

شیوع ختنه و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان روانسر

طاهره پاشایی: دانشجوی دوره دکتری، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
عباس رحیمی: دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
آسو اردلان: دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
فرشته مجلسی: استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران- نویسنده رابط:
dr-f-majlessi@yahoo.com
تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۱/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۵/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: ختنه زنان شامل همه روشهای برداشت جزئی یا کلی از بخش خارجی دستگاه تناسلی زنان بدون دلایل خاص پزشکی می باشد سازمان جهانی بهداشت برآورد کرده است که حدود ۱۰۰ تا ۱۴۰ میلیون زن و دختر با عوارض ناشی از آن زندگی میکنند. ختنه توسط زنان سنتی انجام می شود و سنت و فشار اجتماعی از مهمترین انگیزه ها برای انجام عمل ختنه می باشد. این عمل نه تنها ارزشی برای سلامت ندارد بلکه دارای عوارض کوتاه مدت و بلندمدت بر زنان می باشد. هدف این مطالعه تعیین شیوع ختنه و عوامل موثر بر آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی روانسر بود.

روش کار: این مطالعه به روش مقطعی (توصیفی-تحلیلی) است ۳۴۸ زن مراجعه کننده به ۵ مرکز بهداشتی شهرستان روانسر وارد مطالعه شدند. از پرسشنامه ساختار یافته برای تعیین شیوع و فاکتورهای موثر بر انجام ختنه استفاده شد و بعد از جمع آوری داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 16 تجزیه و تحلیل گردید.

نتایج: میزان شیوع ختنه در میان زنان بررسی شده، ۵۵/۷ درصد بود. میانگین سنی ختنه ۹/۲ با انحراف معیار ۱۴/۲ سال بود که شیوع ختنه با افزایش سن افزایش می یافت. تقریباً همه شرکت کنندگان توسط ماماهاى محلی مورد ختنه قرار گرفته اند. همچنین ۹۶/۲ درصد مادران و ۸۷/۶ درصد خواهران این زنان نیز ختنه شده بودند. میزان ختنه با تحصیلات زن ($p < 0/001$) و تحصیلات مادر ($p = 0/006$) و سن ($p < 0/001$) و سطح آگاهی و نگرش زنان نسبت به ختنه ($p < 0/001$) ارتباط معنی دار نشان داد.

نتیجه گیری: ختنه در میان زنان شهرستان روانسر شیوع دارد و برای حذف آن نیاز به مشارکت رهبران مذهبی و متولیان امر سلامت و همچنین افزایش آگاهیهای مردم در خصوص ختنه و عوارض ناشی از آن می باشد. تحقیقات نشان داده است که اگر جوامعی که در آن ختنه انجام می شود خودشان تصمیم به ممنوعیت آن بگیرند این عمل به سرعت حذف می شود.

واژگان کلیدی: ختنه زنان، رسم، آگاهی، نگرش

مقدمه

ختنه زنان یک عمل سنتی است که ریشه در اعتقادات شخصی و مذهبی دارد (Snow et al. 2002). ختنه شامل همه روشهای برداشت جزئی یا کلی از بخش خارجی دستگاه تناسلی زنان بدون دلایل خاص پزشکی می‌باشد (Getnet and Wakgari 2009). سازمان بهداشت جهانی WHO انواع عمل ختنه زنان را به ۴ دسته طبقه بندی کرده است. نوع اول ختنه زنان را به عنوان برداشتن بخشی یا تمام کلیتورس تعریف می‌کند. نوع دوم ختنه زنان شامل " برداشتن نسبی یا تمام کلیتورس و لبهای کوچک، نوع سوم ختنه زنان را به " تنگ کردن دهانه واژن از طریق ایجاد یک مهر و موم پوششی با قطع کردن و تغییر مکان دادن لب کوچک و لب بزرگ با یا بدون برش کلیتورس تعریف کرده است. اشکال دیگری از ختنه زنان وجود دارد که جمعا به نوع چهارم گفته می‌شود که در برگیرنده برداشتن بافت نیست. سازمان بهداشت جهانی، نوع چهارم ختنه زنان را به " تمام روش های دردآور دیگر آسیب به اندام های تناسلی زنان برای مقاصد غیرپزشکی، که شامل روش های مختلفی از قبیل خیلاندن کلیتوریس با سوزن، سوزاندن یا اثر زخم گذاشتن و همچنین شکافتن و یا پاره کردن مادگی است تعریف کرده است (WHO 2008).

سازمان جهانی بهداشت WHO برآورد کرده است که حدود ۱۰۰ تا ۱۴۰ میلیون زن و دختر در ۲۸ کشور جهان نواحی از آفریقا، برخی از کشورهای آسیایی (مالزی، اندونزی) و کشورهای خاورمیانه (امارات متحده عربی و عراق) قربانی این عمل می‌شوند و با عوارض آن زندگی می‌کنند و سالیانه بیش از سه میلیون دختر آن را تجربه می‌کنند (WHO 1997; 2008). ختنه زنان به عنوان ناقض حقوق بشر و استانداردها و هنجارهای انسانی شناخته شده است که بازتابی از تبعیضهای عمیق و

ریشه ای جنسیتی می باشد (Sulliran and Toubia 1993).

ختنه هیچ سودی بر سلامت دختران ندارد بلکه دارای عوارض کوتاه مدت و بلند مدت و عوارض روانی بر آنان می باشد. تقریبا همه زنانی که ختنه شده اند طیف گسترده ای از عوارض روانی جسمی ناشی از آن را تجربه نموده اند. در این عمل به بافت دستگاه تناسلی آسیب وارد می شود و عملکرد طبیعی اندام دستگاه تناسلی زنان را مختل می کند از عوارض فوری ختنه زنان می توان به درد شدید، خونریزی، عفونت باکتریال، دفع دردناک در هنگام دفع ادرار و عدم تخلیه ادرار و گاهی شوک و تشنج اشاره کرد و عفونت دستگاه ادراری و کیسه مئانه، کیستیت، ناباروری، نیاز به جراحی مجدد و مشکلات و مخاطرات در هنگام زایمان از عوارض طولانی مدت آن محسوب می شود (WHO 2008). از دیگر عوارض آن می توان به اضطراب، خواب آشفته و کاهش میل جنسی و غیره اشاره کرد (Toubia 1994).

سن انجام ختنه و دلایل انجام آن از یک کشور به کشور دیگر متغیر می باشد، سن می تواند از ۲ هفته بعد از تولد دختر تا قبل از ازدواج نیز باشد. ولی معمولا این عمل از سنین نوزادی تا ۱۵ سالگی و گاهی نیز برای دختران جوان انجام می شود (Robinson 2001) این روش بیشتر توسط ماماها سنتی به روش غیر بهداشتی و بدون استفاده از بیهوشی انجام می شود البته در برخی از جوامع توسط پرسنل پزشکی آموزش دیده انجام می پذیرد (Unicef 2005) علت های انجام ختنه شامل ترکیبی از فاکتورهای اجتماعی، مذهبی و فرهنگی می باشد (Jones et al 2004; Almroth et al. 2001).

براساس تحقیقات سازمان بهداشت جهانی مهمترین دلایل برای انجام این عمل به شرح زیر می باشد "سلامتی بیشتر، افزایش تکامل دختران و آماده سازی آنان برای ازدواج، کنترل تمایلات جنسی زنان تا قبل از ازدواج جهت،

کرمانشاه در انجام معاینات زنان و دختران حدود ۲۵۰۰ مورد ختنه در این شهرستان مشاهده شده است. لذا با توجه به اهمیت موضوع بر آن شدیم مطالعه ای با هدف بررسی شیوع و فاکتورهای مرتبط بر این عمل در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی در مانی شهرستان روانسر انجام دهیم که بی شک یافته های این مطالعه در طراحی برنامه های مداخلاتی در جهت حساس سازی و مشارکت جامعه از طریق اطلاع رسانی، آموزش و درگیر نمودن رهبران جامعه از قبیل رهبران مذهبی و سنتی و زنان دارای نقشهای کلیدی در جامعه جهت کاهش موارد ختنه زنان در منطقه موثر خواهد بود.

روش کار

این مطالعه به روش توصیفی تحلیلی و از نوع مقطعی است جامعه مورد مطالعه را زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان روانسر تشکیل می دهد. به منظور تعیین حجم نمونه در ابتدا برآوردی از تعداد موارد ختنه انجام شد و به این منظور یک مطالعه اولیه توسط کارشناس مامایی یکی از مراکز صورت گرفت. از ۵۰ نفر زن مصاحبه شده ۱۴ نفر عمل ختنه داشته اند. لذا نسبت اولیه ۳۰ درصد انتخاب شد و تعداد نمونه طوری گردید که با سطح اطمینان ۰/۹۵ فاصله اطمینان برای این شیوع با خطای حداکثر ۵ درصد برآورد گردد. لذا بر اساس فرمول حجم نمونه تعداد نمونه ها ۳۱۰ تعیین گردید و به توجه به احتمال ریزش نمونه ها ۳۵۰ نفر وارد مطالعه شدند.

ابزار گرد آوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه می باشد. این پرسشنامه دارای سه بخش، سئوالات دموگرافیک، سئوالات مرتبط با ختنه، سئوالات مرتبط با بررسی آگاهی و نگرش زنان نسبت به ختنه بود. این پرسشنامه با بررسی مطالعات مختلف در خصوص موضوع مورد بررسی تهیه و با شرایط فرهنگی کشور و منطقه مورد بررسی تطبیق داده شد و سپس اعتبار و پایایی آن سنجیده و

مقاومت دختر در مقابل اعمال جنسی نامشروع، پاکی و زیبایی زن (باور بر اینست که دختران بعد از برداشتن بخشهای از بدنشان که ناپاک و زشت می باشد پاک و زیبا می شوند) و نگه داری رسم و رسوم گذشتگان" (Robinson 2001).

اغلب به نظر می رسد که حمایتهای مذهبی از این عمل وجود دارد. این در حالی است که هیچ منبعی در حمایت و تایید این عمل وجود ندارد. مطالعات نشان داده است که ختنه زنان بیشتر جنبه فرهنگی دارد تا مذهبی (WHO 2008) از نظر مطالعات سازمان بهداشت جهانی دیدگاه رهبران مذهبی جامعه نسبت به عمل ختنه متفاوت می باشد. برخی آن را حمایت کرده، برخی دیگر این عمل را بی ربط به مسائل مذهبی دانسته و برخی دیگر در جهت ریشه کنی آن مشارکت می کنند (WHO 2008) کوشش ها جهت ریشه کنی ختنه زنان در دو دهه گذشته افزایش یافته است (Toubia and Sharief 2003). ۶ فوریه هر سال به عنوان روز بین المللی جهت صفرشدن موارد ختنه زنان نامگذاری شده است که بیانگر تعهد و تلاش دولت ها جهت کاهش موارد ختنه در زنان می باشد (Federal Government of Nigeria 2004). علی رغم تلاشهای ملی و بین المللی جهت حذف ختنه زنان این رسم به دلایل مذهبی، فرهنگی و اجتماعی همچنان وجود دارد. (Almroth et al. 2001; Jones al.2004).

مطالعه جامع و مناسبی از وضعیت ختنه زنان در ایران وجود ندارد. هرچند که در برخی از منابع وجود شیوع این عمل در برخی از نواحی ایران به ویژه مناطق جنوبی و غربی ایران تایید شده و در بررسی و استعلام اداره محترم سالمندان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در خصوص ختنه زنان به استانهای مختلف کشور از جمله استان کرمانشاه و با توجه به گزارش ماماهاى شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان روانسر استان

موارد از هیچ وسیله برای بی حسی قبل از این عمل برای آنها استفاده نشده است.

۴۸/۲ درصد از شرکت کنندگان در مطالعه، عوارض فوری ناشی از این عمل را تجربه کرده اند (درد و خونریزی) و ۹۶/۲ درصد از زنان عنوان کرده اند که مادر آنها نیز ختنه شده اند و به طور مشابه ۸۷/۶ درصد از خواهران این زنان نیز ختنه شده اند ۳۴/۲ درصد از زنان مورد مطالعه تمایل به ادامه این رسم داشته اند که مهمترین دلیل برای ادامه این رسم به حفظ سنت ۶۷/۴ درصد بود. نتایج این مطالعه در زمینه آگاهی و نگرش زنان در خصوص ختنه نشان داد که تنها ۱۳/۲ درصد از این زنان دارای آگاهی خوب در مورد ختنه و عوارض ناشی از بودند و بقیه شرکت کنندگان دارای آگاهی متوسط و ضعیف در این خصوص می باشند و حدود ۲۶/۷ درصد از آنها دارای نگرش مثبت به انجام ختنه بودند.

در خصوص نگرش زنان نسبت به ختنه ۶۳/۵ درصد از زنان مخالف ختنه بودند. به اعتقاد ۶۹/۳ درصد از زنان ختنه نسبت به گذشته کاهش یافته است و ۵۶/۹ درصد از آنها اعتقاد داشتند که تصویب قانون در خصوص منع انجام ختنه در کاهش موارد ختنه موثر است. از جمله مهمترین دلایل انجام ختنه در این زنان به ترتیب رسم و سنت ۶۶/۷ درصد، پاکدامنی ۱۷/۲ درصد، توصیه مذهبی ۲/۸ درصد، حفظ سلامتی ۲/۶ درصد، کنترل تمایلات جنسی ۱ درصد بود. ۸۵/۱ درصد از این زنان به توصیه پدر و مادرشان ختنه شده اند که در این میان نقش مادران قابل ملاحظه تر می باشد نتایج این مطالعه نشان داد که بین تحصیلات مادر و ختنه ارتباط وجود دارد (جدول ۱). نتایج مطالعه بیانگر ارتباط معنی دار بین تحصیلات زن و ختنه نیز بود ($p < 0.001$). علاوه بر آن نتایج حاکی از وجود رابطه معنادار بین سن و ختنه است. نتایج نشان داد که بین سطح آگاهی و سطح نگرش و ختنه رابطه معنادار وجود دارد (جدول ۳ و ۲).

نتیجه رگرسیون لجستیک نیز نشان داد که شانس ختنه شدن در گروه با نگرش موافق ۳/۱۱ برابر همین شانس در

نهایی گردید. جهت انتخاب زنان برای مصاحبه و جمع آوری اطلاعات جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی این شهر به ۵ طبقه تقسیم شده و حجم نمونه متناسب با جمعیت تحت پوشش هر طبقه تقسیم به نسبت گردید. سپس با مراجعه به هر طبقه به تصادف از زنان مراجعه کننده به آن طبقه، به طور تصادفی تعداد لازم انتخاب گردید. سپس کلیه این زنان توسط مصاحبه گران آموزش دیده که به عنوان ماما در مراکز بهداشتی درمانی اشتغال داشتند مورد مصاحبه و معاینه (برای تعیین نوع ختنه) قرار گرفتند و پس از تکمیل پرسشنامه ها و جمع آوری داده ها اطلاعات توسط نرم افزار SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در این مطالعه ۳۴۸ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و در مانی شهرستان روانسر وارد مطالعه شده و مورد مصاحبه و معاینه قرار گرفتند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۲۹/۱۵ با انحراف معیار ۹/۵ سال بود ۱۵/۲ درصد بیسواد بوده و تنها ۲۶/۴ درصد دارای تحصیلات در حد دیپلم و یا بالاتر بودند اکثریت افراد تحت مطالعه متاهل بودند (۸۶/۲ درصد) و ۹۲/۲ درصد خانه دار بودند. همچنین ۶۳/۸ درصد این افراد ساکن شهر و ۳۶/۲ درصد ساکن روستا می باشند.

چنانچه نتایج مطالعه نشان داد، شیوع ختنه در زنان شرکت کننده در مطالعه ۵۵/۷ درصد می باشد. میانگین سنی انجام این عمل در میان شرکت کنندگان ختنه شده در مطالعه ۹/۲ با انحراف معیار ۱۴/۲ سال است. در میان زنان ختنه شده همه آنها ختنه نوع اول شده بودند.

۹۶/۴ درصد از زنان ختنه شده اعلام کردند که این عمل در منزل انجام گرفته و ۸۵/۷ درصد توسط زنان محلی ختنه شده بودند. در این مطالعه نیز ۸۷/۷ درصد از ختنه شده ها توسط تیغ صورت گرفته است. همچنین در همه

گروه با نگرش مخالف می باشد. همچنین شانس ختنه شدن با نگرش بی نظر ۲/۰۹ این شانس در گروه مخالف می باشد. ضمناً با توجه به اینکه فواصل اطمینان برای این دو نگرش ۱ را در بر نمی گیرد، بنابراین اثر نگرش بر ختنه شدن زنان معنی دار بود. در آنالیز رگرسیون لجستیک تحصیلات پایین مادر (بیسواد)، شانس ختنه شدن زنان را ۱/۲ برابر می کند ولی از نظر آماری معنی دار نیست. در ضمن تاثیر آگاهی بر روی شانس ختنه شدن بسیار معنی دار است، به طوریکه در گروه با آگاهی ضعیف این شانس، ۶/۶۴ برابر نسبت به گروه با آگاهی متوسط، و در گروه با آگاهی متوسط ۴/۹۷ برابر در مقایسه با گروه با آگاهی خوب می باشد (جدول ۴). نتایج رگرسیون لجستیک برای متغیر تحصیلات زن نیز نشان می دهد که شانس ختنه شدن در زنان بی سواد ۲/۲۳ بار بیشتر از همین شانس در زنان دانشگاهی است و در زنان ابتدایی ۱/۰۱ بار بیشتر از زنان با تحصیلات دانشگاهی می باشد. بنابراین تحصیلات زن نیز بر شانس ختنه شدن اثر نشان داد (جدول ۵).

با توجه به هدف مطالعه ۳۴۸ نفر وارد مطالعه شدند و مورد مصاحبه و معاینه قرار گرفتند. چنانچه نتایج مطالعه نشان داد شیوع ختنه در زنان شرکت کننده در مطالعه ۵۵/۷ درصد می باشد که در مقایسه با مطالعات مشابه قابل توجه است. در مطالعه (Tag-Eldin et al. 2008) نیز میزان شیوع ختنه ۵۰/۳ درصد بود این مطالعه به منظور بررسی شیوع ختنه در میان دختران مصری انجام شده است. در مطالعه Kandala نیز میزان شیوع ختنه ۲۲ درصد در میان زنان ۱۵-۴۹ سال نیجریایی بود (Kandala et al. 2009) در مطالعه Herieka نیز که به منظور بررسی نگرش دانشجویان در دانشگاه kharoum انجام شده بود شیوع ختنه در میان دختران دانشجو ۵۶/۸ درصد بود (Herieka and Dhar 2003) که البته چنانچه که می دانیم انجام

بحث

ختنه یک رسم دیرپا در میان برخی از کشورهای آفریقایی از جمله نیجریه و سودان می باشد. اما این رسم در ایران تنها در برخی از مناطق آن رواج دارد. از جمله برخی از شهرستان های استان کرمانشاه، کردستان، مناطق جنوبی ایران، و برخی از مناطق استان آذربایجان غربی. محققین انتظار میزان شیوع کمتری را در شهرستان روانسر داشتند حال آنکه این میزان نشان از حضور این رسم در میان مردم این شهرستان دارد. میانگین سنی انجام این عمل در میان شرکت کنندگان ختنه شده در مطالعه ۹/۲ با انحراف معیار ۱۴/۲ سال می باشد. نتایج مطالعه نشان داده است که ۵۴/۴ درصد از این افراد در قبل از ۷ سالگی تحت این عمل قرار گرفته اند و ۳۷/۹ درصد در سنین ۷ تا ۱۴ سالگی و تنها ۷/۷ درصد از این زنان در سنین بالاتر از ۱۴ سالگی تحت انجام این عمل قرار گرفتند عمل ختنه برای دختران این سنین بسیار عذاب آور است. زیرا آنها تمام مراحل مثله شدن را با چشمان خود می بینند. در گزارش سازمان جهانی بهداشت انجام این عمل از سنین نوزادی تا ۱۵ سالگی گزارش گردیده است (WHO 2008). در مطالعه ما حتی مواردی از انجام ختنه در سنین ۱۸ سال و یا حتی ۲۱ سال نیز گزارش شده است در مواردی این دختران جوان بودند که خواهان انجام عمل ختنه بودند. این بیانگر نفوذ قابل ملاحظه این رسم در جامعه شهرستان روانسر بودند. به نظر می رسد که این رسم برای مردمان این شهرستان ارزشمند قلمداد می شود، به طوریکه که در برخی از دخترانی که در سنین پایینتر ختنه نشده اند خود به انجام ختنه راغب بودند. در روانسر همچون سایر نقاطی که این سنت شوم اجرا می شود قابله های محلی در شرایط کاملاً غیربهداشتی و ابتدایی این کار را انجام می دهند از هیچ داروی بیهوشی برای این کار استفاده نمی کنند و دختران با هر ابزاری که در دسترس باشند مانند تیغ ریش تراشی، قیچی و غیره ختنه می شوند ۹۶/۴ درصد از زنان ختنه شده اعلام کردند که در منزل و اکثراً توسط زنان محلی تحت عمل ختنه قرار گرفته اند. مطابق انتظار، اکثریت آنها ۸۷/۷ درصد توسط تیغ ریش تراشی

زمانی به وسیله سالمندان در زندگی جای گیر شده اند و متوجه اهداف تعیین شده عمومی ولی گریز ناپذیر می باشد. این سنتها تحت نظارت معیارهای فرهنگی قدیم، علقه های خویشاوندی، مذهب، آداب و رسوم و مانند آن قرار می گیرند و ریشه عمیقی دارند (Gharaeimoghadam 2008) و بر هم زدن آن سخت و زمانبر است.

نتایج در زمینه میزان آگاهی و نگرش زنان در خصوص ختنه نشان داد که تنها ۱۳/۲ درصد از این زنان دارای آگاهی خوب در مورد ختنه و عوارض ناشی از بودند و بقیه شرکت کنندگان دارای آگاهی متوسط و ضعیف در این خصوص می باشند. همچنین نزدیک به نیمی از زنان شرکت کننده در این مطالعه نشان دادند که دارای نگرش مثبت به انجام ختنه هستند و تنها ۴۳/۱ درصد از این زنان دارای نگرش منفی در این خصوص می باشند. در زمینه آگاهی زنان نسبت به ختنه ۱۱/۲ درصد از افراد از عوارض ختنه آگاهی داشتند ۳۶/۵ درصد از این زنان در مورد تاثیر ختنه بر میل جنسی آگاهی داشتند. ۵۷/۲ درصد از این زنان نیز بر این باور بودند که ختنه باعث پاکی دختران از نجاست و ناپاکی در دختران می شود.

در خصوص نگرش زنان نسبت به ختنه ۶۳/۵ درصد از زنان مخالف ختنه بودند. ۳۵/۶ درصد اعتقاد دارند که ختنه تنها یک رسم است. به اعتقاد ۶۹/۳ درصد از این شرکت کنندگان ختنه نسبت به گذشته کاهش یافته است. نتایج حاصل از DHS و MICS نیز بیانگر کاهش شیوع ختنه در برخی از کشورها می باشد در این رابطه می توان به نتایجی اشاره کرد که دختران سنین ۱۵-۱۹ تمایلی کمتری به انجام ختنه نسبت به دختران در سنین بالاتر دارند. این به نوعی نشان از تغییر روند ختنه نسبت به سابق می باشد (Unicef 2005).

از جمله مهمترین دلیل انجام ختنه در این زنان شامل به ترتیب رسم و سنت ۶۶/۷ درصد است. در مطالعه Tag-Eldin دلایل انجام ختنه در دختران را به شرح زیر می باشد: سنتهای مذهبی ۳۳/۴ درصد، پاکی برای دختران ۸/۹ درصد،

تحت انجام این عمل قرار گرفتند و از هیچ وسیله برای بی حسی قبل از این عمل برای آنها استفاده نشده است.

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت عوارض فوری این عمل شامل درد شدید، خونریزی، تشنج، کزاز، عفونت باکتریایی، مشکلات ادراری و جراحی در بافت دستگاه تناسلی و عوارض طولانی مدت این عمل شامل ناباروری، سیستیت، عفونت دستگاه ادراری، مشکلات در انجام مقاربت جنسی و غیره می باشد (WHO 2008).

در این مطالعه ۴۸/۲ درصد از شرکت کنندگان در مطالعه عوارض فوری ناشی از این عمل را تجربه کرده اند و ۱۸/۱ درصد درد و خونریزی را در هنگام عمل ختنه از عوارض فوری آن نام بردند در خصوص عوارض طولانی مدت نیز ۲۳/۵ از افراد شرکت کننده به عوارض طولانی مدت اشاره کرده اند. در مطالعه Tag-Eldin نیز ۲۱/۸ درصد از دخترهای شرکت کننده در مطالعه اعلام کردند که دارای درد خفیف بعد از ختنه بودند و ۱/۵ درصد نیز خونریزی را به عنوان پیامد فوری بعد از ختنه گزارش کردند (Tag-Eldin et al. 2008).

۹۶/۲ درصد از زنان مورد مطالعه عنوان کرده اند که مادر آنها نیز ختنه شده اند این امر نشان از این امر دارد که این رسم در خانواده ها نسل به نسل منتقل می شوند ۸۷/۶ درصد از خواهران این زنان نیز ختنه شده اند ۳۴/۲ درصد از زنان شرکت کننده در مطالعه تمایل به ادامه این رسم داشته اند که مهمترین علت آنها حفظ سنت، ۶۷/۴ درصد می باشد. چنانچه که قبلا نیز ذکر شد ختنه ریشه در فرهنگ و سنتهای مردم دارد و توصیه مذهبی تاثیر چندانانی در آن ندارد در این مطالعه نیز نقش فرهنگ و سنت مردم در انجام ختنه پررنگتر است و زنان ضرورت تداوم آنرا را به علل حفظ سنت می دانند و زنان علی رغم تحمل عوارض ناشی از آن تنها به دلیل حفظ سنت اعتقاد به ادامه آن دارند سنت های اجتماعی رسمی است دقیق و عمومی که از دیر پا بر جا مانده است. این سنتها معیارهایی هستند که از دیر

همچنین بین تحصیلات زن و ختنه نیز رابطه معنا دار مشاهده می شود به طوریکه زنان با تحصیلات کمتر تحت عمل ختنه قرار گرفته اند. در مطالعه Kandala نشان داده شده است که سطح تحصیلات به عنوان عوامل پیش گویی کننده عمده در جهت شیوع ختنه مطرح می باشد (Kandala et al. 2009).

بر اساس مطالعات WHO بیسوادی یکی از فاکتورهای تعیین کننده برای تداوم ختنه می باشد بیسوادی همراه با فقر در ایجاد این مشکل موثر می باشد. به واقع تلاش برای توانمندی زنان و بالا بردن سطح سواد آنها نقش مهمی برای ریشه کنی ختنه در جامعه ایفاء می کند (WHO 1992) این مطالعه رابطه معناداری بین محل زندگی و ختنه نشان نداده است که به نظر می رسد این امر به دلیل مشابهت فرهنگی بین مناطق شهری و روستایی در شهرستان روانسر می باشد این در حالی است که در مطالعات مشابه میزان شیوع ختنه در مناطق روستایی بیشتر می باشد و در مناطق شهری این رسم چندان مشاهده نمی شود. همچنین نتایج حاکی از وجود رابطه معنادار بین سن و ختنه است. در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۹ در میان مهاجران سومالیایی ساکن در شرق اتیوپی انجام شده است نتایج مطالعه نشان داده شده است که شیوع ختنه با سن افزایش می یافت به طوریکه حدود ۵۲ درصد از دختران ختنه شده در سن ۸-۷ و ۹۵ درصد نیز در سن ۱۲-۱۱ سالگی بودند این امر تا حدودی نشان کم رنگ شدن این رسم در میان زنان جوانتر می باشد (Getnet and Wokgari 2009). نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که بین سطح آگاهی و سطح نگرش و ختنه رابطه معنا دار وجود دارد.

در مطالعه Almroth نتایج مشابهی مشاهده می شود. دانش آموزانی که از سطح تحصیلات پایین تری برخوردار بودند، نگرش بهتری نسبت به ختنه داشتند تا آنهایی که سطح تحصیلات بالاتری داشتند (Almroth et al. 2001) این نتیجه از این جهت اهمیت دارد که اجتماعی شدن در خانواده اتفاق میافتد و کودکان درباره اعمال فرهنگی در درون خانواده

سنتهای فرهنگی و اجتماعی ۱۷/۹ درصد و پاکدامنی ۱۵/۹ درصد (Tag-Eldin et al. 2008) براساس این نتایج رسم و سنت مهمترین علت برای انجام ختنه می باشد. به واقع رسم و سنت به همراه اهمیت اجتماعی مهمترین انگیزه برای انجام ختنه می باشد تا مذهب. به طور کلی در دین مبین اسلام هیچ گونه حمایت و یا توصیه ای برای انجام ختنه وجود ندارد حتی با توجه به اینکه ختنه موجب آسیب به فرد می شود بر اساس قوانین اسلامی نباید انجام شود. بنابراین برای شفاف شدن مسئله نیاز به مشارکت رهبران مذهبی برای مبارزه با ختنه می باشد (Lgwegbe et al. 2000)

۸۵/۱ درصد از این زنان به توصیه پدر و مادرشان تحت این عمل قرار گرفته اند که در میان نقش مادران قابل ملاحظه تر می باشد. مادران و مادر بزرگان خود به عنوان قربانیان اصلی این رسم می باشند و متحمل عوارض ناشی از آن می شوند. ولی جالب است که این زنان در انتقال این رسم به دخترانشان نقش اساسی بازی می کنند و چنانچه آمارها نشان می دهند، درصد قابل ملاحظه ای از این زنان تحت توصیه مادرانشان ختنه شدند در مطالعه Herieka نیز جمعیت تحت مطالعه عنوان کردند که مادرشان مسئول انجام این عمل برای آنها بوده است و پدر آنها نقش کمتری در این رابطه داشته اند (Herieka et al. 2003). در مطالعه Tag-eldin نیز نتایج نشان داده است که مادران تصمیم گیرندگان اصلی انجام این عمل می باشند پدرها نقش کمتری در این زمینه داشته اند (Tag-Eldin et al. 2008).

نتایج این مطالعه نشان داد که بین تحصیلات مادر و ختنه ارتباط وجود داشت بدین معنی که مادرانی که دارای تحصیلات کمتری بودند، میزان ختنه در دختران آنها بیشتر بود. به عبارت بهتر تحصیلات یک اهرم موثر در پیشگیری از ختنه می باشد و بایستی تلاشها در حذف این رسم بر آموزش زنان متمرکز شود.

تخصص مردم شناسان و جامعه شناسان به منظور هدایت مداخلات و افزایش اثربخشی آن استفاده شود. همچنین به منظور افزایش و تغییر نگرش جامعه به سوی حذف ختنه در جامعه انجام تهمیداتی لازم می باشد. از جمله آن، برنامه آموزشی قوی باید هدایت و اجرا شود. برگزاری کارگاهها، سخنرانی‌ها و افزایش آگاهی‌های اجتماعی در رابطه با مضرات ختنه گام موثری در کاهش موارد آن خواهد بود. تجارب کشورهای که میزان ختنه را کاهش داده اند، نشان داده است که قانونگذاری در زمینه ممنوعیت انجام ختنه به همراه افزایش آگاهی‌های اجتماعی و همچنین حمایت اجتماعی می تواند از شیوع این رسم بکاهد. همچنین در دراز مدت افزایش سطح سواد زنان و توانمندسازی آنان در ریشه کنی آن بسیار مثر ثمر خواهد بود.

تشکر و قدردانی

محققین از معاونت بهداشتی استان کرمانشاه و همچنین همکاران محترم در شبکه بهداشت و درمان شهرستان روانسر به ویژه جناب آقای دکتر رضایی ریاست شبکه بهداشت و درمان شهرستان روانسر و سرکارخانم لرستانی کارشناس مسئول سلامت خانواده آن شهرستان در انجام این پژوهش قدردانی می نمایند. داده های استفاده شده در این مقاله بر گرفته از طرح تحقیقاتی شماره ۱۳۲/۱۴۰۲ مورخ ۸۸/۱۲/۱۶ است

می‌آموزند. بنابراین نگرشهای موقتی، رزشها و آگاهی از والدین آموزش دیده از طریق تقویت و یادگیری اجتماعی به فرزندان منتقل می شود بنابراین والدین با سطح تحصیلات بالا یا پایین نوع متفاوتی از اطلاعات را به فرزندان منتقل می کنند.

البته باید به این موضوع توجه کرد که نگرش نسبت به ختنه به کندی تغییر می کند چرا که ختنه به عنوان یک رفتار اجتماعی ریشه در باورهای مردم دارد و بنابراین متولیان سلامت جامعه بایستی با بردباری و صبر نسبت به انجام مداخلات در جامعه اقدام نمایند. به نظر می‌رسد برای ریشه کنی ختنه در جامعه نیاز به تغییر هنجارهای اجتماعی و نگرشهای اجتماعی به ویژه تغییر نگاه جنسیتی به زن است.

نتیجه گیری

فاکتورهای مرتبط با انجام عمل ختنه بسیار متغیر و پیچیده می باشد رهبران کلیدی جامعه باید در برنامه های پیشگیرانه از ختنه درگیر شوند. تنظیم مداخلات هدفمند در جهت ریشه کنی این سنت بایستی با توجه به شناخت مناطق هدف تنظیم و اجرا شده و پیوسته پایش از آن نیز به عمل آید. در ضمن تصویب مجازاتهای کیفی نیز می‌تواند اهرم موثقی برای ریشه کنی این عمل در جامعه شود. فاکتور خیلی مهم که برای حذف ختنه نباید آن را نادیده گرفت قدرت فرهنگ است. به این منظور بایستی از

جدول ۱- توزیع فراوانی ختنه در زنان بررسی شده بر حسب تحصیلات مادر- ۱۳۸۹

تحصیلات مادر	کل		ختنه نشده		ختنه شده	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بیسواد	۲۶۶	۱۰۰	۱۰۴	۳۹/۱	۱۶۲	۶۰/۹
ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان	۸۲	۱۰۰	۵۰	۶۱	۳۲	۳۹

($p < 0/001$)

جدول ۲- توزیع فراوانی ختنه در زنان شرکت کننده در مطالعه بر حسب سطح آگاهی- ۱۳۸۹

سطح آگاهی	کل		ختنه نشده		ختنه شده	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ضعیف	۱۵۶	۱۰۰	۴۹	۳۱/۴	۱۰۷	۶۸/۶
متوسط	۱۴۶	۱۰۰	۶۷	۴۵/۹	۷۹	۵۴/۱
خوب	۴۶	۱۰۰	۳۸	۸۲/۶	۸	۱۷/۴

($p < 0/001$)

جدول ۳- توزیع فراوانی ختنه در زنان شرکت کننده در مطالعه بر حسب سطح نگرش- ۱۳۸۹

سطح نگرش	کل		ختنه نشده		ختنه شده	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
منفی	۹۳	۱۰۰	۲۱	۲۲/۶	۷۲	۷۷/۴
بی نظر	۱۰۵	۱۰۰	۴۶	۲۲/۶	۵۹	۵۶/۲
مثبت	۱۵۰	۱۰۰	۸۷	۵۸	۶۳	۴۲

($p < 0/001$)

جدول ۴ - نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک متغیرهای مرتبط با ختنه: زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان روانسر-۱۳۸۹

متغیر	ضریب رگرسیون	خطای معیار	p-value	نسبت شانس	OR (CI%۹۵)		
					حد بالا	حد پایین	
مذهب							
شیعه	-۲/۲۸۱	۰/۵۸۶	<۰/۰۰۱	۰/۱۰۲	۰/۰۳۲	۰/۳۲۲	
سنی				۱			
سطح نگرش زن							
موافق	۱/۱۳۷	۰/۳۸۸	<۰/۰۰۱	۳/۱۱۹	۱/۶۰۷	۶/۰۵۱	
بی نظر	۰/۷۴۲	۰/۲۹۱	۰/۰۱۱	۲/۰۹۹	۱/۱۸۶	۳/۷۱۶	
مخالف				۱			
تحصیلات مادر							
بیسواد	۰/۱۸۷	۰/۳۱۴	۰/۵۵۲	۱/۲۰۵	۰/۶۵۲	۲/۲۳۰	
ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان				۱			
سطح آگاهی زن							
ضعیف	۱/۸۹۳	۰/۴۶۹	<۰/۰۰۱	۶/۶۴۰	۲/۶۴۸	۱۶/۶۵۰	
متوسط	۱/۶۰۵	۰/۴۵۱	<۰/۰۰۱	۴/۹۷۶	۲/۰۵۵	۱۲/۰۵۱	
قوی				۱			
سن							
زیر ۲۰ سال	-۱/۶۲	۰/۴۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۱۹۸	۰/۰۸۶	۰/۴۵۵	
۲۱ تا ۳۵ سال	-۰/۸۱۷	۰/۳۳۱	۰/۰۱۴	۰/۴۴۲	۰/۲۳۱	۰/۸۴۶	
بالای ۳۵ سال				۱			

ادامه جدول ۴ - نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک متغیرهای مرتبط با ختنه: زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی

شهرستان روانسر-۱۳۸۹

متغیر	ضریب رگرسیون	خطای معیار	p-value	نسبت شانس	OR (CI%۹۵)	
					حد پایین	حد بالا
تحصیلات زن						
بیسواد	۰/۸۰۶	۰/۳۷۶	۰/۰۳۲	۲/۲۳۹	۱/۰۷۳	۴/۶۷۶
ابتدایی	۰/۰۹۶	۰/۲۸۶	۰/۷۳۶	۱/۱۰۱	۰/۶۲۹	۱/۹۲۷
راهنمایی، دبیرستان و دیپلم	-۰/۴۷۵	۰/۲۹۵	۰/۱۰۸	۰/۶۲۲	۰/۳۴۹	۰/۱۱۰
دانشگاهی				۱		

References

- Almroth, L., Almroth-Berggren, V., Hassanein, OM., Hadi, NE., Al-Said, SSE., Hasan, SSA., Lithell, U-B. and Bergstrom, S., 2001. A community based study on the change of practice of femal genital mutilation in a Sudanese village. *Int j Gynecol Obstet*, **74**, pp.179-185.
- Federal Government of Nigeria., 2004. The Nigerian Government Declares Nigeria FGM Elimination Day at: <http://www.afrol.com>.
- Getnet, M. and Wakgari, D., 2009. Prevalence and associated factors of female genital mutilation among Somali refugees in eastern Ethiopia: a cross-sectional study: *BMC Public Health*, **9**, pp.264.
- Gharaeimoghadam, A., 2008. *Introduction to sociology*, 6.Abjad publication Tehran – IRAN, pp.155-156.
- Herieka, E. and Dhar, J., 2003. Female genital mutilation in the Sudan: survey of the attitude of the Khartoum University students towards this practice. *Sexually Transmitted Infect.* **79**, pp.220-230.
- WHO., 2008. InterAgency: *Eliminating Female Genital Mutilation. An Interagency Statement* [http://www.who.int/reproductive-health/publications/fgm/fgm_statement_2008.pdf].
- Jones, SD., Ehiri, J. and Anyawu, E., 2004. Female genital mutilation in developing countries: an agenda for public health response. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, **116**, pp.144-151.
- Kandala, N-B., Nwakeze, N. and Lupwana, K., 2009. Spatial risk factors of Female Genital Mutilation (FGM) in Nigeria, *Cult Health sex*, **7**, pp.443-61.
- Lgwegbe., 2000. The prevalence and practice of female genital mutilation in Nnewi, Nigeria: *Journal of Obstetrics and Gynecology*, **77**, pp. 20-25.
- Mohammed, A., Tag-Eldin, M.A., Gadallah, M., Al-Tayeb, N., Abdel-Aty, M., Mansour, E. and Sallem, M., 2008. Prevalence of female genital cutting among Egyptian girls, *Bulletin of the World Health Organization*, **86**, pp.269-274.
- Robinson, B.A, 2001. Female genital mutilation in Africa, the Middle East and Far East, at: http://www.religioustolerance.org/fem_cirm.htm.
- Snow, RC., Slinger, TE., Okonofua, FE., Oronsaye, F. and Wacker, J., 2002. Female genital cutting in southern urban and peri-urban Nigeria: self-reported validity, social

- determinants and secular decline. *Trop Med Int Health*. 7, pp. 91-100.
- Sulliran, D. and Toubia, UF., 1993. *Female genital mutilation and human rights*. presented at the world conference on Human Rights, Vienna, Austria.
- Toubia, N., 1994. Female Circumcision as a Public Health. *N Engl J Med*. 331, pp.712-716
- Unicef., 2005. Female genital mutilation/cutting, A Statistical Exploration, November 11-12.
- Toubia, NF. and Sharief, EH., 2003. Female genital mutilation: have we made progress? *Int J Gynecol Obstet*, 82, pp.251-261.
- WHO., 1997. Female Genital Mutilation: A Joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. Geneva
- WHO., 2008. Female genital mutilation: fact sheet. 8 may 2008.
- World Health Organization and International Federation of Gynaecology and Obstetrics Task Force., 1992. C female circumcision; Female genital mutilation. *European Journal of Obstetrics and Gynaecology and reproductive Biology*. 45(2), pp.153-154.
- WHO., 2008. Eliminating female genital mutilation: an interagency statement UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Geneva, Switzerland.