

Obrzezanie kobiet – nowy problem w praktyce lekarza ginekologa w krajach Unii Europejskiej?

Female circumcision – a new issue for gynecologists practicing in the EU countries?

Rogowska-Szadkowska Dorota¹, Niemiec Tomasz²

¹ Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku,

² Zakład Zdrowia Prokreacyjnego, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa

Streszczenie

Rosnąca liczba imigrantów z krajów, w których wykonywane jest obrzezanie kobiet stanowi także europejski problem.

Celem tego przeglądu literatury jest dostarczenie aktualnych informacji dotyczących obrzezania u kobiet (female genital mutilation – FGM), które w dobie globalizacji, migracji ludności mogą stać się niezbędne dla lekarzy ginekologów pracujących w Polsce, ale także wyjeżdżających do pracy do innych krajów.

Słowa kluczowe: **okałeczenie narządów płciowych kobiet / obrzezanie kobiet / powikłania /**

Summary

An increasing number of immigrants from countries practicing female genital mutilation (FGM) has begun to concern Europe as well.

The aim of this article is to present recent medical data about FGM which, in the age of globalisation and migration of people, may become essential for gynaecologists working in Poland, but also those practising abroad.

Key words: **female genital mutilation / female circumcision / complications /**

Adres do korespondencji:

Dorota Rogowska-Szadkowska
Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego UMB
15-054 Białystok, Mieszka I 4b,
e-mail: dszadkowska@umwb.edu.pl
tel. 604981789

Otrzymano: 20.12.2008

Zaakceptowano do druku: 30.01.2008

Wstęp

Polska staje się krajem, do którego coraz częściej migrują, czasowo lub na stałe, kobiety z różnych kontynentów. Przywożą ze sobą wszystkie wierzenia, przekonania, rytuały. Wielu lekarzy z Polski wyjeżdża do pracy w innych krajach, zarówno rozwiniętych, jak i rozwijających się. Okaleczanie narządów płciowych kobiet jest poważnym problemem społecznym i medycznym w wielu krajach Afryki i niektórych krajach Środkowego Wschodu i Azji. Próbę eliminacji tego problemu podjęły największe organizacje międzynarodowe (UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO) zajmujące się zdrowiem [1].

Obrzezanie mężczyzn jest zabiegiem chirurgicznym polegającym na usunięciu napletka. Od dawna wiadomo, że usunięcie napletka, zwłaszcza w krajach o gorącym, wilgotnym klimacie, daje wiele korzyści zdrowotnych, takich jak mniejsza częstość zakażeń dróg moczowych, rzadsze zakażenia przenoszone w kontaktach heteroseksualnych, w tym HIV, mimo to uważane bywa również za naruszanie praw dziecka [2].

Obrzezanie u kobiet powoduje poważne konsekwencje dla zdrowia i jakości życia. Już samo nazewnictwo procedur, którym – według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) poddane jest od 100 do 140 milionów dziewczynek i kobiet z 28 krajów Środkowego Wschodu i Afryki, a około 2 miliony dziewczynek zagrożonych jest poddaniem tej procedurze każdego roku [3] – budzi kontrowersje. Określenie „okaleczenie narządów płciowych kobiet” (*female genital mutilation* – FGM) pojawiło się pod koniec lat siedemdziesiątych XX wieku dla podkreślenia lingwistycznego odróżnienia od obrzezania mężczyzn oraz podkreślenia wagi szkód powodowanych przez taki zabieg.

W 1991r. WHO rekomendowało Narodom Zjednoczonym używanie tego określenia [1]. Na świecie około 26 milionów kobiet poddawanych jest infibulacji, najbardziej radykalnej procedurze okaleczania, w niektórych krajach re-infibulacja (ponowne zasycie lub zwężenie wejścia do pochwy) praktykowana jest po każdym urodzeniu dziecka, do czego nakłaniają także położne, argumentując, iż pomoże to kobietom w utrzymaniu małżeństwa [3, 4]. Procedury takie dokonywane są także wśród imigrantów przybywających z tych części świata do USA i Europy. W późnych latach dziewięćdziesiątych zaczęto używać także określenia cięcie (nacinanie) narządów płciowych kobiet (*female genital cutting*), jako budzącego mniej skojarzeń i ocen negatywnych społeczności, w których jest dokonywane. Niektóre agendy ONZ, zajmujące się tą problematyką stosują określenie *female genital mutilation/cutting* [1].

Ponieważ w polskiej literaturze medycznej nie spotkaliśmy informacji o FGM, dlatego dokonaliśmy przeglądu aktualnej literatury dotyczącej tego typu naruszania praw człowieka.

Procedury i ich klasyfikacja

Światowa Organizacja Zdrowia dokonała klasyfikacji typów FGM w 1995 r., zmodyfikowanej w 2007 r. [1, 5]:

- Typ I.** Wycinanie napletka, z wycięciem lub bez, części lub całej łechtaczki (*Sunna circumcision, clitoridectomy*),
Ia – usunięcie napletka łechtaczki
(co praktycznie nie jest możliwe bez mniejszego lub

większego uszkodzenia narządu),

Ib – usunięcie łechtaczki wraz z napletkiem.

Typ II. Całkowite lub częściowe wycinanie łechtaczki (clitoridectomy) wraz z usunięciem warg sromowych mniejszych, bez lub z wycięciem warg sromowych większych.

IIa – usunięcie tylko warg sromowych mniejszych,

IIb – częściowe lub całkowite usunięcie łechtaczki i warg mniejszych,

IIc – częściowe lub całkowite usunięcie łechtaczki, warg sromowych mniejszych i większych.

Typ III. Infibulacja (zwężenie wejścia do pochwy dla uniemożliwienia kontaktów płciowych) wiąże się z wycinaniem łechtaczki, warg sromowych mniejszych i wewnętrznej powierzchni warg sromowych większych, które zrastając się ze sobą pozostawiają niewielki otwór dla umożliwienia oddawania moczu i wypływu krwi menstruacyjnej.

Typ IV. Inne sposoby okaleczenia, jak rozciąganie łechtaczki i/lub warg sromowych, przyżeganie łechtaczki i otaczających ją tkanek, wprowadzanie do pochwy substancji chemicznych lub ziół w celu spowodowania krwawienia lub zwężenia pochwy.

FGM wykonywane jest najczęściej przez osoby nie znające anatomii narządów płciowych kobiet, dlatego często zdarza się połączenie różnych typów okaleczenia. Do wykonania zabiegów używane są noże, szczyryki, ostrza własnej roboty, ale także denka metalowych puszek lub szklanych butelek. Zabiegi te przeprowadzane są w każdym wieku, od urodzenia do wyjścia za mąż, najczęściej dokonywane są między 4 a 10 rokiem życia dziewczynki [1]. W niektórych społecznościach obrzezanie wykonywane jest u niemowląt lub odkładane do wyjścia za mąż lub nawet urodzenia pierwszego dziecka.

Historia, geografia występowania FGM

Nie do końca znane jest pochodzenie okaleczania narządów płciowych kobiet. Jedne z najwcześniejszych doniesień o FGM pochodzą z Grecji z 163 r. przed naszą erą [6]. Praktyki takie wykonywane były w starożytnym Egipcie, gdzie traktowano je jako wyróżnienie, istnieją też hipotezy, iż pochodzi ze starożytnego Rzymu, Arabii przed-islamskiej lub z carskiej Rosji [7]. Prawdopodobnie pojawiły się przed Chrześcijaństwem i Islamem i zostały włączone do ówczesnych praktyk religijnych [8].

W społecznościach, w których jest praktykowane FGM uważa się je za konieczne dla prawidłowego rozwoju dziewczynki i przygotowania jej do dorosłości i małżeństwa. Same dziewczynki chcą poddać się tej procedurze w wyniku presji środowiska, strachu przed stygmatyzacją i odrzuceniem przez otoczenie, jeśli nie postąpią zgodnie z tradycją.

Rytuał FGM związany jest często z ceremoniami, podczas których dziewczynka jest obdarowywana prezentami, a jej rodzina jest z niej dumna [9]. Częstym jest przekonanie, że wyjść za mąż mogą tylko kobiety, które dokonają FGM. Pragnienie zawarcia małżeństwa, które jest często niezbędne dla zachowania ekonomicznego i socjalnego bezpieczeństwa, a także spełnienia lokalnych wyobrażeń o kobiecości, może przyczyniać się do utrzymywania się takich praktyk. FGM uważane jest też za zabieg, który czyni dziewczynkę „czystą” i piękną [3].

Obrzezanie kobiet – nowy problem w praktyce lekarza ginekologa...

Wierzy się, że napletek mężczyzn i lechtaczka kobiet stanowią odpowiednio elementy żeńskie i męskie i powinny zostać usunięte dla uniknięcia pomieszania płci [9]. Uzasadnieniami dla kontynuowania tej tradycji są zachowanie dziewictwa do małżeństwa, wierności po jego zawarciu, zwiększenie seksualnej przyjemności mężczyzn [10]. W niektórych społecznościach wykonywanie FGM podtrzymywane jest przez przekonania związane z religią. Jednak choć zabiegi takie dokonywane są wśród Chrześcijan (Katolików, Protestantów, Koptów), Żydów, Muzułmanów i Animistów, to żadna ze świętych ksiąg wyznawców tych religii nie zaleca takich procedur.

Niewiele doniesień poświęcono wpływowi FGM na psychikę kobiety. Z obserwacji kazuistycznych wiadomo, iż to przeżycie jest dla kobiet niezwykle traumatyczne i bolesne, a reakcje psychologiczne dziewcząt są złożone. W wielu przypadkach rytuał wiąże się z identyfikacją religijną, dla wielu infibulacja jest tak znaczącą częścią wyobrażeń własnej cielesności, iż jakiegokolwiek zmiany zagrażają ich poczuciu bezpieczeństwa [11]. Van der Kwaak opisuje przypadek kobiety z Somalii, matki trojga dzieci, która odmówiła de-infibulacji mającej zwiększyć szanse na wyleczenie z przewlekłej rzeżączki. Tylko w ten sposób mogła uniknąć poczucia wstydu, nieczystości oraz negatywnej opinii w swoim środowisku [12]. Wiele kobiet zachowuje te praktyki i nalega, by wykonywano je także u ich córek. Ich intencją jest przekazanie im najbardziej intymnych aspektów percepcji i odczuwania swojej tożsamości płciowej (*gender*), a co za tym idzie, tożsamości społecznej i kulturowej [13].

Dopiero w latach sześćdziesiątych XX wieku afrykańscy lekarze zaczęli zwracać uwagę Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na konsekwencje zdrowotne FGM. WHO w 1979 r. podczas seminarium w Chartumie (Sudan), poświęconemu tradycyjnym praktykom wpływającym na zdrowie kobiet, wydała zalecenia, by rządy starały się eliminować tego rodzaju praktyki. W 1984 r. w Dakarze (Senegal) powstał *Inter African Committee Against Harmful Traditional Practices* (IAC), zwracający uwagę rządów krajów afrykańskich na szkodliwe efekty FGM [10]. W 2008r. 10 agend Organizacji Narodów Zjednoczonych sformułowało stanowisko mające na celu eliminację tego rodzaju praktyk [1].

Najbardziej ekstremalnej procedurze, jaką jest infibulacja, poddawanych jest 98% kobiet w Somalii. Przed zapaścią rządu tego kraju w 1991 r. istniało wsparcie dla eliminacji tego rodzaju praktyk, zakazywano ich dokonywania w szpitalach [14]. Jednakże wojna domowa i rozpad państwowości tego kraju zahamował wszelkie działania w tym zakresie. W Egipcie w badaniach demograficznych zdrowia z 2000 r. wykazano, iż 97% mężatek doświadczyło FGM, w innych badaniach odsetek ten wynosił 94,6%, a 69,1% spośród kobiet poddanych temu zabiegowi zgadzało się, by dokonać go swoim córkom. W badaniach opublikowanych w 2008 r., prowadzonych wśród egipskich uczennic, wykazano, iż częstość FGM wynosi średnio 50,3%, przy czym w miejskich szkołach publicznych 46,2%, w miejskich szkołach prywatnych 9,2%, a 61,7% w szkołach wiejskich [7]. Wprowadzenie prawnego zakazu wykonywania FGM nie spowodowało w ciągu 6 lat zmniejszenia częstości wykonywania tych zabiegów w tym kraju [15].

Szacunki dotyczące częstości dokonywania różnych typów FGM wśród dziewcząt i kobiet od 15 do 49 roku życia

w Gwinei wynoszą 95,6%, w Senegal – 94%, w Mali 91,6%, w północnej części Sudanu 90%, Erytrei – 88,7%, Gambii – 78,3%, Etiopii – 74,3%, Burkina Faso – 72,5%, Mauretanii – 71,3% [4]. FGM wykonywane jest także w Indiach, Indonezji, Iraku, Izraelu, Malezji i Zjednoczonych Emiratach Arabskich, choć nie dokonano tam oszacowania skali tego zjawiska. Przypadki FGM opisywano także w Kolumbii, Demokratycznej Republice Konga, Omanie, Peru i Sri Lance [3].

W badaniach przeprowadzonych w początkach XXI wieku w Nigerii wykazano, że najczęstszym powodem dla wykonywania FGM jest kontrola nad nadmiernymi potrzebami seksualnymi kobiet (52,8% odpowiedzi) i kontynuacja tradycji (39,5%) [16].

Zgodnie z definicją WHO okaleczenie narządów płciowych kobiet obejmuje „wszelkie procedury częściowego lub całkowitego usunięcia zewnętrznych narządów płciowych lub inne obrażenia żeńskich narządów płciowych z powodów kulturowych lub innych niemedycejskich przyczyn” [5]. Jednak w XVIII i XIX wieku zalecano je w USA i Wielkiej Brytanii jako metodę leczenia schorzeń kobiecych, jak histeria, depresja, padaczka, bezsenność, nieszczęśliwe małżeństwo, a także sposób kontrolowania popędu seksualnego [17].

W epoce wiktoriańskiej poglądy dotyczące seksualności, zwłaszcza kobiet, przyczyniły się do stosowania wycięcia lechtaczki w przekonaniu, że masturbacja powoduje poważne konsekwencje zdrowotne, poczynając od hysterii, poprzez ślepotę, hemiplegię, zidiocenie i śmierć [18, 19]. Jeszcze w latach pięćdziesiątych XX wieku dokonywano chirurgicznego usuwania części zewnętrznych narządów płciowych kobiet w celu leczenia hysterii, masturbacji, nadmiernego popędu płciowego lub oziębłości płciowej [20].

W 1994 r. w USA prezydent Clinton zdymisjonował dr Joycelyn Elders ze stanowiska naczelnego lekarza kraju (*Surgeon General*) za jej wypowiedź podczas konferencji w Światowym Dniu AIDS, że masturbacja „jest częścią ludzkiej seksualności i czymś, o czym powinno się uczyć” [21, 22].

Poglądy dotyczące masturbacji powoli się zmieniają. W maju 2008 r. pojawiło się doniesienie z Nigerii, którego autor opisał przypadek masturbacji dokonywanej przez małą dziewczynkę, pierwszy pochodzący z Afryki. Autor sugerował, iż masturbacja powinna być uwzględniana w diagnostyce dziwnych ruchów u dzieci, przypominających padaczkę, a po jej rozpoznaniu rodzicom powinno się odradzać wycinanie zewnętrznych narządów płciowych [23].

Konsekwencje zdrowotne dla kobiet poddanych FGM

Powikłania w następstwie FGM, szczególnie typu III, występują często i są dobrze udokumentowane. Mogą wystąpić bezpośrednio po dokonaniu okaleczenia lub z pewnym opóźnieniem.

Najpoważniejszymi wczesnymi powikłaniami są krwotoki z tętnicy grzbietowej lechtaczki, wstrząs, zakażenia, w tym tężec, prowadzące do śmierci. Krwotok może być też późnym powikłaniem, jeśli wydana za mąż kobieta ze ściśle zaszytą pochwą będzie zmuszana do kontaktów seksualnych lub jej mąż będzie próbował de-infibulacji przy pomocy ostrych narzędzi, takich jak nóż czy żyłotka [24]. Przedłużające się mniejsze krwawienie prowadzi do ciężkiej anemii.

Zabiegi przeprowadzane są bez znieczulenia, co stwarza ryzyko wstrząsu bólowego i śmierci. Częste są zakażenia miejscowe lub układowe [25]. Powikłaniem wczesnym są też złamania obojczyka, żeber lub kości długich, do których dochodzi w następstwie silnego przytrzymywania wyrwijającej się dziewczynki, kobiety [26]. Zdarzają się też uszkodzenia cewki moczowej, pochwy, sromu i odbytnicy w wyniku używania prymitywnych narzędzi lub braku wiedzy anatomicznej u osoby dokonującej okaleczenia, co może prowadzić do powstania przetok i nietrzymania moczu lub stolca [27]. Powikłaniem FGM typu I może być wypadanie cewki moczowej, przebiegające często bez objawów klinicznych, ale z krwawieniem z pochwy [28]. Leczenie powikłań odbywa się często bez pomocy medycznej, gdyż dostęp do placówek medycznych jest trudny, a koszty opieki lekarskiej są często zbyt wysokie [29].

Późne powikłania to nietrzymanie moczu, nawracające zakażenia dróg moczowych, mogące prowadzić do kamicy nerkowej i uszkodzenia nerek, a także stany zapalne miednicy małej [25, 30, 31]. FGM powoduje także strach przed podejmowaniem kontaktów seksualnych, brak odczuwania przyjemności [32, 33]. Jednak nawet u kobiet poddanych infibulacji niektóre struktury doznające erekcji, niezbędne dla doznania orgazmu, pozostają nietknięte, dlatego kobiety mające dysfunkcje seksualne mogą i powinny być leczone [34].

Powikłaniami są także bliznowce, nerwiaki, cysty. Ezem opisał przypadek wystąpienia ogromnej cysty w okolicy łechtaczki, a pacjentka zaczęła szukać pomocy lekarskiej po 28 latach od jej pojawienia się, kiedy już uniemożliwiało jej to normalne funkcjonowanie [35].

W badaniach prowadzonych w Senegalu wykazano, iż niedogodności związane z FGM dotyczą też mężczyzn, którzy podają trudności związane z penetracją, obrażenia i stany zapalne członka, a także problemy psychologiczne, świadomi też są konsekwencji zdrowotnych spotykających kobiety. Mimo to większość starszych mężczyzn preferuje małżeństwo z kobietą, która została poddana FGM w przeciwieństwie do większości młodych mężczyzn [36].

FGM, zwłaszcza typu III, przyczynia się do bezpłodności kobiet [37].

Powikłania porodu kobiet poddanych FGM typu III

W badaniach prowadzonych wśród ponad 28 tysięcy kobiet w Burkina Faso, Ghanie, Kenii, Nigerii, Senegalu i Sudanie w latach 2001-2003 w szpitalach położniczych wykazano, iż im bardziej radykalnego okaleczenia narządów płciowych kobiety dokonano, tym częściej dochodziło do konieczności wykonania cesarskiego cięcia, występowały krwotoku poporodowe, pojawiała się konieczność resuscytacji noworodka, częściej dochodziło do śmierci przed lub krótko po urodzeniu dziecka [38]. Kobiety poddane infibulacji (typ III według klasyfikacji WHO) wykazują większe ryzyko powikłań związanych z porodem, w tym uszkodzeń lub śmierci dziecka, jeśli nie zostanie im udzielona właściwa pomoc [39].

W północno-wschodniej Somalii *Lekarze bez Granic* obserwowali, iż 1/3 przyjęć do szpitali położniczych od kwietnia 1998 r. do sierpnia 2001 r. spowodowana była powikłaniami ciąży, a śmiertelność wśród kobiet poddanych infibulacji wynosiła 31 na 734 porodów [14].

W Ghanie podczas porodu umiera jedna kobieta na 35 rodzących, w Burkina Faso jedna na 12, a szacunki dotyczące śmiertelności okołoporodowej wahają się od 44 na 1 000 porodów w Sudanie do 88 na 1 000 porodów w Nigerii [40].

Ryzyko zakażenia HIV związane z FGM

FGM dokonywane jest często przez osoby nieznające zasad zapobiegania przenoszeniu chorób zakaźnych, tak więc często zabiegi dokonywane są tymi samymi narzędziami u wielu dziewczynek, co może ułatwiać zakażenia HIV [41, 42]. Kobiety, na których dokonano infibulacji, mają często pozostawiony niewielki otwór, wystarczający do odpływu krwi menstruacyjnej i moczu, ale kontakty seksualne zwykle powodują uszkodzenia tkanek, obrażenia i krwawienia zwiększające ryzyko przeniesienia HIV z mężczyzny na kobietę [43]. Zbyt wąskie wejście do pochwy sprawia, iż kontakty seksualne są dla kobiety trudne, bolesne, co przyczynia się do wybierania przez ich partnerów kontaktów analnych [44]. Jednakże to ryzyko dla kobiet nie było dotąd przedmiotem szczegółowych badań [45].

W badaniach prowadzonych w Kenii wykazano, iż kobiety poddane FGM wydawane są za mąż dwukrotnie częściej za znacznie starszych mężczyzn, a ryzyko zakażenia HIV dla kobiety posiadającej starszego partnera seksualnego jest trzykrotnie większe, niż dla kobiet mających młodszych partnerów. Kobiety poddane FGM dwukrotnie częściej rozpoczynają życie seksualne przed rozpoczęciem 20 roku życia, co zwiększa 1,73-krotnie ryzyko zakażenia HIV [46].

Problemy związane z FGM w krajach rozwiniętych

W wielu krajach rozwiniętych lekarze, szczególnie ginekolodzy, stykają się z kobietami, u których wykonano FGM. Do jednego ze szpitali londyńskich w ciągu roku zgłosiło się 116 kobiet poddanych FGM. Spośród 86 kobiet, które pamiętały szczegóły zabiegu 78% podało, iż dokonały go osoby niemające kwalifikacji medycznych, zwykle (71%) w domu, średnio w wieku 7 lat. Ostre lub przewlekłe powikłania występowały u 86% poddanych FGM typu III. Żadna z 89 kobiet będących w ciąży nie domagała się re-infibulacji, ale tylko mniej niż 10% z nich nie chciało kontynuowania tej tradycji wobec swoich córek [47].

W 1990 r. *Center for Disease Control and Prevention* szacowało, iż w USA żyje 168 000 kobiet, które zostały poddane FGM lub są nim zagrożone [48]. Wraz z upływem lat i wzrostem liczby imigrantów liczba ta obecnie jest z pewnością większa.

W badaniach prowadzonych w 2001 r. wśród szwajcarskich ginekologów wykazano, iż 20% z nich miało kontakt z pacjentkami po FGM, a 40% z nich było proszonych o dokonanie re-infibulacji. Wielu było też pytanym o możliwość przeprowadzenia FGM w Szwajcarii [49]. Dane szacunkowe dotyczące tego kraju sugerują, iż żyje w nim około 6 700 kobiet, które poddano któremuś z typów FGM. Ginekolodzy we francuskojęzycznych kantonach tego kraju mają częściej do czynienia z FGM, co może być spowodowane faktem, iż francuski jest językiem używanym w wielu krajach leżących na południe od Sahary.

W Szwecji żyje około 27 000 kobiet pochodzących z krajów, w których FGM jest praktykowane, 30 000 we Włoszech, do Wielkiej Brytanii co roku przybywa od 3 000 do 4 000 kobiet [50]. W Wielkiej Brytanii są to emigrantki lub uchodźczynie z Erytrei, Etiopii, Somalii i Jemenu.

Lekarze w krajach rozwiniętych najczęściej spostrzegają FGM typu III. Zabiegi typu I i II często nie są odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjentek [51].

Emigracja do krajów Europy czy USA nie powoduje, że urodzone już tam dziewczynki są bezpieczne. Społeczności afrykańskie żyjące w Europie kontynuują praktyki FGM wysyłając dziewczynki do Afryki albo zapraszając osoby dokonujące takich zabiegów do krajów zamieszkania, albo domagając się od europejskich pracowników służby zdrowia dokonania takiej procedury [52]. WHO i inne organizacje międzynarodowe zalecają, by pracownicy służby zdrowia nie dokonywali żadnych form FGM. Jednak niektórzy eksperci uważają, iż zmniejszenie szkód powodowanych przez FGM, na przykład poprzez dokonywanie symbolicznych form FGM, jak nacięcie łechtaczki dokonane ze znieczuleniem, jest bezpieczniejsze dla kobiet. Inni uważają, iż takie podejście uzasadnia te praktyki, sprawia wrażenie, iż są one akceptowalne i przyczynia się do ich kontynuacji. Symboliczne nacięcie może też nie spełniać oczekiwań rodziców, co spowoduje, iż dokonane będzie tradycyjne FGM w późniejszym wieku, na przykład podczas przygotowywania do zamążpójścia. WHO, a także wielu chirurgów pracujących z kobietami poddanymi FGM wspierają wyłącznie de-infibulację poprawiającą życie seksualne i ułatwiającą poród większości kobiet [53].

W krajach Unii Europejskiej wydawane są zalecenia dotyczące postępowania w czasie porodu w przypadkach infibulacji (np. Belgia), powstają placówki, do których kierowane są do porodu kobiety poddane FGM typu III (np. Dania, Szwecja, Wielka Brytania), powstają zalecenia dla pediatrów dotyczące zapobiegania FGM wśród dziewczynek (np. Szwecja), szkolne systemy opieki zdrowotnej także włączane są w profilaktykę FGM (np. Szwecja) [50, 52].

W wielu krajach świata, w Europie, Afryce, USA, Kanadzie, Nowej Zelandii, Australii wprowadzono prawny zakaz wykonywania FGM. Nie jest także akceptowana „medykalizacja FGM” (wykonywanie FGM przez lekarzy, położne) [4, 26]. Mimo to takie zabiegi wykonywane są przez lekarzy, być może ze względów finansowych albo z braku wiedzy o konsekwencjach takich zabiegów [52].

Jednak same zakazy prawne nie zmniejszą częstości wykonywania FGM, mogą tylko zepchnąć ich przeprowadzanie do szarej strefy, czyniąc je jeszcze bardziej niebezpiecznymi dla dziewczynek i młodych kobiet. Nagłaśnianie problemu i edukacja sprawia, iż zmienia się postrzeganie FGM w krajach, w których jest stosowane. Coraz częściej mężczyźni chcieliby pojmować za żony kobiety, które nie są poddane okaleczeniu narządów płciowych (w badaniach prowadzonych w Sudanie opowiedziało się za tym 74,8% ankietowanych mężczyzn) [54]. Wykształcone kobiety także sprzeciwiają się takiemu postępowaniu [55]. Jednak mimo ponad 25 lat działań w tym zakresie FGM jest nadal praktykowane.

Podsumowanie

Polska staje się coraz częstszym celem emigracji kobiet z różnych stron świata. Polscy lekarze mogą spotykać się z pacjentkami, które poddano FGM, a także mogą być namawiani do wykonania takich zabiegów u małych dziewczynek. Samo zebranie wywiadu często nie wystarcza do właściwej oceny sytuacji. Kobiety niezapytane zwykle nie mówią o tym, co je spotkało, uważając to za naturalny, normalny epizod z przeszłości [47]. Często same nie wiedzą, jak rozległego zabiegu dokonano na ich narządach płciowych. W badaniach prowadzonych w Szwecji 40 kobiet podało, iż zostały poddane zabiegowi *sunna*, podczas gdy w rzeczywistości dokonano infibulacji [56].

Zdaniem autorów, tak jak w przypadku pogłębiania wiedzy dotyczącej transmisji wertykalnej HIV, istnieje konieczność podnoszenia wiedzy polskich pracowników ochrony zdrowia, głównie lekarzy ginekologów oraz położnych, na temat FGM w zakresie: społecznych i kulturowych uwarunkowań takich praktyk, wczesnych i późnych powikłań oraz rozpoznawania i leczenia [57].

Piśmiennictwo

1. WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. *World Health Organization*, 2008.
2. Hinchley G. Is infant male circumcision an abuse of the rights of the child? Yes. *BMJ*. 2007, 335, 1180.
3. Mandelbaum-Schmid J. Mali takes grass roots approach to ending female genital mutilation. *Bull World Health Org*. 2004, 82, 153-154.
4. Berggren V, Abdel Salam G, Bergstrom S, [et al.]. An explorative study of Sudanese midwives: motives, perceptions and experiences of re-infibulation after birth. *Midwifery*. 2004, 20, 299-311.
5. WHO. Female genital mutilation. WHO Technical Working Group, Geneva 17-19 July 1995. Geneva: *World Health Organization*, 1996.
6. Eke N. Female genital mutilation: what can be done? *Lancet*. 2000, 356, Suppl. S57.
7. Tag-Eldin M, Gadallah M, Al-Tayeb M, [et al.]. Prevalence of female genital cutting among Egyptian girls. *Bull World Health Organ*. 2008, 86, 269-274.
8. Bikoo M. Female genital mutilation: classification and management. *Nurs Stand*. 2007, 22, 43-49.
9. Lightfoot-Klein H. The sexual experience and marital adjustment of genitally circumcised and infibulated females in the Sudan. *J Sex Res*. 1989, 26, 375-392.
10. Althaus F. Female circumcision: rite of passage or violation of rights? *Int Fam Plann Perspect*. 1997, 23, 130-133.
11. Moschovis P. When cultures are wrong. *JAMA*. 2002, 288, 1131-1132.
12. Van der Kwaak A. Female circumcision and gender identity. A questionable alliance? *Soc Sci Med*. 1992, 35, 777-787.
13. Adams K. What's "normal": female genital mutilation, psychology, and body image. *J Am Med Womens Assoc*. 2004, 59, 168-170.
14. Ford N. Tackling female genital cutting in Somalia. *Lancet*. 2001, 358, 1179.
15. Hassanin I, Saleh R, Bedaiwy A, [et al.]. Prevalence of female genital cutting in Upper Egypt: 6 years after enforcement of prohibition law. *Reprod Biomed Online*. 2008, Suppl 1, 27-31.
16. Ubgoma H, Akani C, Babatunde S. Prevalence and medicalization of female genital mutilation. *Niger J Med*. 2004, 13, 250-253.
17. Conroy R. Female genital mutilation: whose problem, whose solution? *BMJ*. 2006, 333, 106-107.
18. Haller J. Advice literature: a Victorian view of sexual mores. *Bull N Y Acad Med*. 1990, 66, 233-245.
19. Black J. Female genital mutilation: a contemporary issue, and a Victorian obsession. *J Royal Soc Med*. 1997, 90, 402-405.
20. Lane S, Rubinstein R. Judging the other: responding to traditional female genital surgeries. *Hastings Center Report*. 1996, 26, 31-40.
21. Greenberg D. Out goes the Surgeon General. *Lancet*. 1994, 344, 1760.
22. Editorial. The politics of masturbation. *Lancet*. 1994, 344, 1714-1715.

Rogowska-Szadkowska D, et al.

23. Otigabe B. Infantile masturbation in an African female: is this justification for a female genital cutting? *World J Pediatr.* 2008, 4, 148-151.
24. Dirie M, Lindmark G. The risk of medical complications after female circumcision. *East Afr Med J.* 1992, 69, 479-482.
25. Toubia N. Female circumcision as a Public Health Issue. *N Engl J Med.* 1994, 331, 712-716.
26. Utz-Billing I, Kentenich H. Female genital mutilation: an injury, physical and mental harm. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2008, 29, 225-229.
27. 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*, 2001.
28. Lang M, Long A. Vaginal bleeding in the prepubertal child. *CMAJ.* 2005, 172, 1289-1290.
29. Ekenze S, Ezgewui H, Adiri C. Genital lesions complicating female genital cutting in infancy: a hospital based study in south-east Nigeria. *Ann Trop Paediatr.* 2007, 27, 285-290.
30. Epstein D, Graham P, Rimsza M. Medical complications of female genital mutilation. *J Am Coll Health.* 2001, 49, 275-280.
31. Chen G, Dharia S, Steinkampf M, [et al.]. Infertility from female circumcuision. *Fertil Steril.* 2004, 81, 1692-1694.
32. Jassam J. Unprohibited crimes. *CMAJ.* 2007, 177, 1345.
33. Alsbibani S, Rouzi A. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertil Steril.* 2008, Nov 22 [Epub ahead of print].
34. Catania L, Abdulcair O, Puppo V, [et al.]. Pleasure and orgasm in women with female genital mutilation cutting (FGM/C). *J Sex Med.* 2007, 4, 1666-1678.
35. Ezem B. Delayed presentation of clitoral cyst: a case report. *Niger J Med.* 2007, 16, 272-273.
36. Almoth L, Almoth-Berggren V, Hassanein O, [et al.]. Male complications of female genital mutilation. *Soc Sci Med.* 2001, 53, 1455-1460.
37. Almoth L, Elmusharaf S, El Hadi N, [et al.]. Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *Lancet.* 2005, 366, 385-391.
38. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African counties. *Lancet.* 2006, 367, 1835-1841.
39. Female genital mutilation. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA.* 1995, 274, 1714-1716.
40. WHO. The World Health Report: make every mother and child count. Geneva: *World Health Organization*, 2005.
41. Mutembei I, Mwesiga M. The impact of obsolete traditions on HIV/AIDS rapid transmission in Africa. The case of compulsory circumcision on young girls in Tanzania. *Int Conf AIDS.* 1998, Abst. 23473.
42. Brewer D, Potterat JJ, Roberts J, [et al.]. Male and female circumcision associated with prevalent HIV infections in virgins and adolescents in Kenya, Lesotho, and Tanzania. *Ann Epidemiol.* 2007, 17, 217-226.
43. Hrdy D. Cultural practices contributing to the transmission of human immunodeficiency virus in Africa. *Rev Infect Dis.* 1987, 9, 1109-1117.
44. Brady M. Female genital mutilation: complications and risk of HIV transmission. *AIDS Patient Care STD.* 1999, 13, 709-711.
45. Monjok E, Essien E, Holmes L. Female genital mutilation: potential for HIV transmission in sub-Saharan Africa and prospect for epidemiologic investigation and intervention. *Afr J Reprod Health.* 2007, 11, 33-42.
46. Mount K, Abraham B. Female genital cutting and HIV/AIDS among Kenyan women. *Stud Fam Plann.* 2007, 38, 73-88.
47. Momoh C, Ladhani S, Lochrie D, [et al.]. Female genital mutilation: analysis of the first twelve months of a Southeast London specialist clinic. *BJOG.* 2001, 108, 186-191.
48. Jones W, Smith J, Kieke B, [et al.]. Female genital mutilation/Female circumcision. Who is at risk in the U.S.? *Public Health Rep.* 1997, 112, 368-377.
49. Jäger F, Schulze S, Hohfeld P. Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists. *Swiss Med Wkly.* 2002, 132, 259-264.
50. Bosch X. Female genital mutilation in developed countries. *Lancet.* 2001, 358, 1177-1179.
51. Pol-Lundquist J, Haller U. Medizinische Aspekte der rituellen Frauenbeschneidung. *Gynäkol Prax.* 2001, 25, 321-328.
52. Leye E, Powell R, Nienhuis G, [et al.]. Health care in Europe for women with genital mutilation. *Health Care Women Int.* 2006, 27, 362-378.
53. Morris K. Feature: Issues of female genital mutilation/cutting – progress and parallels. *Lancet.* 2006, 368, Suppl 1, S64-S67.
54. Herieka E, Dhar J. Female genital mutilation in the Sudan: survey of the attitudes of Khartoum university students towards this practice. *Sex Transm Infect.* 2003, 79, 220-223.
55. Msuya S, Mbizvo E, Hussain A, [et al.]. Female genital cutting in Kilimanjaro, Tanzania: changing attitudes? *Trop Med Int Health.* 2002, 7, 159-165.
56. Litrop H, Franck M, Almoth L. Female genital mutilation among antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008, 87, 716-722.
57. Rogowska-Szadkowska D, Pentkowska E, Chlabicz S. Wiedza ginekologów i położnych na temat ryzyka transmisji wertykalnej HIV. *Ginekol Pol.* 2008, 79, 862-866.