

KADIN SÜNNETİNİN KADININ RUHSAL DURUMUNA ETKİSİ

THE IMPACT OF FEMALE MUTILATION ON WOMEN'S MENTAL CONDITION

Ar.Gör.Zehra BAYKAL AKMEŞE* Doç.Dr.Ayşegül BİLGE**

*E.Ü. İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

**E.Ü.Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği AD.

ÖZET

Dünya Sağlık Örgütüne göre Kadın Sünneti kadın dış genital organının, kültürel yada diğer terapötik olmayan nedenlerle işlevini yapamayacak şekilde değiştirilmesidir. Uygulanma nedenleri arasında gelenek ve göreneklerin devam ettirilmesi, kadın seksüalitesinin toplumsal olarak kontrolünün sağlanabilmesi, dini inançların yerine getirilmesi ve sosyopolitik entegrasyonun sağlanması yer almaktadır. Kadın sünneti birçok ruhsal hastalığa neden olabilmektedir. Bu derlemenin amacı; sünnet olan kadının ruhsal durumunu okuyucuya sunmaktır.

Sünnet edilen kadınlarda en sık rastlanılan ruhsal hastalık Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)' dur. Özellikle uygulamanın puberteden önce yapıldığı durumlarda, yapılış nedeninin ve şeklinin açıklanmaması, karşılaşılan sorunlar ile ilgili hiçbir bilgi verilmemesi strese neden olmaktadır. Özellikle işlem sonrası yaşanan şiddetli ağrı, yaşanan stresi, TSSB'ye dönüştürmektedir. Genellikle TSSB ile birlikte görülen bir diğer problem ise davranış problemleridir. Bu kadınlar sünnet sonrası sosyal olarak kendilerini izole ettikleri için sonrasında sosyal rolleri yerine getirmede güçlük yaşamaktadırlar. Kadın sünneti sonrası yaşanan önemli ruhsal hastalıklardan bir diğeri ise psikoseksüel bozukluklardır. En sık yaşanan psikoseksüel bozukluklar ise disparanoya, orgazm olamama ya da geç orgazm olmadır. Bunun yanında sünnet olan birey eğer puberteden önce sünnete maruz kaldıysa, hiçbir zaman orgazm olamamaktadır.

Sadece gelenek ve göreneklerin sürdürülmesi amacıyla yapılan bu ilkel uygulamanın doğurmuş olduğu sorunlar kadın sağlığını ciddi boyutta tehdit etmektedir. Kadın sünnetinin eliminasyonunda yasal yaptırımlarla beraber en etkili yol toplumun eğitimidir.

Anahtar Kelimeler: Kadın, sünnet, ruhsal durum.

ABSTRACT

According to the World Health Organization, Female Genital Mutilation is the transformation of female genital organ in a way that it loses its function due to cultural or other non-therapeutic reasons. Among the reasons why it is carried out are maintaining traditions and customs, controlling female sexuality, fulfilling religious beliefs and ensuring social integration. Female

genital mutilation can lead to several mental illnesses. The goal of this review article is to present the mental conditions of women undergoing mutilation with the reader.

The most frequent mental disorder observed among mutilated women is post-traumatic stress disorder (PTSD). Especially in cases where the application is carried out before puberty, psychological disorder can be observed when the reasons why and the way how it was carried out are left unexplained and the woman is not informed about the problems encountered during the application. The post-application severe pain turns the stress experienced into PTSD. Another problem encountered apart from PTSD is behavioural problems. Since these women socially isolate themselves after the mutilation, they have difficulty fulfilling their social roles. Another mental disorder experienced after female genital mutilation is psychosexual disorders. Most observed psychosexual disorders are dyspareunia, not having an orgasm or late orgasm. Moreover, when the individual is subjected to genital mutilation before puberty, she can never have an orgasm.

The problems led by this primitive application carried out only for the continuation of traditions and customs pose a serious threat for women's health. Apart from legal sanctions, the most effective way to eliminate female genital mutilation is to educate the public.

Key words: Woman, mutilation, mental condition.

TARİHSEL SÜREÇTE KADIN SÜNNETİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre; kadın sünneti, kadın dış genital organlarının, kültürel ya da diğer terapötik olmayan nedenlerle işlevini yapamayacak şekilde değiştirilmesi olarak tanımlanmaktadır (WHO 2006). Kadın sünneti yapıldığı ülkelerde değişik birçok anlamda nitelendirilmesine karşın, sünnet sonrasında ortaya çıkan ruhsal sorunlardan dolayı sıklıkla "sakat bırakma" terimi de kullanılmaktadır (Aksu ve Oral 1998).

Genel olarak kadın sünnetin başlangıç tarihinin M.Ö'sine dayandığı görüşleri bulunmakla birlikte, yaklaşık 6000 yıl önce antik Mısır'da uygulandığı belgelenmiştir. Kadın sünneti Mısır'da yapılan arkeolojik kazılarda bulunan bazı kadın mumyalarında ilk olarak belirlenmiş, sünnetin nasıl yapıldığı ise M.Ö 1600'lü yıllardan kalan duvar resimlerinde detaylı bir şekilde tasvir edilmiştir (Karaman 2007). Mısır dışında Fenikeliler, Hititler ve Etiyopyalılar tarafından da uygulandığı yapılan incelemeler sonucunda bulunmuştur (Figo Committee Report 2006). Günümüzde ise 100-140 milyon kadın veya kız çocuğunun sünnete maruz kaldığı ve her yıl üç milyon kız çocuğunun ise risk altında olduğu DSÖ tarafından açıklanmıştır (WHO 2006, Figo Committee Report 2006). Genellikle Afrika ülkelerinde uygulanmakta olan kadın sünneti, Orta Doğu ve Asya ülkelerinde de uygulanmaktadır. Dandash ve Refaat (2001)'in Mısır'da yaptıkları bir çalışmada; kentte %81.7, kırsalda %97.2 oranında değişik formlardaki kadın sünnetinin uygulandığını belirtmişlerdir. Bununla birlikte bu ülkelerden gelen göçmenlerin geleneklerini taşımaları ve sürdürmek istemeleri nedeniyle Avrupa ülkelerinde, Avusturalya, Yeni Zelanda, Kanada ve Amerika gibi ülkelerde de kadın sünneti uygulanmaktadır (Dandash ve Refaat 2001, IRIN 2005, UNICEF 2006, WHO 2001, WHO 2006,). Kadın Sünneti Mısır'da %98, Mali'de %94 ve Sudan'da ise %90 oranlarında uygulanmaktadır (Population Reference Bureau 2001). Ülkemizde ise uygulanmış bir kadın sünneti olgusu yoktur (Yavuz, Demir ve Doğangün 2012) ancak Aksu ve Oral (1998) olgu raporlarında sünnete maruz kalan

Afrika'lı bir kadına düzeltici (deinfibilyasyon) operasyon uygulandığını bildirmişlerdir. Ülkemiz eğitim, iş ve turizm nedeniyle sürekli göç alan bir ülke olmasından dolayı bu olgularla daha sık karşılaşılabilir. Dolayısıyla düzeltici uygulamalar ve uygun yaklaşım konusunda sağlık personellerinin donanımlı olması gerekmektedir.

Kadın sünnetinin yapılma nedenleri arasında ilk sıralarda gelenek ve göreneklerin devam ettirilmesi, kadın seksüalitesinin toplumsal olarak kontrolünün sağlanabilmesi, dini inançların yerine getirilmesi ve sosyopolitik entegrasyonun sağlanması gibi nedenler yer almaktadır. Bu nedenlerin yanında kadının bakireliğini korumak, eşine olan bağlılığını arttırmak, kadın genital organlarda hijyeni sağlamak, klitoris penise benzerliğini ortadan kaldırmak, çok eşliliği engellemek, erkekte cinsel doyumu arttırmak, fertilitiyi arttırmak ve kadının tecavüzden korunmasını sağlamak gibi nedenler de yer almaktadır (American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics 1998, Center for Reproductive Law and Policy 2000, Ending female genital mutilation 2010, Figo Committee Report 2006, Nicoletti 2007, Rymer 2003, UNICEF 2006).

Kadın Sünneti ilk olarak 1975 yılında DSÖ tarafından çalışma kapsamına alınmıştır. Sonrasında ise Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Bildirgesi (CEDAW-1981), 1989 yılında Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi, 1990 yılında Afrika Çocuk Hakları ve Refahı Sözleşmesi, 1993 yılında Kadına Yönelik Şiddet ve Viyana Deklerasyonu, 1995 yılında Pekin'de yapılan Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, 2000 yılında New York'ta yapılan Değerlendirme Toplantısı, 2001 yılında Kadınların ve Kız Çocuklarının Sağlığını Etkileyen Geleneksel Örf ve Adet Uygulamaları Hakkında Genel Kurul Kararı'nda ve son olarak 2003 yılında Afrika İnsan ve Halkların Hakları'nda (Maputo Protocol) sırasıyla bu konu işlenmiş ve çalışmalar yürütülmüştür (Bodiang 2002, UNICEF 2006, WHO 2001).

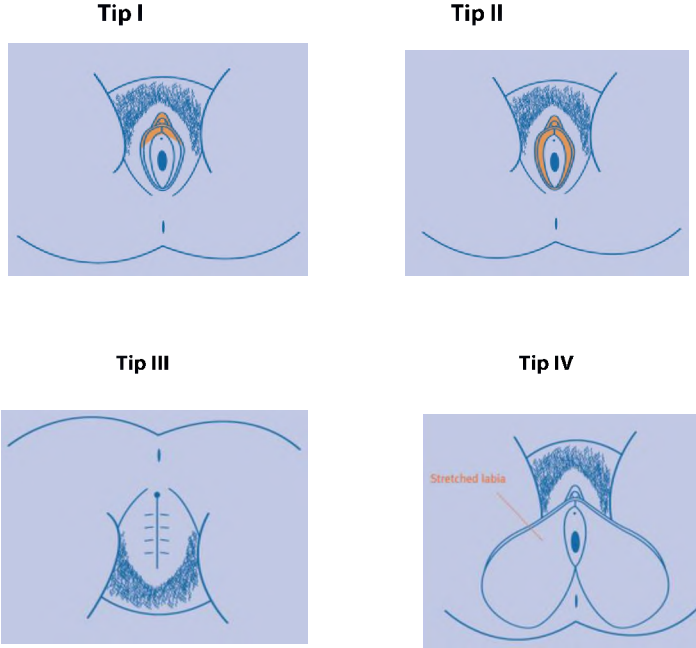
Türkiye ise yürütülen bu çalışmalar kapsamında 11 Mayıs 2011 tarihinde "Kadınlara Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi"ni ilk imzalayan ülke olarak bu sözleşmenin 38. Madde'sinde kadın sünneti ile ilgili tanımlamaların ve alınması gereken yasal tedbirleri onaylamıştır (İnsan Hakları Ortak Platformu 2013).

Tüm bu çalışmalardan çıkan ortak görüş, kadın sünnetinin uygulanma nedeninin çoğunlukla gelenek ve görenekler olduğu, kadına yönelik cinsel şiddeti içerdiği ve ulusal ve uluslararası düzlemde yasaklanması gerektiğidir. Ancak alınan önlemler ve yapılan yasal düzenlemelere rağmen bu uygulama hala birçok ülkede uygulanmaya devam etmektedir.

KADIN SÜNNETİ UYGULAMA YAŞI VE SINIFLANDIRILMASI

Kadın sünnetinin uygulanması bölgeden bölgeye farklılıklar göstermekle birlikte yeni doğan döneminde başlayıp her yaştaki kadına uygulanabilmektedir. Kadın sünneti Yemen'de doğum sonrası ilk iki hafta içinde, Etiyopya ve Nijerya'da bebekler sekiz günlükken, Mısır'da 5-14 yaş arasında, Sudan'da 5-8 yaşlarında, Somali'de 4-10 yaşlarında yapılmaktadır. Diğer pek çok ülkede ise 13-15 yaş arasında, evlenmeden önce ya da gebelik öncesi dönemde yapılmaktadır (American Academy of Pediatrics,

Committee on Bioethics 1998, Female Genital Cutting 2009). DSÖ, Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA)'nın ortak raporunda ise kadın sünneti tanımlama ve sınıflaması yapılarak mücadele kapsamına alınmıştır. Bu rapora göre; kadında sünnetin dört tipi tanımlanmıştır. *Tip I*, (Sunna – Klitorektomi) klitorisin bir kısmı veya tamamının çıkarılması, *Tip II*, (Eksizyon) klitorisin tamamı ile labia minörün bir kısmı veya tamamının çıkarılması, *Tip III* (İnfübulasyon) klitoris ile labia minörün tamamının, labia majörün bir kısmının çıkarılması, kalan insizyon kenarlarının tamamının kapatılması sadece idrar ile menstrüel kan akımını sağlayacak küçük bir delik oluşturulması işlemidir. Kadın sünnetinin en ağır şekli olarak bilinen bu işlem Firavunlar tarafından bazı kavimlere ürememeleri için uygulanan bir ceza yöntemi olarak bilinmektedir (Şekil 1). *Tip IV* ise vajina çevresindeki dokuların çıkarılması, kesilmesi ya da vajen içine otlar veya koroziv maddeler uygulanması işlemidir.



Şekil 1: Kadın Sünneti tipleri (Female Genital Mutilation 2006, www.rcn.org.uk)

UNICEF (2005)'in raporunda kadın sünnetinin beşinci tipinin olduğu da vurgulanmıştır. *Tip V* de; klitorisin sembolik olarak kanaması için delme, sıyırma, çizme işlemlerinden biri uygulanır. Kadın sünnetinin doğurmuş olduğu bedensel ve ruhsal kötü sonuçlarının farkına varan uygulayıcılar, sadece geleneklerini sürdürmek için bu yola başvurmaktadırlar (American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics

1998, Forward 2002, Little 2003, Morrone ve ark. 2002, UNICEF 2005, UNICEF 2006, UNHCR 2012).

Kadın sünnetinin uygulanma nedeni, yaşı, uygulanma yöntemleri ve sonuçları dikkate alındığında, kadına yönelik fiziksel, cinsel ve duygusal şiddeti içerdiği söylenebilir. Bu bağlamda yasal açıdan önlenmesi ve uygulanmasını önleyecek yaptırımların artırılması gerekir.

KADIN SÜNNETİ SONRASI YAŞANAN RUHSAL SORUNLAR

Genital bölgeye herhangi bir anestezi işlemi yapılmadan bıçak, traş bıçağı, keskin cam parçaları ve teneke kenarları kullanılarak yapılan bu işlem, sonrasında ağaç dikenleri, kemik çiviler, iğne, hayvan kılırları ve deriden elde edilen iplikler kullanılarak iyileştirilmeye çalışılmaktadır. Bu tür steril olmayan aletler ve uygun olmayan koşullarda gerçekleştirilen sünnetin sonucu olarak birtakım fizyolojik komplikasyonlar meydana gelmektedir. Bu komplikasyonlar ağrı, kanama, şok, enfeksiyon, HIV gibi kadın hayatının tümünü etkileyebilecek obstetrik ve jinekolojik problemlerdir (UNICEF 2006, Peterman and Johnson 2009, Population Reference Bureau 2001). Kadın sünneti yapılan kadınlarda bu tür fizyolojik komplikasyonların yanı sıra disparoniya, cinsel işlev bozukluğu, halüsinasyon görme, hafıza kaybı gibi bir çok ruhsal soruna da neden olmaktadır (American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics 1998, Forward 2002, Rymer 2003, UNICEF 2006). Sünnet edilen kadın, kendi üreme ve cinselliği üzerinde toplumsal baskının olmasından ötürü özgüvenini yitirmekte, fobi yaşayabilmektedir. Ayrıca anksiyete ve depresyon gelişebilen ruhsal sorunlar olup, bu durumlar intiharla sonuçlanabilmektedir (Barstow 1999, Ending female genital mutilation 2010, Figo Committee Report 2006, UNICEF 2006).

Elnashar ve Abdelhady (2007) 264 genital mutilasyonlu yeni evlenmiş olan kadınla yapmış oldukları araştırmada kadınların jinekolojik, üriner ve obstetrik problemlerin yanında ruhsal olarak yaşadıkları problemleri tanılamışlardır. Kadınların yaygın olarak benlik saygısında azalma, somatizasyon, anksiyete, kronik irritabilite ve fobi yaşadıkları depresyon ve kişiler arası ilişkilerde bozulmaya yatkın oldukları bulunmuştur. Sünnet edilen kadınlarda en sık rastlanılan ruhsal hastalıklardan bir diğeri ise Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)' dir (Behrendt and Moritz 2005, Carolan 2010, Elnashar ve Abdelhady 2007). DSM IV tanı kitabına göre vücudun bir parçasının eksilmesi, psikolojik travma kaynağıdır ve travma sonrası stres bozukluğunun potansiyel olarak etyolojisinde yer alır. Yapılan tanımlayıcı araştırmalara göre; ise TSSB ile birlikte bellek bozukluklarının görüldüğü bulunmuştur (Behrendt and Moritz 2010, Lax 2000).

Kadın sünneti sonrası yaşanan ruhsal hastalıklardan bir diğeri ise cinsel işlev bozukluklardır. En sık yaşanan cinsel işlev bozukluğu ise disparanoya, orgazm olamama ya da geç orgazm olmadır. Bunun yanında sünnet olan birey eğer puberteden önce sünnete maruz kaldıysa hiçbir zaman orgazm olamama durumu söz konusudur (Whitehorn ve ark 2002). El-Defrawi ve ark. (2001) sünnet olmuş kadınların %80'ninin cinsel ilişki sırasında problem yaşadığını, %49'u ilişki sırasında hiç zevk

alamadığını, %45'inin cinsel isteğinin olmadığını, %60.5'inin ise orgazm olmadığını tespit etmişlerdir.

Sünnet olan kadın cinsel aktivite sırasında orgazm olmadığı ve şiddetli ağrı hissettiğinden dolayı bir süre sonra cinsel partneri tarafından mastürbasyon yapılan bir obje haline gelebilmektedir. Bu durum kadını ruhsal olarak travmaya uğratan önemli bir sorundur (Whitehorn ve ark 2002).

Özetle, yapılan kalitatif ve kantitatif çalışmalar çoğunlukla kadın sünnetinin ruhsal olarak etkilerini açıkça ortaya koymaktadır. Özellikle vaka çalışmaları fobi, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve cinsel bozuklukların yaşandığını belirtmektedir (Behrendt avd Moritz 2010, Lax 2000).

KADIN SÜNNETİNİ ÖNLEME ÇALIŞMALARI

Kadın sünneti geleneksel olarak hala birçok ülkede özellikle de sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyi düşük olan bölgelerde uygulanmaktadır. Sünnetin kadınlarda ruhsal olarak önemli problemlere neden olduğu açıkça görülmektedir. Hükümetlerin, sivil toplum kuruluşlarının, kadın örgütlerinin, hastanelerin, sağlık merkezlerinin kadın sünnetinin kadın ruh sağlığı açısından olumsuz bir uygulama olduğuna dair mesajlar vermesi ve topluma bu yönde olumlu davranış kazandırması gerekmektedir (Elnashar and Abdelhady 2007).

DSÖ (2008) kadın sünnetinin sonlandırılmasına yönelik yürüttüğü çalışmalar kapsamında 'sünnet uygulanan bebek, çocuk ve kadınlara yönelik bakım protokolü' hazırlamıştır. Bu protokolda sünnet olmuş kadınların cinsel sağlığı, üreme sağlığı ve ruh sağlığının sürdürülmesi esas alınmış, bu kadınlara verilmesi gereken sosyal ve ruhsal desteğin artırılması ve devamlılığına yönelik girişimler üzerinde durulmuştur (Ending female genital mutilation 2010). Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (2009) raporuna göre kadın sünneti; ruhsal hasarlara yol açan cinsel şiddet olarak tanımlanmıştır. Kadın sünneti insan haklarına karşı bir uygulama olduğundan uluslar arası ve yerel yasalarda da ayrıca yer almıştır (UNHCR 2012).

Sadece gelenek ve göreneklerin sürdürülmesi amacıyla yapılan bu ilkel uygulamanın doğurmuş olduğu sorunlar nedeniyle Afrika ülkelerinde örneğin Gana (1994), Burkina Faso (1997), Djibouti (1995), Tanzanya (1998), Togo (1998), Senegal (1999), bunun yanında uygulamanın yürütüldüğü diğer ülkelerde örneğin İsveç (1982), UK (1985), Australya (1994), Yeni Zelanda (1995), Norveç (1995), Amerika (1996), İngiltere (1985) Kanada (1997) ve Belçika (2000) da bu uygulamanın eliminasyonu için hapis ve para cezaları içeren yasalar konulmuştur (American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics 1998, Legal Prohibitions Worldwide 2009, UNICEF 2006).

Yasal yaptırımların dışında yapılan çalışmalarda kadın sünnetinin eliminasyonunda en etkili yolun kız çocuklarının eğitimi olduğu açıkça görülmektedir. Kız çocuklarına bu konuda okullarda verilecek eğitimle bakış açılarının değişeceği, daha bilinçli olunacağı, ilerde kendi kız çocuklarına uygulamama konusunda davranış geliştirecekleri düşünülmektedir. Kadınların bilinçlendirilmesi konusunda Sivil

Toplum Kuruluşlarının da rolü büyüktür. Sivil Toplum Kuruluşlarının desteğiyle eliminasyon çalışmaları daha geniş çaplı sağlanabilir. Sivil toplum kuruluşlarının sürdürülebilir programlar düzenlemesi, multi disiplinler olması ve tam bir eliminasyon için ise toplumun sosyal değerlerinin değiştirebilecek güçte olması gerekmektedir (Ending female genital mutilation 2010). Halkın ve toplum liderlerinin eğitimi ile dini liderlerle işbirliği yapılması bu uygulamayı yok etmenin en iyi yollarından biridir (Koyun ve ark. 2011).

Bu düşünceden yola çıkarak DSÖ, Uluslararası Ebeler Konseyi, Uluslararası Hemşireler Konseyi ve Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu kadın sünnetinin her türlü uygulanaşına karşı duruşlarını açıkça ortaya koymuşlardır ve sağlık personelleri için önerilerde bulunmuşlardır (Ending female genital mutilation 2010).

KADIN SÜNNETİNE YÖNELİK HEMŞİRENİN VE EBENİN ROLÜ

Kadın sünneti ile ilgili yapılan tüm bu araştırmalar ve elde edilen veriler ışığında, gerek kadın sünnetini önleme gerekse rehabilitasyonu aşamaların da ebe ve hemşire olarak bir takım mesleki sorumluluk ve rollerimizin olduğu gerçeği açıkça ortadadır. Ancak bilindiği gibi kadın sünnetinin tıbbi tedavisi özel uzmanlaşma gerektiren alandır. Bu nedenle sünnet olan kadının ilk başvurusundan ruhsal olarak rehabilitasyonuna kadar tüm gereksinimlerine yanıt verebilecek multidisipliner bir ekip yaklaşımıyla sağlık hizmeti sunulması gerekmektedir. Bu sağlık hizmetinin içeriği tıbbi tedavi, psikolojik danışmanlık, gerekirse uzun süreli kontrol ve danışmanlık gibi hizmetler olmalıdır. Şüphesiz ki bu ekip içerisinde hemşireler ve ebeler kadının cinsel, üreme ve paralelinde ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli roller üstlenmektedirler. Ancak kadın sünneti bütüncül sağlık bakımı kavramı içerisinde yer almasına rağmen, değerlendirme yapmak ve uygun girişimlerde bulunmak için hemşire ve ebelerin bu alanda rollerini geliştirmeleri gerekmektedir. Hemşire ve ebeler, kadınla birebir ve yakın temasta olan sağlık personelleridir. Dolayısıyla yaptıkları gözlem ve değerlendirmeler sünnet sonrası yaşanan ruhsal sorunların saptanmasında oldukça önemli yer tutmaktadır.

Kadın sünnetinin ruhsal sorunlarına yönelik hemşirelik ve ebelik yaklaşımı; travma sonrası ruhsal sağlığın değerlendirilmesi, sorunun belirlenmesi, uygun hemşirelik ve ebelik girişimleri ile sorunun çözümlenmesi ve ruhsal sağlığın sürdürülmesi aşamalarını içermelidir. Tüm bu aşamalarda ebelik/hemşirelik girişimlerinin amacı; kadının sünnet sonrası tedavisi ve ruhsal rehabilitasyonunu sağlamak olmalıdır.

Hemşire ve ebe girişimlerin etkinliğini ve başa çıkma mekanizmalarının gelişmesini izlemek için sünnet olan kadını değerlendirmelidir. Gerekirse, psikolog, psikiyatrist ya da sosyal hizmet uzmanına yönlendirmelidir.

SONUÇ

Kadın sünnetini önleme çalışmalarında özellikle birincil koruma çalışmalarını içeren önlemler alınması, sözleşmeler kapsamında yürürlüğe konan yasaların ülkeler tarafından uygulanması, kadın sünnetini önlemeye yönelik eğitim programlarının genişletilmesi, hemşire ve ebeler tarafından ailelerin eğitilmesi gerekmektedir.

Özellikle bunlardan ilki etkin ve güvenilir bir sağlık bakımı sağlık hizmetlerinin eşit bir şekilde kabulünü sağlamak, ikincisi de insanlara kendilerinin ve ailelerinin sağlığını geliştirebilmek ve kendi kendilerine sağlık bakımı verebilmek için gerekli olan bilgi, iletişim ve oluşumu sağlamaktır (Sayan 1999). Kadın sünnetini toplumsal bir sorun olarak görmenin yanında, cinsel şiddet olarak da değerlendirilmelidir. Hemşirelerin ve ebelerin kadın sünnetini önleme çalışmalarında özellikle birincil koruma çalışmalarını içeren aile ve okulların eğitilmesi aşamalarında yer almaları gerekmektedir. Bu nedenle eğitim müfredatında kadın sünnetine yer verilmelidir.

KAYNAKLAR

- Aksu MF. Oral E. Female Genital Mutilation (A Reproductive Health Problem of African Women): Case Report. *Cerrahpaşa J Med* 1998; 29(2): 107-110.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics. Female Genital Mutilation, *Pediatrics* 1998; 102: 1.
- Barstow D.G. Female Genital Mutilation: The Penultimate Gender Abuse. *Child Abuse & Neglect* 1999; 23(5): 501-510.
- Behrendt A. Moritz S. Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems After Female Genital Mutilation. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1000-1002.
- Bodiang CK. (2002). Female Genital Mutilation A Form Of Gender Based Violence, SDC Lunchtime Seminar, Swiss Centre for International Health, Retrieved September 9, 2010, from http://www.sdc-health.ch/priorities_in_health/reproductive_health/female_genitale_mutilation/female_genital_mutilati_on_a_form_of_gender_
- Carolan M. Pregnancy Health Status of Sub-Saharan Refugee Women Who Have Resettled in Developed Countries:A Review of The Literature. *Midwife* 2010; 26: 407-414.
- Center for Reproductive Law & Policy. Female Genital Mutilation A Matter Of Human Rights: An Advocate's Guide to Action. *New York? Center for Reproductive Law and Policy* 58; 2000.
- Dandash KF. Refaat AH. Eyada M. Female Genital Mutilation: A Descriptive Study. *J Sex Marital Ther* 2001; 27(5): 453-8.
- Ending Female Genital Mutilation. A Strategy For The European. Union institutions. Retrieved September 9, 2010, from www.endfgm.eu
- El-defrawi M.H., Lofty G. Dandash K.F. Refaat A.H. Eyada M. Female Genital Mutilation and Its Psychosexual Impact. *Journal of Sex and Marital Therapy* 2001; 27: 465-473.
- Elnashar A. Abdelhady R. The Impact Of Female Genital Cutting On Health Of Newly Married Women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2007; 97: 238-244.
- Female Genital Cutting (2009). Frequently Asked Questions. U.S. Department of Health And Human Services, Office On Women's Health. Retrieved September 6, 2010, from <http://www.womenshealth.gov>
- Female Genital Mutilation (2006). Retrieved March 3, 2013, from www.rcn.org.uk.
- FIGO Committee Report. Female genital cutting. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health and FIGO Committee on Women's Sexual and Reproductive Rights. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006; 94: 176-177.

- Forward (2002). Female Genital Mutilation: Information Pack: Foundation For Women's Health, Research & Development, Promoting Change, Well-Being And Human Dignity. Retrieved January 3, 2012, from www.forwarduk.org.uk
- IRIN (2005). Razor's Edge - The Controversy Of Female Genital Mutilation. Retrieved August 10, 2010, from <http://www.irinnews.org/InDepthMain.aspx?InDepthId=15&ReportId=62462>.
- İnsan Hakları Ortak Platformu, Kadınlara Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair AK Sözleşmesi, Retrieved March 2, 2013, from http://www.ihop.org.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=422
- Karaman Mİ. (2007). Tüm Yönleriyle Sünnet. Retrieved May 19, 2010, from www.androloji.org.tr.
- Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam Dönemlerine Gore Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3(1): 67-99.
- Lax RF. Socially Sanctioned Violence Against Women: Female Genital Mutilation is its Most Brutal Form. *Clinical Social Work Journal* 2000; 28: 403-412.
- Legal Prohibitions Worldwide (2009). Female Genital Mutilation. Retrieved May 1, 2010, from http://www.crlp.org/pub_fac_fgmicpd.html
- Little CM. Female Genital Circumcision: Medical and Cultural Considerations. *J Cult Divers* 2003; 10(1): 30-4.
- Morrone A, Hercogova J, Lotti T. Stop Female Genital Mutilation: Appeal To The International Dermatologic Community. *Int J Dermatol* 2002; 41: 253-63.
- Nicoletti A. Perspectives on Pediatric and Adolescent Gynecology from The Allied Health Professional. *Female Genital Cutting. J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007; 20: 261-262.
- Peterman A. Johnson KI. Incontinence and Trauma: Sexual Violence, Female Genital Cutting and Proxy Measures of Gynecological Fistula. *Social Science & Medicine* 2009; 68: 971-979.
- Population Reference Bureau (2001). Abandoning Female Genital Cutting. Prevalence, Attitudes, And Efforts To End The Practice. Retrieved September 8, 2010, from www.prb.org/pdf/Abandoning_FGC_Eng.pdf,
- Rymer J. Female Genital Mutilation. *Current Obstetrics and Gynaecology* 2003; (13): 185-190.
- Sayan A. Kültür ve Sağlık. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1999; 2(2): 50-53.
- UNICEF (2005). Changing A Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting. Retrieved August 10, 2010, from <http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/fgm-gb-2005.pdf>
- UNICEF (2006). Female Genital Mutilation/Cutting, Child Protection Information Sheet. Retrieved September 9, 2010, from <http://www.unicef.org/protection/files/FGM.pdf>
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Guidance Note On Refugee Claims Relating to Female Genital Mutilation. Protection Policy and Legal Advice Section Division of International Protection Services, Geneva. Retrieved January 3, 2012, from <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4a0c28492.pdf>
- Whitehorn J, Ayonrinde O, Maingay S. Female Genital Mutilation: Cultural And Psychological Implications. *Sexual and Relationship Therapy* 2002; 17(2): 161-170.

WHO (2001). Female Genital Mutilation The Prevention And The Management of The Health Complications Policy Guidelines For Nurses And Midwives. Retrieved Sebtember 15, 2011, from http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.5.pdf

WHO (2006). Call For Proposals: Research on Female Genital Mutilation and Female Sexuality. Geneva. Retrieved Sebtember8, 2010, from

Yavuz M, Demir T, Doğangün B. Sünnetin Çocuk Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi: Gözden Geçirme Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2012; 23(1): 63-70.