقد أثارت لجنة حقوق الطفل، علاوة على هيئات رصد معاهدة حقوق الإنسان التابعة للأمم المتحدة، مراراً وتكراراً موضوع تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى بوصفه انتهاكاً لحقوق الإنسان، مناشدة الدول الأطراف اتخاذ جميع التدابير الفعالة والمناسبة لإلغاء هذه الممارسة.

وقد تم التسليم بأن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى يشكل ضرباً من التمييز القائم على الجنس لأنه متأصل في أوجه عدم المساواة بين الجنسين وانعدام توازن القدرات بين الرجال والنساء وأنه يثبط تمتع المرأة التام وعلى قدم المساواة بحقوقها الإنسانية وأنه شكل من أشكال العنف ضد الفتيات والنساء تترتب عليه عواقب بدنية ونفسية. ويحرم تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى الفتيات والنساء من حقهن في اتخاذ أية قرارات مستقلة بشأن أي تدخل يترك أثراً مستديماً على أجسادهن وينتهك استقلالهن وتنظيم حياتهن.

ويوفر القانون الدولي الحماية لحق المشاركة في الحياة الثقافية وحرية الديانات لكنه ينص على أن حرية الفرد في إشهار ديانته أو معتقداته يمكن أن تخضع للقيود الضرورية لحماية الحقوق والحريات الأساسية للآخرين. وعليه فإنه لا يمكن التذرع بأسباب اجتماعية وثقافية لتبرير تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى (العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، المادة ١٨–٣، اليونسكو، ٢٠٠١، المادة ٤).

تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى يسفر عن عواقب وخيمة

يقترن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى بسلسلة من المخاطر والعواقب الصحية. وقد عانت جميع اللاتي خضعن لتشويه أعضائهن التناسلية تقريباً من الألم والنزف نتيجة الخضوع لهذا الإجراء. ويعتبر التدخل بحد ذاته صدمة لأنه يتم عادة بالإمساك بالفتيات مثبتات على ظهورهن خلال ذلك (تشالمرز وهاشي، ٢٠٠٠؛ تال، ٢٠٠٧). أما اللاتي يتم تبتيك أعضائهن التناسلية فتربط أرجلهن مضمومة لعدة أيام أو أسابيع بعد ذلك (تال، ١٩٩٣). وتنشأ عن ذلك مشاكل صحية جسدية ونفسية أخرى بتواتر متفاوت. وتعد المخاطر والمضاعفات المقترنة بالأنماط الأول والثاني والثالث متشابهة على وجه العموم، لكنه من شأنها أن تكون أشد وخامة وانتشاراً بكثير كلما ازداد الإجراء امتداداً. أما العواقب الفورية، من قبيل العداوى، فلا يتم عادة توقيها عندما تلتمس النساء المعالجة في المستشفيات. وبالتالي فإن النطاق الحقيقي للمضاعفات الفورية ليس معروفاً (أوبيرمير، ٢٠٠٥)، ويمكن أن تشمل العواقب الطويلة الأمد الآلام والعداوى، ونقص المتعة الجنسية، والعواقب النفسية، من قبيل اضطراب الكرْب التالي للرضح (انظر الملحق ٥ للاطلاع على تفاصيل المخاطر والعواقب الصحية الرئيسية).

الأخطار التي تهدد الولادة

تؤكد الاستنتاجات التي توصلت إليها دراسة متعددة البلدان أجرتها منظمة الصحة العالمية وشاركت فيها أكثر من ٢٨ ٠٠٠ امرأة، أن النساء اللاتي خضعن لتشويه أعضائهن التناسلية يواجهن مخاطر أكبر بكثير بالتعرض لأحداث ضائرة أثناء الولادة. ووجد أن معدلات إجراء العمليات القيصرية والنزف بعد الوضع يرتفع معدلهما لدى النساء اللاتي خضعن للأنماط الأول والثاني والثالث من تشويه الأعضاء التناسلية بالمقارنة مع اللاتي لم يخضعن لهذا التشويه، وأن المخاطر تزداد مع مدى وخامة هذه العملية (مجموعة الدراسة التابعة لمنظمة الصحة العالمية والمعنية بتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى ونتيجة الولادة، ٢٠٠٦).

وثمة استنتاج جديد يبعث على الدهشة توصلت إليه هذه الدراسة هو أن تشويه الأعضاء التناسلية للأمهات يخلّف آثارا سلبية على الولدان (الحديثي الولادة). بل والأخطر من ذلك كله أن معدلات وفيات الرضع أثناء الولادة أو بعدها مباشرة كانت أعلى بالنسبة للأطفال المولودين لأمهات خضعن لتشويه أعضائهن التناسلية بالمقارنة مع اللاتي لم يخضعن لها بنسبة: ١٥٪ أعلى لدى الأمهات اللاتي خضعن للنمط الأول، و٣٢٪ أعلى بالنسبة للاتي خضعن للنمط الثاني، و٥٥٪ أعلى بالنسبة للاتي خضعن للنمط الثالث في تشويه الأعضاء التناسلية. ويقدر بأنه في المواقع التي شملتها الدراسة يموت طفل أو طفلين في كل مائة ولادة نتيجة تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى.

ومن المنتظر أن تكون عواقب تشويه الأعضاء التناسلية لمعظم النساء اللاتي يلدن خارج المستشفيات أوخم من ذلك (مجموعة الدراسة التابعة لمنظمة الصحة العالمية والمعنية بتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى ونتيجة الولادة، ٢٠٠٦). حيث إن ارتفاع معدل حدوث النزف بعد الولادة، وهي حالة تهدد حياة المرأة، يبعث على القلق الشديد في الأماكن التي تكون الخدمات الصحية فيها ضعيفة أو غير متاحة بسهولة للمرأة.

ملاحظة

على النقيض من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى يتسم ختان الذكور بمنافع صحية تفوق خطر حدوث المضاعفات الضئيل جداً عندما يجريه مقدمو الرعاية الذين تتوفر لهم المعدات الكافية والمدربون تدريباً جيداً والعاملون في ظل ظروف صحية نظيفة. بل وجد أن الختان يحد من خطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري بنسبة ٦٠٪ (أوفت وزملاؤه، ٢٠٠٥؛ بيلي وزملاؤه، ٢٠٧؛ غريبي وزملاؤه، ٢٠٠٧) وقد حظي بالاعتراف الآن بوصفه تدخلاً إضافياً للحد من العدوى لدى الرجال في الأماكن التي ينتشر فيها هذا الفيروس انتشاراً واسعاً (برنامج الأمم المتحدة للأيدز، ٢٠٠٧).

ينبغي ألا يقوم المهنيون الصحيون أبداً بعملية تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى

«إن مهمة الطبيب هي حماية صحة الناس والحفاظ عليها»
إعلان هلسنكي الصادر عن الجمعية الطبية العالمية، ١٩٩٦

ينتهك المهنيون الصحيون المدربون الذين يقومون بتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى حق الفتيات والنساء في الحياة، وحقهن في السلامة البدنية، وحقهن في التمتع بالصحة. كما أنهم ينتهكون أحد المبادئ الأخلاقية الطبية الأساسية «بعدم إلحاق الأذى»، ورغم ذلك قام المهنيون الطبيون بتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى ولا يزالون يفعلون ذلك (اليونيسيف، ٢٠٠٥أ). وقد تكشفت الدراسات عن أن ثلث النساء أو أكثر في بعض البلدان، يخضعن بناتهن لهذه الممارسة على يد المهنيين الصحيين المدربين (ساتي وزملاؤه، ٢٠٠٥). وتكشف البيّنات أيضاً عن أن هذا الاتجاه في تزايد مطرد في عدد من البلدان (يودر وزملاؤه، ٢٠٠٤). وبالإضافة إلى ذلك تم توثيق تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى على شكل إعادة التبتيك بوصفه إجراء روتينياً بعد الولادة في بعض البلدان (ألمروث – بيرغرن وزملاؤهما، ٢٠٠١؛ بيرغرن وزملاؤه، ٢٠٠٤، ٢٠٠٦). وتبين التقارير أنه يتم في أوساط المجموعات التي هاجرت إلى أوروبا وأمريكا الشمالية إعادة تبتيك الأعضاء التناسلية من حين لآخر حتى في الأماكن التي تحظر قوانينها ذلك (فانغن وزملاؤه، ٢٠٠٤).

وثمة طائفة من العوامل التي يمكن أن تدفع بالمهنيين الطبيين إلى تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى تشمل احتمالات تحقيق مكاسب اقتصادية، والضغوط والشعور بواجب تلبية المتطلبات المجتمعية (بيرغرن وزملاؤه، ٢٠٠٤؛ كريستوفرسن – ديب، ٢٠٠٥). ويعمد بعض الموظفين الطبيين في البلدان التي تمارس فيها المجموعات التي هاجرت إليها تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، إلى مخالفة مبادئ حقوق الإنسان ويجرون عمليات إعادة التبتيك بحجة ما يعتبرونه ثقافة المريض وحقه في اختيار الإجراءات الطبية، حتى في الحالات التي لم يطلب فيها المريض ذلك (فانغن وزملاؤه، ٢٠٠٤؛ ثييرفلدر وزملاؤه، ٢٠٠٥؛ يوهانسن، ٢٠٠٦أ).

ويعتبر بعض المهنيين الطبيين والمنظمات غير الحكومية والمسؤولين الحكوميين وغيرهم أن إضفاء الطابع الطبي على هذه الممارسة يشكل استراتيجية الحد من الضرر ويؤيدون الفكرة القائلة بأنه عندما يقوم مهني صحي مدرب بهذا الإجراء، قد يمكن الحد من بعض المخاطر المباشرة الفورية (شِل – دنكان، ٢٠٠١؛ كريستوفرسن – دريب، ٢٠٠٥). لكنه حتى عندما يقوم به مهنيون مدربون فإن ذلك لا يعني أن هذا الإجراء يصبح بالضرورة اقل حدة ووخامة، أو أن ظروفه تعد صحية. زد على ذلك أنه ما من بيّنات تثبت أن إضفاء الطابع الطبي على هذه الممارسة يقلل من المضاعفات التوليدية أو غيرها من المضاعفات الطويلة الأمد الموثقة المرتبطة بتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى. ويجادل البعض بأن إضفاء الطابع الطبي يعد خطوة أولى مفيدة أو ضرورية باتجاه الإقلاع كلياً عن هذه الممارسة، لكنه لا توجد بيّنات موثقة لدعم هذا الرأي.

وهناك مخاطر جدّية ترتبط بإضفاء الطابع الطبي على تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى. فأداؤه من جانب موظفين طبيين قد يسبغ على هذه الممارسة خطأً الصبغة الشرعية بوصفها سليمة طبياً أو مفيدة لصحة الفتيات والنساء. كما أنه قد يزيد من الطابع المؤسسي لهذا الإجراء حيث إن العاملين الطبيين غالباً ما يتمتعون بالقدرة والسلطة والاحترام في مجتمعاتهم (بوديهارانسان، ٢٠٠٤).

وقد انضمت سلطات منح التراخيص الطبية والروابط المهنية الطبية إلى منظمات الأمم المتحدة في إدانة الإجراءات الرامية إلى إضفاء الطابع الطبي على تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى. حيث اعتمد الاتحاد الدولي لأمراض النساء والتوليد (FIGO) قراراً في عام ١٩٩٤ في جمعيته العامة يعارض فيه القيام بتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى من جانب أطباء التوليد، بما في ذلك توصية بـ «مناهضة أية محاولة لإضفاء الطابع الطبي على هذا الإجراء أو السماح بالقيام به مهما كانت الظروف، سواء في المؤسسات الصحية أو من جانب العاملين الصحيين» (الاتحاد الدولي لأمراض النساء والتوليد، ١٩٩٤).

اتخاذ الإجراءات للتخلص كلياً من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى

لقد بدأت الإجراءات المتخذة على المستويات الدولية والإقليمية والوطنية على مدى العقد الفائت أو أكثر تؤتي ثمارها. فقد أعلنت أعداد متزايدة من النساء والرجال من الفئات الممارسة عن تأييدها لإيقاف هذه الممارسة. وتناقص في بعض المناطق انتشار تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، لكن الحد من انتشاره ليس بالقدر الذي كان مأمولاً. وبالتالي فإنه من الحيوي تكثيف العمل ضد هذا التشويه كي يمكن إبطال الأسباب الكامنة وراء استمرار هذه الممارسة.

ويتطلب إنهاء تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى التزاماً واسع النطاق وطويل الأمد بذلك. فقد أظهرت التجارب على مدى العقدين أو الثلاثة عقود الماضية أنه ما من حلول سريعة أو سهلة المنال لهذه المعضلة. فالتخلص من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى يقتضي وجود أساس متين قادر على دعم النجاح في تغيير هذا السلوك ومعالجة القيم الأساسية وآليات الإنفاذ التي تدعم هذه الممارسة (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩؛ اليونيسيف، ٢٠٠٥أ، ٢٠٠٦ب؛ صندوق الأمم المتحدة للسكان ٢٠٠٧ج). والأمر الأساسي من بين هذه العبر والدروس هو أن الإجراءات والتدخلات ينبغي أن تكون:

- ***متعددة القطاعات:*** حيث تدعو الضرورة إلى اتخاذ إجراءات منسقة من قبل العديد من الأطراف وعلى مختلف المستويات، بدءاً بالإجراءات المحلية وحتى العالمية تشارك فيها قطاعات مثل التعليم والمالية والعدل وشؤون المرأة إضافة إلى قطاع الصحة، وإشراك العديد من الأطراف الفاعلة المختلفة، بدءاً من الفئات المجتمعية والمنظمات غير الحكومية بما في ذلك مجموعات المهنيين الصحيين وحقوق الإنسان وحتى مستوى الحكومات والوكالات الدولية.
- ***مستدامة:*** بما أن تغيير السلوك أمر معقد فإن العمل المستدام أمر لا غنى عنه لتحقيق أثر دائم. ورغم أن التغيير يمكن أن يحدث بسرعة، فإن العملية المؤدية إلى التغيير يمكن أن تكون بطيئة وطويلة الأمد.
- ***بقيادة مجتمعية:*** حيث إن البرامج التي يقودها المجتمع تشاركية بطبيعتها وعموماً ما ترشد المجتمعات بحد ذاتها إلى تحديد المشكلات والحلول بنفسها. فالبرامج التي أثبتت نجاحها في النهوض بالإقلاع عن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى على نطاق واسع تستند إلى حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين ولا تنطوي على إصدار الأحكام أو الإكراه. بل تركّز على تشجيع الخيار الجماعي بالإقلاع عن هذه الممارسة.

عملية التغيير الاجتماعي الإيجابي على المستوى المجتمعي

تبيّن من إضاءات جديدة مستمدة من نظرية العلوم الاجتماعية وتحليل التجارب المتصلة بالبرامج أن الإقلاع عن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى على نطاق واسع يتأتى من عملية التغيير الاجتماعي الإيجابي (ماكي، ٢٠٠٠؛ يونت، ٢٠٠٢؛ هيفور، ٢٠٠٥، شل – دنكان وهيرنلند، ٢٠٠٦). وتقتضي الطبيعة التقليدية لهذه الممارسة مبادرة عدد كبير من الأسر في المجتمع إلى اتخاذ **قرار جماعي منسق** بالإقلاع عن هذه الممارسة بحيث لا تتضرر أية فتاة أو أسرة واحدة نتيجة هذا القرار (اليونيسيف، ٢٠٠٥ب). ولا بد من أن يكون هذا القرار جماعياً وواضحاً لا لبس فيه كي تتوفر لكل أسرة الثقة بأن الآخرين يقلعون عن هذه الممارسة أيضاً. وينبغي أن يكون القرار عاماً وشاملا ضمن المجتمع الذي يمارس ذلك كي تتيسر استدامته. وواقع الحال أنه سيؤدي إلى إرساء معيار اجتماعي جديد يضمن تأهل البنات للزواج والمركز الاجتماعي للأسر التي تلحق الضرر ببناتها، أي معيار اجتماعي لا يلحق الضرر بالبنات أو ينتهك حقوقهن.

وقد ثبت أن البرامج التي تتضمن التعلم «التمكيني»، والنقاش والحوار، والالتزام العلني والتعميم المنظم تؤدي إلى اتفاق الآراء والتنسيق اللازمين لاستدامة الإقلاع عن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى على

المستوى المجتمعي. وتشجع هذه الأنشطة المجتمعات على إثارة المشاكل التي تواجهها وتحديد الحلول هي نفسها لمختلف الشواغل، بما فيها الشواغل الحساسة من قبيل تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، دون الشعور بأنها مرغمة أو عرضة للانتقاد وإصدار الأحكام عليها. ويمكن استخدام طرق مختلفة لإفساح المجال للحوار الصريح التأملي، بما في ذلك الحوار المتبادل بين الثقافات الذي يخوض في أوجه التباين الثقافي ضمن المجتمعات وفيما بينها علاوة على أوجه التغير الثقافي. وقد أثبتت هذه الطرق نجاعتها على نحو خاص عندما تثير وتحفز النقاش المتعلق بمبادئ حقوق الإنسان. وقد برهنت البرامج التي تستخدم هذه العناصر والمبادئ على حصول انخفاض ذي مغزى في انتشار هذه العادة بعد انقضاء سبع سنوات على التدخلات البرنامجية الأصلية (ندايا وزملاؤه، قيد الطبع).

ويساعد **التعليم التمكيني** الناس على فحص معتقداتهم وقيمهم المتصلة بتلك الممارسة بصورة ديناميكية وصريحة لا تعتبر شيئاً ينذر بالخطر. والدورات التعليمية لا تصبح تمكينية إذا ساعدت على نقل المعارف الجديدة فحسب بل عندما توفر منبراً للمشاركين يتبادلون التجارب من خلاله أيضاً، ويساعدهم على البوح بمشاعرهم الباطنية المعقدة وتقاسمها وتفحص مواقفهم المتعارضة إزاء تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى في المجتمع. ويمكن الاضطلاع بالتعليم التمكيني بمختلف أشكال التدريب، بما في ذلك التدريب على القراءة والكتابة، والمهارات التحليلية وحل المشكلات بتوفير المعلومات عن حقوق الإنسان، والدين، والصحة العامة والصحة الجنسية والإنجابية. ويمكن أن تشمل الدروس وحلقات العمل استعمال وسائل الاتصال التقليدية كالمسرح والشِعر وسرد الحكايات والموسيقى والرقص، إضافة إلى الطرق الأحدث عهداً، كالتطبيقات الكومبيوترية ورسائل الهاتف المحمول.

وينبغي أن تراعي الأنشطة التعليمية الثقافة المحلية والاهتمامات الدينية أو أن تواجه خطر اعتبار المعلومات المقدمة مسيئة أخلاقياً وتسفر بالتالي عن ردود فعل سلبية في المجتمعات المعنية. وينبغي أن ترتكز المعلومات الموفرة على البيّنات، شرط أن تؤسس في الوقت ذاته على المشاعر والمعارف المحلية كما يمكن لأنشطة التعليم المجتمعية أن تؤدي وتوسع نطاق عملها مع وسائل الإعلام من قبيل فن الدراما والفيديو والإذاعات المحلية. كما يمكن الاستفادة من «أنصار» الإقلاع عن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، كالشخصيات العامة المرموقة لإيصال المعلومات والرسائل بشأن هذه الممارسة (مكتب المراجع السكانية، ٢٠٠٦).

ويشكل تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى مظهراً من مظاهر عدم المساواة بين الجنسين، مما يجعل التركيز بصورة خاصة على تمكين المرأة أمراً هاماً (انظر الإطار أدناه). غير أن الأنشطة التعليمية ينبغي أن تصل إلى جميع الفئات في المجتمع مشفوعة بنفس المعلومات الأساسية لتفادي أوجه إساءة الفهم وإثارة الحوار بين الفئات. ويتعين تكييف شاكلتها بحيث تناسب الحقائق المتعلقة بكل فئة محددة. ومن المهم أيضاً إشراك الشباب – من الفتيات والفتيان – لأنهم غالباً ما يكونون أكثر انفتاحاً على التغيّر، ويمكن أن يكونوا هم أنفسهم أدوات للتغيرات الهامة.

وكثيراً ما توفر المدارس منبراً للتعلم والنقاش بشأن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى إذا تمكّنت من إيجاد بيئة من الثقة والاطمئنان والانفتاح. ويمكن الاستعانة بالفنانين وغيرهم من الذين يعتبرون مثالاً يحتذى، وإعداد مواد للمعلمين ودمجها في المناهج المدرسية وعملية تدريب المعلمين على مواضيع كالعلوم والبيولوجيا والإصحاح وكذلك تناول المشاكل الدينية والجنسوية وغيرها من المسائل (اليونيسيف، ٢٠٠٥ب). ورغم ذلك، قد لا تكون المدارس دوماً الإطار المثالي للاطلاع على مسائل حساسة وحميمة، وبما أن العديد من الفتيات والفتيان

ليسوا مسجلين في المدارس، فإن الضرورة تدعو إلى القيام بأنشطة توعية أخرى تستهدف صغار الشباب. كما أنه من المستصوب إيصال المعلومات الأساسية نفسها وجميع أشكال التعلّم إلى جميع فئات المجتمع، بما في ذلك استكشاف إمكانية الحوار بين الأجيال عند إعداد المبادرات التي تتناول تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى.

وبغية التوصل إلى خيارات جماعية منسقة لازمة للإقلاع المستدام عن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، يتعين أن تتاح الفرصة للمجتمعات لبحث المعارف الجديدة والتفكير فيها ملياً بصورة علنية. ويوفر هذا **الحوار العلني** فرصاً لزيادة الوعي والتفهم في صفوف المجتمع ككل فيما يتعلق بحقوق الإنسان الخاصة بالمرأة والصكوك القانونية الوطنية والدولية بشأن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى. وكثيراً ما يركّز هذا الحوار والنقاش بين النساء والرجال وقادة المجتمع على حقوق المرأة وصحتها، وموضوع تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، ويؤدي إلى الاعتراف بأهمية وقيمة المرأة في المجتمع، مما يشجع مساهمتها الفعالة في اتخاذ القرارات ويعزز قدرتها على وقف هذه الممارسة. ويشكل الحوار بين الأجيال أيضاً مثالاً آخر يتم فيه تشجيع الاتصال بين المجتمعات التي نادراً ما تبحث مسائل من هذا القبيل على قدم المساواة (الوكالة الألمانية للتعاون التقني، ٢٠٠٥). والأهم من ذلك كله أنه يمكن لهذه المناقشات العلنية أن تحفز البحث في الإطار الأسري الخاص حيث يتخذ الوالدان وأفراد الأسرة الآخرون القرار بشأن تشويه الأعضاء التناسلية لبناتهم (دريج، ٢٠٠٧).

ويتعين أن يتم إبراز القرار الجماعي المنسق من جانب الفئات التي تمارس هذه العادة بالإقلاع عن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى بوضوح وصراحة من خلال **الالتزام العلني** كي يمكن لجميع من يهمهم الأمر الوثوق به وتصديقه. والواقع أن العديد من الأساليب التي تعتمدها المبادرات المجتمعية تؤدي إلى المجاهرة بالتغير الاجتماعي علناً (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩؛ مكتب المراجع السكانية، ٢٠٠١، ٢٠٠٦). وهذا يضمن الثقة التي يحتاجها الأفراد الذين يزمعون وقف هذه الممارسة بأن يفعلوا ذلك حقاً وبالتالي يشكل خطوة أساسية في عملية التغيير الحقيقي والمستدام في المجتمعات.

تمكين المرأة

بما أن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى يعد مظهراً من مظاهر عدم المساواة بين الجنسين فإن تمكين المرأة يتخذ أهمية أساسية في التخلص من هذه الممارسة. ويبرز تناول هذه المشكلة عن طريق التثقيف والنقاش مسألة حقوق الإنسان الخاصة بالفتيات والنساء وتمايز معاملة الفتيان والفتيات من حيث أدوارهم في المجتمع عموماً، ومن حيث تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى على وجه التحديد. ويمكن أن يصلح ذلك للتأثير على العلاقات بين الجنسين وبالتالي تسريع خطى التقدم نحو الإقلاع عن هذه الممارسة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥ب؛ مكتب بالمراجع السكانية، ٢٠٠١، ٢٠٠٦؛ اليونيسيف، ٢٠٠٦ب؛ صندوق الأمم المتحدة للسكان ٢٠٠٧أ). ويمكن أن تساهم البرامج التي تعزز تمكين المرأة اقتصادياً في إحراز التقدم في هذا الميدان لأنها قد توفر الحوافز التي تدفع إلى تغيير نماذج السلوك التقليدي التي تقيد المرأة لتجعلها عالة على غيرها في الأسرة، أو حيثما تفقد المرأة السبل التقليدية للحصول على المكاسب الاقتصادية وما يواكبها من قدرات اقتصادية. فالعمل بأجر يمكّن المرأة في مختلف مجالات حياتها، مما يؤثر على خياراتها في مجال الجنس والصحة الإنجابية والتعليم والسلوك الصحي (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠٠٧أ).

لقد تم اللجوء إلى آليات مختلفة للإعلان صراحة عن الالتزام بالإقلاع عن هذه الممارسة. واتخذت الالتزامات العلنية في بعض الأحيان شكل إعلانات مكتوبة وملصقات في الأماكن العامة يوقّعها الذين قرروا الإقلاع عن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى. وعادة ما تعلن هذه الالتزامات في غرب أفريقيا على شكل إعلانات مشتركة بين القرى يشارك فيها ما يصل إلى ١٠٠ قرية في كل مرة. وتتخذ هذه الالتزامات شكل مناسبات للاحتفال تجمع بين الأفراد ومن شاركوا في الدورات التثقيفية، والقيادات الدينية والتقليدية والحكومية وأعداد كبيرة من أفراد المجتمع الآخرين. وكثيرا ما يدعى أفراد المجتمعات الذين شاركوا مشاركة مباشرة في الترويج للإقلاع عن الممارسة إلى هذه المناسبات كوسيلة لانتشار حركة الإقلاع عن هذه العادة. وعادة ما تكون وسائل الإعلام متواجدة في هذه المناسبات وتساعد على تعميم المعلومات عن إقلاع المجتمعات عن هذه الممارسة وشرح الأسباب الداعية إلى ذلك.

وتتم في أوساط بعض المجتمعات التي يلازم فيها تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى تقليدياً طقوس «بلوغ سن الرشد» ممارسة **طقوس بديلة** تعزز القيم التقليدية الإيجابية ولكن دون تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى. وقد أضافت هذه الأساليب عنصراً جديداً إلى هذه الطقوس، بما في ذلك عملية التثقيف بشأن حقوق الإنسان والمسائل الجنسية والقضايا الصحية. ووجد أن الطقوس البديلة فعالة بقدر ما تعزز عملية التغيير الاجتماعي بإشراك المجتمعات ككل، وكذلك الفتيات، في الأنشطة التي تؤدي إلى تغيير المعتقدات المتصلة بتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى (شيج وزملاؤه، ٢٠٠١).

وكما هو الحال بالنسبة لفرادى الأسر فإنه من الصعب أن يقلع المجتمع من تلقاء نفسه عن هذه الممارسة إذا استمر فيها أعضاؤه. وعليه فإنه ينبغي أن تشمل الأنشطة على المستوى المجتمعي استراتيجية صريحة وواضحة لإشاعة قرار الإقلاع عن الممارسة في كامل صفوف السكان الذين يمارسونها. ويتم ذلك عادة بنقل المعلومات والمشاركة في نقاش مع أفراد المجتمعات الأخرى من ذوي النفوذ والتي تشكل جزءاً من الشبكة الاجتماعية ذاتها. وتقوم المجتمعات التي تُقلع عن هذه الممارسة من خلال استراتيجية التعميم المنظم، بإشراك الجهات الأخرى التي تفعل الشيء نفسه، وتزيد بذلك من توافق الآراء حول معيار اجتماعي جديد وقابل للاستدامة ينبذ تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى.

الإجراءات على المستوى الوطني

يمكن أن تعرقل الأنشطة على المستوى الوطني وعلى امتداد الحدود الوطنية أو تعزز التغيير الاجتماعي في المجتمعات، وكما هو الحال بالنسبة للمستوى المجتمعي، ينبغي أن تروّج الأنشطة على المستوى الوطني عملية التغيير الاجتماعي التي تؤدي إلى اتخاذ قرار مشترك بوضع حد لعملية تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى. وينبغي أن تضم الأنشطة الفئات التقليدية والقيادات الدينية والحكومية، والبرلمانيين ومنظمات المجتمع المدني.

ويشمل الترويج لقرار الإقلاع عن هذه الممارسة الأنشطة الوطنية التي تضع هذه الممارسة موضع نقاش ومناظرات علنية. ويمكن أن تلعب **وسائل الإعلام** دوراً حاسم الأهمية في نقل المعلومات الصحيحة إلى الأسر واطلاع الناس على التغيير الاجتماعي الإيجابي الذي قد يكون قائماً حالياً في المجتمعات في الوقت نفسه. ويتسم ذلك بأهمية خاصة عندما يعتبر البحث في تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى من المحرمات. ويتعين أن تستهدف الأنشطة الإعلامية الاحتياجات والمشاغل المحلية علاوة على توفير المعلومات عن طائفة عريضة من القضايا، من مثل حقوق الإنسان بما فيها حقوق الطفل والمرأة، والحقائق عن الأعضاء الجنسية للإناث ووظائفها والعواقب المترتبة على تشويهها،

إضافة إلى السبل التي تمكّن الأفراد والمجتمعات من مقاومة هذه الممارسة.

وينبغي أن تشمل الأنشطة تنقيح وإصلاح **القوانين والسياسات** إضافة إلى اتخاذ التدابير القطاعية وخصوصاً في مجالات الصحة والتعليم ونظم الحماية الاجتماعية والقانونية. وقد سن عدد من البلدان قوانين محددة بهذا الصدد أو طبق أحكاماً قانونية قائمة لحظر هذه الممارسة (انظر الإطار أدناه). بيد أن فعالية أي قانون تتوقف على مدى ارتباطه بعملية التغير الاجتماعي الأوسع نطاقاً. وتتسم التدابير القانونية بالأهمية في تبيان وإيضاح رفض الحكومات لهذه الممارسة، ودعم من أقلعوا عنها أو من يرغبون في ذلك، والتي تشكل رادعاً في هذا المجال. غير أن فرض العقوبات دون غيره ينطوي على خطر إخفاء هذه العادة والتستر عليها وترك أثر محدود جداً على السلوك (اليونيسيف، ٢٠٠٥ب). وينبغي أن ترافق التدابير القانونية معلومات وتدابير أخرى تشجع زيادة الدعم الجماهيري لإنهاء هذه العادة.

ويتعين أن يتم تعديل القوانين واعتمادها وتنفيذها بالتشاور مع القيادات المجتمعية والدينية وغيرها من ممثلي المجتمع المدني. وينبغي إرساء الآليات الكفيلة باستعراض وتقييم تنفيذ القوانين بصورة منتظمة (اليونيسيف، ٢٠٠٦، ٢٠٠٧ج).

وينبغي أن يكون التوقف عن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى ومعالجة عواقبه الصحية الضائرة والعناية بها جزءاً لا يتجزأ من البرامج والخدمات الصحية ذات الصلة بذلك، من قبيل برامج الأمومة المأمونة وبقيا الأطفال، وإسداء المشورة بشأن الصحة الجنسية، وإسداء النصح النفسي الاجتماعي، وتوقي ومعالجة عداوى السبيل التناسلي والعداوى المنقولة جنسياً، بما فيها فيروس العوز المناعي البشري، ومتلازمة العوز المناعي المكتسب (الأيدز)، والوقاية من العنف ضد الجنس الآخر وتدبيره علاجياً، وبرامج صحة اليافعين والبرامج التي تستهدف القابلات (اللاتي قد يعملن أيضاً خاتنات على الطريقة الشعبية).

ولا بد أن توضح معايير أخلاقيات الطب أن ممارسة تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى على الطفلات والنساء تنتهك المعايير المهنية علاوة على حقوق الإنسان الخاصة بالمرضى، وفقاً لمعايير حقوق الإنسان والمعايير الأخلاقية الدولية. ويتعين أن يخضع الممارسون الطبيون الذين يشاركون في هذه الممارسة للإجراءات التأديبية وسحب رخصهم الطبية.

ويتعين تدريب مقدمي الخدمات الصحية على استعراف المشكلات الناجمة عن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى ومعالجة هذه المشاكل. ويشمل ذلك الإجراءات الآيلة لمعالجة المضاعفات الفورية، وتدبير مختلف المضاعفات الطويلة الأجل وإزالة تشويه الفرج. وينبغي اقتراح إجراء عملية إزالة هذا التشويه بأسرع وقت ممكن (لا أثناء الولادة فحسب) لأن ذلك قد يقلل من عدة مضاعفات صحية مترتبة على ذلك التشويه، علاوة على توفير حافز على التغيير. وتظهر البيّنات أن تحسين إجراءات العناية بالولادة وفقاً للدلائل الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠١أ، ٢٠٠١ب، ٢٠٠١ج) يمكن أن يساهم في الحد من المخاطر المرتبطة بتشويه الأعضاء التناسلية للإناث بالنسبة لكل من الأم والطفلة أثناء الولادة.

مسؤولية الأطراف الفاعلة

يتحمل المسؤولية عن اتخاذ الإجراءات العديد من الأطراف الفاعلة التي يرد ذكر بعضها أدناه، لكن حكومات البلدان المعنية هي التي تساءل في نهاية المطاف عن الوقاية من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، وتشجيع الإقلاع عن هذه الممارسة، والتصدي للعواقب المترتبة عليها، وتحميل من يرتكبونها المسؤولية الجنائية عن إلحاق الأذى بالفتيات والنساء.

القوانين الآيلة للتخلص من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى

الاعتراف دستورياً بحقوق الفتيات والنساء

إن التدابير الدستورية المتخذة لدعم حقوق النساء والفتيات، من قبيل المساواة وعدم التمييز والحماية من العنف، تعدّ حاسمة الأهمية ويمكن أن تقولب موقف الحكومات من موضوع التخلص من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، وتشمل الأمثلة في هذا المضمار «حماية النساء من الممارسات الضارة»،وخطر الأعراف أو التقاليد «المناهضة لكرامة المرأة ومعافاتها ومصلحتها والتي تقوّض مركزها» و«القضاء على الممارسات التقليدية» الضارة بصحة الناس وعافيتهم». ويمكن أن ترشد هذه الحماية الدستورية عملية وضع القوانين والسياسات وتنفيذها. كما يمكن أن تشترط تنقيح أو إلغاء القوانين والسياسات التي لا تنسجم مع هذه المبادئ.

القوانين الجنائية

لقد تم، أو يمكن أن يتم، في بعض البلدان، تطبيق الأحكام العامة للقوانين الجنائية، على تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى. ويمكن أن تشمل هذه الأحكام «الجروح أو الإصابات المتعمدة»، أو الاعتداء الذي يسبب الضرر الفادح» أو «الاعتداء على السلامة الجسدية والنفسية» أو «أفعال العنف التي تسبب التشويه أو العجز المزمن». وسنت بعض الحكومات قوانين تحظر على وجه التحديد ممارسة تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، والتي يحدد العديد منها فئات الناس الممكن إدانتهم بموجب القانون. وبذا، فإن الممارسين التقليديين، والموظفين الطبيين، والآباء والأمهات، والأوصياء والأشخاص الذي لا يبلغون عن إمكانية ارتكاب جريمة أو ارتكابها فعلاً يمكن أن يتعرضوا للملاحقة القضائية. كما أن نوع العقوبة يتفاوت ويشمل الحكم بالسجن أو الغرامات أو، في حالة الموظفين الطبيين، سحب رخصهم المهنية. وقد تختلف العقوبة وفقاً لشكل التشويه، وغالباً ما تزداد عندما ترتكب هذه الجريمة ضد القاصرين أو تؤدي إلى الوفاة.

قوانين حماية الأطفال

أعلن عدد من البلدان عن إمكان انطباق قوانين حماية الأطفال على تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى. كما سنت بلدان أخرى وطبقت أحكاماً محددة للتخلص من الممارسات الضارة، بما فيها تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى. وتنص قوانين حماية الأطفال على تدخل الدولة في الحالات التي يوجد فيها سبب يدفعها إلى الاعتقاد بأنه حدثت أية إساءة للطفل أو يمكن أن تحدث. وقد يمكّن ذلك الحكومات من إبعاد الفتاة عن أسرتها أو بلدها إذا كان هناك سبب للاعتقاد بأن ذلك يخدم مصالحها الفضلى.

القانون المدني وسبل الانتصاف

يمكن في البلدان التي تتوفر لها الآليات المناسبة لإصدار أحكام قضائية بشأن الدعاوى المدنية وتنفيذ هذه الأحكام، الاعتراف بتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى بوصفه إصابة تنشأ عنها دعوى قانونية مدنية للحصول على تعويضات أو غيرها من ضروب الإنصاف. ويمكن للفتيات والنساء اللاتي خضعن لتشويه أعضائهن التناسلية المطالبة بالتعويض من ممارسي هذا الأمر و/أو الآخرين الذين شاركوا في مثل هذا الفعل. وقد تكون هناك قوانين أخرى تستخدم في منع حدوث هذا الإجراء من البداية، من قبيل قوانين حماية الأطفال.

قوانين اللجوء والهجرة

من المسلم به على نطاق واسع بأن العنف على أساس الجنس، بما في ذلك تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، يمكن أن يشكل اضطهاداً في نطاق تعريف المهاجرين وفقاً لاتفاقية اللاجئين لعام ١٩٥١ والبروتوكول الملحق بها عام ١٩٦٧. وتقتضي القرارات الإقليمية واللوائح الوطنية المحددة أن تمنح الفتيات والنساء اللاتي يتعرضن لخطر الخضوع لتشويه أعضائهن التناسلية في البلدان الأخرى وضع اللاجئات أو أشكال الحماية التكميلية. زد على ذلك أنه يتعين على سلطات الهجرة في بعض الحالات تقديم معلومات للمهاجرين عن الأثر الضار المترتب على تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى والعواقب القانونية المترتبة على تلك الممارسة. وتحتوي بعض هذه اللوائح على تعليمات تنص على وجوب توفير هذه المعلومات بصورة تراعي الحساسيات وتكون مناسبة ثقافياً.

وتتحمل **الحكومات** التزامات قانونية باحترام وحماية وتعزيز حقوق الإنسان، ويمكن مساءلتها عن الإخفاق في الوفاء بهذه الالتزامات. وعليه فإنه يتعين أن تتخذ الحكومات التدابير التشريعية والقضائية والإدارية والمتعلقة بالميزانية والاقتصادية وغيرها إلى أقصى حدود الموارد المتاحة لها. وتشمل هذه التدابير التأكد من أن جميع التشريعات المحلية متوافقة ومتساوقة مع معاهدات حقوق الإنسان الدولية والإقليمية التي صادقت عليها. كما تتحمل الحكومات مسؤولية إعداد خطط العمل والاستراتيجيات اللازمة لضمان توفر المرافق الصحية وإتاحتها للفتيات والنساء لتلبية احتياجاتهن فيما يتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية. وعليها أن تنظم حملات توعية ومبادرات تثقيفية جماهيرية لضمان تخصيص الموارد الكافية لمتطلبات الوقاية والتصدي. وينبغي أن تتعاون عدة وزارات في بذل هذه الجهود، بما فيها وزارات الصحة، والمالية، والتعليم، والإعلام، والخدمات الاجتماعية، وشؤون المرأة.

ويلعب **البرلمانيون** دوراً حاسم الأهمية في إدراج قضية تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى في المناقشات المتعلقة بالسياسات كما تفعل القطاعات القانونية والقضائية في تحديد المعايير وتطبيقها.

المنظمات المهنية، يمكن أن تحسن هيئات من قبيل النقابات الطبية ومجالس التمريض الدلائل الإرشادية الأخلاقية للتدريب والممارسة الطبيين. كما يمكن لروابط المعلمين، والمحامين، والعاملين الاجتماعيين وغيرها أن تساهم في التخلص من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى كل ضمن مجالها، بالاضطلاع بأنشطة مثل كسب التأييد والدعوة والقيام بأنشطة التدريب المناسبة.

وكانت **المنظمات غير الحكومية** الوطنية والدولية أطرافاً فاعلة أساسية في إعداد وتنفيذ البرامج الرامية إلى الإقلاع عن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى. وكانت أكثر هذه البرامج نجاحاً تلك المجتمعية مع دعم قوي ومشاركة من جانب الحكومات ووكالات التعاون الإنمائية (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩) كما كانت **المنظمات الدينية والمشتركة بين الأديان** أطرافاً فاعلة هامة تستخدم الشبكات والهياكل القائمة لإيصال رسائل الدعوة ضمن المجتمعات والتأثير على المواقف والسلوك في أوساط فرادى المجتمعات الشريكة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠٠٥، ٢٠٠٧ب).

ويتضح من الخبرات أن من الأهمية بمكان ضمان قيام الحكومات والمنظمات غير الحكومية بالعمل بالتعاون مع المجتمعات المحلية التي تمارس تلك العادة في صياغة البرامج وتنفيذها. وينطبق ذلك على بلدان المنشأ إضافة إلى البلدان التي تمارس فيها جاليات المهاجرين تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى.

كما أنه من المهم إشراك **القيادات**، الدينية وغير الدينية، في التدخلات لضمان وجود بيئة داعمة للتغيير. وينطبق ذلك على المستوى المجتمعي والمستوى الوطني كذلك. حيث إن هذه القيادات التي تتصدر الدعوة للإقلاع عن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى تلعب دوراً هاماً في توفير الحجج ضد تلك الممارسة وتوليد الدعم الاجتماعي للتغيير.

ويمكن أن يلعب **مقدمو الرعاية الصحية** دوراً أساسياً في الوقاية من تلك الممارسة وفي دعم المرضى والمجتمعات واطلاعهم على المنافع المترتبة على التخلص منها. ويمكن أن يتم ذلك بتزويد النساء بالمعلومات عن صحتهن الجنسية والإنجابية، وتيسير فهمهن لوظائف الجسم الطبيعية والعواقب الضارة المترتبة على تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى فهماً أعمق. وبإمكان مقدمي الرعاية الصحية لعب دور هام أيضاً في توعية المجتمعات، من خلال البرامج المدرسية وبرامج التثقيف في مجال الصحة العمومية.

الخاتنات التقليديات هن أيضاً أطراف أساسية بالنظر إلى ضرورة تغيير دورهن. ويمكن أن يقاومن حدوث تغيير من هذا القبيل لأنه يتهدد مكانتهن، وأن يستخدمن سطوتهن في المجتمع لمواصلة التشجيع على هذه الممارسة أو تقويض الجهود الرامية إلى الإقلاع عنها. ومن ناحية أخرى، إذا قررن الإقلاع عن الممارسة تستطعن أن تشكلن أطرافاً شديدة التأثير في إقناع الآخرين بالإقلاع عنها أيضاً.

ورغم أن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى كان يعتبره العديد من الرجال تقليدياً «مسالة تخص النساء»، فإنه بمقدور **الرجال** أن يلعبوا دوراً هاماً في التغيير المنشود. فهم يؤيدون هذه الممارسة في بعض الحالات، غير أن البحوث أظهرت أن بعض الرجال يساورهم القلق من آثار هذا التشويه ويفضلون الزواج من نساء لم يخضعن لكذا إجراء (ألمورث وزملاؤه، ٢٠٠١؛ هيريكا وزار، ٢٠٠٣؛ دريج، ٢٠٠٧). والاحتمال الأكبر أن الشباب يعارضون هذه الممارسة (هيريكا وزار، ٢٠٠٣؛ دريج، ٢٠٠٧).

وتضطلع **الأمم المتحدة** بدور حاسم الأهمية في إعداد المعايير الدولية وتعزيز إجراء البحوث ذات الصلة، بالتعاون مع الشركاء الأكاديميين والإنمائيين، كي تضمن استناد المعايير إلى بيّنات سليمة. وتحتل وكالات الأمم المتحدة المكانة المناسبة لتعزيز التعاون والتنسيق بين جميع الأطراف. وقد تم تكليف عدة هيئات تابعة للأمم المتحدة بمهمة مراقبة تنفيذ الالتزامات القانونية الدولية بحماية حقوق الإنسان للجميع والنهوض بها دون أي تمييز على أي أساس كان.

هذا ويعتبر دور **وكالات التعاون الإنمائي** في دعم المبادرات الدولية والوطنية بتوفير الدعم التقني والمالي أساسياً أيضاً في بلوغ الهدف المشترك بوقف تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى.

بناء القدرات، والبحوث، والرصد والتقييم

يتضح من دروس العقد الفائت أنه يتعين على المنظمات المقتدرة والمؤهلة إدامة البرامج الرامية إلى الإقلاع عن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى. ويقتضي ذلك توفر كل من الموارد المالية وبناء القدرات على نطاق واسع.

ويتعين أن يكون التدريب شاملاً من حيث طائفة المتدربين ونطاق المواضيع التي تتم تغطيتها. وقد عقدت في بعض الأماكن دورات دراسية دامت ثلاثة إلى أربعة أسابيع لمنفذي البرامج، ومقدمي الرعاية الصحية وغيرهم لتزويدهم بالمعلومات والمهارات اللازمة لتخطيط أي تدخل مجتمعي وتنفيذه وتقييمه.

ولابد من أن يقوم تصميم وتنفيذ البرامج الناجعة على معطيات سليمة، ويلزم القيام بالرصد المستمر لتوثيق الاتجاهات والتغيرات في النمط ذي الصلة ومبررات الممارسة. وهناك اتفاق دولي على استخدام خمسة مؤشرات في المسوحات المتعلقة بتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى: الانتشار حسب أتراب السن ١٥–٤٩ سنة؛ وحالة البنات (كما تعلن عنها الأمهات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٤٩ عاماً)، والنسبة المئوية لتشويه الأعضاء التناسلية «المغلق» (التشويه بالسد) والمفتوح (الاستئصال)؛ والقائمين بعملية التشويه، وتأييد أو معارضة النساء والرجال لتشويه الأعضاء التناسلية للاتي تتراوح أعمارهم بين ١٥–٤٩ عاماً (اليونيسيف، ٢٠٠٥ب). ويمكن تحقيق الاتساق في استخدام المؤشرات من إجراء التحليلات المقارنة بين المسوحات المختلفة على المستويين الوطني والدولي. ويعتبر التقييم، بما فيه الدراسات المبدئية والنهائية علاوة على عملية التقييم أمراً أساسياً في قياس الجدوى والفعالية (أسكيو، ٢٠٠٥).

وما زالت هناك حاجة للبحوث في كل الجوانب التي تساهم في التخلص من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى والوقاية منه وتوفير رعاية أفضل للبنات والنساء اللاتي خضعن لهذه الممارسة، وتشمل المواضيع التي تتطلب إجراء المزيد من الدراسات: ديناميكا التغيّر الاجتماعي والثقافي التي تقود إلى الإقلاع عن هذه الممارسة والمضاعفات الصحية الفورية المترتبة على انتشار تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، وتجارب البنات والنساء مع هذه الممارسة، والعواقب النفسية المترتبة عليها، وإجراءات الرعاية الخاصة بالبنات والنساء ورعاية الولادات التي قد تخفف من عواقبها الضارة بالنسبة للأمهات وأطفالهن، وأثر التدابير القانونية لمنع هذه الممارسة، وإضفاء الصبغة الطبية عليها.

خاتمة

يعبّر هذا البيان المشترك بين الوكالات عن الالتزام المشترك لهذه الوكالات بمواصلة العمل على التخلص من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى. فهذا التشويه ممارسة خطرة، وقضية حاسمة الأهمية من قضايا حقوق الإنسان.

وقد تحقق التقدم على عدة جبهات: حيث تم الاعتراف دولياً بأن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى يشكل انتهاكاً لحقوق الإنسان، وحددت الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة المعنية بالطفل أن وقف هذه الممارسة هدف عالمي. وتم وضع السياسات والقوانين الرامية إلى حظر هذه الممارسة في العديد من البلدان، والأهم من ذلك كله أن هناك مؤشرات على أن عمليات التغيير الاجتماعي التي تؤدي إلى الإقلاع عن هذه الممارسة جارية في عدد من البلدان.

ويتوفر لنا الآن المزيد من المعارف عن الممارسة بحد ذاتها وأسباب استمرارها، علاوة على الخبرات المتصلة بالتدخلات التي تؤدي بصورة أكثر فعالية إلى الإقلاع عنها. كما قد يسفر تطبيق هذه المعارف، بأسلوب مشترك ومنسق يشجع التغيير الاجتماعي والإيجابي على المستويات المجتمعية والوطنية والدولية، إلى الإقلاع عن هذا التشويه في غضون جيل واحد، مع إحراز أهم الإنجازات بحلول عام ٢٠١٥، تمشياً مع المرامي الإنمائية للألفية.

وتؤكد وكالات الأمم المتحدة التزامها بدعم الحكومات والمجتمعات والنساء والفتيات المعنيات وصولاً إلى الإقلاع عن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى في غضون جيل واحد.

الملحق ١ : ملاحظة بشأن المصطلحات

لقد شهدت المصطلحات المستخدمة لهذا «الإجراء» مختلف التغييرات. ففي السنوات الأولى التي تم فيها بحث هذه الممارسة خارج نطاق الفئات التي تمارسها، درجت العادة على تسميتها عموماً «ختان الإناث». لكن هذا المصطلح يتشابه مع ختان الذكور وبالتالي فهو يسبب خلطاً لممارستين متميزتين عن بعضهما.

وقد اكتسبت عبارة «تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى» تأييداً متزايداً منذ أواخر السبعينات، حيث إن كلمة تشويه تخلق تمييزاً لغوياً واضحاً عن ختان الذكور، وتشدد على خطورة وضرر هذا الفعل. وتعزز كلمة «تشويه» واقع أن هذه الممارسة تعد انتهاكاً لحقوق الفتيات والنساء، وبالتالي فهي تشجع الدعوة على الصعيدين الوطني والدولي إلى الإقلاع عنها.

وتم اعتماد هذا المصطلح في عام ١٩٩٠ في المؤتمر الثالث للجنة المشتركة بين البلدان الأفريقية المعنية بالممارسات التقليدية التي تؤثر على صحة المرأة والطفل المنعقد في أديس أبابا، إثيوبيا. وفي عام ١٩٩١ أوصت منظمة الصحة العالمية بأن تعتمد الأمم المتحدة هذا المصطلح. وتم استخدامه على نطاق واسع فيما بعد في وثائق الأمم المتحدة وغيرها، وهو المصطلح الذي تستخدمه منظمة الصحة العالمية.

وتزايد منذ أواخر التسعينات استخدام المصطلحين «جدع الأعضاء التناسلية للأنثى» و«تشويه/جدع الأعضاء التناسلية للأنثى» في البحوث ومن قبل بعض الوكالات. ويعود تفضيل هذا المصطلح جزئياً إلى الاستياء من تداعي الأفكار السلبية المتعلقة بمصطلح «تشويه» وبعض البيّنات التي تفيد بأن استخدام تلك الكلمة ينفّر المجتمعات التي تمارس هذا التشويه وقد يعوق عملية التغيير الاجتماعي للتخلص من هذه الممارسة. وبغية التقاط مغزى مصطلح «تشويه» على مستوى السياسات، وفي الوقت نفسه، استخدام مصطلحات أقل إدانة للمجتمعات الممارسة له، تستخدم عبارة «تشويه/جدع الأعضاء التناسلية للأنثى» في كل من اليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان. ولأغراض هذا البيان المشترك، وبالنظر إلى أهميته بوصفه أداة للدعوة، اتفقت جميع وكالات الأمم المتحدة على استعمال مصطلح واحد هو «تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى».

الملحق ٢ : ملاحظة حول تصنيف تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى

تم وضع تصنيف لتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى بادئ ذي بدء في مشاورات تقنية في عام ١٩٩٥ (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٦ب). ويعد التصنيف المتفق عليه مفيداً لأغراض من قبيل البحوث المتصلة باتجاهات التغيير، والفحص الطبي للنساء وتدبير العواقب الصحية. والدعاوى القانونية. ويمكن أن يكفل علم الأنماط المشترك اتساق مجموعات المعطيات. بيد أنه من الطبيعي أن يستتبع التصنيف التبسيط وبالتالي فإنه لا يعكس التفاوتات الضخمة في الممارسات الفعلية. وبما أن بعض الباحثين أشاروا إلى وجود تقييدات في تصنيف عام ١٩٩٥، عقدت منظمة الصحة العالمية عدداً من المشاورات مع الخبراء التقنيين وغيرهم من العاملين على إنهاء تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى لمراجعة علم الأنماط وتقييم البدائل الممكنة. وتم التوصل إلى استنتاج مفاده أن البيّنات المتاحة ليست كافية لتستدعي وضع تصنيف جديد، غير أنه تم تعديل تعابير علم الأنماط الحالي قليلاً، وإدراج فقرات فرعية لالتقاط مختلف الإجراءات على نحو أدق.

إيضاحات وتعليقات

إن حجم أنسجة الأعضاء التناسلية التي يتم قطعها أو بترها يتزايد اطراداً ما بين النمطين الأول والثالث لكن هناك استثناءات من هذه القاعدة. حيث إن وخامة ومخاطر هذه العملية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالامتداد التشريحي للقطع، وذلك يشمل كلاً من نمط وحجم الأنسجة المقطوعة على حد سواء، واللذين يمكن أن يتفاوتا من نمط إلى آخر. والمثال على ذلك أن النمط الأول يشمل عادة نزع البظر (النمط الأول ب) ويشمل النمط الثاني كلاً من البظر والشفرين الصغيرين (النمط الثاني ب)[1]. وفي هذه الحالة يكون النمط الثاني أكثر وخامة ويقترن بازدياد المخاطر. غير أنه في بعض أشكال النمط الثاني لا يتم سوى قطع الشفرين الصغيرين دون قطع البظر (النمط الثاني أ)، وفي هذه الحالة تصبح مخاطر معينة من مثل النزف أقل وأضأل، في حين أن مخاطر أخرى من مثل عداوى الأعضاء التناسلية أو تخديشها قد تكون نفسها أو أكبر. وبالمثل فإن النمط الثالث يرتبط في الغالب الأعم بمخاطر صحية أكثر وخامة مما هو الحال بالنسبة للنمط الثاني، وذلك من قبيل مضاعفات الولادة. لكن أحد العوامل الهامة المسببة للعقم هو الامتداد التشريحي لعملية القطع، أي ما إذا كانت تشمل الشفرين الكبيرين بالتعليفة أو بدونها. وعليه فإن النمط الثاني الذي يشمل قطع الشفرين الكبيرين (النمط الثاني ج) يرتبط بمخاطر أكبر بأن يحصل العقم مما هو الحال بالنسبة للنمط الثالث أ: أي التبتيك الحاصل للشفرين الصغيرين فقط (ألمروث وزملاؤه، ٢٠٠٥ب). وبما أن البظر عضو تناسلي شديد الحساسية، فقد يفضي النمط الأول الذي يشمل نزع البظر إلى الحد من الحساسية الجنسية أكثر مما يحصل عند تطبيق النمط الثالث الذي يظل فيه البظر سالماً تحت التبتيك (نور وزملاؤه، ٢٠٠٦).

وقد تتفاوت أيضاً وخامة ومدى انتشار المخاطر النفسية (بما فيها النفسية الجنسية) مع بروز خصائص خلاف الامتداد المادي لنزع الأنسجة، من مثل السن والوضع الاجتماعي (مكفري، ١٩٩٥).

تحديات التصنيف

لا يميز الاستبيان المستخدم حالياً في «المسوحات الديمغرافية والصحية» بين النمطين الأول والثاني، وإنما بين ما إذا كانت الفتاة أو المرأة تعرضت لأي جدع، وما إذا تم نزع أية أنسجة وما إذا كانت الأنسجة أغلقت بالخياطة. وتعتمد معظم الدراسات المتعلقة بالأنماط، بما فيها «المسوحات الديمغرافية والصحية» على التقارير الذاتية من النساء. وقد وثقت الدراسات التي تشمل

[1] تستخدم كلمة «البظر» هنا للإشارة إلى حشفة البظر، أي الجزء الخارجي من البظر؛ ولا تشمل جسم البظر أو سيقانه، التي تقع مباشرة تحت الأنسجة الليفية ولا يمكن رؤيتها من الخارج. وقلفة البظر (المِقْنعه) هي طيّة الجلد التي تحيط بحشفة البظر وتحميها.

تصنيف منظمة الصحة العالمية المعدل للأنماط، ٢٠٠٧	تصنيف منظمة الصحة العالمية للأنماط، ١٩٩٥
النمط الأول: نزع البظر و/أو القلفة جزئياً أو كلياً (استئصال البظر). عندما تدعو الضرورة إلى التمييز بين أوجه الاختلاف الرئيسية المتصلة بأي تشويه من **النمط الأول**، يقترح إجراء التقسيمات الفرعية التالية: **النمط الأول أ**، نزع مقنعة البظر أو القلفة فقط، **النمط الأول ب**: نزع البظر والقلفة.	**النمط الأول**: استئصال القلفة واستئصال البظر كليا أو جزئياً، أو بدون استئصاله.
النمط الثاني: نزع البظر والشفرين الصغيرين كلياً أو جزئياً، مع أو بدون استئصال الشفرين الصغيرين (الاستئصال). عندما تدعو الضرورة إلى التمييز بين أوجه الاختلاف الرئيسية التي تم توثيقها، يقترح إجراء التقسيمات الفرعية التالية: **النمط الثاني أ**: نزع الشفرين الصغيرين فقط؛ **النمط الثاني ب**: نزع البظر والشفرين الصغيرين جزئياً أو كلياً؛ **النمط الثاني ج**: نزع البظر والشفرين الصغيرين والشفرين الكبيرين كلياً أو جزئياً. يشار أيضاً إلى أن يتم في اللغة الفرنسية استخدام مصطلح «نزع» في الغالب كمصطلح عام يغطي جميع أنماط تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى.	**النمط الثاني**: استئصال البظر مع استئصال الشفرين الصغيرين جزئياً أو كلياً.
النمط الثالث: تضييق فوهة المهبل باستحداث ساتر بقطع وتقريب الشفرين الصغيرين و/أو الشفرين الكبيرين من بعضهما، مع استئصال البظر أو بدونه (التبتيك). عندما تدعو الضرورة إلى التمييز بين أوجه الاختلاف بين أشكال التبتيك، يقترح إجراء التقسيمات الفرعية التالية: **النمط الثالث أ**: نزع وتقريب الشفرين الصغيرين؛ **النمط الثالث ب**: نزع وتقريب الشفرين الكبيرين.	**النمط الثالث**: استئصال كامل الأعضاء التناسلية الظاهرة أو جزء منها وغرز/تضييق فتحة المهبل (التبتيك).
النمط الرابع: غير مصنّف: جميع الإجراءات الضارة المطبقة على الأعضاء التناسلية للأنثى لأغراض غير طبية، كالوخز والثقب والشق والكشط والكي.	**النمط الرابع**: غير مصنف: وخز أو ثقب أو شق البظر و/أو الشفرين؛ كيّ البظر و/أو الشفرين؛ والكي بحرق البظر والأنسجة المحيطة به؛ وكشط الأنسجة المحيطة بفوهة المهبل (أنغوريا) أو جدع المهبل (شطرات جيشيري)؛ أو إدخال مواد أو أعشاب أكالة في المهبل لإحداث النزف أو لأغراض شدّه أو تضييقه؛ وأي إجراء آخر يندرج تحت التعريف العام لتشويه الأعضاء التناسلية للأنثى.

تقييمات سريرية تفاوتات واسعة النطاق في مستوى التطابق بين الأوصاف المقدمة ذاتياً والأنماط المشاهدة سريرياً فيما يخص تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى (موريسون وزملاؤه، ٢٠٠١؛ علم الشرف وزملاؤه، ٢٠٠٦أ). وأكثر التباينات شيوعاً هي أن نسبة كبيرة من النساء في المناطق التي يمارس فيها النمط الثالث تقليدياً أفدن بأنهن خضعن للنمط الأول أو الثاني، رغم أن التقديرات السريرية تشير إلى النمط الثالث (علم الشرف وزملاؤه، ٢٠٠٦أ). وبالإضافة إلى ذلك قد تكون معولية المشاهدات السريرية مقيدة بالاختلافات التشريحية الطبيعية وصعوبة تقدير كمية أنسجة البظر التي تعرضت للتبتيك.

تعليقات على التعديلات التي أُدخلت على التعريف المعتمد للنمط الأول عام ١٩٩٥

تم نقل الإشارة إلى قلفة البظر إلى آخر الجملة. وسبب هذا التغيير هو الميل العام إلى وصف النمط الأول على أنه نزع القلفة، في حين أن ذلك لم يتم توثيقه كشكل تقليدي من أشكال تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى. غير أنه يمكن في بعض البلدان، أن يشمل تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى الذي يتخذ صفة طبية نزع القلفة فقط (النمط الأول أ)، لكنه يبدو أن هذا الأمر نادر نسبياً على ما يبدو (ساتي وزملاؤه، ٢٠٠٦). إذ تكاد تكون جميع الأشكال المعروفة من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى التي يتم بموجبها نزع الأنسجة من البظر تنطوي أيضا على شق حشفة البظر أو جزء منها.

تعليقات على التعديلات التي أُدخلت على التعريف المعتمد للنمط الثاني عام ١٩٩٥

يشكل نزع البظر والشفرين الصغيرين أكثر أشكال النمط الثاني شيوعاً التي تم توثيقها، بيد أن هناك كذلك تباينات موثقة في هذا المجال. إذ يتم أحياناً نزع أنسجة الشفرين الكبيرين أيضاً (ألمورث وزملاؤه، ٢٠٠٥ب؛ بيالكندر وألمورث، ٢٠٠٧)، وفي حالات أخرى يتم قطع الشفرين الصغيرين فقط، دون نزع البظر. وجدير بالملاحظة أن ما يبدو أنه النمط الثاني قد يكون النمط الثالث المفتوح. زد على ذلك أن التندّب في أعقاب النمط الثاني يمكن أن يسفر عن سد فوهة المهبل، وبالتالي فإن النتيجة تحاكي النمط الثالث. وبذا تم تعريفها على أنها النمط الثالث، رغم أن ذلك لم يكن النتيجة المنشودة.

تعليقات على التعديلات التي أُدخلت على التعريف المعتمد للنمط الثالث عام ١٩٩٥

إحدى الخصائص المميزة الرئيسية للنمط الثالث هي القطع والمصاقبة (مقاربة) – وبالتالي التئام الشفرين الصغيرين أو الكبيرين مما يؤدي إلى تضييق فوهة المهبل. ويترافق ذلك عادة بنزع البظر كلياً أو جزئياً. وتحل العبارات التالية «تضييق فوهة المهبل بإحداث سادّ غطائي بقطع ومصاقبة الشفرين الصغيرين و/أو الشفرين الكبيرين» محل صيغة عام ١٩٩٥ «لغرز/تضييق فتحة المهبل». وتوضح الصيغة الجديدة أنه لا يتم عموماً تضييق المهبل نفسه بالنسيج الندبي الناجم عن التئام الشفرين. ويغطي هذا النسيج الجلدي أيضاً البظر والإحليل. واستعمال مصطلح «مصاقبة» تفضيلاً على «الغرز» لأن الغرز (بالشوك أو الخياطة) ليس سوى طريقة من الطرق المتبعة لإحداث الالتئام. وتشمل التقنيات الشائعة الأخرى ضم وربط الساقين ببعضهما أو استخدام المعاجين العشبية.

وقد كشفت الدراسات الجديدة عن تفاوتات واسعة في النمط الثالث، وخصوصاً الفارق الكبير بين تبتيك الشفرين الصغيرين وتبتيك الشفرين الكبيرين (ساتي وزملاؤه، ٢٠٠٦). وقد يكون من المهم فيما يخص البحوث المتعلقة بمضاعفات صحية معينة، وتوثيق النزعة إلى التغيير، التمييز بين هذين النمطين من التبتيك (ألمروث وزملاؤه، ٢٠٠٥ب؛ علم الشرف وزملاؤه، ٢٠٠٦أ). وقد يشمل تبتيك الشفرين

الصغيرين ما يوصف في بعض البلدان بأنه «سدّ أو ختم». وكما سبق القول في التعليقات على النمط الثاني قد يكون ذلك التصاق عرضي ناجم عن إجراء كان يقصد به أن يكون من النمط الثاني. ولا يتم في العديد من الحالات من النمط الثالث نزع أي نسيج بظري (نور وزملاؤه، ٢٠٠٦).

ويغطي هذا التعريف ***«إعادة التبتيك»***، وهو إجراء يتخذ لإعادة إحداث التبتيك، ويتم ذلك عموماً بعد الولادة التي تقتضي إزالة التبتيك. ويتفاوت مقدار إعادة الغلق أيضاً. فإذا أُجريت إعادة التبتيك لإحداث مظهر عذراوي، فإن الضرورة تقتضي في الغالب لا مجرد إغلاق ما تم فتحه بل وإجراء المزيد من الجدع لإيجاد حوافٍ خام جديدة تتطلبها عملية الغلق الأكثر إحكاماً. ووثقت الدراسات الجارية مؤخراً عن توثيق ذلك أيضاً، وتم في بعض الحالات تقطيب أعضاء النساء اللاتي لم يتم تبتيكهن قبل الولادة لتضييق فوهات المهبل لديهن بعد الولادة (ألموروث – بيرغن وزملاؤهما، ٢٠٠١؛ بيرغرن وزملاؤه، ٢٠٠٤). وقد أوصت الدلائل الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية بإزالة التبتيك على نحو دائم، بما في ذلك خياطة الحواف الخام على نحو منفصل لضمان وجود فتحة دائمة والحؤول دون حدوث الالتصاق، بغية تفادي المضاعفات المرتبطة بالتبتيك فيما بعد (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠١أ،ب).

تعليقات على التعديلات التي أُدخلت على التعريف المعتمد للنمط الرابع عام ١٩٩٥

النمط الرابع هو الفئة التي تصنف ضمنها جميع الممارسات الضارة، أو يحتمل أن تكون ضارة، التي تطبق على الأعضاء التناسلية للفتيات والنساء. وعليه يبدأ التصنيف المعدل بتعريف عام. وتعتبر مختلف الممارسات المدرجة في القائمة أمثلة على ذلك، ويمكن اختزال القائمة أو إطالتها كلما ازدادت المعارف.

وتتباين الأسباب والسياق والعواقب والمخاطر المصنفة ضمن النمط الرابع تبايناً شديداً بالفعل. وبما أن هذه الممارسات ليست مألوفة ومدروسة على وجه العموم إلا في إطار الأنماط الأول والثاني والثالث، فيتم تقديم الإيضاحات التالية المستخلصة من البيّنات المتاحة.

الوخز، والثقب والشق (البضع) والكشط

يمكن تعريف الوخز والثقب والشق بأنها إجراءات يتم بموجبها ثقب الجلد بأداة حادة؛ وقد يسيل الدم نتيجة ذلك، لكنه لا يتم نزع أية أنسجة. وتصنف بعض البلدان الوخز إما على أنه شكل تقليدي من أشكال تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى (بوديهاراسنا، ٢٠٠٤) أو كبديل لأشكال تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى الأشد وخامة (يودر وزملاؤه، ٢٠٠١؛ نجو وأسيكو، ٢٠٠٤). كما تم توثيق شق الأعضاء التناسلية لصغار الفتيات والرضع (بوديهاراسنا، ٢٠٠٤). وكذلك الأمر بالنسبة للكشط (نيولند، ٢٠٠٦).

وأُجري نقاش مستفيض حول ما إذا كان يتعين إدراج الوخز في التصنيف وتعريفه كنمط من أنماط تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى. ويرى بعض الباحثين أنه يتعين حذفه من التصنيف، لأنه يصعب إثباته إذا لم تكن هنالك تغييرات تشريحية، ولأنه يعتبر أقل ضرراً بكثير من الأشكال الأخرى (أوبيورا، ١٩٩٧؛ شويدر، ٢٠٠٣؛ كاتانيا وهوسن، ٢٠٠٥). بل وقد اقتُرح إدخال الوخز في بعض الأحيان كإعاضة عن الإجراءات الأكثر جوراً، كشكل من أشكال الحد من الضرر (شويدر، ٢٠٠٣؛ كاتانيا وهوسن، ٢٠٠٥). ويرى آخرون أنه ينبغي الإبقاء عليه، إما بغية توثيق التغيرات الناجمة عن إجراءات أشد وخامة، أو لضمان عدم استخدامه «كغطاء لإخفاء» إجراءات أوسع نطاقاً، حيث إنه توجد مؤشرات هامة على أن

الوخز الذي يوصف بأنه بديل غالباً ما يتطلب تغيير المصطلحات عوضاً عن تغيير ممارسة القطع الفعلي (منظمة الصحة العالمية الصومال، ٢٠٠٢). وعندما تم فحص النساء اللاتي يدعين أنهن خضعن «للوخز» فحصاً طبياً وجد أنهن خضعن لمجموعة منوعة واسعة من الممارسات تتراوح بين النمط الأول وبين النمط الثالث. وعليه فإنه يمكن استخدام هذا المصطلح لإضفاء الصبغة الشرعية على الإجراءات الأشد جوراً أو إخفائها (منظمة الصحة العالمية الصومال، ٢٠٠٢؛ علم الشرف وزملاؤه، ٢٠٠٦أ). وفي ضوء هذه الشواغل تم الإبقاء على «الوخز» هنا ضمن إطار النمط الرابع.

الشدّ

تم في بعض المناطق، وخصوصاً في الجنوب الأفريقي، توثيق شد أو تطويل البظر و/أو الشفرين الصغيرين، وغالباً ما يشار إلى ذلك بكلمة تطويل. وعموماً ما يتم تعليم الفتيات في مقتبل البلوغ كيفية شد الشفرين باستعمال منتجات كالزيوت والأعشاب على مدى عدة أشهر. وتجري بعضهن عملية التطويل مرة أخرى بعد الولادة. وينظر إلى الشفرين الممدودين على أنهما تسييج للمهبل، ووسيلة لزيادة المتعة الجنسية لدى الأنثى والذكر. كما تم توثيق الألم والتمزق أثناء الشد، لكنه لم تكتشف أية عواقب طويلة الأمد نتيجة ذلك. وتم توثيق هذه الممارسة بصورة رئيسية في المجتمعات التي تحتل المرأة فيها مكانة اجتماعية رفيعة نسبياً، وذلك في الغالب في المجتمعات التي يسند فيها النسب إلى الأم. ومن الممكن تعريف شد الشفرين بأنه شكل من أشكال تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى لأنه عُرف اجتماعي، وبالتالي فإن صغار الفتيات يتعرضن للضغوط الاجتماعية للقيام بتعديل أعضائهن التناسلية ولأن ذلك يُحدث تغييرات تناسلية دائمة (موينداء ٢٠٠٦؛ تامال، ٢٠٠٦؛ بانغول وإزميرالدا، قيد الطبع).

الكيّ

يعرف الكيّ هنا على أنه إتلاف الأنسجة بحرقها بمكواة ساخنة. وقد وُصف ذلك بأنه علاج لعدة مشكلات صحية، بما فيها النزف، والخراجات والآلام، والقرحات، والجروح، أو «التهييج المعاكس» أي إحداث الألم أو التهييج في جزء من الجسم للتخفيف من الألم أو الالتهاب في جزء آخر. وقد أبقي على مصطلح «الكي» لكنه أُزيلت محدداته بحيث يصبح الوصف أكثر عمومية، حيث إنه لا يوجد سوى النزر اليسير من المعطيات بشأن هذه الممارسة.

قطع الأعضاء التناسلية الظاهرة

ورد في الصياغة الأصلية ذكر عملية جدعات «جيشيري» وجدعات «أنغوريا»، وهما مصطلحين محليين يستخدمان في مناطق بنيجيريا. ويجري قطع «جيشيري» عموماً في جدار المهبل في حالات الولادة المعرقلة (تهذيب، ١٩٨٣). ويمكن أن تترتب على هذه الممارسة مخاطر صحية جسيمة، ومنها الناسور والنزف والألم. يختلف هذا القطع عن معظم أنماط تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، حيث إنه لا يجرى على صغار الفتيات بصورة روتينية بل على نحو أعم كممارسة توليدية تقليدية. أما قطع أنغوريا فهو شكل من أشكال الجراحة أو الكشط التقليدية لنزع البكارة وغيرها من الأنسجة المحيطة بفوهة المهبل. و لم يُعثر على أية دراسات عن انتشار هاتين الممارستين أو العواقب المترتبة عليهما. وقد تم في التعريف المعدل حذف ذكر هاتين الممارستين اللتين تشكلان مصطلحين يغلب الطابع المحلي عليهما وظل الوصف أكثر عمومية كي يغطي مختلف الإجراءات.

استعمال المواد الضارة

يوجد في عدة بلدان عدد من الممارسات من هذا النمط، مشفوعة بطائفة واسعة من مختلف المبررات ومخاطر صحية محتملة. ويتم إجراؤها على وجه

العموم على نحو منتظم من جانب النساء البالغات على أنفسهن لتنظيف المهبل قبل الجماع أو بعده أو لشد المهبل وتقويته لزيادة المتعة الجنسية لأنفسهن ولشركائهن. وتتوقف عواقب المخاطر الصحية على المواد المستعملة، إضافة إلى تواتر وتقنيات هذه الإجراءات (مكملان وزملاؤه، ٢٠٠٦؛ باغنول وإزميرالدا، قيد الطبع). ويمكن تعريف إيلاج المواد الضارة بأنه شكل من أشكال تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، وخصوصاً عندما يرتبط بمخاطر صحية وضغط اجتماعي شديد.

الاعتبارات الأخرى

يثير تعريف النمط الرابع عدداً من المسائل التي تظل دون حلول، حيث إن الأنماط الأول وحتى الثالث التي تنزع بموجبها عادة الأنسجة التناسلية من القاصرات تشكل انتهاكاً واضحاً لعدد من حقوق الإنسان وتستهدفها معظم التشريعات المتصلة بالعنف والأذى الجسدي وانتهاك الأطفال، غير أنه ليس من الواضح دوماً أية ممارسات ضارة تتعلق بالأعضاء التناسلية يتعين تعريفها بوصفها من النمط الرابع. فعلى وجه العموم عندما لا تكون الأعضاء التناسلية الطبيعية للأنثى مصابة بمرض ما فإنها لا تتطلب أي تدخل جراحي أو معالجة. وينبغي أن تكون مبادئ حقوق الإنسان هي المبادئ الإرشادية للنظر في الممارسات المتصلة بالأعضاء التناسلية من مثل تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، وبما فيها الحق في الصحة وحقوق الطفل والحق في عدم التمييز على أساس الجنس. وبعض الممارسات من قبيل الجراحة التجميلية للأعضاء التناسلية وترميم البكارة، وهي تعد مقبولة قانونياً في بلدان عديدة ولا تعتبر عموماً تشويهاً للأعضاء التناسلية للأنثى، تندرج في واقع الأمر في نطاق التعريف المستخدم هنا. غير أنه وجد من المهم الإبقاء على تعريف عام وواسع لهذه الممارسة بغية تجنب الثغرات التي قد تفسح المجال لاستمرار الممارسة. وينبغي أن لا يعيق عدم وضوح النمط الرابع الحاجة الماسة للتخلص من أنماط التشويه البارزة والمعروفة أكثر من غيرها التي تمسّ الأعضاء التناسلية للأنثى – الأنماط الأول إلى الثالث – والتي طبقت على ١٠٠–١٤٠ مليون فتاة وامرأة وثمة خطر بإجرائها على أكثر من ٣ ملايين فتاة كل عام.

الملحق ٣ : البلدان التي تم فيها توثيق تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى

تحتوي القائمة أدناه البلدان التي تم فيها توثيق تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى من الأنماط الأول والثاني والثالث. و«تخصّر» النمط الرابع بوصفه ممارسة تقليدية. وقد تم بالنسبة للبلدان التي توجد إشارة نجمة بعدها، استخلاص مدى الانتشار من معطيات المسوحات الوطنية (المسوحات الديمغرافية والصحية التي أصدرتها ماكرو، أو المسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات التي أصدرتها اليونيسيف).

البلد	السنة	الانتشار التقديري لتشويه الأعضاء التناسلية للفتيات والنساء بين سني ١٤ و٤٩ عاماً
بنن	٢٠٠١	١٦,٨
بوركينا فاصو	٢٠٠٥	٧٢,٥
الكاميرون	٢٠٠٤	١,٤
جمهورية أفريقيا الوسطى	٢٠٠٥	٢٥,٧
تشاد	٢٠٠٤	٤٤,٩
كوت ديفوار	٢٠٠٥	٤١,٧
جيبوتي	٢٠٠٦	٩٣,١
مصر	٢٠٠٥	٩٥,٨
إريتريا	٢٠٠٢	٨٨,٧
أثيوبيا	٢٠٠٥	٧٤,٣
غامبيا	٢٠٠٥	٧٨,٣
غانا	٢٠٠٥	٣,٨
غينيا	٢٠٠٥	٩٥,٦
غينيا – بيساو	٢٠٠٥	٤٤,٥
كينيا	٢٠٠٣	٣٢,٢
ليبيريا*		٤٥,٠
مالي	٢٠٠١	٩١,٦
موريتانيا	٢٠٠١	٧١,٣
النيجر	٢٠٠٦	٢,٢
نيجيريا	٢٠٠٣	١٩,٠
السنغال	٢٠٠٥	٢٨,٢
سيراليون	٢٠٠٥	٩٤,٠
الصومال	٢٠٠٥	٩٧,٩
السودان الشمال (٨٠٪ تقريباً من السكان الذين شملهم المسح)	٢٠٠٠	٩٠,٠
توغو	٢٠٠٥	٥,٨
أوغندا	٢٠٠٦	٠,٦
جمهورية تنزانيا المتحدة	٢٠٠٤	١٤,٦
اليمن	١٩٩٧	٢٢,٦

* تم استخلاص التقديرات من مختلف الدراسات المحلية ودون الوطنية (يودر وخان، ٢٠٠٧).

وقد وثقت الدراسات في بعض البلدان الأخرى تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، لكنه لم يتم وضع أية تقديرات وطنية لها. وتشمل هذه البلدان:

- الهند (غادیالي، ١٩٩٢)
- إندونيسيا (بديرهاسانا، ٢٠٠٤)
- العراق (سترويل وفان در أوستن – ساكن، ٢٠٠٦)
- إسرائيل (أصالي وزملاؤه، ١٩٩٥)
- ماليزيا (عيسى وزملاؤه، ١٩٩٩)
- الإمارات العربية المتحدة (كفيلو وسيّد، ٢٠٠٢)

ووردت تقارير عن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى من عدة بلدان أخرى أيضاً، بما فيها كولومبيا وجمهورية الكونغو الديمقراطية وعمان وبيرو وسري لانكا حيث لا يمارس تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى إلا جماعات المهاجرين ولذلك لم يتم إدراجها في هذه القائمة.

الملحق ٤ : المعاهدات والوثائق الصادرة بتوافق الآراء الدولية والإقليمية التي توفر الحماية وتحتوي على ضمانات ضد تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى

المعاهدات الدولية

- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، المعتمد في ١٠ كانون الأول/ديسمبر ١٩٤٨. قرار الجمعية العامة ٢١٧، وثيقة الأمم المتحدة A/810.
- الاتفاقية المتعلقة بمركز اللاجئين، اعتمدت في تموز/يوليه ١٩٥١، دخلت حيز النفاذ في ٢٢ نيسان/أبريل ١٩٥٤).
- البروتوكول المتعلق بمركز اللاجئين، اعتمد في ٣١ كانون الثاني/يناير ١٩٦٧ (دخل حيز النفاذ في ٤ تشرين الأول/أكتوبر ١٩٦٧).
- العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، اعتُمد في ١٦ كانون الأول/ديسمبر ١٩٦٦ (دخل حيز النفاذ في ٢٣ آذار/مارس ١٩٧٦).
- العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، اعتُمد في ١٦ كانون الأول/ديسمبر ١٩٦٦ (دخل حيز النفاذ في ٣ آذار/مارس ١٩٧٦).
- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، اعتُمد في ١٦ كانون الأول/ديسمبر (دخل حيز النفاذ في ٣ أيلول/سبتمبر ١٩٨١).
- اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، اعتُمدت في ١٨ كانون الأول/ديسمبر ١٩٧٩ (دخلت حيز النفاذ في ٣ أيلول/سبتمبر ١٩٨١).
- اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، اعتمدت وفتح باب التوقيع عليها، وتصديقها والانضمام إليها بموجب قرار الجمعية العامة ٣٠/٤٩ المؤرخ ١٠ كانون الأول/ديسمبر ١٩٨٤ (دخلت حيز النفاذ في ٢٦ حزيران/يونيو ١٩٨٧).
- اتفاقية حقوق الطفل، اعتمدت في ٢٠ تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٨٩، قرار الجمعية العامة ٢٥/٤٤، الوثائق الرسمية، الدورة الرابعة والأربعين للجمعية العامة للأمم المتحدة، الملحق رقم ٤٩ وثيقة الأمم المتحدة A/44/49 (دخلت حيز النفاذ في ٢ أيلول/سبتمبر ١٩٩٠).
- اللجنة المعنية بالقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، التوصية العامة رقم ١٤، ١٩٩٠، ختان الإناث؛ التوصية العامة رقم ١٩، ١٩٩٢؛ العنف ضد المرأة، والتوصية العامة رقم ٢٤، ١٩٩٩، المرأة والصحة.
- اللجنة المعنية بحقوق الإنسان، التعليق العام رقم ٢٠، ١٩٩٢، حظر التعذيب والمعاملة أو العقوبة القاسية.
- اللجنة المعنية بحقوق الإنسان، التعليق العام رقم ٢٨، ٢٠٠٠، المساواة في الحقوق بين الرجل والمرأة CCPR/C/21/rev.1/Add.10.
- اللجنة المعنية بحقوق الطفل، التعليق العام رقم ٤، ٢٠٠٣، صحة المراهقين ونموهم في إطار اتفاقية حقوق الطفل CRC/GC/2003/4.

المعاهدات الإقليمية

- الاتفاقية الأوروبية لحماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية، اعتمدت في ٤ تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٥٠ (دخلت حيز النفاذ في ٣ أيلول/سبتمبر ١٩٥٣).
- الاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان (دخلت حيز النفاذ في ١٨ تموز/يوليو ١٩٧٨).
- الميثاق الأفريقي بشأن حقوق الإنسان والشعوب (ميثاق بانجول)، الذي اعتمد في ٢٧ حزيران/يونيو ١٩٨١. منظمة الوحدة الأفريقية. الوثيقة رقم CAB/LEG/67/Rev.5 (1981)، أعيد طبعه في العدد ٢١ من «المواد القانونية الدولية» 59 (1982) (دخل حيز التنفيذ في ٢١ تشرين الأول/أكتوبر ١٩٨٦).
- الميثاق الأفريقي بشأن حقوق الطفل ومصلحته اعتُمد في ١١ تموز/يوليو ١٩٩٠ CAB/LEG/24.9/49 (دخل حيز النفاذ في ٩ تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٩٩).

- البروتوكول الملحق بالميثاق الأفريقي بشأن حقوق الإنسان والشعوب وحقوق المرأة في أفريقيا، اعتمد في ١١ تموز/يوليو ٢٠٠٣، جمعة الوحدة الأفريقية (دخل حيز النفاذ في ٢٥ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٥).

الوثائق الصادرة بتوافق الآراء

- إعلان الجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن القضاء على العنف ضد المرأة، وثيقة الأمم المتحدة A/RES/48/104 (١٩٩٣).
- المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان، إعلان وخطة عمل فيينا، حزيران/يونيو ١٩٩٣، وثيقة الأمم المتحدة DPI/1394-39399 (آب/أغسطس ١٩٩٣)
- برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة، مصر، ٥–١٣أيلول/سبتمبر ١٩٩٤، وثيقة الأمم المتحدة A/CONF. 171/13/Rev. 1 (١٩٩٥).
- إعلان ومنهاج عمل بيجين للمؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة، بيجين، الصين، ٤–١٥ أيلول/سبتمبر ١٩٩٥، وثيقة الأمم المتحدة A/CONF.177/20.
- اليونسكو – الإعلان العالمي المتعلق بالتنوع الثقافي، اعتمد في ٢ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠١.
- اتفاقية حماية وتعزيز تنوع أشكال التعبير الثقافي، اعتمدت في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٥ (دخلت حيز النفاذ في آذار/مارس ٢٠٠٧).
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة، لجنة وضع المرأة. قرار بشأن القضاء على تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى، آذار/مارس ٢٠٠٧، الوثيقة E/CN.6/2007/L.3/Rev.1.

الملحق ٥: المضاعفات الصحية المترتبة على تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى

يتم، حيثما تسمح المعطيات المتاحة بذلك، تحديد التغييرات بحسب النمط، وتزداد المخاطر على وجه العموم مع تزايد وخامة الإجراءات. وبما أن المعطيات المتصلة بالممارسات المختلفة المندرجة في النمط الرابع بشأن تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى معطيات محدودة، فلم يتم إدراج المعلومات المتعلقة بهذه الأشكال.

مخاطر حدوث مضاعفات صحية فورية ناجمة عن الأنماط الأول والثاني والثالث

الآلام الوخيمة: قطع نهايات الأعصاب وأنسجة الأعضاء التناسلية الحساسة يسبب آلاماً شديدة. ونادراً ما يستخدم التخدير الصحيح في هذه العملية. وحتى في حال استعماله فإنه ليس دوماً فعالاً. وتعتبر فترة الالتئام مؤلمة أيضاً. ويشكل تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى من النمط الثالث إجراء أوسع نطاقاً يدوم فترة أطول (١٥–٢٠ دقيقة)، وبذا يصبح الألم أشد وتطول مدته. وتمتد فترة الالتئام وشدته تبعاً لذلك[١].

ويمكن أن تحدث ***الصدمة*** بسبب الآلام و/أو النزف[٢].

وتم توثيق حدوث ***النزف المفرط*** والصدمة الانتانية[٣].

ويمكن أن يحدث ***عسر إمرار البول*** وكذلك عسر إمرار الغائط بسبب التورّم والوذمة والألم[٤].

وقد تنتشر العداوى بعد استعمال أدوات ملوثة (مثل استعمال الأدوات نفسها لتشويه الأعضاء التناسلية لأكثر من أنثى، وخلال فترة الالتئام[٥].

فيروس العوز المناعي البشري: يمكن أن يزيد استخدام الأدوات الجراحية نفسها دون تعقيمها من خطر انتقال فيروس العوز المناعي البشري بين الفتيات اللاتي يخضعن لعملية التشويه معاً[٦]. وقد تم العثور في إحدى الدراسات على ترابط غير مباشر[٧]، إذ لم يتم توثيق أي ترابط مباشر[٨]، وقد يعود ذلك لندرة عمليات جدع الأعضاء التناسلية بالأداة نفسها لأكثر من أنثى، وإلى قلة انتشار هذا الفيروس في أوساط فتيات من السن نفسها الذي يتم فيه تطبيق هذا الإجراء.

ويمكن أن يؤدي النزف أو العداوى، وكذلك التيتانوس والصدمة إلى ***الموت***[٩].

العواقب النفسية: ورد ذكر الألم والصدمة واستخدام القوة البدنية من جانب الذين يقومون بالإجراء كأسباب للجوء العديد من النساء إلى وصف تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى بأنه حدث رضحي[١٠].

اندماج الشفرين غير المتعمّد: وجدت عدة دراسات أن ما كان يقصد به تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى من النمط الثاني أسفر أحياناً عن تشويه من النمط الثالث بسبب التصاق الشفرين[١١].

(١) Type I and II: El-Defrawi et al., 2001; Dare et al., 2004; Malmström, 2007. Type III: Boddy, 1989; Dirie and Lindmark, 1992; Chalmers and Hashi, 2000; Gruenbaum, 2001; Johansen, 2002

(٢) Type I and II: Egwuatu and Agugua, 1981; Agugua and Egwuatu, 1982. Type III: Dirie and Lindmark, 1992; Almroth et al., 2005a

(٣) Dirie and Lindmark, 1992; Jones et al., 1999; Chalmers and Hashi, 2000; Dare et al., 2004; Yoder et al., 2004

(٤) Type I and II: El-Defrawi et al., 2001; Dare et al., 2004; Yoder et al., 2004. Type III: Dirie and Lindmark, 1992; Chalmers and Hashi, 2000; Yoder et al., 2004; Almroth et al., 2005a

(٥) Dirie and Lindmark, 1992; Chalmers and Hashi, 2000; Almroth et al., 2005a,b

(٦) Klouman et al., 2005; Morison et al., 2001

(٧) Yount and Abraham, 2007

(٨) Morison et al., 2001; Okonofua et al., 2002; Klouman et al., 2005

(٩) Mohamud, 1991

(١٠) Boddy, 1989; Johansen, 2002; Talle, 2007; Behrendt and Moritz, 2005; Malmström, 2007

(١١) Egwuatu and Agugua, 1981; Agugua and Egwuatu, 1982; Dare et al., 2004; Behrent, 2005

ويبدو أن ***تكرار تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى*** يتم بصورة متواترة إلى حد بعيد في تطبيق النمط الثالث من تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى وذلك عادة بسبب عدم حدوث الالتئام[١٢].

المخاطر الصحية الطويلة الأمد الناجمة عن الأنماط الأول والثاني والثالث (التي تحدث في أي وقت خلال العمر)

الآلام: قد تسبب الألم المزمن لنهايات الأعصاب المحبوسة أو غير المحمية[١٣].

العداوى: يمكن أن تظهر الكيسات الجلدانية، والخراجات، وقرحات الأعضاء التناسلية، مع فقد الأنسجة السطحية[١٤]. ويمكن أن تسبب العداوى الحوضية المزمنة آلاماً مزمنة في الظهر والحوض[١٥]. كما يمكن أن ترتفع عداوى السبيل البولي إلى الكليتين، مما قد يسفر عن الفشل الكلوي، والانتان الدموي والموت. وثمة وثائق كثيرة عن ازدياد مخاطر حدوث عداوى السبيل البولي المتكررة لدى كل من الفتيات والبالغات[١٦].

الجدرة: يمكن أن يتشكل النسيج الندبي المفرط في موقع الجدع[١٧].

عداوى السبيل الإنجابي والعداوى المنقولة جنسياً: لقد تم توثيق تواتر متزايد لعداوى معينة تلحق بالأعضاء التناسلية، بما فيها التهاب المهبل[١٨]. ووثقت بعض الدراسات ازدياد خطر الإصابة بحالاً (هربس) الأعضاء التناسلية، لكنه لم يعثر على أي رابط بين ذلك وبين العداوى الأخرى المنقولة جنسياً[١٩].

فيروس العوز المناعي البشري: قد يسفر تزايد مخاطر النزف أثناء الاتصال الجنسي، وغالباً ما يحدث ذلك عندما تدعو الضرورة إلى إزالة التبتيك (النمط الثالث) عن ازدياد خطر انتقال فيروس العوز المناعي البشري، كما يمكن أن يؤدي ازدياد انتشار الهربس (الحلأ) لمن خضعن لتشويه أعضائهن التناسلية إلى ازدياد خطر الإصابة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري، حيث إن هربس الأعضاء التناسلية يشكل عامل اختطار بانتقال هذا الفيروس.

جودة الحياة الجنسية: قد يؤثر نزع الأنسجة التناسلية الشديدة الحساسية أو الإضرار بها، وخصوصاً البظر، على الحساسية الجنسية ويسفر عن مشاكل جنسية، كتناقص المتعة الجنسية والشعور بالألم أثناء الاتصال الجنسي. كما يمكن أن يؤدي تشكل التندبات والألم والذكريات الرضحية المرتبطة بالإجراء إياه إلى مثل هذه المشاكل[٢٠].

المضاعفات الولادية: تزداد أحداث النزف الناجم عن الولادة القيصرية أو بعد الوضع تزايداً كبيراً، وذلك إضافة إلى ازدياد التمزق واللجوء إلى عمليات بضع الفرج. وتتعاظم المخاطر مع مدى وخامة تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى[٢١]. ويعد الناسور التوليدي أحد مضاعفات الولادة المعقدة والمطولة والمعرقلة،

(١٢) Dirie and Lindmark, 1992; Chalmers and Hashi, 2000; Johansen, 2006b

(١٣) Akotionga et al., 2001; Okonofua et al., 2002; Fernandez-Aguilaret and Noel, 2003

(١٤) Egwautu and Agugua 1981; Dirie and Lindmark, 1992; Chalmers and Hashi, 2000; Rouzi et al., 2001; Okonofua et al., 2002; Thabet and Thabet, 2003

(١٥) Rushwan, 1980; Klouman et al., 2005

(١٦) Ismail, 1999; Knight et al., 1999; Almroth et al., 2005a

(١٧) Jones et al., 1999; Okonofua et al., 2002

(١٨) Morison et al., 2001; Okonofua et al., 2002; Klouman et al., 2005; Elmusharaf et al., 2006b

(١٩) Morison et al., 2001; Okonofua et al., 2002; Klouman et al., 2005; Elmusharaf et al., 2006b

(٢٠) Knight et al., 1999; Thabet and Thabet, 2003; El-Defrawi et al., 2001; Elnashar and Abdelhady, 2007; Johansen, 2007

(٢١) Vangen et al., 2002; WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome, 2006

وبذا قد تكون نتيجة ثانوية ناجمة عن المضاعفات الولادية المترتبة على تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى[٢٢]. وتجرى حالياً دراسات لتحري وجود رابط محتمل بين تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى والنواسير التوليدية.

الخطر على الولدان: تُشاهد معدلات وفيات أعلى وأحراز «أبغار» متدنية، وتتزايد وخامة ذلك مع وخامة تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى[٢٣].

العواقب النفسية: أظهرت بعض الدراسات زيادة في احتمال الشعور بالخوف من الاتصال الجنسي، والاضطرابات الكربية الناجمة عن الرضح، والقلق، والاكتئاب، وفقدان الذاكرة[٢٤]. والأهمية الثقافية لهذه الممارسة لا تمنع المضاعفات النفسية[٢٥].

عوامل الاختطار الإضافية بحدوث المضاعفات من تطبيق النمط الثالث

الجراحة اللاحقة: لا بد من فتح التبتيك (إزالة التبتك) في وقت لاحق من العمر للتمكين من الايلاج أثناء الاتصال الجنسي والتدخل أثناء الولادة. ومن المعتاد في بعض البلدان اتّباع ذلك بإعادة الغلق (إعادة التبتيك)، وبذا تنشأ ضرورة لإزالة التبتيك تكراراً في وقت لاحق. وتشير التقارير إلى أن إعادة الغلق تحدث في مناسبات أخرى[٢٦].

مشاكل السبيل البولي والمشاكل الحيضية: يمكن أن يسفر الاغلاق شبه الكامل للمهبل والإحليل عن حيض وتبول بطيئين ومؤلمين[٢٧]. وقد يتطلب تجمع دم الحيض في المهبل التدخل الجراحي[٢٨]. ويعد تقاطر البول أمراً شائعاً بالنسبة للنساء اللاتي شوهت أعضاؤهن التناسلية، وقد يرجع ذلك إلى الصعوبات الناشئة عند إفراغ المثانة وركود البول تحت مقنعة الأنسجة الندبية[٢٩].

الجماع الأليم: بما أنه يتعين فتح التبتيك إما جراحياً وإما بالإيلاج، كثيراً ما يكون الاتصال الجنسي مؤلماً خلال الأسابيع القليلة الأولى من بدء الجماع[٣٠]. ويمكن أن يشعر الشريك الذكر أيضاً بالألم ويعاني من المضاعفات[٣١].

العقم: يعود الرابط بين تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى والعقم بصورة رئيسية إلى جدع الشفرين الكبيرين، فالبينات تظهر أنه كلما ازداد نزع الأنسجة ازداد خطر الإصابة بالعدوى[٣٢].

(٢٢) Tahzib, 1983; Rushwan, 2000

(٢٣) Vangen et al., 2002; WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome, 2006

(٢٤) Whitehorn, 2002; Behrendt and Moritz, 2005; Lockhat, 2006

(٢٥) Behrendt and Moritz, 2005; Lockhat, 2006; Nour et al., 2006; Elnashar and Abdelhady, 2007

(٢٦) Berggren, 2004, 2006; Nour et al., 2006

(٢٧) Akotionga et al., 2001; Knight et al., 1999; Almroth et al., 2005a; Nour et al., 2006

(٢٨) Dirie and Lindmark ,1992

(٢٩) Egwautu and Agugua, 1981; Agugua and Egwautu, 1982; Dirie and Lindmark, 1992 ; Ismail, 1999; Chalmers and Hashi, 2000; Njue and Askew, 2004

(٣٠) Talle, 1993; Akotionga et al., 2001; Gruenbaum, 2006; Nour et al., 2006

(٣١) Dirie and Lindmark, 1992; Almroth et al., 2001

(٣٢) Almroth et al., 2005b

المراجع

Abdi MS (2007). *A religious oriented approach to addressing FGM/C among the Somali community of Wajir*. Nairobi, Population Council.

Abusharaf RM (2001). Virtuous cuts: female genital circumcision in an African ontology. Differences, a *Journal of Feminist Cultural Studies*, 12:112–140.

Abusharaf R (2005). Smoke bath: renegotiating self and the world in a Sudanese shantytown. *Anthropology and Humanism*, 30:1–21.

Abusharaf R, ed. (2007). *Female circumcision: multicultural perspectives*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

Agugua NE, Egwuatu VE (1982). Female circumcision: management of urinary complications. *Journal of Tropical Pediatrics*, 28:248–252.

Ahmadu F (2000). 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: 283–312.

Akotionga M, Traore O, Lakonde J, Kone B. (2001). Séquelles génitales externes de l'excision au centre hospitalier national Yalgado Uuedraogo (CHN-YO): épidémiologie et traitement chirurgical. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 29:295–300.

Almroth L, Almroth-Berggren V, Hassanein OM, Al Said SS, Hasan SS, Lithell UB (2001). Male complications of female genital mutilation. *Social Science and Medicine*, 53:1455–1460.

Almroth L, Bedri HA, Elmusharaf S, Satti A, Idris T, Hashim MS (2005a). Urogenital complications among girls with genital mutilation: A hospital based study in Khartoum. *African Journal of Reproductive Health*, 9:127–133.

Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N, Obeid A, El Sheikh MAA, Elfadil SM (2005b). Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case–control study. *Lancet*, 366:385–391.

Almroth-Berggren V, Almroth L, Bergstrom S, Hassanein OM, Hadi NE, Lithell UB (2001). Reinfibulation among women in a rural area in central Sudan. *Health Care Women International*, 22:711–721.

Asali A, Khamaysi N, Aburabia Y, Letzer S, Halihal B, Sadovsky M (1995). Ritual female genital surgery among Bedouin in Israel. *Archives of Sexual Behavior*, 24:571–575.

Askew I (2005). Methodological issues in measuring the impact of interventions against female genital cutting. *Culture, Health and Sexuality*, 7:463–477.

Assembly of the African Union (2003). *Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa*. Adopted by the 2nd Ordinary Session of the Assembly of the Union, Maputo, 11 July 2003. Available at: http://www.achpr.org/english/_info/women_en.html (accessed on 16 October 2007).

Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, Puren A (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *PLoS Med*, 2:e298.

Bagnol B, Esmeralda M. (in press). Closing the vagina through elongation of the labia minora and use of vaginal products to enhance eroticism: Can these practices be considered FGM? *Finnish Journal of Ethnicity and Migration(FJEM)*. www.etmu.fi/fjem.

Bailey RC, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean I, Krieger JN (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial. *Lancet*, 369:643–656.

Behrendt A (2005). *The practice of excision in Moyamba and Bombali districts of Sierra Leone: perceptions, attitudes and practices*. Dakar, Plan West Africa Regional Office.

Behrendt A, Moritz S (2005). Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 162:1000–1002.

Berggren V, Abdel Salam G, Bergstrom S, Johansson E, Edberg AK (2004). An explorative study of Sudanese midwives' motives, perceptions and experiences of re-infibulation after birth. *Midwifery*, 20:299–311.

Berggren V, Yagoub AE, Satti AM, Khalifa MA, Aziz FA, Bergstrom S (2006). Postpartum tightening operations on two delivering wards in Sudan. *British Journal of Midwifery*, 14:1–4.

Bjälkander O, Almroth L (2007). *FGM in Sierra Leone: rituals, youth, fistula and local laws*. Paper presented at the 4th FOKO conference (Nordic Network for Research on FGM), Hansaari, Finland, 7–8 September.

Boddy J (1989). *Wombs and alien spirits: women, men and the zar cult in northern Sudan*. Madison, Wisconsin, University of Wisconsin Press.

Boddy J (1998). Violence embodied? Female circumcision, gender politics, and cultural aesthetics. In: Dobash RE, Dobash RP, eds. *Rethinking violence against women*. Thousand Oaks, California, Sage Publications.

Budiharsana M (2004). *Female circumcision in Indonesia: extent, implications and possible interventions to uphold women's health rights*. Jakarta, Population Council.

Catania L, Hussen AO (2005). *Ferite per sempre. Le mutilazioni genitali femminili e la proposta del rito simbolico alternativo*. Rome, Derive Approdi.

Chalmers B, Hashi KO (2000). 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth,* 27:227–234.

Chege JN, Askew I, Liku J (2001). *An assessment of the alternative rites approach for encouraging abandonment of female genital mutilation in Kenya*. Frontiers in Reproductive Health. Washington DC, Population Council.

Christoffersen-Deb A (2005). Taming tradition: medicalized female genital practices in western Kenya. *Medical Anthropology Quarterly*, 19:402–418.

Clarence-Smith WG (2007). *Islam and female genital cutting in Southeast Asia: the weight of the past*. Paper presented at 4th FOKO conference (Nordic Network for Research on FGM), 7–8 October, Hansaari, Finland.

Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (1990). General Recommendation No. 14 (Ninth session). New York, United Nations Division for the Advancement of Women.

Convention on the Rights of the Child (1989). General Assembly Resolution 44/25. UN GAOR 44th session, Supp. No. 49. UN Doc. A/44/49.

Dare FO, Oboro VO, Fadiora SO, Orji EO, Sule-Odu AO, Olabode TO (2004). Female genital mutilation: an analysis of 522 cases in South-Western Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 24:281–283.

Dellenborg L (2004). 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, 79–98.

Dembour M (2001). Following the movement of a pendulum: between universalism and relativism. In: Cowan J, Dembour M, Wilson, R, eds. *Culture and rights: anthropological perspectives*. Cambridge, Cambridge University Press: 56–79.

Dirie MA, Lindmark G (1992). The risk of medical complications after female circumcision. *East African Medical Journal*, 69:479–482.

Donor Working Group on Female Genital Mutilation/cutting (2007). *Toward a common framework for the abandonment of FGM/C*. Florence, UNICEF.

Draege TL (2007). *The role of men in the maintenance and change of female genital cutting in Eritrea*. Thesis, University of Bergen.

Egwuatu VE, Agugua NE (1981). Complications of female circumcision in Nigerian Igbos. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 88:1090–1093.

El-Defrawi MH, Lotfy G, Dandash KF, Refaat AH, Eyada M (2001). Female genital mutilation and its psychosexual impact. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 27:465–473.

Elmusharaf S, Elhadi N, Almroth L (2006a) Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. *British Medical Journal*, 333(7559):124.

Elmusharaf S, Elkhidir I, Hoffmann S, Almroth L (2006b). A case–control study on the association between female genital mutilation and sexually transmitted infections in Sudan. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113:469–474.

Elnashar RA, Abdelhady R (2007). The impact of female genital cutting on health of newly married women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 97:238–244.

Fernandez-Aguilaret S, Noel JC (2003). Neuroma of the clitoris after female genital cutting. *Obstetrics and Gynecology*, 101:1053–1054.

GTZ-Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (2005). *Generation dialogue about FGM and HIV/AIDS: method, experiences in the field and impact assessment*. Eschborn.

Ghadially R (1992). Update on female genital mutilation in India. *Women's Global Network for Reproductive Rights Newsletter*, January–March.

Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, Nalugoda F et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet*, 369:657–666.

Gruenbaum E (2001). *The female circumcision controversy: an anthropological perspective*. Pittsburgh, University of Pennsylvania Press.

Gruenbaum E (2006). Sexuality issues in the movement to abolish female genital cutting in Sudan. *Medical Anthropology Quarterly*, 20:121.

Hayford SH (2005). Conformity and change: community effects on female genital cutting in Kenya. *Journal of Health and Social Behavior*, 46:121–140.

Herieka E, Dhar J (2003). Female genital mutilation in the Sudan: survey of the attitude of Khartoum university students towards this practice. *Sexually Transmitted Infections*, 79:220–223.

Hernlund Y (2000). Cutting without ritual and ritual without cutting: female circumcision and the re-ritualization of initiation in The Gambia. In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, eds. *Female circumcision in Africa: culture, change and controversy*. Boulder, Colorado, Lynne Rienner; 235–252.

Hernlund Y (2003). *Winnowing culture: negotiating female "circumcision" in the Gambia*. PhD thesis. University of Washington, Seattle.

International Federation of Gynaecology and Obstetrics (1994). FIGO General Assembly, Montreal, Canada 1994. London, FIGO—International Federation of Gynecology and Obstetrics.

International Covenant on Civil and Political Rights, adopted 16 December 1966 (entry into force, 23 March 1976).

Irin News (2007). *Guinea-Bissau: Two thousand girls a year suffer genital mutilation*. Available at: www.plusnews.org

Isa AR, Shuib R, Othman MS (1999). The practice of female circumcision among Muslims in Kelantan, Malaysia. *Reproductive Health Matters*, 7:137–144.

Ismail NHA. (1999). *Urinary leakage and other complications of female genital mutilation (FGM) among Somali girls in Sweden*. Uppsala, Institutionen för kvinnors och barns hälsa.

Johansen REB (2002). Pain as a counterpoint to culture: towards an analysis of pain associated with infibulation among Somali immigrants in Norway. Medical Anthropology Quarterly, 16:312–340.

Johansen REB (2006a). Care for infibulated women giving birth in Norway- An anthropological analysis of health workers management of a medically and culturally unfamiliar issue. *Medical Anthropology Quarterly*; 20:516–44.

Johansen REB (2006b). *Experiences and perceptions of pain, sexuality and childbirth. A study of female genital cutting among Somalis in Norwegian exile, and their health care providers*. Dissertation. University of Oslo, Faculty of medicine.

Johansen REB (2007). Experiencing sex in exile—can genitals change their gender? In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, eds. *Transcultural bodies: female genital cutting in global context*. New Brunswick, Rutgers University Press: 248–277.

Johnson M (2007). Making mandinga or making Muslims? Debating female circumcision, ethnicity, and Islam in Guinea-Bissau and Portugal. In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, eds. *Transcultural bodies: female genital cutting in global context*. New Brunswick, Rutgers University Press: 202–223.

Jones H, Diop N, Askew I, Kaboré I (1999). Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes. *Studies in Family Planning*, 30:219–230.

Klouman E, Manongi R, Klepp KI (2005). Self-reported and observed female genital cutting in rural Tanzania: associated demographic factors, HIV and sexually transmitted infections. *Tropical Medicine and International Health*, 10:105–115.

Knight R, Hotchin A, Bayly C, Grover S (1999). Female genital mutilation—experience of The Royal Women's Hospital, Melbourne. *Australia New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39:50–54.

Kvello A, Sayed L (2002). *Omskjering av kvinner i de forente arabiske emirater—er klitoridektomi i tradisjonell praksis et overgrep mot kvinner*? (Concerning female circumcision in the United Arab Emirates: Is clitoridectomy in a traditional context an assault against women?) Thesis, Faculty of Medicine, University of Oslo.

Leonard L (2000). Adopting female circumcision in southern Chad: the experience of Myabe. In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, eds. *Female circumcision in Africa: culture, controversy, and change*. Boulder, Colorado, Lynne Rienner, 167–192.

Lockhat H (2006). *Female genital mutilation: treating the tears*. London Middlesex University Press.

Mackie G (2000). Female genital cutting: the beginning of the end. In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, eds. *Female circumcision in Africa: culture, controversy, and change*. Boulder, Colorado, Lynne Rienner: 253–282.

Malmström M (2007). *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.

McCaffrey M (1995). Female genital mutilation: consequences for reproductive and sexual health. *Sexual and Marital Therapy*, 10:189–200.

McClelland RS, Lavreys L, Hassan W, Mandaliya K, Ndinya-Achola J, Baeten JM (2006). Vaginal washing and increased risk of HIV-1 acquisition among African women: a 10-year prospective study. *AIDS*, 20:269–273.

Mohamud OA (1991). Female circumcision and child mortality in urban Somalia. ***Genus***, 47:203–223.

Morison L, Scherf C, Ekpo G, Paine K, West B, Coleman R, Walraven G (2001). The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. *Tropical Medicine and International Health*, 6:643–653.

Msuya SE, Mbizvo E, Hussain A, Sundby J, Sam NE, Stray-Pedersen B (2002). Female genital cutting in Kilimanjaro, Tanzania: changing attitudes? *Tropical Medicine and International Health*, 7:159–165.

Mwenda KK (2006). Labia elongation under African customary law: a violation of women's rights? *International Journal of Human Rights*, 10:341–357.

Ndiaye S, Diop NJ, Yoder PS (in press). *Évaluation à long terme du programme de Tostan au Senegal: Régions de Kolda, Thiès et Fatick*. Calverton, Macro International Inc.

Newland L (2006). Female circumcision: Muslim identities and zero tolerance policies in rural West Java. *Women's Studies International Forum*, 29:394–404.

Njue C, Askew I (2004). *Medicalization of female genital cutting among the Abagusii in Nyanza Province, Kenya*. Washington DC, Population Council Frontiers in Reproductive Health.

Nour NM, Michels KB, Bryant AE (2006). Defibulation to treat female genital cutting. Effect on symptoms and sexual function. *Obstetrics and Gynecology*, 108:55–60.

Nypan A (1991). Revival of female circumcision: a case of neo-traditionalism. In: Stolen KA, Vaa M, eds. *Gender and change in developing countries*. Oslo, Norwegian University Press: 39–65.

Obermeyer CM (2005). The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence. *Culture, Health and Sexuality*, 7:443–461.

Obiora LA (1997). Bridges and barricades: rethinking polemics and intransigence in the campaign against female circumcision [electronic version]. *Western Reserve Law Review*, 47:275–379.

Okonofua FE, Larsen U, Oronsaye F, Snow RC, Slanger TE (2002). The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109:1089–1096.

Population Reference Bureau (2001). *Abandoning female genital cutting: prevalence, attitudes, and efforts to end the practice*. Washington DC.

Population Reference Bureau (2006). *Abandoning female genital mutilation/cutting: an in-depth look at promising practices*. Washington DC, Population Reference Bureau.

Rouzi AA, Sindi O, Bandar Radhan F, Ba'aqeel H (2001). Epidermal clitoral inclusion cyst after type I female genital mutilation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185:569–571.

Rushwan H (1980). Etiologic factors in pelvic inflammatory disease in Sudanese women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 138:877–879.

Rushwan H (2000). Female genital mutilation (FGM) management during pregnancy, childbirth and the postpartum period. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 70:99–104.

Satti A, Elmusharaf S, Bedri HA, Idris T, Hashim MSK, Suliman GI, Almroth I (2006). Prevalence and determinants of the practice of genital mutilation of girls in Khartoum, Sudan. *Annals of Tropical Paediatrics: International Child Health*,26:303–310.

Shell-Duncan B (2001). The medicalization of female circumcision: harm reduction or promotion of a dangerous practice? *Social Sciences and Medicine*, 52:1013–1028.

Shell-Duncan B, Hernlund Y (2006). Are there stages of change in the practice of female genital cutting? Qualitative research findings from Senegal and The Gambia. *African Journal of Reproductive Health*, 10:57–71.

Shweder RA (2003). What about female genital mutilation and why understanding culture matters in the first place. In: Shweder R, Minow M, Markus HR, eds. *Engaging cultural differences: the multicultural challenge in liberal democracies*. New York, Russell Sage Foundation: 216–251.

Snow RC, Slanger TE, Okonofua F, Oronsaye F, Wacker J (2002). Female genital cutting in southern urban and peri-urban Nigeria: self-reported validity, social determinants and secular decline *Tropical Medicine and International Health*, 7:91–100.

Strobel S, von der Osten-Sacken T (2006). *Female genital mutilation in Iraqi Kurdistan*. Presented at the 1ère Journée Humanitaire sur la Santé des Femmes dans le Monde, Paris, France. Gynécologie sans Frontières http://www.wadinet.de/news/dokus/fgm-conference_1ere_journee_humanitaire-en.htm.

Talle A (1993). 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: 83–106.

Talle A (2007). 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: 91–106.

Tamale S (2006). Eroticism, sensuality and women's secrets among the Baganda. *Institute of Development Studies Bulletin*, 37:89–97.

Tahzib F (1983). Epidemiological determinants of vesico-vaginal fistulas. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 90:387–391.

Thabet SM, Thabet AS (2003). Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 29:12–19.

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

Toubia NF, Sharief EH (2003). Female genital mutilation: have we made progress? *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82:251–261.

UNAIDS (2007). *Safe, voluntary, informed male circumcision and comprehensive HIV prevention programming: Guidance for decision-makers on human rights, ethical and legal considerations*. Geneva, UNAIDS.

UNESCO (2001). *UNESCO Universal Declaration on Cultural Diversity*. Paris, UNESCO.

UNICEF (2005a). *Female genital mutilation/female genital cutting: a statistical report*. New York, UNICEF.

UNICEF (2005b). *Changing a harmful social convention: female genital mutilation/cutting*. Innocenti Digest. Florence, UNICEF.

UNFPA (2005). *Culture matters. Working with communities and faith-based organizations. Case studies from Country programmes*. New York, UNFPA.

UNFPA (2006). *Guide to working from within: 24 tips for culturally sensitive programming*. New York, UNFPA.

UNFPA (2007a). *Women's Economic Empowerment: Meeting the Needs of Impoverished Women*. New York, UNFPA.

UNFPA (2007b). *Engaging faith-Based organizations in HIV prevention: A training manual for programme managers*. New York, UNFPA.

UNFPA (2007c). A Holistic Approach to the Abandonment of Female Genital Mutilation/ Cutting. New York, UNFPA.

UN General Assembly (2002). Resolution adopted by the General Assembly, 11 October 2002. New York, United Nations.

Vangen S, Johansen REB, Træen B, Sundby J, Stray-Pedersen B (2004). Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 112, 29–35.

Vangen S, Stoltenberg C, Johansen REB, Sundby J, Stray-Pedersen B (2002). Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. *Acta Obstetrics et Gynecologica Scandinavica*, 81:317–322.

Whitehorn J (2002). Female genital mutilation: cultural and psychological implications. *Sexual Relationships and Therapy*, 17:161–170.

WHO (1996a). *Islamic ruling on male and female circumcision*. Alexandria, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean.

WHO (1996b). *Female genital mutilation. Report of a WHO technical working group*, Geneva,17–19 July 1996. Geneva, World Health Organization.

WHO (1999). *FGM programmes to date: what works and what doesn't. A review*. Geneva. Report No: WHO/CHS/WMH/99.5.

WHO (2000a). *Female genital mutilation*. Fact Sheet No 241, June 2000. Geneva, World Health Organization. At: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/ (accessed 3 October 2007).

WHO (2000b). *Female genital mutilation: a handbook for frontline workers*. Geneva. World Health Organization. WHO/FCH/WMH/00.5.

WHO (2001a). *Female genital mutilation: integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery, a teacher's guide*. Geneva, World Health Organization. WHO/RHR/01.16.

WHO (2001b). *Female genital mutilation: integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery—a student's manual*. Geneva, World Health Organization. WHO/RHR/01.17.

WHO (2001c). *Female genital mutilation: the prevention and the management of the health complications, policy guidelines for nurses and midwives*. Geneva, World Health Organization. WHO/RHR/01.18.

WHO Somalia (2002). *Female genital cutting in Somalia. Reasons for continuation and strategies for eradication*. Hergeisa, Somalia, World Health Organization.

WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*, 367:1835–1841.

WHO, UNAIDS (2007). *New data on male circumcision and HIV prevention: policy and programme implications*. WHO/UNAIDS Technical Consultation, Montreux, 6–8 March 2007. Conclusions and Recommendations. Geneva, World Health Organization.

WHO, UNFPA (2006). *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.

WHO, UNICEF, UNFPA (1997). *Female genital mutilation. A Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement*. Geneva, World Health Organization.

World Medical Association (1964). *Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects*. Adopted by the 18th World Medical Association General Assembly, in Helsinki, Finland, June 1964, and amended in 1975, 1983, 1989, 1996 and 2000.

Yoder PS, Khan S (2007). *Numbers of women circumcised in Africa: The production of a total*. Calverton, Macro International Inc.

Yoder PS, Mahy M (2001). *Female genital cutting in Guinea: qualitative and quantitative research strategies* (DHS Analytical Studies No 5), Calverton: Macro International Inc.

Yoder PS, Camar PO, Soumaoro B (1999). *Female genital cutting and coming of age in Guinea*. Calverton, Macro International Inc.

Yoder PS, Abderrahim N, Zhuzhuni A (2004). *Female genital cutting in the Demographic and Health Surveys: a critical and comparative analysis*. Calverton, Macro International Inc.

Yount KM (2002). Like mother, like daughter? Female genital cutting in Minia, Egypt. *Journal of Health and Social Behaviour*. 43(3):336–358.

Yount KM, Abraham BK (2007). Female genital cutting and HIV/AIDS among Kenyan women. *Studies in Family Planning*, 30:73–88.

ISBN 978 92 4 659644 7

للحصول على مزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بـ:

Department of Reproductive Health and Research
World Health Organization
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27
Switzerland
رقم الفاكس: 4171 791 22 41+
البريد الإلكتروني: reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductive-health

منظمة الصحة العالمية