

ختنه زنان در میناب : شیوع ، آگاهی و نگرش

هما احدی* طلعت خدیوزاده** دکتر قدسیه سیدی علوی*** دکتر حبیب ا. اسماعیلی****

Women's circumcision in Minab : Prevalence, knowledge, attitude

H.Ahadi T.Khadivzadeh Gh.Seyyedialavi H.Esmaili

Abstract :

Background: Women's circumcision is one of the health problems in some societies. That is excision and removal of different sections of women's genitalia based on cultural aims or non-medical reasons , which are done in four different grades.

Objective: This study was performed to determine the knowledge and attitude of women in fertility age in Minab about women's circumcision in the year 2002.

Methods: In this descriptive-analytic study , 400 women in Minab health centers were selected as samples by non-accidental and objective-oriented sampling. Needed data were gathered by a researcher-made questionnaire to assess knowledge and attitude through a semi-structured interview and also by checklist. Data were analyzed by T-test , chi-square and one-sided variance analysis.

Findings: Prevalence of circumcision were 70% . Between them 87.4% were grade one and 12.6% were grade two. Mean and standard deviation of knowledge number in circumcized group were 2.1 ± 1.6 and in uncircumcized group were 3.05 ± 1.7 . There were no significant difference between two groups ($P < 0.001$). Mean and standard deviation of attitude number in circumcized and uncircumcized groups were 36.5 ± 10.9 and 47.7 ± 9.0 respectively. There were no significant difference between two groups ($P < 0.001$). There were significant positive relationship between knowledge and circumcision grade ($P < 0.001$) and between attitude and circumcision grade ($P < 0.001$).

Conclusion: The knowledge level in majority of samples were weak and their attitude were «No Idea» . Results indicates the necessity for teaching to the people in the region and also it shows the importance of health centers in increasing knowledge and changing the attitudes.

Key words: Women's circumcision, Circumcision grade, Fertility age, Knowledge, Attitude

چکیده :

زمینه : ختنه زنان یکی از مشکلات بهداشتی زنان در برخی از جوامع است . این عمل به معنی بریدن و برداشتن بخش‌های مختلف دستگاه تناسلی زنان بر اساس اهداف فرهنگی یا دلایل غیرطبیعی است که در چهار درجه مختلف انجام می‌شود.

هدف : مطالعه به منظور تعیین شیوع و میزان آگاهی و نگرش زنان سنین باروری شهر میناب در مورد ختنه زنان در سال ۱۳۸۱ انجام شد.

مواد و روش‌ها : در این مطالعه توصیفی تحلیلی ، ۴۰۰ زن ۱۵ تا ۴۹ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر میناب به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی و مبتنی بر هدف گزینش شدند. اطلاعات لازم با استفاده از پرسش‌نامه پژوهش‌گر ساخته، سنجش میزان آگاهی و نگرش از طریق مصاحبه نیمه سازمان یافته و همچنین به کمک فهرست مشاهده جمع‌آوری شد . داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی ، مجذور کای و واریانس یک طرفه تحلیل شد.

یافته‌ها : شیوع ختنه ۷۰ درصد بود که در بین زنان ختنه شده ، ختنه درجه یک ۸۷/۴٪ و ختنه درجه دو ۱۲/۶٪ بود. میانگین نمره آگاهی در گروه ختنه شده در مورد بهداشت باروری $1/6 \pm 2/1$ و گروه ختنه نشده $3/05 \pm 1/7$ از ۱۳ نمره و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/001$). میانگین نمره نگرش گروه ختنه شده $36/5 \pm 10/9$ و گروه ختنه نشده $47/7 \pm 9/0$ و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/001$). بین آگاهی و درجه ختنه و بین نگرش و درجه ختنه ارتباط مثبت معنی دار آماری وجود داشت ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: ضعیف بودن آگاهی و نگرش افراد مورد مطالعه، لزوم آموزش مردم منطقه و اهمیت مراکز بهداشتی - درمانی در افزایش سطح آگاهی و تغییر نگرش‌های مردم را نشان می‌دهد.

کلید واژه‌ها : ختنه زنان ، درجه ختنه ، سن باروری ، آگاهی ، نگرش

* کارشناس ارشد مامایی

** مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

*** استاد دانشگاه علوم پزشکی مشهد

**** استادیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۱- مقدمه :

امکان پذیر است.^(۱۱) برداشتن کلیتوریس و سایر بافت‌های حساس رضایت جنسی زنان را کاهش می‌دهد.^(۵) اگرچه جنبه‌های روان‌شناختی ختنه زنان به صورت سیستماتیک بررسی نشده، ولی در دخترهایی که قبلاً با این امر آشنایی پیدا کرده‌اند احساس اضطراب و وحشت قبل از بریدن دستگاه تناسلی شایع است.^(۲) با بررسی‌های متعددی که توسط سازمان جهانی بهداشت صورت گرفت این نتیجه حاصل شد که هیچ‌گونه فواید طبی و بهداشتی در حمایت از درجات مختلف ختنه زنان وجود ندارد.^(۱۶) هدف و اهمیت انجام ختنه دخترها و همچنین سن و درجه انجام آن از جامعه‌ای به جامعه دیگر و از یک خانواده به خانواده دیگر متفاوت است و به طور کلی دلایلی که برای انجام آن می‌توان ذکر کرد عبارت‌اند از: اعتقادهای مذهبی، عمل به سنت‌ها، کنترل میل جنسی زنان، کمک به حفظ پاکیزگی و زیبایی، حفظ وضعیت دختر بودن، جلوگیری از رشد غیرطبیعی دستگاه تناسلی، جلوگیری از نازایی و مرگ جنین هنگام زایمان و افزایش سطح بهداشت.^(۶ و ۸ و ۱۴) اگرچه سازمان جهانی بهداشت و دیگر سازمان‌های بین‌المللی و منطقه‌ای انجام آن را غیر قانونی اعلام نموده‌اند،^(۱۳) ولی با توجه به وجود ختنه دخترها و زنان در برخی از مناطق شهرستان میناب و همچنین به دلیل عدم انجام پژوهشی پیرامون این مسأله در کشور، مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع و میزان آگاهی و نگرش زنان سنین باروری شهر میناب در مورد ختنه زنان در سال ۱۳۸۱ انجام شد. امید است نتایج پژوهش حاضر بتواند با ارائه راه‌حل‌های مناسب جهت مقابله با این مشکل گام مؤثری جهت ارتقاء سطح سلامت دخترها و زنان منطقه بردارد.

ختنه زنان بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۷) عبارت است از: کلیه روش‌هایی که منجر به آسیب یا خارج کردن تمام یا قسمتی از دستگاه تناسلی زنان بر اساس اهداف فرهنگی یا سایر دلایل غیر طبی می‌شود.^(۱۳) این عمل در چهار درجه مختلف قابل انجام است که^(۱۱) از بریدن و برداشتن تمام یا قسمتی از کلیتوریس تا خارج کردن لب‌های بزرگ دستگاه تناسلی خارجی متغیر است.^(۱۳) منشا تاریخی بریدن دستگاه تناسلی زنان به درستی شناخته نشده اما شواهدی از انجام آن در اجساد مومیایی مصری به اثبات رسیده است.^(۲) بریدن دستگاه تناسلی زنان صدها سال است که حد اقل در سی کشور افریقایی همچون با شیوع کمتری در بعضی از قسمت‌های آسیا و خاورمیانه در بین ادیان و مذاهب مختلف انجام می‌شود.^(۱۴ و ۱۵) اکنون به دنبال ورود مهاجران و پناهندگان به کشورهای اروپایی و آمریکا، این عمل مشکلات خاصی را در این کشورها به وجود آورده است.^(۴ و ۹) با توجه به آمارهای سازمان جهانی بهداشت تا کنون ۱۰۰ الی ۱۳۶ میلیون زن و دختر در بیشتر از ۴۵ کشور جهان تحت عمل ختنه قرار گرفته‌اند و از طرف دیگر روزانه ۶۰۰۰ دختر یا به عبارتی سالیانه دو میلیون نفر در معرض خطر ختنه شدن قرار دارند.^(۳) در اکثر جوامع بریدن دستگاه تناسلی زن‌ها و دخترها توسط افراد فاقد تخصص، در شرایط غیر استریل و با وسایل ابتدایی نظیر تیغ، چاقو، شیشه شکسته و بدون دریافت بی‌حسی انجام می‌شود که عوارض متعددی را برای زنان و دخترها به دنبال خواهد داشت.^(۱۴) از عوارض ختنه زنان می‌توان به خون‌ریزی، درد، عفونت، شوک، اختلال‌های ادراری، آسیب به ارگان‌های مجاور، عوارض روانی جنسی اشاره کرد. بریدن دستگاه تناسلی زنان احتمال ابتلا به عفونت‌ها را افزایش می‌دهد و سبب انتقال عفونت‌ها از جمله انتقال ویروس HIV و هپاتیت B می‌شود.^(۱) وقوع عوارض جدی در تمام درجات ختنه زنان

± مواد و روش‌ها :

این مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۸۱ بر روی ۴۰۰ نفر از زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر میناب انجام شد. محیط پژوهش بخش‌های مامایی، تنظیم خانواده و واکسیناسیون سه مرکز بهداشتی-درمانی شماره یک، دو و سه میناب بودند. لازم به ذکر است که شهر میناب فقط دارای همین سه مرکز بهداشتی-درمانی است. اطلاعات لازم در این مطالعه به وسیله پرسش‌نامه پژوهش‌گر ساخته (مشخصات فردی و خانوادگی، سنجش میزان آگاهی، نگرش و وضعیت ختنه) و فهرست مشاهده بود. جهت بررسی نگرش زنان مورد بررسی از مصاحبه فردی با ۴۰ نفر از زنان واجد شرایط نمونه پژوهش استفاده شد. عبارات بیان شده توسط مصاحبه شونده‌گان پس از انجام ویرایش لازم در تدوین پرسش‌نامه نگرش سنجش به کار گرفته شد.

جمع آوری اطلاعات در این پژوهش از طریق مصاحبه نیمه سازمان یافته و مشاهده (مشاهده دستگاه تناسلی از نظر تأیید انجام یا عدم انجام ختنه و درجات ختنه) صورت گرفت. جهت جمع آوری اطلاعات، پژوهش‌گر روزانه در یکی از مراکز بهداشتی - درمانی شهری حضور می یافت، با کمک فهرست انتخاب نمونه، افراد واجد شرایط پژوهش را از میان مراجعه کنندگان بخش‌های مامایی، تنظیم خانواده و واکسیناسیون شناسایی می کرد. پس از توضیحات کافی درباره تحقیق و جلب رضایت افراد، مصاحبه در محل خاصی که برای این منظور تعیین شده بود و مشاهده در محل درمانگاه مامایی انجام شد.

اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری مجذور کای، آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون تی تجزیه و تحلیل شدند.

± یافته‌ها :

در این پژوهش از ۴۰۰ نمونه مورد بررسی، ۲۴۴ نفر ختنه درجه یک و ۳۵ نفر ختنه درجه دو شده بودند. در

مجموع شیوع ختنه درجه یک ۸۷/۴ درصد و شیوع ختنه درجه دو ۱۲/۶ درصد بود. میانگین سن واحدهای پژوهش در گروه ختنه شده ۶/۲ ± ۲۷/۳ سال و در گروه ختنه نشده ۵/۲ ± ۲۵/۰ سال بود که اختلاف معنی داری داشت (P=۰/۰۰۰۱). از نظر متغیرهای مذهب، محل تولد و مذهب همسر و درآمد ماهیانه بین زنان ختنه شده و ختنه نشده تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت، در حالی که بین این دو گروه از نظر متغیرهای تحصیلات و شغل (P<۰/۰۰۱)، محل تولد (P<۰/۰۴)، سن و تحصیلات همسر (P<۰/۰۰۱)، شغل همسر (P=۰/۰۴)، وضعیت مسکن (P<۰/۰۰۱)، تحصیلات و شغل پدر و تحصیلات مادر (P=۰/۰۰۱)، اختلاف آماری معنی داری وجود داشت. بین میانگین نمره آگاهی (از ۱۳ نمره) در زنان ختنه شده و زنان ختنه نشده اختلاف آماری معنی داری وجود داشت، به طوری که زنان ختنه نشده از آگاهی بالاتری در مورد ختنه دخترها برخوردار بودند (جدول شماره ۱).

جدول ۱- مقایسه میانگین نمره آگاهی زنان نسبت به بهداشت باروری و ختنه

درجات ختنه	تعداد	میانگین نمره آگاهی
ختنه نشده	۱۲۱	۳/۵۰ ± ۱/۷
درجه یک	۲۴۴	۲/۱ ± ۱/۶
درجه دو	۳۵	۲/۰ ± ۱/۴
کل	۴۰۰	۲/۳ ± ۱/۷
One-Way ANOVA: f=۱۳/۸۴ df=۲ P<۰/۰۰۱		

از نظر ۲۸/۹ درصد زنان ختنه نشده، ۶۰/۲ درصد زنان ختنه شده درجه یک و ۷۱/۴ درصد زنان ختنه شده درجه دو عمل ختنه با برداشتن قسمت های زائد و کم کردن ترشحات، باعث حفظ تمیزی و بهداشت می شود. ۱۴/۹ درصد زنان ختنه نشده، ۳۴ درصد زنان ختنه شده درجه یک و ۴۰ درصد از زنان ختنه شده درجه دو ختنه کردن را در کاهش نازایی زنان موثر می دانستند. ۱۹ درصد زنان ختنه نشده، ۴۵/۹ درصد زنان ختنه شده

جدول شماره ۳ فراوانی موافقت زنان سه گروه ختنه نشده، ختنه شده درجه یک و ختنه شده درجه دو را با هر یک از عبارات های پرسش نامه نگرش نشان می دهد. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین آگاهی و نگرش افراد مورد مطالعه ارتباط مستقیم معنی دار آماری نشان داد ($r=0/6$) و ($P<0/001$)، به طوری که افزایش آگاهی سبب تغییر نگرش بهداشتی می شود.

بین آگاهی افراد مورد مطالعه و محل تولد، سن و مذهب آنها، محل تولد، سن و مذهب همسر، وضعیت مسکن، شغل پدر و تحصیلات مادر ارتباط آماری معنی دار وجود نداشت. بین آگاهی افراد مورد مطالعه و متغیرهای تحصیلات ($P<0/001$) و شغل همسر ($P<0/008$)، درآمد ($P=0/001$) و تحصیلات پدر ارتباط آماری معنی دار وجود داشت.

بین نگرش افراد مورد مطالعه و متغیرهای مذهب، سن، محل تولد همسر، مذهب همسر و سن همسر ارتباط آماری معنی دار وجود نداشت. در حالی که بین نگرش و متغیرهای محل تولد ($P=0/002$)، شغل و تحصیلات ($P<0/001$)، تحصیلات و شغل همسر ($P<0/001$)، درآمد ($P=0/004$)، وضعیت مسکن ($P=0/008$)، تحصیلات و شغل پدر ($P=0/001$) و تحصیلات مادر ($P<0/001$) ارتباط آماری معنی دار وجود داشت.

بر اساس آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، میانگین نمره آگاهی افراد مورد مطالعه بر حسب درجات مختلف ختنه اختلاف آماری معنی دار داشت ($P<0/001$) و آزمون توکی نشان داد میانگین نمره آگاهی در زنان ختنه نشده، بیشتر از زنان ختنه شده درجه یک و دو بود.

درجه یک و $37/1$ درصد زنان درجه دو، اعتقاد داشتند برداشتن قسمت های زیادی از دستگاه تناسلی باعث کاهش مرگ و میر نوزاد هنگام زایمان می شود. 72 درصد واحدهای پژوهش ختنه را در ابتدای به بیماری هایی مثل ایدز، کزاز و زردی بی تاثیر می دانستند و یا تصور می کردند دخترهای ختنه شده در بزرگسالی کمتر به این بیماری ها مبتلا می شوند. $37/1$ درصد زنان مورد بررسی اعتقاد داشتند که دخترهای ختنه شده، در بزرگسالی کمتر به کمردرد مبتلا می شوند و $32/5$ درصد اعتقاد داشتند که دخترهای ختنه شده کمتر به مشکلات اعصاب مبتلا می شوند. $33/5$ درصد افراد اظهار داشتند که عمل ختنه زنان باعث افزایش لذت جنسی آنها می شود و $3/40$ درصد بیان کردند که ختنه زنان باعث افزایش رضایت جنسی زن و شوهر می شود. $29/8$ درصد زنان ختنه نشده، $25/5$ درصد زنان ختنه شده درجه یک و $3/54$ درصد زنان ختنه شده درجه دو بیان کردند که ختنه زنان باعث تسهیل زایمان می شود.

آزمون تی تفاوت آماری معنی داری را میان میانگین نمره نگرش زنان ختنه شده ($36/5 \pm 10/9$) و ختنه نشده ($47/7 \pm 9/0$) نشان داد و زنان ختنه نشده نمره نگرشی بالاتری داشتند (به عبارت دیگر ختنه زنان را خوب نمی دانستند) (جدول شماره ۲).

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره نگرش افراد مورد مطالعه نسبت به ختنه زنان

درجات ختنه	تعداد	میانگین نمره نگرش
ختنه نشده	۱۲۱	$47/7 \pm 9/0$
درجه یک	۲۴۴	$36/8 \pm 10/7$
درجه دو	۳۵	$34/8 \pm 11/9$
کل	۴۰۰	$39/9 \pm 11/9$
One-Way ANOVA: $f=49/1$ $df=2$ $P<0/001$		

جدول ۳: فراوانی میزان موافقت افراد مورد مطالعه به لحاظ آگاهی ها و نگرش ها نسبت به ختنه زنان

ختنه شده درجه ۲		ختنه شده درجه ۱		ختنه نشده		عبارت
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۶۰	۲۱	۶۰/۲	۱۴۷	۳۳/۹	۴۱	۱. در صورتی که خانم‌ها ختنه نشوند، دستگاه تناسلی آنها رشد می‌کند.
۳۷/۱	۱۳	۳۰/۳	۷۵	۱۵/۷	۱۹	۲. قسمت‌هایی از دستگاه تناسلی زنان که هنگام ختنه برداشته می‌شود، سمی است.
۴۵/۷	۱۶	۳۴/۴	۸۴	۵۱/۲	۶۲	۳. ختنه کردن دخترها یک کار غیربهداشتی است.
۶۵/۷	۲۳	۵۸/۶	۱۴۳	۲۱/۵	۲۶	۴. ختنه کردن دخترها رسم است و حتماً باید انجام شود.
۶۸/۶	۲۴	۵۹	۱۴۴	۲۴/۸	۳۰	۵. ختنه کردن دخترها باعث نجیب و سر به راه شدن آنها می‌شود.
۶۸/۶	۲۴	۶۸/۹	۱۶۸	۳۵/۵	۴۳	۶. ختنه کردن دخترها باعث زیبایی اندام‌های زنانه آنها می‌شود.
۲۸/۶	۱۰	۲۳/۴	۵۷	۵۸/۷	۷۱	۷. ختنه کردن دخترها یک کار غیرانسانی و ظلم در حق آنها است.
۷۴/۳	۲۶	۷۰/۹	۱۷۳	۲۷/۳	۳۳	۸. ختنه کردن دختر باعث مسلمان شدن واقعی او می‌شود.
۴۵/۷	۱۶	۴۴/۷	۱۰۹	۱۸/۲	۲۲	۹. زنان ختنه شده نسبت به زنان ختنه نشده کمتر طلاق می‌گیرند.
۴۰	۱۴	۴۵/۹	۱۱۲	۱۱/۶	۱۴	۱۰. ختنه کردن زنان باعث جلوگیری از نازایی می‌شود.
۵۷/۱	۲۰	۴۱	۱۰۰	۱۶/۵	۲۰	۱۱. مردان، دخترهای ختنه شده را برای ازدواج ترجیح می‌دهند.
۳۱/۴	۱۱	۳۱/۱	۷۶	۹/۱	۱۱	۱۲. ختنه کردن دخترها آنها را از تجاوز مردهای غریبه حفظ می‌کند.
۲۸/۶	۱۰	۱۴/۸	۳۶	۸/۳	۱۰	۱۳. دخترهای ختنه شده شانس بیشتری برای ازدواج دارند.
۶۰	۲۱	۵۱/۲	۱۲۵	۱۰/۷	۱۳	۱۴. دخترها تا زمانی که ختنه نشده‌اند ناپاک و نجس هستند.
۳۴/۳	۱۲	۵۱/۲	۱۲۵	۸۷/۶	۱۰۶	۱۵. دخترهای ختنه شده و ختنه نشده ارزش مساوی در جامعه دارند.
۴۰	۱۴	۵۰/۸	۱۲۴	۷۶	۹۲	۱۶. ختنه کردن از بی‌بندوباری در جامعه جلوگیری نمی‌کند.
۳۴/۳	۱۲	۲۴/۲	۵۹	۹/۱	۱۱	۱۷. زنان ختنه شده دیرتر خشک (یائسه) می‌شوند.
۵۴/۳	۱۹	۴۷/۱	۱۱۵	۱۳/۲	۱۶	۱۸. زنان ختنه شده فرزند سالم‌تری به دنیا می‌آورند.
۲۸/۶	۱۰	۳۳/۲	۸۱	۵	۶	۱۹. زنان ختنه شده بیشتر از زنان ختنه نشده فرزند پسر به دنیا می‌آورند.

حداقل در سی کشور آفریقایی، همچنین با شیوع کمتری در بعضی از قسمت‌های آسیا و خاورمیانه در بین ادیان و مذاهب مختلف انجام می‌شود. (۱۵ و ۱۴)

میانگین نمره آگاهی گروه ختنه شده در مورد بهداشت باروری $1/6 \pm 2/1$ و گروه ختنه نشده $1/7 \pm 3/05$ از ۱۳ نمره و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/001$). در این مطالعه بین سن و انجام ختنه در زنان سنین باروری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر میناب، ارتباط مستقیم آماری وجود داشت، به طوری که با کاهش سن شیوع ختنه کمتر می‌شد. این یافته احتمالاً به دلیل افزایش سطح تحصیلات، ارتقاء سطح آگاهی‌های

بر اساس آزمون آنالیز واریانس یک طرفه میانگین نمره نگرش واحدهای پژوهش بر حسب درجات مختلف ختنه از اختلاف آماری معنی دار برخوردار بود ($P < 0/001$) و آزمون توکی نشان داد زنان ختنه نشده نسبت به زنان ختنه شده درجه یک و دو نمره نگرشی بالاتری (نگرش مثبت‌تر) دارند.

۱. بحث و نتیجه‌گیری :

طبق مطالعه انجام شده شیوع ختنه ۷۰ درصد بود که در بین زنان ختنه شده، ختنه درجه یک $87/4$ درصد و ختنه درجه دو $12/6$ درصد بود. طبق مطالعه‌های انجام شده، بریدن دستگاه تناسلی زنان صدها سال است که

و اصلاح نگرش آنها در راستای حذف این مشکل باید مورد تأکید قرار گیرد.

۱- مراجع :

1. Abu Sahlieh S. To mutilation in the name of Jehovah or Allah: legitimization of male and female circumcision. Med Law 1994 July; 130(7-8): 575- 622
2. Barstoe D. Female genital mutilation the penultimate gender abuse. Child Abuse Negl 1999; 23(5): 501- 10
- 3- Brady M. Female genilal multilation. American Pediatrics 1998 Jul; 102(1): 153- 6
- 4- Chelala C. An alternative way to stop female genital mutilation. LANCET 1998 July; 352:126
- 5- Izet S, Tubia N. Female circumcision / Female genital mutilation in : Goldman M, Hatch M, ed. Women and Health. New York, Academic press, 2000, 404 – 18
6. Karungari K. Femal genital mutilation : a reproductive health concern. 1995 Oct; 49 (suppl): 1- 4
7. Kun Ke. Female genital mutilation: the potential for increased risks of HIV infection. International Journal of Gyfobs 1997; 59:153-5
8. Mazharul Islam M, Uddin M. Female circumcision in Sudan; future prospects and strategies for eradication. International Family Planing Perspective 2001; 27(2):71-6
9. Meniro G, Medsci M, Hecht B, Hopkins M. Female circumcision: at our doorsteps and beyond. Primery Care Update Ob/Gyn 2000; 7:231- 7

بهداشتی و تغییر باورها و ارزش‌های جامعه طی چند سال اخیر است.

بین تحصیلات افراد مورد مطالعه و انجام ختنه ارتباط معکوس معنی دار وجود داشت. بیشترین شیوع ختنه در افراد بی‌سواد و دارای تحصیلات ابتدایی دیده شد. در مطالعه مسویا و همکاران (۱۹۹۹) نیز انجام ختنه ارتباط معکوس معناداری با سطح تحصیلات داشت.^(۱۰) از نظر میزان آگاهی و نگرش نیز بین زنان ختنه شده و ختنه نشده اختلاف آماری معنی داری وجود داشت. زنان ختنه نشده نسبت به زنان ختنه شده آگاهی بالاتری در زمینه عوارض ناشی از ختنه دخترها داشتند و نگرش مخالف در این گروه بیشتر بود. احتمالاً این یافته به دلیل بالاتر بودن سطح تحصیلات و طبقه اجتماعی در زنان ختنه نشده است. همچنین نتایج حاکی از آن بود که آگاهی ۸/۲۴ درصد زنان ختنه نشده در سطح خوب قرار داشت که این نسبت در زنان ختنه شده درجه یک، ۱۱/۹ درصد و در زنان ختنه شده درجه دو، ۸/۶ درصد بود.

نگرش ۵ درصد زنان ختنه نشده در سطح نگرش موافق نسبت به این عمل قرار داشت. در حالی که ۲۷/۹ درصد از زنان ختنه شده درجه یک و ۴۰ درصد زنان ختنه شده درجه دو با انجام ختنه زنان موافق بودند. به طور کلی نتایج پژوهش نشان دهنده اهمیت سن، تحصیلات و نگرش واحدهای پژوهش در ارتباط با انجام ختنه زنان بود. تلاش‌هایی که در دو دهه گذشته در زمینه سوادآموزی و تحکیم اعتقادهای مذهبی مردم صورت گرفته و همچنین اقدام‌هایی که در جهت افزایش آگاهی و سطح بهداشت جامعه برداشته شده در تغییر نگرش و اصلاح رفتارهای غیر بهداشتی نقش داشته است. این امر نشان دهنده تاثیر پذیری مردم و نیاز آنان به درک آگاهی‌های درست بهداشتی و اعتقادات و باورهای صحیح مذهبی است. براین اساس آموزش جامعه به ویژه زنان در زمینه عوارض ختنه دخترها و زنان

10. Msuya E, Bizro L, Hussain A, Sundy J, Sam NV. Female genital cutting. international Health 2002; 7(2): 156- 65
11. Mwangi R, Stoner M. Caring for the patient who has undergone female circumcision. Home Health Care Nurse 2002 Jan; 1:30 – 34
12. Snow R. Female genital cutting: distinguishing the rights from the health agenda. Tropical Medicine and International Health 2001; 6(n): 89 – 91
13. Taylor V. Female genital mutilation: cultural practice or child abuse?. Pediatric Nursing 2003 Feb; 15(1):31-3
14. www. Amnesty org/The Basic. Html
15. www. Fam.org/ The Basic. html